

Chaire de migration, droit et société
Laboratoire d'études des processus sociaux
Centre de droit des migrations
Université de Neuchâtel
A.-L. Breguet 1
CH - 2000 Neuchâtel

FACULTÉ DES LETTRES ET SCIENCES HUMAINES

Mémoire de Master en sciences sociales

Pilier Migration et Citoyenneté

Fiona Engelmann

Accès aux soins pour les personnes sans assurance-maladie

Analyse de la mise en œuvre du droit à la santé à travers les pratiques d'une association en Suisse agissant en marge du système sanitaire ordinaire

Directrice de mémoire : Prof. Christin Achermann

Experte : Ophélie Guerdat

Fiona.engelmann@unine.ch

Ch. Des deux ponts 7, 1007 Lausanne

Date : 22 juin 2026

Remerciements

Avant toute chose, je souhaite adresser mes remerciements les plus sincères à toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de ce mémoire.

Merci aux personnes employées et bénévoles qui se sont rendues disponibles pour un entretien, malgré un emploi du temps surchargé. Sans leur confiance et leur participation, ce travail n'aurait pas été possible.

Je remercie chaleureusement ma directrice de mémoire Christin Achermann ainsi que Monsieur Noah Matthey pour leur disponibilité, leurs conseils et leur accompagnement tout au long de ce travail.

Merci à ma famille et à mes ami-e-s pour leur soutien sans faille, leur confiance, leur patience et leurs encouragements.

Merci à mon père, Marcel, à Aristide et à Nicole pour leur relecture attentive et leurs précieuses suggestions d'amélioration de texte.

Résumé

Ce mémoire analyse la mise en œuvre du droit à la santé à travers les pratiques d'une association intervenant auprès de personnes sans assurance-maladie en Suisse. Alors que le système sanitaire suisse repose formellement sur un principe d'universalité garanti notamment par l'assurance-maladie obligatoire, une partie de la population demeure durablement exclue du système assurantiel et rencontre des obstacles importants dans l'accès aux soins. Cette recherche interroge ainsi les modalités concrètes par lesquelles l'accès aux soins est rendu possible pour ces publics marginalisés.

Mobilisant une approche socio-légale et la perspective des *street-level organizations*, ce travail révèle que le droit ne constitue pas une norme simplement appliquée, mais une réalité produite dans l'action, à travers des pratiques situées. L'association étudiée, Salus, joue un rôle central dans la traduction concrète du droit en pratique. J'analyse premièrement comment l'association suit des logiques d'actions basées sur la confiance et sur la discrétion lui permettant de travailler et de rendre effectif le droit à la santé. Ensuite, je montre comment les catégories de l'action publique comme l'urgence, la promotion de la santé et la prévention sont traduites en pratique. J'analyse également l'organisation concrète des parcours de soins en marge du système sanitaire ordinaire, afin de montrer comment les pratiques situées de l'association contribuent à élargir localement les frontières de l'accès aux soins et à redéfinir concrètement *qui a droit à quoi et comment* dans le domaine de la santé. Si bien que Salus applique et façonne la politique sanitaire de manière locale, j'examine comment elle demeure malgré tout reproductrice d'un système basé sur des principes d'inclusion et d'exclusion. Finalement, cette recherche contribue à enrichir la littérature sur les *street-level organizations* dans le domaine sanitaire et en s'inscrivant dans une approche démigrantisante, elle fait émerger la catégorie encore largement invisibilisée des personnes sans assurance-maladie.

Mots-clés : droit à la santé, accès aux soins, politique publique, action publique, *street-level organizations*, association, personnes sans-assurance maladie.

Table des matières

1	Introduction	4
2	État des lieux de la recherche et ancrage théorique	6
2.1	La <i>Street-Level perspective</i>	6
2.1.1	De la <i>policy science</i> au <i>policy work</i>	6
2.1.2	La double dimension des organisations ; entre exécutrices et coproductrices de la politique.....	8
2.1.3	Une troisième dimension ; les médiatrices des politiques	11
2.2	Le dispositif de guichet comme <i>street-level organization</i>	12
2.3	Élargir l'analyse de la mise en œuvre de l'action publique : l'apport des <i>Street-level organizations</i>	12
2.4	Accès aux soins pour les personnes sans assurance-maladie.....	15
2.5	Les <i>Street-level organizations</i> dans le système sanitaire	17
3	Contexte politico-légal	18
3.1	Le système de santé suisse : principes et spécificités.....	18
3.1.1	Principe fédéral.....	18
3.1.2	Système d'assurance maladie	20
3.1.3	L'aide sociale et l'aide d'urgence	21
3.2	Cadre légal cantonal régissant l'accès aux soins.....	22
3.2.1	Constitution cantonale	22
3.2.2	Loi sur la Santé	23
3.2.3	Loi sur l'aide sociale.....	24
3.3	Encadrement légal de l'action de Salus.....	25
3.3.1	Mandat-cadre et mandats de prestations	25
3.3.2	Cadre structurel et organisationnel de l'association	27
3.3.3	Actions et population bénéficiaire de Salus.....	28
4	Méthodologie et entrée sur le terrain.....	29
4.1	Posture épistémologique.....	29
4.1.1	Posture constructiviste	29
4.1.2	L'épistémologie féministe.....	30
4.1.3	Une approche démigrantisante.....	30
4.2	Approche méthodologique : Théorie ancrée (<i>Grounded Theory</i>)	31
4.2.1	Analyse documentaire et approche socio-légale.....	32
4.3	Terrain et récolte des données	33
4.3.1	Construction de l'objet de recherche	33
4.3.2	Accès au terrain	34
4.3.3	Choix des participant-e-s et échantillonnage.....	35
4.3.4	Profils des participant-e-s	37

4.3.5	Méthode de collecte des données.....	38
4.4	Analyse des données et restitution	40
4.5	Réflexivité et positionnement.....	41
4.6	Réflexions éthiques	44
5	Analyse des résultats	46
5.1	Les pratiques de guichet : construire un espace d'accès sécurisé	46
5.1.1	La discrétion comme principe structurant l'organisation	47
5.1.2	La confiance comme principe indispensable aux interactions.....	49
5.2	Produire le droit à la santé : entre négociations et arbitrages.....	52
5.2.1	Traduire les catégories d'action publique : urgence, prévention, promotion.....	52
5.2.2	Pratiquer le tri : la consultation comme espace de qualification des <i>ayants droit</i>	56
5.2.3	Distribuer des ressources rares : décisions de financement et discrétion collective.....	60
5.3	Organiser les parcours de soins : entre gatekeeping et courtage.....	62
5.3.1	Ouvrir l'accès : construire et activer un réseau de « soins indispensables » hors des circuits ordinaires.....	62
5.3.2	Rendre les droits praticables : le courtage administratif comme travail de traduction.....	64
5.4	Les limites de la coproduction politique	68
5.4.1	Les limites des <i>soins médicaux indispensables</i>	69
5.4.2	Une coproduction dépendante de ressources fragiles : bénévolat, engagement et incertitude	70
5.4.3	Austérité, anticipation de l'appel d'air et stratégies de restrictions internes	71
6	Discussion et conclusion	73
7	Bibliographie.....	77
7.1	Textes de lois :.....	84
7.2	Sitographie :	85
8	Annexes.....	87
8.1	Déclaration sur l'utilisation de l'intelligence artificielle.....	87

1 Introduction

Si la Suisse ne reconnaît pas le droit fondamental à la santé dans sa Constitution, celui-ci relève néanmoins du droit international en tant que droit humain (ISDH 2025). En ratifiant différentes Conventions et Pactes internationaux, la Suisse se doit ainsi de respecter certaines lois et obligations. En signant le pacte I de l'ONU, par exemple, la Suisse s'engage à respecter les droits économiques, sociaux et culturels, notamment celui de jouir du meilleur état de santé possible (DFAE 2026 ; ISDH 2025 ; art. 12 Pacte I ONU). En outre, l'article 25 de la Déclaration universelle des droits de l'homme protège le droit à un niveau de vie assurant santé et bien-être (ISDH 2025).

Afin de protéger ce droit, la Suisse garantit l'accès aux soins de la santé par un système d'assurance-maladie obligatoire qui repose sur un principe d'universalité. Toute personne résidant plus de trois mois sur le territoire est tenue de souscrire une assurance-maladie afin de bénéficier d'une couverture garantissant l'accès aux prestations médicales nécessaires (Cattacin et al. 2007 ; Roduit 2024 ; OFSP 2025 ; art. 3 LaMal). Or, les coûts de cette assurance-maladie demeurent relativement élevés pour une partie de la population résidente. Afin d'y pallier, des politiques sociales permettent d'offrir des aides financières ou matérielles à des personnes dans le besoin (Bolgiani et al. 2006). Ainsi, le système d'assurance obligatoire et les aides mises à disposition en cas de difficultés ou de détresse contribuent à ancrer l'idée d'un système sanitaire inclusif et universel.

Pourtant, derrière cette universalité formelle, certaines situations révèlent un décalage entre le droit à la santé tel qu'il est énoncé dans la Constitution fédérale à l'article 41 al.1 lettre b, qui stipule que « toute personne bénéficie des soins nécessaires à sa santé », et les conditions concrètes de son accès (Achermann & Chimienti 2006). En effet, outre les variations de pratiques cantonales, relatives à la souveraineté des cantons (art. 3 Constitution) pour garantir ce droit à toutes et tous, une partie de la population demeure en dehors du système assurantiel pour des raisons économiques, administratives ou sociales. Ces personnes rencontrent alors de multiples obstacles dans l'accès aux soins. Des phénomènes de non-recours aux soins et aux droits de la santé peuvent ainsi en découler, contribuant à éloigner durablement ces personnes du système sanitaire. Malgré l'existence de cadres juridiques protégeant le droit de la santé, l'accès aux soins apparaît dès lors comme inégal et socialement différencié dans la réalité pratique.

Cette tension entre reconnaissance formelle d'un droit et conditions concrètes de son accès constitue le point de départ de cette recherche. Celle-ci vise à comprendre comment un canton opérationnalise ce droit humain pour les personnes durablement exclues du système sanitaire ordinaire, à travers l'analyse des pratiques d'une association intervenant auprès de personnes sans assurance-maladie dans le canton de Parton¹. Dans un contexte marqué par une faible précision normative concernant les modalités concrètes de garantie de ce droit, les pratiques cantonales varient fortement. Ce travail se penche donc sur une manière située d'opérationnaliser l'accès aux soins parmi d'autres possibilités.

Pour appréhender cette question, j'adopte une approche issue de la sociologie de l'action publique et des politiques publiques, qui interroge les modalités concrètes de mise en œuvre du droit. Plus précisément, je mobilise la perspective des *street-level organizations*, développée notamment par Evelyn Brodtkin (2011 ; 2012 ; 2016) à partir des travaux de Michael Lipsky (1980). Cette approche considère que les politiques publiques ne prennent pas uniquement forme dans les textes législatifs ou les décisions centrales, mais qu'elles sont produites et transformées dans leur mise en œuvre concrète, au niveau des pratiques quotidiennes des actrice-s de terrain (Brodtkin & Marston 2013). Les organisations intervenant en première ligne ne sont ainsi pas seulement des exécutantes de l'action publique, mais participent également à sa coproduction, en interprétant les normes et en définissant concrètement les conditions d'accès aux droits.

À partir de cette perspective, ce travail propose d'analyser la mise en œuvre du droit à la santé à travers les pratiques d'une association située en Suisse, agissant en marge du système sanitaire ordinaire. Cette organisation intervient auprès de personnes sans assurance-maladie et vise à faciliter leur accès aux soins, notamment en proposant des consultations médico-infirmières et un accompagnement administratif. Cette recherche interroge alors : comment une association, en tant que *street-level organization*, met en œuvre le droit à la santé pour les personnes sans assurance-maladie, et comment contribue-t-elle à façonner localement la politique sanitaire et sociale dans un contexte politico-juridique marqué par une faible précision normative ?

Pour répondre à cette question, je présente d'abord l'état de la recherche et le cadre théorique. Dans un deuxième chapitre, j'expose le contexte politico-légal dans lequel s'inscrit l'action de l'association étudiée. Ensuite, je détaille la méthodologie et les conditions d'enquête pour enfin

¹ Nom d'emprunt du canton pour garantir l'anonymat.

proposer une analyse des résultats, en examinant les pratiques concrètes de Salus² et le rôle de celles-ci dans la mise en œuvre du droit à la santé.

À travers quatre axes, l'analyse met en évidence la manière dont Salus coproduit la politique socio-sanitaire cantonale, premièrement, en développant des logiques d'actions qui permettent d'atteindre son public, souvent marginalisé. Ensuite, elle démontre comment Salus interprète et traduit en pratique des notions de l'action publique comme *l'urgence*, *la promotion de la santé* et *la prévention*. J'analyse par la suite comment Salus s'organise en marge du système ordinaire pour rendre effectif le droit d'accès aux soins de la santé. Enfin, j'examine différentes limites de ces pratiques qui s'inscrivent dans un système social et politique plus large. Ce travail vise ainsi à mettre en lumière, de manière située, les mécanismes par lesquels le droit à la santé est concrètement produit, négocié, façonné et parfois limité dans l'action. Il contribue également à une réflexion plus large sur le rôle de l'État social dans un contexte d'externalisation de certaines fonctions vers des acteurs tiers, ainsi que sur le rôle foncièrement politique de ces derniers.

2 État des lieux de la recherche et ancrage théorique

Ce premier chapitre vise à exposer de manière non exhaustive la littérature académique empirique et théorique qui présente les théories que j'ai mobilisées pour mener ma recherche. Ce chapitre me permet de situer mon travail dans le champ académique et de rendre compte des concepts et perspectives analytiques pertinents pour appréhender mes données.

2.1 La *Street-Level perspective*

2.1.1 De la *policy science* au *policy work*

Pour bien comprendre ma démarche, il semble nécessaire de revenir sur certaines approches classiques de l'action publique et de l'État. Dans les années 1970, l'analyse des politiques publiques est influencée par la vision rationnelle, centralisée et hiérarchique de l'État (Lascoumes & Le Galès 2009 ; Mitchell 1991). Autrement dit, celui-ci est conçu comme un acteur autonome de l'action publique, clairement distinct de la société (Krasner 1978 cité dans Mitchell 1991). Il est appréhendé « as a system of decision making » (Mitchell 1991 : 82), centré sur les intentions des gouvernants et les dynamiques institutionnelles internes. De ce fait, l'État est en mesure de formuler ses objectifs et de les poursuivre de manière relativement

² Nom d'emprunt de l'association étudiée pour garantir l'anonymat.

hermétique aux pressions extérieures. Les études sur l'action publique issues de la science politique privilégient dès lors une lecture de l'action publique comme l'expression d'une rationalité étatique spécifique. Cette perspective *top down* permet de mettre en lumière les décisions prises au niveau central ainsi que leurs effets (Lascoumes & Le Galès 2009). Les politistes cherchent donc à « comprendre la portée de l'action publique et les effets d'un processus accompli à un niveau central » (Lascoumes & Le Galès 2009 : 15).

Les sociologues ont ensuite déplacé le regard porté sur l'État en s'attachant à analyser empiriquement les modalités concrètes de mise en œuvre des décisions publiques (Lascoumes & Le Galès 2009). Iels s'attachent à comprendre les formes et les effets de l'action de l'État. Ce sont notamment les travaux sur l'*implementation* de Pressman et Wildasky (1973) aux États-Unis qui ouvrent le chemin vers une perspective *bottom up*. Ils ont cherché à comprendre ce qui n'a pas fonctionné dans l'application des programmes politiques de lutte contre la pauvreté aux USA et à trouver des moyens de corriger les erreurs passées (Brodkin 2016). Ces recherches révèlent que, malgré les bonnes intentions des politiques (la lutte contre la pauvreté), celles-ci n'ont pas d'effet en soi : elles doivent être traduites en action (Brodkin & Majmundar 2010). Face à ce constat, Pressman et Wildasky (1973) ont permis d'attirer l'attention vers la « black box » de la mise en œuvre (Brodkin 2016 :444 ; Breidahl et al. 2024 :3). La conclusion des auteurs était que la création de cette politique visant à lutter contre la pauvreté était trop complexe et qu'il fallait davantage concevoir des politiques plus simples et plus claires (Brodkin 2016). Or, en se penchant sur la conception des politiques, Pressman et Wildasky (1973) ont porté peu d'intérêt aux organisations qui se trouvent à l'extrémité de la « policy food chain » (Brodkin 2016 : 445). Ce sont les chercheur-euse-s en sociologie des organisations qui s'intéressent à elles et qui ouvrent des perspectives intéressantes dans le domaine de l'action publique (Brodkin 2016) et dans la compréhension de l'État. Cette approche comprend les organisations comme des entités avec leurs propres dynamiques internes et non seulement comme des instruments de « policy making » (Brodkin 2016 : 445). Ces recherches organisationnelles s'intéressent à ce que les organisations font et pourquoi elles le font plutôt qu'à ce qu'elles devraient faire (Brodkin 2016), tout en reconnaissant qu'elles façonnent la politique à travers leurs pratiques (Brodkin & Marston 2013).

Les approches organisationnelles et d'*implementation* s'intéressent plus largement à la manière dont les politiques et les normes prennent forme dans l'action publique, au croisement d'acteurs publics et privés (Lascoumes & Le Galès 2009), remettant ainsi en question la compréhension de l'État comme une entité autonome séparée de la société. Dans cette perspective, la mise en

œuvre ne renvoie pas à une application mécanique des décisions politiques, mais à « un ensemble d'activités hétérogènes cognitives et normatives, combinant des dynamiques internes aux organisations et un ensemble de négociations externes » (Lascoumes & Le Galès 2009 : 35). Finalement, la mise en œuvre représente un vaste espace d'appropriation des règles, soulignant que « le « principal » (la puissance étatique) est confronté aux stratégies autonomes de ses « agent-e-s » » (Lascoumes & Le Galès 2009 :35). Ainsi, cet espace d'appréciation plus ou moins libre, souvent marqué par des objectifs flous, permet aux acteur-ice-s de construire leur interprétation en se demandant quelles actions entreprendre et quelles priorités leur donner (Lascoumes & Le Galès 2009).

Aborder l'État par le dernier maillon de la *policy food chain*, en observant la manière dont il entre concrètement en action à travers les pratiques d'agent-e-s de première ligne, qui ne sont pas nécessairement des fonctionnaires, conduit à révéler ses modes d'existence. Dans cette perspective, les individus participent à faire fonctionner l'État. Celui-ci ne constitue pas un champ social isolé, mais prend forme à travers un ensemble de processus, d'interactions et de pratiques qui le font exister (Trouillot 2001 ; Mitchell 1991). L'État est ainsi appréhendé non pas comme une entité donnée, mais à partir de son action, et plus particulièrement à travers le travail des acteur-ice-s de terrain. Cette approche anthropologique se distancie d'une conception étatiste et rejoint les travaux qui envisagent l'État comme un effet produit par des processus sociaux et institutionnels (Trouillot 2001 ; Mitchell 1991).

C'est dans cette perspective que s'inscrivent les travaux de Michael Lipsky (1980), qui oriente l'analyse de la mise en œuvre vers les pratiques quotidiennes des agent-e-s de première ligne, révélant le concept de pouvoir discrétionnaire qui « désigne en droit le pouvoir reconnu de l'administration d'agir en se fondant sur sa propre appréciation, au-delà donc d'une simple application des règles mais en restant néanmoins dans un cadre légal » (Dubois 2010 :10). Ce concept met donc en évidence le rôle central des pratiques dans la traduction concrète des politiques publiques.

2.1.2 La double dimension des organisations ; entre exécutrices et coproductrices de la politique

Avec son ouvrage *Street level bureaucracy* (1980), Michael Lipsky fait un pas en avant dans la recherche sur les politiques publiques grâce à l'introduction de la double dimension des bureaucraties de terrain ; elles sont à la fois exécutantes de la politique et coproductrices politiques informelles. De cette manière, la politique acquiert un sens pratique grâce aux

activités organisationnelles quotidiennes (Brodkin 2016). Le centre d'intérêt de ces recherches au niveau de la rue est de comprendre les organisations dans leur motivation et leurs stratégies de fonctionnement (Brodkin 2016 ; Brodkin 2012).

Initialement, les recherches qui se concentrent sur la perspective au niveau de la rue s'intéressent aux grandes administrations publiques qui, dans les années 1980, étaient les principales agentes de mise en œuvre des politiques. Actuellement, avec la décentralisation de l'État, l'externalisation des responsabilités et la multiplication des acteurs impliqués dans l'action publique, le travail au niveau de la rue est effectué par une variété d'organisations, notamment des organisations à but lucratif ou non, des organisations hybrides publiques ou privées, des associations ou des organisations non-gouvernementales (Brodkin 2016 ; Breidhal et al. 2024 ; Avanza et al. 2022 ; Brodkin 2012).

En outre, les administrations publiques ont également connu des transformations dans leur fonctionnement, notamment en réduisant les effectifs ou en déplaçant leur priorité de la délivrance de prestations sociales vers la gestion optimisée, influencée par les nouvelles réformes de gestion souvent basées sur des mesures de performances (Brodkin 2016 ; Brodkin & Marston 2013 ; Brodkin 2012). Ces changements ont un impact direct sur l'espace dynamique qu'occupe la mise en œuvre. Autrement dit, certains secteurs doivent prouver leur performance à leurs donateurs ou aux autorités qui les subventionnent et cela a un impact direct sur les pratiques informelles de terrain par exemple, en insistant sur les objectifs chiffrés plutôt que sur la qualité du service et de l'aide sociale en tant que telles (Brodkin 2016 ; Brodkin & Baudot 2012). Ces réformes managériales changent l'environnement de travail des agent-e-s et redéfinissent la manière dont iels exercent leur pouvoir discrétionnaire (Brodkin & Martson 2013 ; Brodkin 2011).

Pour investiguer la deuxième dimension des organisations amenée par Lipsky (1980), Evelyn Z. Brodkin suggère de se distancier de l'idée normative selon laquelle les organisations de terrain appliquent la politique telle qu'elle est donnée et propose de comprendre l'action de ces dernières comme un « deviance model » (Brodkin 2016 : 446). Ce modèle comprend les organisations non seulement comme des instruments politiques, mais également comme des microcosmes ayant leurs propres règles et rationalités influençant la mise en œuvre de la politique (Brodkin 2016 ; Brodkin 2012). En effet, les organisations déterminent ce qui est possible, ce qui est permis et ce qui est valorisé dans la mise à disposition d'un service. Elles deviennent alors des espaces de production informelle des politiques, elles-mêmes interprétées et adaptées dans les pratiques (Brodkin 2012).

Plus précisément, la théorie des organisations permet d'aborder l'action à un niveau méso qui fait le pont entre les structures globales et les actions des individus (Achermann 2021). D'après Giddens & Birdsall (2004 cité dans Achermann 2021), les organisations peuvent être comprises comme des ensembles d'individus engagés dans des actions coordonnées et orientées vers des objectifs spécifiques, dans un cadre défini. Ces entités ne sont pas fixes, elles se construisent et se reproduisent en fonction des ressources et à travers les pratiques de leurs membres, qui suivent les règles tout en ayant la possibilité de les réactualiser. Il convient dès lors de prêter attention à la manière dont une structure organisationnelle oriente ses pratiques notamment à travers des règles formelles, des ressources spécifiques et des logiques d'action et de raisonnement construites par des processus de formation et de socialisation formels et informels (Borrelli 2019 ; Lalonde 2019 cités dans Achermann 2021). Ces éléments contribuent à façonner des formes de rationalité propres aux organisations. La rationalité est ici comprise comme une manière stabilisée de raisonner et d'agir, qui caractérise les pratiques au sein des organisations et qui s'ancre à la fois dans les normes et conditions structurelles et organisationnelles, ainsi que dans des façons individuelles de faire et de penser (Garland 1997 cité dans Achermann 2021).

Dans chaque organisation, le pouvoir discrétionnaire des travailleur-euse-s de terrain complexifie encore l'analyse de la mise en œuvre (Brodkin 2016 ; Breidhal, Brodkin & Miaz 2024 ; Brodkin 2012). Les employé-e-s doivent souvent réfléchir à la manière dont iels vont agir pour traiter un cas car plusieurs possibilités s'offrent à elles-eux. Iels vont alors prendre des décisions en fonction de leur jugement de ce qu'iels peuvent faire ou non (Brodkin 2016). Cette discrétion est largement influencée par une rationalité de l'organisation, mais aussi par l'environnement institutionnel plus large qui établissent les possibilités et les contraintes du travail au niveau de la rue (Brodkin 2012 ; Breidahl & Brodkin 2024). En somme, cette approche de *street-level organization* tente de répondre à la question : pourquoi ont-iels agit comme iels l'ont fait ? (Breiddahl et al. 2024). De cette manière, les pratiques des professionnel-le-s de terrain deviennent révélatrices de la mise en pratique de la politique.

Dans ce travail, je me concentre moins sur la discrétion des individus que sur la discrétion de l'organisation, comprise à la fois comme exécutrice et coproductrice de la politique. Autrement dit, je m'intéresse à la « policy-as-produced » (Breidahl et al. 2024 :4) à travers les pratiques de l'association Salus.

2.1.3 Une troisième dimension ; les médiatrices des politiques

Par ailleurs, une troisième dimension peut être attribuée aux organisations de terrain. En plus de comprendre comment elles agissent en tant qu'exécutrices et en tant médiatrices de la politique (*policy*), il s'agit de comprendre comment elles agissent en tant que médiatrices des politiques (*politics*) (Breidhal et al. 2024 ; Brodtkin & Marston 2013). En effet, elles sont considérées comme des sites de conflits politiques où des projets contestés, tel que l'accès aux soins pour les personnes sans assurance-maladie, sont avancés indirectement par les pratiques de terrains plutôt que par une législation (Brodtkin & Marston 2013 ; Breidhal & Brodtkin 2024). Elles peuvent en outre assumer un rôle de défenseuses des droits. Les organisations peuvent agir verticalement, notamment en plaidant en faveur de réformes juridiques et administratives, ou horizontalement, en fournissant des ressources aux demandeur-euse-s individuel-le-s (Ratzmann 2024). Par exemple, les organisations de première ligne constituent des canaux, en dehors des canaux formels, comme les élections ou les processus législatifs, à travers lesquels les individus peuvent adresser des revendications à l'État, faire valoir leurs droits et rechercher des formes de réparation (Brodtkin & Marston 2013 ; Breidhal et al. 2024). C'est principalement dans ces organisations que les personnes tentent d'exercer une voix, c'est-à-dire d'exprimer leurs intérêts, leurs besoins et leurs préoccupations, et d'obtenir une forme de reconnaissance.

En outre, les organisations de terrain ne se limitent pas à encadrer les possibilités d'expression ; elles façonnent, de manière très concrète, les conditions dans lesquelles les individus peuvent formuler des revendications et faire valoir leurs droits. Selon les pratiques qu'elles mettent en œuvre, elles peuvent soit faciliter l'accès aux procédures de revendication, soit, au contraire, en compliquer le parcours et en freiner l'aboutissement comme dans le cas de l'exclusion administrative, qui peut parfois être provoquée indirectement par les réformes managériales (Brodtkin & Marston 2013 ; Brodtkin & Majmundar 2010). Cette forme de médiation semble être particulièrement pertinente pour les groupes marginalisés avec peu d'accès ou d'influence sur les institutions législatives et légales (Breidhal et al. 2024 ; Brodtkin 2012). Par ailleurs, les *street-level organizations* jouent un rôle dans la médiation des revendications liées au statut associé au genre, à la race, à l'ethnicité et à la nationalité (Brodtkin & Marston 2013). Le statut est alors négocié indirectement à travers des pratiques routinières qui définissent quelles identités sont reconnues comme pertinentes, crédibles ou légitimes dans l'accès aux droits et aux ressources.

Ainsi, les organisations de terrain occupent une place primordiale dans la mise en œuvre des politiques, en ce qu'elles façonnent la « policy-as-produced » (Breidahl et al. 2024 :4) et

particulièrement parce que leurs pratiques déterminent « who gets what and how », ce qui correspond à l'essence même de la politique selon la définition classique d'Harold Lasswell (1936) (Brodkin et Marston 2013 :24 ; Brodkin 2011 : i255; Brodkin & Majmundar 2010 : 828). Situées à la fin de la « policy food chain » (Brodkin 2016 :445), les organisations de terrain opèrent également comme interface entre l'État et la population, notamment pour des groupes qui n'y ont pas forcément accès pour différentes raisons, comme un sentiment négatif envers les institutions ou un manque de connaissance (Brodkin 2012 ; Breidhal et al. 2024).

2.2 Le dispositif de guichet comme *street-level organization*

Pour affiner l'analyse de l'association qui fait l'objet de ma recherche et pour l'insérer totalement dans le cadre théorique des *Street-level organizations*, il semble pertinent de mentionner le dispositif de guichet, lui aussi étudié dans le domaine de la sociologie de l'action publique. Ce dernier est considéré comme « un dispositif par lequel une organisation militante ou associative dispense une prestation de service à l'intention de personnes appartenant à une population spécifique, membre d'un collectif institué et/ou d'un groupe au nom duquel s'effectue la mobilisation en faveur d'une cause déterminée » (Avanza & al. 2022 : 9). Cette définition peut parfaitement s'appliquer à l'association investiguée, chargée de faciliter l'accès aux soins pour les personnes sans assurance-maladie. Ainsi, le guichet ne représente pas ici la forme d'un guichet *stricto sensu*, tel qu'un bureau de la poste ou une caisse de chômage, mais correspond plutôt à un concept élargi. Il implique, dans la prestation de service, « une pluralité d'individus et d'organisations dans un réseaux d'interactions » (Avanza et al. 2022 : 10).

Le guichet, envisagé à la fois comme un lieu de séparation et de rencontre (Chevallier 1983 cité dans Avanza et al. 2022), peut être lu comme un espace d'accès à l'État (Breidhal, Brodkin & Miaz 2024) et, plus largement, au(x) droit(s) (Baudot et Revillard 2014 cité dans Avanza et al. 2022). En effet, les bénéficiaires y viennent pour des situations concrètes comme l'exil, les relations de travail, le chômage, les violences conjugales, le divorce ou encore, plus rarement, l'accès aux soins, comme l'illustre ce travail.

2.3 Élargir l'analyse de la mise en œuvre de l'action publique : l'apport des *Street-level organizations*

Globalement, les questions sur l'accès aux soins des personnes se trouvant dans des situations particulières d'exclusion sociale ou sur les inégalités en santé sont majoritairement analysées à travers une perspective de sociologie médicale (Bondenmann et al. 2009 ; Wolff et al. 2005),

d'épidémiologie sociale (Stamm & Lamprecht 2009) ou de médecine sociale (Brügger et al. 2015 ; Chatelard et al. 2012 ; Monod 2009 ; Durieux-Paillard & Jackson 2019) souvent mobilisée dans la revue médicale suisse. La gestion sanitaire peut quant à elle être abordée à travers le prisme de la santé publique (OFSP 2025) et plus largement de science politique et politique publique (Sager et al. 2019). Or, dans ce travail, l'accès aux soins pour les personnes sans assurance-maladie est considéré comme un espace de production de l'action publique et de la politique en adoptant une approche de *street-level organization* que j'ai présentée ci-dessus.

Cette approche de mise en œuvre du droit et de la politique au niveau de la rue s'est en revanche beaucoup développée dans le secteur de l'administration publique et s'est majoritairement concentrée sur le pouvoir discrétionnaire des *street-level bureaucrats*. Autrement dit, traditionnellement cette perspective s'est développée pour analyser les pratiques des acteur-ice-s étatiques. Toutefois, les transformations contemporaines de l'État social, marquées par l'externalisation, la contractualisation et l'hybridation des dispositifs, invitent à élargir cette perspective. Les travaux récents montrent que la mise en œuvre des politiques ne relève plus exclusivement d'agents publics, mais d'un ensemble d'acteur-ice-s interconnecté-e-s : administrations locales, organisations associatives, ONG humanitaires, professionnel-le-s de santé, collectifs militants (Avanza et al. 2022). Ces nouvelles configurations redéfinissent les lieux et les modalités d'exercice du pouvoir discrétionnaire.

Par exemple, Weill (2014) s'est appliqué à démontrer en quoi une association devient une *policy maker* dans la mise en œuvre du droit au logement dans un contexte d'externalisation de l'État-social. Cet article révèle que les associations exercent un pouvoir discrétionnaire au niveau de la sélection des dossiers en fonction de critères juridiques, sociaux et moraux. La conclusion est que les associations améliorent concrètement l'accès au droit et compensent les limites de l'administration tout en participant à une gestion sélective de la pauvreté qui se conforme aux attentes institutionnelles.

Walsh et Ferazzoli (2025) proposent une lecture de la *street-level bureaucracy* de Lipsky dans un contexte d'externalisation massive des prestations de services sociaux à des organisations du tiers secteur, révélant que la frontière entre les acteur-ice-s étatiques et non-étatiques devient de plus en plus floue. Les chercheuses analysent la manière dont les politiques migratoires hostiles sont mises en œuvre et parfois contestées dans des services de protection sociale travaillant avec des familles migrantes. En dialogue avec la théorie portée par Yuval-Davis et ses collègues (2018), les autrices de cet article mettent en lumière comment les pratiques

d'*everyday bordering* (Yuval-Davis et al. 2018 cité dans Walsh & Ferazzoli 2025) dans le contexte de *mixed welfare* (services public, services volontaires et communautaires, ONG partiellement financées par l'État ou totalement financées par des tiers) peuvent créer des « networks of enactment » et des « networks of resistance » (Walsh & Ferazzoli 2025 : 12) qui, en fonction des pratiques, renforcent ou atténuent l'impact des politiques d'exclusion.

L'idée de « bordering » (faire frontière) est comprise comme « the everyday construction of borders through ideology, cultural mediation, discourses, political institutions, attitudes and everyday forms of transnationalism » (Yuval-Davis et al. 2018 : 229). Cette définition se réfère à la conception de « b/ordering » portée par Van Houtum et al. (2005 cité dans Yuval-Davis et al. 2018 : 229) qui relie l'ordre social et le concept de frontière, au sens de faire séparation. Les pratiques quotidiennes de différent-e-s agent-e-s de l'État et au-delà, qui visent à ordonner la société, contribuent à créer de nouvelles frontières socioculturelles, définissant ainsi qui appartient symboliquement au groupe majoritaire, et qui en est exclu (Yuval-Davis 2018). Ces constructions de frontières sont étroitement liées à des projets politiques d'appartenance plus larges, demeurant au centre des agendas politiques contemporains (Yuval-Davis 2018). Walsh et Ferazzoli (2025) reprennent cette conception et y intègrent des réseaux de pratiques d'action et de résistance, et font émerger trois nouvelles manières de faire frontière en pratique : « statutory bordering », « co-opted bordering » et « shadow bordering » (Walsh & Ferazzoli 2025 : 9-11). Sans entrer dans le détail, ces trois formes de faire frontières élargissent la portée du contrôle migratoire bien au-delà des bureaucraties étatiques classiques. Autrement dit, Walsh et Ferazzoli (2025) démontrent comment ces pratiques étendent la portée des politiques migratoires hostiles via des réseaux d'applications diffus d'une part, mais permettent aussi des formes limitées de résistance et d'atténuation au niveau local. Les autrices renouvellent donc la théorie de Lipsky et celle de Yuval-Davis en montrant que la mise en œuvre des politiques ne relève plus seulement des agent-e-s publics, mais d'un ensemble de réseaux hétérogènes d'acteur-ice-s aux responsabilités inégalement définies.

Un autre article s'intéressant à la relation entre l'État et des organisations tierces met en avant l'aspect conflictuel de cet espace (Kim 2013). Les luttes de terrain ne renversent pas forcément la logique bureaucratique, mais déploient des formes de résistance discrète qui réaménagent les effets d'une politique publique. Dans ce cas précis, Kim s'intéresse aux travailleur-euse-s de terrain issu-e-s d'organisations communautaires qui appliquent un programme qui rend obligatoire des travaux d'intérêts généraux pour accéder à l'aide sociale en Corée. L'étude conclut que ces organisations ne contestent pas de manière frontale la politique publique, mais

ne s'y conforment pas totalement non plus. A travers leur pratiques, les agent-e-s ouvrent un espace de reconstruction de la dignité, de la participation et de la subjectivité politique des participant-e-s.

2.4 Accès aux soins pour les personnes sans assurance-maladie

Après avoir exposé l'apport de la perspective des *street-level organizations* pour envisager la mise en œuvre de l'action publique, il convient désormais d'aborder la littérature consacrée à l'accès aux soins des personnes sans assurance-maladie en Suisse. Ce sujet a fait l'objet de peu d'analyses en tant que tel dans la littérature scientifique. La catégorie des personnes sans assurance-maladie ne constitue ni une catégorie analytique stabilisée, ni un public explicitement identifié par les politiques de santé en Suisse. Les travaux de Sabrina Roduit (2024) semblent uniques en Suisse, puisqu'ils s'intéressent spécifiquement aux trajectoires des personnes non assurées et aux modalités concrètes de leur accès aux soins dans le canton de Genève.

Elle explique notamment que l'universalité formelle de l'assurance-maladie obligatoire produit une forme de fiction institutionnelle dans laquelle l'accès aux soins semble universel. En outre, elle explique cette absence à travers un enjeu politique majeur ; reconnaître l'existence de personnes durablement non assurées reviendrait à admettre un échec partiel de la politique publique sanitaire (Roduit 2024). De ce fait, cette invisibilisation contribue à maintenir ces situations hors du champ des politiques de santé ordinaires malgré son caractère structurel (Roduit 2024).

Outre l'étude de Sabrina Roduit (2024), la littérature ne mobilise pas de catégorie analytique spécifique aux personnes sans assurance-maladie et privilégie des approches centrées sur les inégalités sociales de santé et les déterminants de l'accès aux soins. Cette littérature remet en question les notions d'universalité et d'égalité dans la politique sanitaire suisse. En effet, elle permet de se distancier du cadre assurantiel et de mettre l'accent sur les déterminants sociaux, économiques et institutionnels qui agissent sur l'état de santé des individus et produisent des inégalités en santé. Une corrélation entre le niveau socio-économique et l'état de santé est établie depuis le 19^{ème} siècle déjà (Arminjon & Maulini 2023). Elle se traduit par des inégalités sociales de santé, qui peuvent se comprendre « en termes d'accessibilité aux soins mais aussi de répercussions sur la santé d'un environnement social défavorable » (Bodenmann et al. 2009 : 846). Ces déterminants, parfois nommés « facteurs d'inégalité » (Stamm & Lamprecht 2009 : 4) agissent donc comme des incitateurs ou dissuadeurs d'accéder aux soins (Jackson et al. 2016). Parmi ces déterminants figurent notamment la formation, la profession, le revenu, la

fortune, l'origine sociale, l'âge, le genre et le statut migratoire de la personne (Stamm & Lamprecht 2009). D'autres facteurs peuvent également intervenir, comme la situation familiale ou la provenance régionale, mais l'exhaustivité de ces facteurs n'est pas centrale pour ce travail (Stamm & Lamprecht 2009). Ces déterminants affectent à la fois la santé des individus et leurs possibilités d'accès aux soins (Monod 2009 ; Brügger et al. 2015 ; Stamm & Lamprecht 2009 ; Roduit 2024 ; Arminjon & Maulini 2023).

L'accès aux soins fragilisé se caractérise par un recours tardif aux prestations médicales, voire à un non-recours total pour des raisons de forte précarité financière, d'instabilité résidentielle ou pour des raisons administratives, parfois une méconnaissance du système sanitaire (Brügger et al. 2015 ; Roduit 2024). En outre, les personnes socialement défavorisées ont tendance à consulter plus volontiers le service des urgences, non seulement en raison d'un manque de connaissance du système sanitaire mais aussi des horaires d'ouverture élargis et la possibilité de ne pas prendre de rendez-vous (Brügger et al. 2015).

Face à ces mécanismes révélés, la littérature s'est penchée sur l'émergence de dispositifs spécifiques visant à faciliter l'accès aux soins pour les populations en marge du système conventionnel. Ces dispositifs se trouvent intégrés ou en périphérie des structures de santé ordinaires, et reposent sur des modalités d'intervention adaptées à des trajectoires de vie diverses nécessitant des accompagnements particuliers (Durieux-Paillard & Jackson 2019).

Les analyses comparatives montrent que ces réponses institutionnelles varient fortement selon les contextes cantonaux, en raison du fédéralisme et des marges de manœuvre laissées aux autorités locales en matière de santé et d'aide sociale (Achermand et al. 2006 ; Roduit 2024). Certains cantons ont développé des structures intégrées au sein d'hôpitaux publics, tandis que d'autres délèguent largement la prise en charge à des acteurs associatifs ou à des organisations non-gouvernementales (Marks-Sultan et al. 2016 ; Blanc 2023 ; Achermand et al. 2006). Ces dispositifs demeurent généralement peu visibles politiquement et ne sont pas conçus comme des éléments centraux des politiques de santé, mais comme des réponses périphériques à des situations jugées exceptionnelles. Ces configurations institutionnelles constituent le cadre dans lequel s'inscrivent les situations des personnes sans assurance-maladie, dont les difficultés d'accès aux soins restent encore peu étudiées de manière spécifique. Dans ce contexte, mobiliser l'approche des *street-level organizations* permet de compléter ces analyses en s'intéressant à la manière dont ces dispositifs sont concrètement mis en œuvre.

2.5 Les *Street-level organizations* dans le système sanitaire

Dans le secteur sanitaire, l'approche des *street-level organizations* demeure encore relativement peu traitée dans la littérature académique. Parmi les recherches qui l'utilisent, l'étude de Perna (2021) analyse la manière dont les organisations publiques de santé médiatisent l'accès aux soins des migrant-e-s en situation irrégulière en Italie. Plus précisément, elle analyse trois cliniques médicales institutionnelles de l'Italie du Nord en mobilisant les théories de la *street-level bureaucracy* et du néo-institutionnalisme. Elle montre que les pratiques d'inclusion ou d'exclusion en matière de soins ne dépendent pas seulement des dispositions individuelles des professionnel-le-s de santé, mais résultent de l'interaction entre logiques institutionnelles conflictuelles (humanitaire/médicale vs contrôle/austérité), des priorités managériales, et de l'allocation des ressources organisationnelles. En d'autres termes, Perna (2021) met en évidence que les pratiques médicales s'inscrivent dans des tensions institutionnelles plus larges et ne peuvent être réduites à l'éthique professionnelle ou à l'autonomie individuelle.

Elle met également en évidence le rôle central des organisations publiques comme instances de médiation entre les politiques, les cadres institutionnels et les pratiques de terrain. Dans cette perspective, les pratiques d'inclusion ou d'exclusion apparaissent comme le produit d'un enchevêtrement multi-niveaux entre institutions, organisations et acteur-ice-s de première ligne. Sans nommer explicitement le concept de rationalité, l'article montre que les dynamiques organisationnelles constituent un élément décisif dans la définition de « who gets what and how » dans les systèmes sanitaires (Perna 2021 : 17).

Enfin, l'article de Lafaut (2025) s'intéresse à la mise en œuvre de la Loi belge sur l'aide médicale urgente qui encadre l'accès aux soins des migrant-e-s en situation irrégulière en mobilisant la théorie de la *street-level bureaucracy* et une lecture foucauldienne du pouvoir. Il effectue une ethnographie multi-sites comprenant des acteur-ice-s public-que-s et humanitaires. A l'image de l'article de Walsh et Ferazzoli (2025), Lafaut (2025) montre l'existence de réseaux qui peuvent à la fois faciliter l'accès aux soins, et produire des effets d'exclusion. Les résultats montrent que le pouvoir discrétionnaire n'est pas uniquement une propriété individuelle des agent-e-s de guichet, mais qu'il peut circuler, se transformer et se déléguer. Il s'inscrit donc dans une dimension relationnelle et dynamique. Cependant, il démontre également que les pratiques informelles de contournement et de contestation dans l'application de la loi peuvent provoquer un durcissement progressif de cette application et des mécanismes de contrôle, sans pour autant modifier formellement le cadre juridique.

Les perspectives théoriques de *street-level bureaucracy* et de *street-level organizations* m'ont permis de situer mon travail dans le champ de l'action publique et de comprendre les mécanismes qui révèlent comment une organisation publique, privée ou hybride peut devenir une actrice centrale de la *policy-as-produced*. Grâce à ce cadre théorique, je peux analyser comment une association médico-sociale interprète le droit et façonne la politique. Je vais désormais présenter en détail le contexte juridico-légal afin de situer l'action de l'association étudiée et de mieux la comprendre.

3 Contexte politico-légal

Ce chapitre présente les principaux cadres juridiques et politiques qui définissent les marges de manœuvre, les limites et les tensions rencontrées par l'action publique dans les domaines de la santé et du social dans un canton suisse. En retraçant successivement les principes constitutionnels, les dispositions de la Loi sur l'Assurance Maladie (LAMal), la loi cantonale en matière de santé et d'aide sociale, ainsi que le programme cantonal de promotion et prévention de la santé, il s'agit de mettre en évidence les conditions structurelles dans lesquelles s'inscrit l'action de l'association étudiée. Cette dernière intervient précisément auprès de personnes majoritairement marginalisées et fortement précarisées, dans un contexte marqué par des cadres juridiques et institutionnels complexes qui laissent apparaître des zones grises en matière d'accès aux soins, tout en prônant des principes forts tels que la dignité, l'égalité en santé ou l'universalité de l'accès aux soins.

3.1 Le système de santé suisse : principes et spécificités

3.1.1 Principe fédéral

La Suisse est un État fédéral qui répartit le pouvoir politique entre la Confédération, les cantons et les communes, chacun disposant de compétences politiques propres. Dans le domaine social et sanitaire, malgré une image internationale de pays « humanitaire » (Fleury 2009 ; Marks-Sultan & al. 2016), l'État-providence suisse est longtemps resté modeste (Histoire de la sécurité sociale en Suisse 2024). La mise en place du système de protection sociale, tardive au regard d'autres pays, s'est développée de manière progressive selon une logique de « petits pas » étroitement liée aux spécificités du fédéralisme et de la démocratie directe (Roduit, 2024 : 17 ; Cattacin 2006). Ce modèle repose sur une organisation décentralisée et sur un système de négociation sectorielle qui confère à l'État fédéral un rôle de médiateur plutôt que celui de

garant principal des droits sociaux, tandis qu'un réseau d'associations et d'œuvres d'entraide privées, en partie subventionnées par les pouvoirs publics, participe historiquement à combler certaines lacunes laissées par l'action étatique (Cattacin & Vitali 1997).

Cette configuration politique influence directement l'organisation du système de santé, majoritairement structuré sur deux niveaux (Confédération et cantons) (Cartier et al. 2015). La Confédération conserve une responsabilité générale et les cantons se plient aux lignes directrices instaurées par celle-ci en ayant une marge de manœuvre d'interprétation et de mise en œuvre. Par exemple, la Confédération, par l'intermédiaire de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), définit les grandes orientations de la politique sanitaire nationale, s'implique dans l'accès aux soins, développe les soins et veille à la viabilité financière de ceux-ci (OFSP 2025). Les cantons, pour leur part, assument une grande partie de l'organisation et de la mise en œuvre des soins de santé (Piccoli & Wanner 2022 ; Rossini et Legrand-Germanier 2010 cité dans Roduit 2024). Ils peuvent influencer la disponibilité et l'accessibilité des soins de la santé pour l'ensemble de la population, gèrent les hôpitaux publics, subventionnent les institutions privées et peuvent introduire des mesures cantonales en matière d'accès aux soins, notamment pour les personnes sans couverture (Piccoli & Wanner 2022). Il en résulte d'importantes disparités territoriales, tant en matière d'accès aux soins que de coûts supportés par la population.

La Confédération protège le droit fondamental d'obtenir de l'aide en situation de détresse à travers l'article 12 de la Constitution fédérale : « Quiconque est dans une situation de détresse et n'est pas en mesure de subvenir à son entretien a droit à l'aide et à l'assistance, et à recevoir les moyens indispensables pour mener une existence conforme à la dignité humaine ». Une jurisprudence du tribunal fédéral reconnaît par ailleurs que ce droit s'étend à l'accès aux soins de santé mais laisse la possibilité aux autorités cantonales de préciser l'étendue et le contenu de ce droit en fonction des législations d'assistance existant dans les cantons (Conseil d'Éthique Clinique 2001 : 2 cité dans Roduit 2024). L'article 41 lettre b de la Constitution prévoit en outre que « toute personne doit bénéficier des soins nécessaires à la santé » (art. 41b Cst.) tout en laissant aux cantons la responsabilité d'en organiser les modalités. Il n'existe pas de droit à la santé en tant que tel en Suisse, mais « conformément aux articles 12 par. 1 et 2 par. 2 du Pacte I ONU, le droit à la santé est un droit fondamental qui s'applique sans discrimination et quel que soit le statut d'une personne de sorte à disposer du meilleur état de santé possible pour chacun » (Amarelle & Zimmermann 2024 : 21).

3.1.2 Système d'assurance maladie

En outre, l'accès au système de santé en Suisse est régi par la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), laquelle impose, depuis 1996, à toute personne résidant sur le territoire suisse pour plus de trois mois, y compris les demandeur-euse-s d'asile et les personnes sans permis de séjour valable, l'obligation de souscrire une assurance-maladie dont il faut payer des primes mensuelles (Cattacin et al. 2007 ; Roduit 2024 ; OFSP 2025 ; art. 3 LAMal ; Bolgiani et al. 2006). Ces dernières, variables d'un canton à l'autre, sont calculées de manière indépendante du revenu, du patrimoine et de l'état de santé des assuré-e-s (Bolgiani et al. 2006). De plus, les compagnies d'assurance sont obligées d'accepter toutes les personnes, quel que soit leur statut administratif ou leur état de santé (Piccoli & Wanner 2022 ; OFSP 2025 ; art. 12 LAMal).

Un tel système, où les primes ne tiennent pas compte du revenu, crée des difficultés financières chez certaines personnes au revenu très bas. Malgré les subventions cantonales octroyées par l'État selon des critères de revenus et de fortune fixés par chaque canton (Bolgiani et al. 2006), le cumul des primes mensuelles, de la franchise et de la quote-part représente une charge financière importante chez les personnes particulièrement précarisées vivant en Suisse. Concrètement, en plus des primes mensuelles, les assuré-e-s doivent d'abord payer de leur poches les prestations médicales jusqu'à atteindre leur franchise, comprise entre 300 à 2500 francs (OFSP 2025). Une fois celle-ci atteinte, l'assurance-maladie prend en charge 90% des coûts, tandis que les assuré-e-s continuent de payer 10% des factures (quote-part), jusqu'à un plafond de 700 francs. Au-delà de ce montant, l'assureur couvre l'intégralité des frais (OFSP 2025). Ainsi, les coûts de l'assurance maladie, malgré les aides financières étatiques, ne demeurent pas forcément abordables pour tous-tes.

Outre la barrière financière, l'affiliation à une assurance maladie est entravée par d'autres obstacles d'ordre administratif. La procédure d'affiliation requiert généralement une adresse de domicile et un compte en banque, parfois difficile à fournir pour certaines personnes. Par ailleurs, l'entrée en contact avec les institutions impliquant la transmission d'informations personnelles est souvent perçue comme un risque pour certaines populations comme les personnes sans statut de séjour valable (Roduit 2024). Bien que les assureurs n'aient ni le devoir ni le droit de dénoncer une personne assurée³, la crainte d'un signalement aux autorités

³ Les assureurs ne disposent pas de base légale leur permettant de transmettre des informations aux autorités migratoire. La communication de données personnelles est en effet strictement encadrée par le droit fédéral, notamment par les règles de protection des données (LPD) ainsi que par les dispositions relatives à la protection des données dans l'assurance-maladie (art. 84a LAMal).

migratoires, susceptible d'aboutir à une décision de renvoi (art. 64 et 115 LEI), engendre une forte réticence à s'engager dans ces procédures. Enfin, la complexité du processus d'affiliation, la méconnaissance du caractère obligatoire de l'assurance maladie ou le sentiment de non-légitimité face à ce droit contribuent également à limiter l'accès effectif à ce dispositif assurantiel (Roduit 2024). Ces obstacles financiers, administratifs et juridiques contribuent à un phénomène de non-recours⁴ aux droits de la santé (Roduit 2024).

Bien que les données de l'OCDE, font état d'une couverture maladie universelle touchant 100 % de la population vivant en Suisse, elle ne rend pas compte de la réalité effective. Une proportion de la population estimée à 0,1 % et 0,2 % en 2018–2019 reste en dehors du système d'assurance (Cartier et al. 2015 ; Roduit 2024). Par ailleurs, cette estimation ne tient pas compte des personnes sans autorisation de séjour valable sur le territoire dont 80 à 90% ne disposent pas d'une assurance-maladie (Plateforme nationale pour les soins médicaux aux sans-papiers 2012 ; Médecins sans Frontières & HUG 2020 cités dans Roduit 2024). Bien que les données officielles soient rares concernant cette population, leur nombre estimé en 2015 se situe entre 58 000 et 105 000 (Morlok et al. 2015 ; Conseil fédéral, 2020 ; Diallo 2021). Ces chiffres témoignent alors d'une réalité largement absente des statistiques officielles et des textes juridiques, laissant un vide conséquent dans la législation et une marge de manœuvre importante aux cantons responsables d'assurer les modalités du droit aux soins et à l'aide nécessaire en cas de besoin pour sa population (Mak 2022 ; Bolgiani et al. 2006).

3.1.3 L'aide sociale et l'aide d'urgence

En parallèle du système assurantiel, l'accès à l'aide matérielle de l'État dépend également du statut légal des personnes, puisque le régime suisse d'aide sociale distingue trois catégories principales : l'aide sociale ordinaire, l'aide sociale asile et l'aide d'urgence.

La première, définie par la Loi cantonale sur l'aide sociale (LASoc), garantit un minimum vital aux personnes ressortissantes suisses, réfugiées reconnues ou titulaires d'un droit de séjour régulier lorsqu'elles ne disposent pas de ressources suffisantes. Elle intervient en dernier recours et comprend des mesures d'insertion sociale ou professionnelle, une aide matérielle et un accompagnement personnel (SAsoc 2023).

Les personnes requérantes d'asile ou admises à titre provisoire relèvent d'un autre dispositif. Les articles 81 et 82 LAsi prévoient qu'elles peuvent bénéficier d'une aide sociale cantonale

⁴ Le non-recours désigne une situation dans laquelle les personnes remplissant les conditions d'accès à une prestation n'y accèdent pas pour diverses raisons (Warin 2016).

lorsqu'elles ne peuvent subvenir elles-mêmes à leurs besoins. Cette aide, régie en pratique par le droit cantonal, est fournie dans la mesure du possible sous forme de prestation en nature et demeure inférieure à l'aide sociale ordinaire (SEM 2020).

Les personnes frappées d'une décision de renvoi ou de non-entrée en matière sont, quant à elles, exclues de toute aide sociale et ne peuvent prétendre qu'à l'aide d'urgence, qui se fait sur demande (SEM 2025). Cette aide, principalement fournie en nature à un niveau inférieur à celle accordée aux requérant-e-s d'asile, trouve sa base légale dans l'article 12 Cst., qui garantit les moyens indispensables pour mener une existence conforme à la dignité humaine (Meier & Studer 2016). Sous réserve du principe de subsidiarité⁵, « toute personne qui se trouve en Suisse a droit à l'aide d'urgence, quel que soit son statut au regard du droit des étrangers (LEI) » (Meier & Studer 2016 : 7). La mise en œuvre de l'aide d'urgence appartient aux cantons, qui doivent toutefois se conformer aux exigences minimales prévues par la Constitution (art. 12). Elle ne comprend généralement que les prestations essentielles et temporaires comme la nourriture, l'habillement, l'hébergement et les soins médicaux de base, destinées à garantir un minimum vital (Meier & Studer 2016 ; Amarelle & Zimmermann 2024).

Ainsi, l'aide publique d'urgence et ses modalités relèvent largement de la compétence cantonale, les autorités pouvant collaborer avec des ONG ou des associations. Si l'aide d'urgence couvre différents aspects du minimum vital, ma recherche se concentre exclusivement sur l'accès aux soins, en étudiant les pratiques d'une association qui s'inscrit dans ce dispositif, sans pour autant se limiter aux seules personnes inscrites officiellement à l'aide d'urgence. Dans un contexte juridique marqué par une faible précision normative et par de larges marges d'interprétation, il apparaît pertinent d'examiner le cadre cantonal en matière de santé afin de saisir comment les principes fédéraux sont interprétés, adaptés ou traduits dans les textes juridiques locaux.

3.2 Cadre légal cantonal régissant l'accès aux soins

3.2.1 Constitution cantonale

La Constitution cantonale reprend des principes fédéraux tels que la dignité humaine (art. 8) et le droit à la vie (art. 11). Elle affirme également que « toute personne dans le besoin a le droit

⁵ L'aide sociale et l'aide d'urgence sont des aides sociales qui arrivent en dernier recours.

d'être logée de manière appropriée, d'obtenir des soins médicaux essentiels et les autres moyens indispensables au maintien de sa dignité » (art. 36 al. 1 Cst. Cantonale).

L'article 37 précise que « les autorités veillent à ce que les droits fondamentaux et sociaux, dans la mesure où ils s'y prêtent, soient également réalisés dans les relations entre particuliers ». Cet article peut être mobilisé pour penser l'accès aux soins des personnes sans assurance-maladie, en ce qu'il étend la responsabilité liée aux droits fondamentaux au-delà des institutions publiques étatiques. Il souligne également la répartition de l'action publique entre autorités et société civile, sans pour autant préciser les responsabilités effectives de chacun de ces acteurs.

En matière de santé, la Constitution stipule que « l'État s'emploie à la promotion de la santé et veille à ce que toute personne ait accès à des soins de qualité égale » (art. 68 Cst. Cantonale). Cet article oriente l'intervention cantonale principalement vers la promotion de la santé et la prévention, organisées à travers un programme et un règlement spécifique (RSP), lesquels encadrent le subventionnement et le contrôle des projets dans ce domaine (art.1 RSP). Ces dispositions posent ainsi les principes généraux en matière de dignité et d'accès aux soins, sans toutefois définir les modalités concrètes de mise en œuvre, lesquelles sont renvoyées à la loi sur la santé. Dès lors, il apparaît pertinent d'examiner cette loi afin de déterminer dans quelle mesure ces principes sont traduits en instruments effectifs, notamment pour les personnes situées hors des régimes sanitaires et de protection sociale ordinaires.

3.2.2 Loi sur la Santé

La Loi sur la santé (LSan) constitue le cadre à travers lequel le canton décline, interprète et opérationnalise le principe du droit à la santé. Elle affirme un droit aux soins pour « toute personne » (art. 44 LSan) et définit la santé comme un « bien fondamental » devant être protégé « dans le respect de la dignité, de la liberté, de l'intégrité et de l'égalité des personnes » (art. 2 al. 1 et 2 LSan). A ce titre, la loi reprend les garanties universalistes du droit à la santé de l'art. 12 de la Constitution fédérale.

Or, si la LSan pose des principes généraux forts, elle ne prévoit aucun mécanisme concret permettant d'en assurer l'effectivité pour les personnes qui ne peuvent pas ou n'osent pas s'affilier à l'assurance maladie, accéder aux institutions ou solliciter les services publics. Le cadre qu'elle institue repose sur l'hypothèse d'une population déjà intégrée au système assurantiel et administratif, laissant en marge les publics cumulant vulnérabilité sociale, précarité financière et administrative. Ainsi, bien que la loi affirme un droit universel aux soins, elle ne définit pas les modalités permettant aux personnes les plus précarisées d'y accéder.

Les priorités d'intervention cantonales définies dans la LSan confirment cette orientation. La loi consacre en effet un ensemble de missions ciblées, notamment en matière d'encadrement parental, de santé des enfants et des adolescent-e-s, de prévention des maladies transmissibles et non transmissibles, de santé mentale, d'addiction ou encore de promotion de la santé des personnes âgées (art. 29-38 LSan). Ces choix traduisent un ciblage politique sur certaines problématiques et catégories de population considérées comme prioritaires, tout en laissant de côté d'autres groupes tels que les personnes sans assurance-maladie ou sans statut légal reconnu.

Ces orientations sont ensuite déclinées dans des plans et programmes cantonaux de promotion de la santé et de prévention, mis en œuvre par la Direction compétente avec la participation de la Commission de planification sanitaire (art. 15 LSan ; Direction santé et social 2017 ; Service de la santé publique 2021). Dans les documents stratégiques cantonaux tels que *Vision 2030*⁶ (Direction santé et social 2017) ou le *Programme cantonal sur la santé*⁷ (Service de la santé publique 2021), certains partenaires associatifs sont explicitement intégrés comme acteurs de la politique cantonale de promotion de la santé. En revanche, d'autres associations, bien que connues des autorités et référencées sur les pages internet officielles du canton (Service de la santé publique 2025), n'apparaissent ni comme partenaires institutionnels, ni comme publics cibles. C'est notamment le cas de l'association Salus étudiée dans ce travail, qui vise à faciliter l'accès aux soins pour les personnes sans assurance-maladie.

L'absence de reconnaissance formelle de ces publics dans les instruments de la politique sanitaire cantonale contribue à leur invisibilité institutionnelle. Comme le souligne dans un autre contexte la juriste Danièle Lochak, la non-prise en compte explicite de certains groupes peut conduire à un « déficit de droits » ou à des droits « trop souvent ineffectifs » (Lochak 2006 cité dans Roduit 2024 : 20). Cette absence persistante indique que l'accès aux soins des personnes sans assurance-maladie ne relève pas uniquement du champ de santé publique tel qu'organisé par la LSan, mais également du régime de l'aide d'urgence.

3.2.3 Loi sur l'aide sociale

Ce régime figure dans la loi sur l'aide sociale (LASoc) dont le but est de renforcer la cohésion sociale et de permettre à chacun-e de mener de façon autonome une existence conforme à la dignité humaine (art. 1 al.1 LASoc). « La couverture des besoins de base est une prestation

⁶ Nom fictif afin de garantir l'anonymat.

⁷ Nom fictif afin de garantir l'anonymat.

financière visant à fournir à la personne dans le besoin les moyens indispensables pour mener une existence conforme à la dignité humaine, que la situation lui soit imputable ou non » (art. 16 al. 1 LASoc). Cependant, cette couverture est limitée à l'aide d'urgence pour les personnes qui se trouvent dans certaines situations particulières (art.16 al. 2 LASoc) comme les personnes de passage, les étrangers non titulaire d'une autorisation de séjour, les ressortissants de l'UE ou de l'AELE ainsi que les personnes dont ils ont la charge faisant ménage commun : « détenteurs d'un permis de courte durée qui n'exercent pas une activité lucrative sur le premier marché du travail ou détenteurs d'une autorisation de séjour en cas de cessation volontaire des rapports de travail ou de cessation involontaire des rapports de travail au cours des douze premiers mois de séjour, sous réserve des exceptions prévues dans la législation fédérale » (art. 25 al. 2 LASoc).

Cette aide d'urgence est allouée sous forme de prestations en nature dans les domaines du logement, la remise de denrée alimentaire ou d'articles d'hygiène et les soins médicaux indispensables, notion sur laquelle ce travail s'intéresse.

Ainsi, à cheval entre la Loi sur la santé et la loi sur l'aide sociale, il semble pertinent d'observer comment une association s'approprie et traduit des notions normatives peu prescriptives et parfois contradictoires notamment la notion d'urgence, qui a une visée transitoire et temporaire (Amarelle et Zimmermann 2024), face à la notion de prévention et de promotion de la santé, qui incarne une durée plutôt étendue. Il s'agit en outre d'analyser comment une organisation au niveau de la rue contribue à rendre effectif l'accès aux soins médicaux indispensables pour des personnes situées dans un régime de protection sociale particulier. Avant d'aborder l'analyse des résultats, qui permettront de se pencher sur ces questions, il semble nécessaire de présenter le mandat cadre qui structure l'action de l'association étudiée.

3.3 Encadrement légal de l'action de Salus

3.3.1 Mandat-cadre et mandats de prestations

L'association est mandatée par la Direction santé et social⁸, qui définit son subventionnement par l'État « dans le cadre de son activité dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé » (art.1 DSS 2023). À ce titre, ses activités sont explicitement intégrées dans la planification cantonale en matière de promotion de la santé et de prévention. L'association s'inscrit ainsi dans la stratégie cantonale ainsi que dans différents plans cantonaux thématiques,

⁸ Nom fictif pour garantir l'anonymat.

notamment ceux relatifs à l'alcool, à l'alimentation, à l'activité physique, au tabac et à la santé mentale (art. 2.2 DSS 2023).

Le subventionnement de l'association repose sur un financement par prestations. Celles-ci sont décrites dans des « fiches de prestation » qui précisent des objectifs d'output et d'outcome, et qui font office de documents de demande de subvention en lien avec la planification cantonale (art. 3 et 5.3 DSS 2023). Les prestations retenues donnent lieu à des mandats de prestations annuels, lesquels fixent les crédits budgétaires en fonction des besoins identifiés de la population et des priorités définies par l'État. Ces mandats restent toutefois conditionnés à l'approbation définitive du budget cantonal par le Grand Conseil, ce qui laisse la possibilité de réductions budgétaires ultérieures (art. 3 et 5.2 DSS 2023).

La responsabilité de la mise en œuvre des prestations subventionnées incombe directement à Salus. Celle-ci peut également développer d'autres activités, pour autant qu'elles soient financées par des sources externes et qu'elles n'entrent pas en conflit avec les prestations subventionnées par l'État (art. 3 DSS 2023). Le financement public est ainsi complété dans la mesure du possible, par des contributions de tiers. Salus bénéficie notamment de soutiens provenant d'organisations et de fondations telles que la Loterie Romande, ainsi que de bailleurs de fonds privés, comme des paroisses ou des donateurs individuels (Rapport d'activités 2024).

Les conditions encadrant le subventionnement apparaissent principalement orientées vers un contrôle financier et comptable. Elles impliquent notamment la tenue d'une comptabilité analytique par prestation, un décompte horaire des activités, la présentation annuelle des comptes, la remise de statistiques relatives au personnel ainsi que l'accessibilité permanente des documents comptables à la DSS (art. 5.1 DSS 2023). Le mandat-cadre prévoit en outre une obligation de communication et de collaboration entre la DSS et l'association, les deux parties s'engageant à se transmettre sans délai toute information ou évolution susceptible d'influencer l'exécution des tâches confiées. Au-delà du financement des prestations, le subventionnement étatique contribue également à couvrir certaines charges structurelles de l'association, telles que les frais de personnel, les locaux ou encore les provisions nécessaires à son fonctionnement (Rapport d'activités 2024).

Ainsi, l'action de l'association s'inscrit dans un cadre institutionnel formalisé par un mandat-cadre et des mandats de prestations conclus avec le canton. Ces instruments définissent les objectifs généraux de l'intervention et les exigences de reddition de comptes, tout en laissant

une marge d'interprétation relativement large quant aux modalités concrètes de mise en œuvre des activités sur le terrain.

3.3.2 Cadre structurel et organisationnel de l'association

Sur le plan organisationnel, l'association fonctionne avec une équipe salariée équivalant à 1,6 postes à plein temps (EPT), composée d'une responsable, d'une infirmière titulaire et d'une intervenante sociale. Cette équipe est complétée par un pôle de remplaçantes comprenant quatre infirmières et deux intervenantes sociales. Par ailleurs, l'activité médicale de l'association repose également sur la collaboration avec cinq médecins bénévoles et une infirmière spécialisée en diabétologie, tous-tes retraité-e-s, qui viennent renforcer le dispositif de soins (Rapport d'activité 2024).

Les locaux de l'association sont situés dans un secteur central et facilement accessible pour les personnes résidant en ville. Les consultations sont proposées gratuitement et de manière confidentielle, avec ou sans rendez-vous, les lundis et jeudis matin de 9 heures à midi, ainsi que les mardis après-midi de 13 heures à 17 heures. Les prestations peuvent être assurées en français, italien, allemand, espagnol et anglais, et lorsque cela s'avère nécessaire, le recours à des interprètes est possible afin de permettre des consultations dans d'autres langues.

Salus se destine « à toute personne sans assurance-maladie ou en rupture de prime, suisse ou migrante, établie ou de passage dans le canton, avec ou sans titre de séjour » et poursuit plusieurs objectifs principaux : faciliter et garantir l'accès aux soins pour les personnes en marge du système de santé, développer des actions de prévention et de promotion de la santé auprès de cette population, ainsi que promouvoir le respect des droits des patient-e-s et de leurs proches (Statuts de l'association 2011). Afin de répondre à ces objectifs, trois types de prestations, faisant l'objet de mandats de prestations subventionnés par l'État, sont proposées. Il s'agit d'une part, d'une consultation médico-infirmière, durant laquelle une infirmière et/ou un médecin-conseil (bénévole) reçoivent les patient-e-s gratuitement pour tout soin ou conseil. D'autre part, d'une consultation dentaire, principalement destinée à des soins dentaires urgents et prophylaxie pour laquelle une participation de 70 francs est demandée aux bénéficiaires. Enfin, une consultation sociale visant à conseiller et orienter et accompagner les personnes dans le besoin, notamment dans les démarches d'affiliation (ou de réaffiliation) auprès des assurances-maladies (Document de présentation de l'association).

L'examen du cadre politico-juridique et institutionnel met ainsi en évidence une double logique. D'une part, l'action de l'association s'inscrit dans un environnement formalisé et structuré par

des mandats. D'autre part, ce cadre apparaît relativement peu prescriptif quant aux modalités concrètes de mise en œuvre de l'accès aux soins pour les personnes sans assurance-maladie, laissant aux acteur-ice-s de terrain des marges d'adaptation quant à leur structure organisationnelle présentée ci-dessus et à leurs pratiques. Par ailleurs, l'association occupe une position institutionnelle particulière, située à l'intersection des politiques de santé publique et de l'action sociale. Bien que son mandat soit formellement rattaché au domaine de la promotion et de la prévention de la santé, son action s'inscrit également dans des logiques d'aide d'urgence et d'accessibilité aux soins pour des publics fortement précarisés et exclus du système ordinaire. Cette hybridité est également visible dans les modalités de financement et de pilotage, qui mobilisent à la fois le service de la santé publique et le service de l'action sociale. Elle est en outre révélatrice d'une externalisation de l'action publique de l'État social vers un-e tiers-ce acteur-ice et contribue à diviser les responsabilités en matière de suivi et de mise en œuvre de l'action publique. L'association occupe donc une position d'intermédiaire, à la croisée d'exigences institutionnelles, de ressources limitées et des besoins concrets des bénéficiaires tout en disposant une grande marge de manœuvre pour la mise en œuvre concrète de normes demeurant parfois floues. Mon analyse se porte effectivement sur cet espace d'implémentation qui vise à comprendre comment une *street-level organization* traduit des normes en pratiques et façonne la politique socio-sanitaire dans sa réalité sociale.

3.3.3 Actions et population bénéficiaire de Salus

Avant de présenter la méthodologie et l'analyse des résultats, il semble pertinent de présenter quelques chiffres tirés du rapport d'activité annuel de l'association afin de mieux visualiser comment et pour qui elle agit. Salus est un cabinet socio-sanitaire qui propose des consultations médico-infirmières et socio-administratives gratuites. En 2024, l'association a réalisé un total de 1712 consultations, réparties entre 949 consultations médico-infirmières, dont 56 dentaires, et 763 consultations socio-administratives, incluant 204 suivis de dossiers d'assurance-maladie et 38 nouvelles affiliations (Rapport d'activité 2024).

Au cours de cette année, 399 patient-e-s ont été accueilli-e-s, dont 162 nouvelles personnes. La majorité des patient-e-s (73%) vit sans permis de séjour, bien que résidant dans le canton ; parmi elles-eux, 72% habitent dans la ville de Parton⁹ et son agglomération. Les 27 % restants regroupent notamment des personnes suisses (par exemple de retour d'un long séjour à l'étranger et sans commune de résidence), des personnes de passage ne résidant pas dans le

⁹ Nom fictif pour garantir l'anonymat.

canton, des ressortissant-e-s de l'Union européenne sans assurance en Suisse, ainsi que des personnes titulaires de permis B ou C. La population accueillie se compose de 57% de femmes et de 43% d'hommes. Les origines sont très diverses : 27% des patient-e-s proviennent de l'Union européenne, 10% d'Europe extra-communautaire, 9% d'Afrique du Nord et du Moyen-Orient, 3% d'Asie, 20% d'Afrique subsaharienne et 24% d'Amérique latine. Concernant les tranches d'âge, 161 patient-e-s se situent dans l'âge actif (26-45 ans), 133 ont entre 46 et 65 ans, et 30 d'entre elles-eux ont 65 ans ou plus. Les plus jeunes sont également représenté-e-s, avec 37 enfants âgés de 0 à 16 ans et 38 jeunes adultes de 17 à 25 ans (Rapport d'activité 2024). Ces quelques chiffres révèlent que les personnes sans assurance-maladie sont surreprésentées par des personnes migrantisées vivant de manière stable sur le territoire malgré l'absence d'autorisation de séjour.

4 Méthodologie et entrée sur le terrain

Dans cette partie, je propose d'explorer et d'approfondir les réflexions épistémologiques et méthodologiques qui sous-tendent mon étude qualitative, tout en examinant les conditions de l'enquête, comme l'entrée sur le terrain, la présentation de mes enquêté-e-s, la nature des informations recueillies et leur restitution. Cette recherche s'inscrit dans une posture constructiviste critique, éclairée par des approches féministes et démigrantisantes. Ces trois ancrages se complètent pour appréhender la mise en œuvre du droit aux soins des personnes sans assurance maladie comme un processus socialement construit et traversé par des rapports de pouvoir. Dans cette optique, les méthodes de la *Grounded Theory* semblent adéquates pour mener à bien ma recherche.

4.1 Posture épistémologique

La posture épistémologique semble primordiale pour comprendre comment et pourquoi je suis arrivée à définir ce sujet de recherche tout en éclairant le paradigme de recherche dans lequel s'inscrivent les choix théoriques et méthodologiques utilisés dans mon travail (Charmillot 2021).

4.1.1 Posture constructiviste

Le constructivisme considère que les réalités sociales ne préexistent pas à l'action, mais qu'elles sont produites et interprétées par les acteur-ice-s à travers leurs interactions et leurs pratiques quotidiennes. La recherche et les données récoltées, notamment les discours des interlocuteur-

ice-s, ne sont pas simplement compris comme des témoignages objectifs, mais comme des positions situées dans un contexte socio-historique donné (Charmillot, 2021). Ainsi, cette perspective permet notamment de prendre de la distance sur certains phénomènes et de remettre en question ce qui est considéré parfois comme fixe ou naturel.

4.1.2 L'épistémologie féministe

Ce concept des positions situées se retrouve dans l'épistémologie féministe et plus particulièrement dans la théorie du point de vue situé selon laquelle toute connaissance est produite à partir d'une position sociale, culturelle et historique particulière (Haraway 1988 ; Lund 2023). Cela implique de reconnaître l'impact de son propre regard en s'interrogeant sur ses expériences, ses valeurs, son identité qui façonnent l'objet de recherche et les manières de l'aborder. Selon cette théorie, les perspectives des groupes subalternes sont essentielles pour produire un savoir plus complet, car leurs expériences spécifiques permettent de révéler des aspects du monde invisible pour les groupes dominants et d'en dévoiler des nouvelles dynamiques de pouvoir (Harding 1992 citée dans Lund 2023). L'analyse d'une organisation de rue, située en marge des dispositifs sanitaires publics, participe ainsi de ce choix d'observer le social à partir des marges pour mieux comprendre un système institutionnel plus large. Rejoignant ainsi les propos de Landmann (2006) : « Feminist methodology offers much in terms of improving and extending the quality of evidence » (Landman 2006 : 433).

La neutralité est remplacée par une « objectivité forte », d'après les termes de Sandra Harding (1992) repris par Claire (2016), dont la mise en pratique repose sur une réflexion qui prend en compte « les conditions matérielles d'existence », « les inévitables engagements particuliers » et les « prénotions » des chercheur-euse-s (Claire 2016 : 69) tout au long des étapes de l'étude ; de la construction de l'objet de recherche à la restitution des résultats. Il s'agit de questionner ses propres biais et sa posture durant le travail d'enquête afin de déconstruire certaines idées reçues et d'améliorer ses pratiques de chercheur-se (Landman 2006). En outre, la posture épistémologique féministe considère les participant-e-s comme des co-producteur-ice-s de savoir, expert-e-s de leurs expériences (Dillard 2000; Singh et al. 2025 ; Lund 2023). Cette posture relationnelle s'appuie sur une éthique de la responsabilité de la chercheuse ou du chercheur envers le terrain et les personnes impliquées (Dillard 2000).

4.1.3 Une approche démigrantisante

Dans la continuité des approches critiques des études migratoires, j'adopte une posture démigrantisante inspirée des travaux de Janine Dahinden. Celle-ci propose de désessentialiser

les catégories migratoires telles que *migrant-e* ou *réfugié-e* et de décentrer la figure du ou de la migrant-e dans la recherche (2016 ; 2021). Elle montre en effet que les études migratoires se sont historiquement inscrites dans une épistémologie centrée sur l'État-nation, contribuant à naturaliser ces catégories et à reproduire des rapports de pouvoir fondés sur l'inclusion et l'exclusion (Dahinden 2016 ; Dahinden & Korteweg 2023). « Démigrantiser » (Dahinden 2016 : 2208) consiste ainsi à repolitiser des catégories souvent perçues comme *allant de soi*, en analysant leur genèse institutionnelle, leurs usages situés, et surtout les mécanismes sociaux qui produisent la vulnérabilité de certaines populations (Dahinden 2016 ; 2021 ; Raghuram et al. 2024).

Il s'agit en outre d'observer si le statut migratoire joue un rôle dans la compréhension des phénomènes et des processus sociaux plutôt que de le considérer comme un critère d'analyse comme *allant de soi*. Dans cette recherche, cela se traduit par un déplacement de la focale hors des statuts administratifs ; il ne s'agit pas d'ériger les *migrant-e-s* en objet d'étude, mais d'examiner comment une association tente de répondre aux inégalités générées par un système sanitaire exclusif, lui-même abordé de manière critique.

Dans la continuité de cette approche, j'aborde la catégorie des *migrant-e-s* de manière critique et préfère emprunter le terme de *personne migrantisée* utilisé par Janine Dahinden, dans ses cours à l'Université de Neuchâtel. Ce terme permet de souligner plus clairement que le statut de migrant ne constitue pas une catégorie naturelle, mais résulte d'un processus social de migrantisation (Dahinden 2016). En mettant en évidence le caractère socialement produit des catégories migratoires, l'adjectif *migrantisé* contribue à dénaturer le régime de l'État-nation et les logiques d'inclusion et d'exclusion fondées sur l'appartenance nationale.

4.2 Approche méthodologique : Théorie ancrée (*Grounded Theory*)

Afin de mener une recherche qualitative cohérente avec la posture constructiviste critique présentée précédemment, j'adopte une méthodologie inspirée de la *Grounded Theory* initiée par Glaser & Strauss (1967), tout en me concentrant sur le développement de cette dernière faite par Kathy Charmaz dans son ouvrage *Constructing Grounded Theory* (2025).

Le principe fondamental consiste à générer des catégories d'analyse et des théories directement à partir des données collectées plutôt que d'y coller un cadre théorique pré-existant. Cette démarche inductive procède par des allers-retours constants entre les données et la théorie (Charmaz & Thorneberg 2021 ; Charmaz & Belgrave 2012 ; Charmaz 2025). Ce processus itératif m'a permis de faire évoluer la collecte des données et leur interprétation simultanément

(Charmaz & Thorneberg 2021). Par exemple, après chaque entretien, je les ai relus et annotés afin de faire évoluer la prochaine grille d'entretien et d'ajuster mes questions.

En outre, l'idée centrale de la *Grounded Theory* est de faire émerger une compréhension située du phénomène étudié rejoignant les propos de Haraway (1998) et d'autres épistémologues féministes. Le phénomène étudié ici est la manière dont une organisation locale compose avec les contraintes institutionnelles pour rendre possible l'accès aux soins à des personnes sans assurance maladie. Ainsi, la théorie de Charmaz (2025) reconnaît que les données sont co-produites par la chercheuse ou le chercheur et les participant-e-s. Comme dans l'épistémologie féministe ou constructiviste critique, la *Grounded Theory* implique un regard réflexif, conscient du rôle des chercheur-euse-s dans la construction des significations.

Pour imaginer comment mener cette enquête, je me suis inspirée du cadre théorique des *street-level organizations* (Brodkin 2011 ; 2012 ; 2016 ; 2021 ; 2024), qui m'a aidée à ouvrir plusieurs pistes réflexives. Ce cadre m'a notamment permis de faire ressortir certains concepts clés comme le *policy work*, la *policy-as-produced* ou le *pouvoir discrétionnaire* pour les mobiliser de façon souple, comme des outils de lecture permettant de structurer les grilles d'entretien et l'analyse des données à posteriori. Dans ce travail, les grilles d'entretien se sont donc concentrées sur les pratiques quotidiennes de l'association. Plus tard, les données ont fait émerger d'autres concepts qui m'ont permis de compléter mon cadre théorique tels que celui de *bordering* et du *boundary making* ou de la théorie du mérite.

4.2.1 Analyse documentaire et approche socio-légale

En parallèle des entretiens, j'ai constitué un corpus de documents politico-juridiques afin de situer l'association dans les cadres institutionnels et normatifs qui structurent ses conditions d'intervention. Le corpus analysé se compose de textes constitutionnels et législatifs, ainsi que de deux documents présentant les programmes et stratégies politiques cantonales qui encadrent le subventionnement de l'association par l'État. Ceux-ci m'ont permis de concevoir le chapitre sur le contexte politico-juridique. Je me suis également penchée sur des documents directement transmis par l'association tels que ses statuts ou son rapport annuel.

L'analyse des textes politiques, proche de l'approche critique du discours développée par Norman Fairclough (1995), permet d'identifier les priorités et cadrages politiques, les instruments de mise en œuvre, ainsi que les catégories de population explicitement visées ou invisibilisées. Selon Fairclough, les discours sont à la fois le produit des structures sociales et

des vecteurs de leur transformation. En effet, ils traduisent les normes, valeurs et hiérarchies existantes tout en contribuant à leur évolution (Fairclough 1995).

Les textes juridiques ont été analysés à partir des droits reconnus et des conditions dans lesquelles ils deviennent effectifs, afin de dégager le socle structurel sur lequel se basent les discours politiques et les actions publiques. Leur étude permet d'esquisser les contours normatifs en révélant les vides et flous juridiques dans lesquels l'association s'insère pour les traduire en pratiques concrètes. Cette démarche s'inscrit dans une approche socio-légale, liée à « une analyse empirique de la norme juridique » (Lavite 2016 : 1). Elle permet de dessiner les contours de la relation entre le droit et la sphère sociale tout en se distanciant d'une lecture strictement positiviste (Lavite 2016). Dans cette perspective, le droit ne peut être appréhendé indépendamment de la société qui le produit. L'analyse dépasse ainsi l'étude des normes purement juridiques et formelles pour intégrer le droit « mouvant » et informel, tel que conceptualisé par Eugen Ehrlich (1936 cité dans Lavite 2016 : 2). Le droit est dès lors envisagé comme un ensemble de normes juridiques et sociales en interaction, produit et transformé dans l'action (Ehrlich 1936 cité dans Lavite 2016). Cette approche sociologique du droit peut prendre des formes variées : sociologie de la production des normes, des effets du droit, des fonctions du droit, des professions juridiques, des conflits ou encore la sociologie comparative et judiciaire (Commaille & Perrin 1985). Dans ce travail, elle se traduit par une attention portée aux écarts entre les droits formellement reconnus et leur effectivité (Lavite 2016), en interrogeant la mise en œuvre concrète du droit universel à la santé dans le canton de Parton en Suisse.

4.3 Terrain et récolte des données

Dans cette partie, je présente l'accès au terrain, les méthodes que j'ai utilisées pour mener ma recherche et la relation que j'ai eue avec mes enquêté-e-s après avoir présenté leurs profils.

4.3.1 Construction de l'objet de recherche

Sensible aux injustices et aux inégalités sociales, j'ai souhaité inscrire ce travail dans une perspective à visée améliorative et transformatrice. En effet, je suis du même avis que plusieurs chercheur-euse-s féministes qui stipulent que la recherche doit se mettre au service du bien commun et permettre de tendre vers plus de justice sociale (Singh 2025 ; Harding 1986,1991,1992a,1992b cité dans Lund 2023 ; Dillard 2006). J'ai donc réfléchi activement à un sujet capable de refléter mes valeurs et de rendre hommage à mes années d'études.

Outre mes valeurs, mon expérience personnelle m'a également inspirée pour l'élaboration de mon objet de recherche. En effet, durant mon cursus à l'Université de Neuchâtel en Migration et Citoyenneté, j'ai remarqué que les enjeux de santé croisés aux enjeux de migration manquaient de présence. Ce n'est que lors d'un cours de droit des migrations que j'ai réellement réalisé le rôle que peut jouer la santé sur la question migratoire. De plus, mon expérience personnelle dans l'accès aux soins de la santé ne s'est pas toujours bien déroulée malgré une position sociale privilégiée, facteur favorisant un meilleur accès aux soins. Je me suis alors posé la question de savoir comment faisaient les personnes plus démunies.

D'abord intéressée par le thème de l'accès aux soins pour les personnes précarisées dans mon canton d'origine, le sujet s'est précisé sur l'accès aux soins des personnes dépourvues d'assurance maladie à mesure que ma recherche avançait. Ces personnes évoluent en effet dans un espace institutionnel marqué par un décalage entre les droits formellement reconnus et leur effectivité. Il m'est alors apparu particulièrement intéressant de m'interroger sur la manière dont l'action publique met en œuvre un droit fondamental en l'absence de cadrage explicite.

4.3.2 Accès au terrain

L'accès à mon terrain a débuté en mars 2025 lorsque j'ai commencé à rechercher des informations sur l'accès aux soins des personnes précarisées dans deux cantons que je connais bien. Me trouvant dans un cursus traitant des enjeux migratoires, c'est naturellement que j'ai également observé à travers internet ce qui était mis en place dans les cantons respectifs pour la catégorie des personnes migrantisées. J'ai remarqué qu'un canton n'expose que brièvement le réseau socio-médical élaboré pour les personnes migrantisées en situation de vulnérabilité, tandis que l'autre possède un réseau élaboré et établi pour cette même catégorie. Ce réseau a fait l'objet de recherche de plusieurs études déjà existantes, ce qui m'a convaincu d'investiguer plus en profondeur le système du premier canton, plus petit, plus discret et un peu oublié des centres d'intérêts des recherches helvétiques.

J'ai alors pris contact avec plusieurs institutions qui facilitent l'accès aux soins pour les personnes précarisées. Adoptant une posture démigrantisante, je ne voulais pas cibler la catégorie des *migrant-e-s* directement. Cette approche m'a toutefois amenée à m'interroger sur la manière de définir les différentes catégories de « personnes précarisées ». J'ai ainsi obtenu cinq premiers entretiens, que je qualifierais d'exploratoires, avec des personnes issues d'institutions variées (associations, ONG, services cantonaux) qui ont accepté de me rencontrer. Ces échanges m'ont permis de constater que mon projet, alors inscrit dans une perspective

macro-analytique, avec une posture épistémologique positiviste, ne reflétait pas mes valeurs, ne correspondait pas à l'idée que je m'en faisais initialement et présentait une faisabilité limitée pour un travail de mémoire.

Au fil de ces démarches, je me suis heurtée à une forme de vide institutionnel qui a compliqué la prise de contact avec les services cantonaux. Par exemple, lors de ma prise de contact avec le médecin cantonal, celui-ci m'a expliqué qu'il ne s'occupait pas de la question de l'accès aux soins des personnes précarisées et ne savait pas comment répondre à mes questions. Malgré mes tentatives d'argumentation et l'envoi de quelques questions précises susceptibles de survenir lors d'un futur entretien, il a finalement choisi d'y répondre par écrit avant de me rediriger vers d'autres organisations spécialisées, notamment celles œuvrant auprès des personnes migrantisées.

Cette première phase d'accès au terrain a été difficile sur le plan personnel. Elle a ravivé certaines insécurités et m'a souvent fait douter de la légitimité de ma démarche. Le fait de devoir justifier mes demandes d'entretiens et d'argumenter les raisons pour lesquelles je sollicitais une heure de leur temps a parfois suscité un sentiment d'illégitimité et d'incompétence, ce qui a rendu la prise de contact plus éprouvante.

Après cette première série de prises de contact et d'entretiens, j'ai beaucoup réfléchi pour rendre mon objet de recherche et mon approche plus représentative d'une approche constructiviste qui se penche sur la *policy-as-produced*. Je me suis alors penchée plus précisément sur une association unique dans le canton qui facilite l'accès aux soins des personnes dépourvues d'assurance-maladie avec laquelle j'avais déjà mené un entretien. Lors de ma deuxième prise de contact, j'ai été soulagée de voir que la responsable s'est exprimée avec enthousiasme face à mon intérêt de travailler avec l'association.

4.3.3 Choix des participant-e-s et échantillonnage

Le choix des participant-e-s de la première vague d'entretiens s'est fait selon une perspective macro-analytique. J'ai donc sélectionné les institutions qui entrent dans le cadre de ma recherche sur l'accès aux soins des personnes précarisées dans mon canton d'origine. Les cinq premiers entretiens ont été réalisés selon un *convenience sampling* qui correspond aux personnes qui ont accepté de m'accorder un entretien parmi toutes les personnes que j'ai contactées.

Pour la deuxième série d'entretiens, je me suis basée sur un échantillonnage de type théorique (Flick 2011 ; Charmaz & Thorneberg 2021 ; Charmaz 20215). Celui-ci permet « to predict where and how you can find needed data to fill such gaps and to saturate categories (Charmaz, 2025 : 200). J'ai remarqué qu'un des éléments saillant de mon premier entretien avec l'association, qui s'est fait en tripartite, était une forme d'exclusion et d'invisibilisation de leurs populations bénéficiaires. C'est en me rendant compte de cet aspect au niveau institutionnel que j'ai décidé de me concentrer sur une association qui travaille justement en marge du système sanitaire dominant. J'ai donc obtenu un deuxième entretien avec une infirmière salariée, deux entretiens avec deux médecins bénévoles et j'ai refait un entretien avec la responsable et un avec l'intervenante sociale, toutes deux salariées également. Ce type d'échantillonnage est utile pour faire émerger des questions à partir des données préliminaires et de leurs codes. Après chaque entretien, j'ai rédigé un mémo analytique afin d'identifier les catégories théoriques saillantes du discours de l'interrogé-e, les questions restées en suspens, ainsi que ma propre posture durant l'entretien. Voici l'extrait d'un exemple :

Cet entretien a mis en évidence mes difficultés liées à la formulation des questions. L'interviewé privilégiait des réponses fondées sur ses perceptions plutôt que sur des éléments factuels. De ce fait, je ne m'attendais pas du tout à ce type de réponses. Bien qu'intéressantes, j'ai parfois ressenti une forme de décalage avec le cadre de la recherche et une certaine difficulté à recadrer l'échange. Une confusion terminologique autour de la notion de « médecine simple » a notamment détourné l'attention de la question des ressources limitées de l'organisation et m'a un peu déstabilisée. Je pense que ces confusions sont survenues à cause d'une mauvaise formulation ou une hésitation trop accentuée dans les relances. Cet entretien un peu différent, m'a appris à vraiment bien être précise dans la formulation des questions et à vraiment bien savoir ce que je cherche réellement. Position à ajuster lors des entretiens ultérieurs. (Extrait mémo analytique entretien avec Maurice)

Ce travail réflexif m'a permis d'ajuster progressivement ma manière de conduire les entrevues et d'affiner la grille d'entretien pour les suivantes (Charmaz 2025). Grâce à cette méthode, j'ai par exemple remarqué que les réponses à mes questions récoltées après le premier entretien avec un médecin bénévole sont restées floues. J'ai donc décidé de faire un deuxième entretien avec un autre médecin bénévole afin de compléter les catégories analytiques préliminaires. J'ai également mené deux entretiens avec la responsable et l'intervenante sociale également pour entrer plus en profondeur dans leurs pratiques quotidiennes.

En complément l'échantillonnage théorique, j'ai également procédé à une forme d'échantillonnage communément appelé *boule de neige*. Celui-ci m'a permis de demander à mes interlocuteur-ice-s s'ils ou elles connaissent quelqu'un qui peut compléter la récolte des

données. De cette manière j'ai obtenu le contact d'une personne travaillant au sein de l'administration cantonale, dont l'entretien s'est révélé précieux pour mieux comprendre la nature des relations entre les autorités cantonales et l'association.

4.3.4 Profils des participant-e-s

Pour des raisons pratiques, je présente uniquement les personnes qui ont participé à cette recherche durant ma deuxième phase de terrain. En effet, la première phase m'a permis de réfléchir et d'explorer les possibilités pour affiner mon objet de recherche. Bien que les premiers entretiens m'ont aidé à mieux comprendre le contexte et le fonctionnement sanitaire du canton, ceux-ci ne sont pas centraux pour mon analyse.

Les profils des participant-e-s de la deuxième phase de recherche sont présenté-e-s ci-dessous à l'aide de noms fictifs¹⁰. Pour chacun-e, sont indiqués le genre, le statut au sein de l'association, le parcours professionnel ainsi que les motivations à s'engager dans cette structure.

Carine est une femme de plus de 50 ans qui travaille au sein de l'association à un taux de 50%. Son parcours professionnel d'infirmière l'a amenée à s'engager notamment pour Médecins Sans Frontières pour plusieurs missions dans différents pays d'Afrique. A son retour en 1994, elle a toujours exprimé le souhait de « continuer un peu le travail qu'[elle] avait fait en Afrique » (Carine, 30.09.2025), ce qui l'a conduite à postuler au sein de l'association en 2011. Ayant beaucoup voyagé, le poste qu'elle occupe actuellement la passionne et lui permet de « voyager tout en étant [dans son canton de résidence], de pouvoir être en contact de cette population migrante » (Carine, 30.09.2025).

Maurice est un médecin retraité ayant effectué l'ensemble de sa formation en Suisse, en passant par différents cantons. Il a tenu un cabinet dans un village d'Utry pendant trente-cinq ans. Il a rejoint l'association par l'intermédiaire d'un ami déjà impliqué, qui lui a proposé de « donner un coup de main » (Maurice, 06.10.2025). Il s'est engagé bénévolement en 2021 dans une activité dans laquelle il dit trouver son compte. Il explique avoir « toujours eu envie de [s'] occuper un peu des personnes démunies » et il « trouvai[t] qu'on en fait peut-être pas assez » (Maurice, 06.10.2025). Ici, il a « trouvé ce qu'[il] cherchai[t]. Par ailleurs, en référence au coût de sa formation, « pas loin d'un million » (Maurice, 06.10.2025), un sentiment de redevabilité envers la société a également motivé son engagement bénévole.

¹⁰ Afin de protéger leur anonymat, tous les noms des participant-e-s à la recherche ont été remplacés par des pseudonymes.

Patricia est responsable de l'association depuis 2011. Elle est salariée et engagée à 50%. Issue d'une formation universitaire en sciences sociales, elle s'est orientée vers le champ social, estimant « avoir cette fibre en [elle] » (Patricia, 09.10.2025) sans pour autant avoir une motivation particulière. Elle a travaillé pendant de nombreuses années dans le domaine du sans-abrisme, connaissait l'ancienne responsable et a postulé lorsqu'elle a su que le poste se libérait. Ce qui la motive dans ce travail est le caractère concret de l'action de terrain ainsi que la recherche de solutions avec des ressources limitées. Elle apprécie notamment « travailler dans un certain inconfort » (Patricia, 09.10.2025).

Margot travaille à 55 % en tant qu'intervenante sociale dans l'association et a travaillé dans une structure parallèle qui accompagne des travailleuses du sexe. Elle est issue du domaine médical et se sent motivée par la volonté d'aider les gens et de « ramener des bouts de solutions » (Margot, 13.10.2025). Elle a effectué un apprentissage en médecine dentaire et a travaillé en tant qu'assistante en soins et santé communautaire. Elle connaissait l'ancienne intervenante qu'elle a remplacé lorsqu'elle est partie à la fin du COVID-19.

Jean-Charles a suivi une formation en médecine interne en Suisse et s'est installé comme médecin interniste généraliste dans le village d'Épare. Au moment de sa retraite, il se sentait encore en forme et voulait s'investir dans une action sociale. Il s'est d'abord investi dans l'aide administrative auprès des personnes âgées, lorsqu'un jour le médecin bénévole alors en poste, lui a proposé de reprendre son activité. Jean-Charles a rapidement dit oui et s'est engagé en avril 2013. Il dit avoir toujours été sensibilisé à la question migratoire « parce que du côté de [sa] mère [il a] des grands-parents qui ont été des migrants d'Italie du Nord » au début du XXème siècle et que dans sa famille, « c'était quelque chose d'important de parler de ça » (Jean-Charles, 04.11.2025).

Enfin, Charlène est une fonctionnaire d'une quarantaine d'années qui travaille au Service de la santé publique et occupe une fonction de déléguée à la promotion de la santé et à la prévention. Elle est la personne de contact de l'association travaillant au sein de l'administration cantonale et est chargée du suivi du mandat-cadre régissant son activité. L'entretien n'ayant duré qu'une trentaine de minutes, je n'ai pas investigué sur son parcours professionnel.

4.3.5 Méthode de collecte des données

Pour recueillir les données nécessaires, j'ai effectué des entretiens de types narratifs semi-structurés, qui ont laissé une grande place au développement des réponses et un entretien d'expert-e. Les questions sont formulées de manière simple et demeurent relativement ouvertes.

Au total, j'en ai fait onze. Les cinq premiers se sont effectués avec des responsables de différentes institutions ou des assistantes sociales. Sur la totalité des entretiens, deux se sont déroulés en ligne, tandis que les autres se sont déroulés dans les locaux des différentes organisations pour faciliter l'échange. Le premier entretien que j'ai eu avec Salus s'est fait en tripartite avec la responsable et l'intervenante sociale. Cette modalité a été un peu déstabilisante notamment lorsque les deux interlocutrices se coupaient la parole ou parlaient en même temps.

Bien que j'aie tenté de suivre au maximum le précepte selon lequel l'interviewer « must remain active in the interview and alert for interesting leads » (Charmaz 2025 :96), j'ai également enregistré les entretiens, avec l'autorisation oral de chaque participant-e, afin de compléter cette posture et de m'assurer de ne rien omettre lors de l'analyse, en produisant une retranscription fidèle et intégrale. Cette manière de faire donne une vision globale et détaillée de l'entretien. Elle permet en effet d'avoir une reconstitution des silences, des réflexions ou du ton utilisé pour répondre à la question, ainsi que de ne pas manquer certains détails précieux (Charmaz 2025).

Les entretiens ont été menés dans une perspective constructiviste qui « emphasize eliciting the participant's definitions of terms, situations and events and try to tap their assumption, implicit meanings, and tacit rules » (Charmaz 2025 : 95). Ma posture durant les entretiens consistait à me mettre à disposition de la personne interrogée, en renonçant à une position d'experte afin de favoriser une parole libre (Matthey 2005).

Pour initier la discussion, j'énonçais une consigne relativement vague, mais suffisamment claire pour être comprise. Par exemple, j'ai demandé : « racontez-moi comment se déroule une journée typique pour vous ». Ces questions introductives permettent aux participant-e-s de poser un cadre et de réfléchir à leurs pratiques de manière simple. Ensuite, suivant la *Grounded Theory* de Charmaz (2025), j'ai accompagné le discours par des relances, parfois verbales, parfois silencieuses, qui ont permis à mon interlocuteur-ice de poursuivre sa réflexion ou de formuler de nouvelles idées (Matthey 2005 ; Charmaz 2025). J'ai tenté autant que possible de suivre le fil du discours de la personne, en relançant sur les thèmes relatifs à mon questionnaire que j'avais préalablement travaillé afin de rendre la conversation fluide et naturelle, proche d'un échange ordinaire. Ma posture était également de valider les propos de mes interlocuteur-ice-s dans le but d'instaurer un climat de confiance et de sécurité relationnelle facilitant la parole (Matthey 2005). La majorité des entretiens s'est déroulée dans cette dynamique. De plus, le fait d'avoir déjà été en contact avec certaines personnes et d'avoir partagé une pause-café avec l'équipe a contribué à instaurer une proximité relationnelle, parfois marquée par le tutoiement.

J'ai arrêté les entretiens lorsque j'ai fait le tour des personnes de l'association pour lesquelles j'estimais nécessaire d'avoir des réponses. Comme le suggère la *Grounded Theory*, l'idée est que les catégories conceptuelles soient saturées. Autrement dit, lorsque j'ai pensé que la réponse à la question « to what extent do your interviews help you obtain theoretical adequacy ? » (Charmaz 2025 : 106) était suffisamment complète et développée pour la taille d'un mémoire et surtout pour comprendre dans son ensemble l'organisation de l'association, ces pratiques et ses relations avec le canton. Le nombre d'entretiens effectifs pour l'analyse des données s'est élevé au nombre de sept.

4.4 Analyse des données et restitution

Pour l'analyse de mes données, j'ai opté pour un codage théorique inspirée de la *Grounded Theory* développée par Kathy Charmaz (2025). Comme cette dernière le mentionne, cette étape est cruciale car les codes sont « the pivotal link between collecting data and developing an emergent theory to explain these data » (Charmaz 2025 : 112). En effet, le principe de la *Grounded Theory* est de faire ressortir les théories grâce aux données plutôt que de leur imposer un cadre conceptuel préétabli. Les codes ont pris la forme d'étiquettes analytiques permettant à la fois de catégoriser, résumer, relier et interpréter chaque segment des données. Pour en arriver à l'analyse finale présentée ci-après, j'ai procédé par plusieurs étapes de codage en utilisant le logiciel Atlas.It.

La première phase consiste à relire les données de première main et de les coder ligne par ligne en élaborant des codes analytiques d'action tel que « réseau : ne pas abuser » ou « mission : protéger nos patient-e-s ». Certains codes sont restés *in vivo*, c'est-à-dire directement empruntés aux mots des participant-e-s, lorsque leurs formulations me semblaient particulièrement révélatrices ou lorsque je ne parvenais pas à traduire leur propos en codes d'action (Charmaz 2025). Cette manière de procéder m'a permis de rester ouverte à toutes les directions théoriques possibles tout en demeurant au plus près des données empiriques afin d'en saisir la complexité et la richesse (Charmaz 2025). Le codage par l'action vise à observer ce que les personnes font plutôt qu'à leur attribuer des étiquettes identitaires figées (Charmaz 2025). Ce travail minutieux, ligne après ligne, m'a aidée à percevoir des détails et des nuances fines, tout en m'empêchant de me précipiter dans des classifications prématurées.

Ces codes initiaux m'ont ensuite permis de regrouper les données en catégories, en identifiant des processus récurrents et en comparant les incidents entre eux. Cette méthode m'a conduite à créer des familles de codes, c'est-à-dire des regroupements thématiques destinés à mieux

repérer les liens et les contextes d'apparition des phénomènes observés. Cette étape de « codage axial » (Strauss & Corbin 1990,1998 ; Strauss, 1987, cités dans Charmaz 2025) est utile pour « building a dense texture of relationships around the « axis » of a catégorie' » (Strauss 1987 : 64 cité dans Charmaz 2025 : 149) et pour « determine the adequacy and conceptual strength of your initial codes » (Charmaz 2025 : 142). Cette étape est cruciale pour repérer les liens existants entre les différentes catégories, pour en préciser les caractéristiques et de comprendre dans quelles situations elles apparaissent tout en restant proches des données. Son but étant de « sort, synthesize and organize large amount of data and reassemble them in new ways after opening coding » (Strauss 1987 : 64 cité dans Charmaz 2025 : 149). Pour ce faire, j'ai créé des groupes de codes sur le logiciel Atlas.It et j'en ai fait des mémos analytiques reflétant les phénomènes et les nuances liées à chaque axe.

Après cette étape, une phase de lecture m'a permis d'approfondir mes connaissances conceptuelles tout en gardant les axes principaux ressortis lors de la deuxième phase de codage en tête. Une relecture des mémos analytiques relatifs aux groupes de codes ressortis après le codage axial m'a permis d'entrer dans une phase plus sélective du codage. J'ai alors affiné mon analyse en créant des familles de codes plus conceptuels comme « relations de confiance » ou « renégocier des catégories ». De cette manière, un premier « squelette »¹¹ (Charmaz 2025 :142) de mon analyse est apparue avec les familles de codes les plus pertinentes pour répondre à ma question de recherche.

4.5 Réflexivité et positionnement

La réflexivité a constitué un fil conducteur tout au long du processus de recherche. Elle s'est nourrie de mes doutes, de mes émotions, de mes apprentissages et des ajustements constants de ma posture.

Ma posture épistémologique, à la croisée du constructivisme et de l'épistémologie féministe, s'est incarnée concrètement dans ma manière de concevoir et de mener les entretiens. Dans cette perspective, les interactions entre les chercheurs-euse-s et les participant-e-s sont comprises comme des processus de co-construction du savoir, où chacune des parties influence le déroulement, le contenu et la dynamique de l'échange (Charmillot 2021). Les discours recueillis ne sont donc pas appréhendés comme des témoignages « objectifs », mais comme des

¹¹ Traduction de l'anglais au français faite par moi-même.

expressions situées, produites dans un contexte relationnel et institutionnel particulier (Charmaz & Thorneberg 2021).

Cette posture s'inscrit dans une logique de réciprocité (Dillard 2000 ; 2006 ; 2012, cité dans Singh et al. 2025) où les participant-e-s ne sont pas de simples informateur-ices, mais des co-producteur-ices de savoir (Singh et al. 2025). En pratique, j'ai cherché à manifester cette reconnaissance en tâchant de m'éloigner de la posture d'examinatrice et d'investigatrice, en apprenant ma grille d'entretien au préalable afin d'avoir un entretien qui ressemble le plus possible à une conversation ordinaire tout en adoptant une attitude d'écoute respectueuse et en exprimant ma gratitude. Cette dernière s'est par exemple manifestée en apportant des biscuits et des chocolats pour les partager avec l'équipe rencontrée, comme un geste symbolique de remerciement pour le temps et les expériences personnelles qu'elles et ils ont accepté de me confier. Dans cette perspective, j'ai envisagé les récits partagés comme de véritables « cadeaux intimes » (Singh et al. 2025 : 147) que j'avais la responsabilité d'accueillir et de traiter avec soin.

Dans la continuité de mon approche constructiviste et féministe, la posture démigrantisante a également joué un rôle central dans cette réflexivité. Même si j'avais cette posture en tête tout le long de ma recherche, j'ai remarqué qu'il m'a été très difficile de l'adopter dans la pratique. En effet, étant dans un cursus d'études migratoires, je me suis naturellement penchée sur les catégories relatives au domaine pour choisir mon sujet de recherche. Or, il fallait que je m'en distancie pour rendre effective l'approche démigrantisante. Je me suis beaucoup interrogée sur ma manière d'amener ces catégories, malgré ma volonté de ne pas le faire. Par exemple, pour élaborer l'état de la littérature, je me suis naturellement penchée sur « l'accès aux soins des personnes *sans-papiers* » et me suis rendu compte de l'incohérence uniquement après avoir commencé à rédiger. Même si dans la restitution j'ai fait attention à ce que cette approche soit cohérente, je n'exclue pas la possibilité que des éléments en révèlent le contraire. Bien que difficile, cet exercice m'a beaucoup appris sur la manière d'approcher un sujet en y prenant de la distance réflexive. Être attentive à la manière dont je restitue les propos recueillis implique de reconnaître que les catégories que j'emploie, notamment celles liées à la migration et à la précarité, ne sont pas neutres. Cette vigilance vise à éviter de reproduire les cadres d'interprétation institutionnels ou politiques qui peuvent contribuer à la naturalisation des différences ou à la reproduction d'inégalités structurelles (Dahinden 2016 ; Dahinden et al. 2021).

Si ma position sociale n'a pas exercé une influence déterminante sur la majorité des entretiens, elle a toutefois affecté certaines interactions, rappelant que toute relation d'enquête est traversée par des rapports de légitimité et de pouvoir. Cela a notamment été le cas lors de l'entretien avec Maurice, où j'ai ressenti un sentiment d'infériorité lié à la différence de statut professionnel, d'âge et de genre auxquelles je suis sensible. Ce sentiment a été renforcé par une préparation moins aboutie que pour les autres entretiens, en raison de circonstances indépendantes de mon travail de recherche.

Mon interlocuteur semblait lui aussi incertain, me demandant par exemple de quelle manière il devait répondre. Je l'ai invité à répondre librement, selon ce qui lui paraissait le plus naturel. Malgré tout, j'ai perçu chez lui une certaine réticence vis-à-vis de ma posture, jusqu'au moment où je suis explicitement allée dans son sens sur un point particulier. A partir de là, j'ai senti que la communication devenait plus fluide, comme s'il avait compris que je n'étais pas dans une posture d'évaluation, mais de compréhension. Cet entretien a également été déstabilisant en raison des réponses inattendues que j'ai reçues, possiblement liées à un manque de clarté dans la formulation de mes questions, comme je l'ai déjà mentionné plus haut.

Cette expérience m'a confrontée à mes propres insécurités et m'a permis de comprendre à quel point ces dynamiques pouvaient façonner la qualité de l'échange. Elle m'a également appris à reconnaître ces asymétries et à ajuster ma posture pour restaurer une relation de dialogue équilibrée, par exemple en préparant au mieux les entretiens en amont. Cet échange m'a également fait prendre conscience de l'importance d'« accepter l'idée de se lier à la personne qui parle comme on le ferait avec toute autre personne, dans une situation de conversation ordinaire » (Matthey 2005 :3) tout en l'ayant préparée et en étant sûre de la raison pour laquelle j'interroge cette personne. J'ai compris que conduire un entretien ne se limite pas à poser des questions : il s'agit d'une implication intersubjective qu'il ne faut pas minimiser. Chaque échange suppose une présence attentive, un engagement émotionnel et une co-construction du sens. Cette prise de conscience a été déterminante dans la construction de ma posture de chercheuse, m'amenant à concevoir l'entretien non comme une simple technique, mais comme une rencontre humaine productrice de savoirs partagés. Plus largement, j'ai pris conscience que la posture de la chercheuse n'est jamais neutre : elle influence la manière dont les personnes répondent, se livrent et interprètent leurs propres expériences (Haraway 1988). Cette réflexivité m'a incitée à aborder chaque rencontre comme une relation intersubjective singulière, dans laquelle il s'agit d'établir une confiance mutuelle sans occulter les rapports de position.

Mener les entretiens a représenté un véritable apprentissage méthodologique. L'un des principaux défis a été de formuler des questions à la fois simples, directes et ouvertes, sans être perçues comme trop confrontantes afin d'amorcer un discours riche. J'ai également veillé à suivre ma grille d'entretien, tout en laissant place à ma curiosité et à l'émergence de nouvelles pistes. Cette tension entre cadre et spontanéité, accentuée par la contrainte temporelle, a représenté un défi que j'ai pu relever en apprenant et en travaillant chaque grille d'entretien de manière approfondie.

Comme le rappelle Charmaz (2025 : 96), l'intervieweur-se « must remain active in the interview and alert for interesting leads ». Maintenir un haut niveau de concentration sur une durée d'une heure s'est avéré exigeant. Ma stratégie initiale consistait à prendre des notes pendant l'entretien, mais j'ai constaté que cela rompait le lien d'écoute et de présence avec l'interlocuteur-ice. J'ai aussi connu des moments d'hésitation : parfois, je percevais l'intérêt d'une relance sur des catégories émergentes du discours comme *la culture*, sans oser la formuler, doutant de sa pertinence. Avec le recul, ces situations m'ont appris à faire confiance à mon intuition analytique, essentielle pour enrichir le récit et les données empiriques.

Considérée comme une pratique continue tout au long du travail de recherche, la réflexivité s'étend au-delà du seul rapport au terrain : elle concerne aussi la responsabilité éthique et politique de la chercheuse dans la production et la diffusion du savoir. Elle m'amène à questionner non seulement ce que je dis du terrain, mais aussi la manière dont je le dis, et les effets possibles de cette restitution sur les représentations sociales et sur les rapports de pouvoir qu'elle peut, consciemment ou non, renforcer ou transformer.

4.6 Réflexions éthiques

Comme je le révèle tout au long de ce chapitre, les réflexions éthiques ont accompagné l'ensemble du processus de recherche, tant dans la construction de l'objet que dans la prise de contact avec les participant-e-s, le déroulement des entretiens et la restitution.

Dans la majorité des cas, les travaux s'inscrivant dans le cadre théorique de la perspective des *street-level organizations* mobilisent la méthode ethnographique afin d'observer au plus près les pratiques quotidiennes effectives d'une organisation et de ses acteur-ice-s. Dans le cadre de ce travail de recherche, j'ai toutefois fait le choix de ne pas recourir à cette méthode afin de ne pas mettre en jeu le secret professionnel et médical qui encadre les pratiques de l'association étudiée. Pour effectuer ce travail je me suis donc concentrée sur les discours produits par mes interlocuteur-ice-s lors des entretiens tout en considérant les limites de cette approche.

Enfin, les enjeux éthiques liés à l'anonymat et à la confidentialité ont fait l'objet d'une réflexion approfondie. Au cours de la période de terrain, j'ai été confrontée à une forme de minimisation de l'importance de ces aspects de la part de mes interlocuteur-ice-s, liée au fonctionnement interne de l'association. Outre le fait que les membres actif-ve-s de l'association sont peu nombreux-ses et se connaissent bien, les entretiens se sont majoritairement déroulés dans leurs locaux. A plusieurs reprises, des collègues ont interféré pendant l'entretien pour diverses raisons et nous avons parfois dû changer de pièce pour poursuivre l'entrevue. L'environnement n'était pas vraiment idéal pour les questions de confidentialité mais je n'ai pas pensé à proposer un autre lieu de rendez-vous sur le moment. Je leur ai toujours demandé individuellement où iels aimeraient faire l'entretien et iels m'ont tous-te-s mentionné les locaux de l'association.

Un autre évènement soulevant quelques réflexions s'est manifesté à la fin de l'entretien avec Carine, l'infirmière. A l'issue de celui-ci, je suis restée avec l'équipe présente ce jour-là pour un échange informel autour d'une pause-café. J'avais terminé mon entretien en demandant à mon interlocutrice si elle pouvait me mettre en contact avec un-e ou plusieurs médecins bénévoles. Elle a accepté et, durant la pause, avec la responsable, l'intervenante sociale et Maurice, le médecin bénévole présent ce jour, l'infirmière lui a demandé frontalement et devant moi et toutes ses collègues, s'il voulait participer. Ce dernier s'est alors retrouvé dans une situation délicate, rendant difficile un éventuel refus. Cette situation, éthiquement discutable, m'a mise un peu mal à l'aise vis-à-vis de cette personne et je pense que cette interaction a eu un impact également sur le déroulement de notre entretien dont j'ai expliqué la situation précédemment (voir entretien avec le premier médecin, Maurice).

Malgré ces contraintes de terrain, j'ai procédé, lors de la restitution, à une anonymisation systématique des données recueillies. Les noms des participant-e-s ont été remplacés par des pseudonymes, et le nom de l'association ainsi que celui du lieu d'implantation ont été volontairement occultés. Il m'a en effet paru nécessaire de ne pas mentionner le canton étudié, l'association y étant unique et donc facilement identifiable. Cette réflexion s'est prolongée jusqu'au traitement des références institutionnelles où certaines références ont été volontairement supprimées du document final, dans la mesure où certains programmes politiques ou dispositifs légaux mentionnent explicitement le canton concerné et auraient permis une identification du terrain.

Par ailleurs, le consentement libre et éclairé des participant-e-s a été systématiquement recueilli avant chaque entretien. Bien que leur accord ait déjà été obtenu lors de la prise de contact, j'ai veillé à solliciter une confirmation explicite avant le début de l'enregistrement, en rappelant les

principes d'anonymat et de confidentialité. J'ai également précisé que les participant-e-s étaient libres de ne pas répondre à certaines questions et pouvaient interrompre l'entretien à tout moment, ce qui n'est pas arrivé.

A partir de ces choix méthodologiques, le chapitre suivant présente l'analyse des données issues des entretiens et d'un corpus documentaire transmis par les interlocuteur-ice-s. Il met en évidence les principaux processus par lesquels l'association étudiée rend possible l'accès aux soins pour les personnes sans assurance-maladie, dans un cadre institutionnel peu prescriptif.

5 Analyse des résultats

L'analyse repose principalement sur les entretiens réalisés, complétés par l'examen de documents institutionnels tels que les fiches et mandats de prestations, les rapports annuels, les protocoles de prise en charge ainsi que les chartes encadrant la collaboration avec le réseau médical. Ces différentes ressources permettent d'appréhender les pratiques de l'association dans leur cadre organisationnel et institutionnel.

L'analyse est structurée autour de quatre axes qui visent à répondre à la question de recherche suivante : comment une association, en tant que *street-level organization*, met-elle en œuvre le droit à la santé pour les personnes sans assurance maladie et dans quelle mesure façonne-t-elle la politique sanitaire et sociale du canton dans un contexte politico-juridique marqué par une faible précision normative ?

Pour répondre à cette question, je m'intéresse aux principes de rationalité mis en évidence par l'analyse des données, en montrant comment ceux-ci se révèlent être de vrais instruments de mise en œuvre. Dans un deuxième axe, j'analyse comment l'association redéfinit certaines catégories de l'action publique à travers ses pratiques. Troisièmement, je me penche sur l'organisation concrète des parcours de soins découlant du pouvoir discrétionnaire de l'organisation. Enfin, j'explicité les limites de la coproduction politique dans laquelle s'inscrit l'association étudiée.

5.1 Les pratiques de guichet : construire un espace d'accès sécurisé

Dans cette première partie, je m'intéresse aux principes de rationalité de l'association. Pour rappel, la rationalité se définit ici par une manière stabilisée de raisonner et d'agir caractérisant les pratiques au sein de l'association, qui s'ancre dans les normes et les conditions structurelles et organisationnelles, ainsi que dans les façons individuelles de faire et de penser (Garland 1997

citée dans Achermann 2021). La rationalité englobe donc un ensemble de règles formelles ou de dispositifs de contrôle, et des formes d'interaction, de coordination et d'ajustement entre les acteur-ice-s impliqué-e-s. Elle permet en outre de délimiter l'« espace discrétionnaire » dans lequel agissent les acteur-ice-s de terrain (Charreaux 1996 cité dans Bakkour 2013 : 4).

Je me penche ici sur deux principes de la rationalité au niveau de l'organisation, qui sont ressortis dans la majorité des discours de mes interlocuteur-ice-s de l'association ; la discrétion, au sens de ce qui n'attire pas l'attention, et la confiance. Ces deux principes s'avèrent nécessaires pour rendre l'accès aux soins possible pour des personnes situées en marge du système institutionnel, dont une majorité est confrontée à une précarité administrative, comprise comme des situations d'autorisations de séjour non garanties voire non autorisées (Niyonsaba & Moulaert 2024). Ces situations sont en outre marquées par une accumulation de difficultés sociales ; les personnes n'ont souvent pas de *chez soi*, ont peu de ressources financières et de connaissances des démarches pour accéder à certains droits, comme le droit à la santé (Niyonsaba & Moulaert 2024). Cette précarité administrative peut se coupler à une peur permanente de contrôle, particulièrement dans le cas d'une personne sans autorisation de séjour qui craint la dénonciation auprès des autorités migratoires, comme le souligne Carine :

« Parce que c'est des gens [...] qui ont toujours peur de la dénonciation qui n'ont pas forcément envie de rencontrer d'autres personnes parce qu'il y a toujours ce risque-là. » (Carine, 30.09.2025)

Cette peur, largement documentée dans la littérature, participe à maintenir les personnes concernées en marge des dispositifs institutionnels, affectant directement le (non-) recours aux droits sociaux et sanitaires (Bilger et al. 2011 ; Roduit 2024). Ainsi, il semble intéressant de se pencher sur la manière dont l'association s'adapte pour attirer un public cible méfiant afin de rendre effectif le droit fondamental de la santé.

5.1.1 La discrétion comme principe structurant l'organisation

La discrétion constitue un élément central de la rationalité de l'association. Elle apparaît comme un principe ancré dans les logiques d'action de *Salus* puisqu'il constitue une condition nécessaire pour rendre l'accès aux soins possibles à des personnes situées en marge du système institutionnel, dont une majorité est confrontée à une précarité administrative et à un risque perçu de contrôle. Autrement dit, il en ressort qu'une majorité des bénéficiaires sans assurance-maladie demeure sans statut de séjour valable sur le territoire.

La discrétion se manifeste tout d'abord dans l'implantation matérielle et spatiale de la structure. Située dans des bâtiments ordinaires, partagés avec d'autres cabinets, l'association ne se

distingue pas visuellement comme un lieu spécifique d'accueil pour les personnes sans assurance maladie. Leur discrétion permet alors qu'« on ne voit pas que les gens viennent ici » (Margot, entretien tripartite, 19.05.25).

Cette invisibilité s'avère alors importante pour éviter l'exposition des bénéficiaires à des regards potentiellement stigmatisants. L'expérience de l'ancien site, situé à proximité immédiate du tribunal cantonal, a renforcé une forme de vigilance chez les bénéficiaires. Patricia évoque avoir ressenti un malaise par certain-e-s d'entre elles-eux à l'idée d'être vu-e-s à proximité d'une institution judiciaire, perçue comme un lieu de contrôle.

La discrétion ne se limite pas à l'espace physique. Elle s'étend à la manière dont l'association se rend, ou plutôt ne se rend pas, visible dans l'espace public. Loin de chercher à promouvoir activement ses prestations, l'association privilégie le bouche-à-oreille pour se faire connaître :

« Le lien de confiance est important parce que quand même si vous voyez dans les statistiques, comment les gens viennent à l'association, c'est quand même le bouche-à-oreille qui prime. C'est-à-dire qu'il faut avoir confiance de venir dans un endroit. À savoir qu'on ne demande jamais les adresses ici. » (Carine, 30.09.2025)

De même pour construire son réseau médical et recruter ses travailleur-euse-s de terrain, bénévoles ou les salarié-e-s, l'association passe majoritairement par le même système. En effet, Patricia et Margot connaissaient respectivement l'ancienne directrice et l'ancienne intervenante sociale qui, lorsqu'elles sont parties, les ont contactées pour leur léguer leur place. Jean-Charles a lui aussi été recruté par l'ancien médecin responsable et a lui-même recruté Maurice. Cette méthode permet notamment d'avoir un lien de confiance préétabli, d'être sûr que les nouvelle-eau-x partagent les mêmes valeurs et les mêmes sensibilités.

La plupart des travailleur-euse-s de terrain demeurent sensibles soit à la condition des personnes plus démunies, soit à la question migratoire, comme démontré dans les profils des participant-e-s. Cette attitude permet alors d'avoir des personnes sensibilisées à une thématique controversée dans les discours publics.

En outre, Jean-Charles a insisté sur l'importance d'avoir la même vision médicale :

« On est maintenant quatre à faire la même médecine, ce qui est important, avoir la même sensibilité, c'est-à-dire, en tout cas moi, je ne fais pas d'homéopathie ou de médecine parallèle non plus. On n'est pas là pour ça, je veux dire, on doit vraiment répondre à la demande hein. » (Jean-Charles, 04.11.2025)

La discrétion apparaît ainsi comme une forme de rationalité à part entière, visant à créer un espace perçu comme sûr, en rupture avec les lieux institutionnels associés au contrôle et à la

dénonciation. Elle permet également de renforcer la cohésion d'équipe dont les membres sont sensibilisés aux thématiques de l'aide sociale et de la migration. La discrétion fonctionne ainsi comme une condition matérielle de l'accès aux droits, en neutralisant les effets dissuasifs de l'exposition institutionnelle.

5.1.2 La confiance comme principe indispensable aux interactions

Face à un public marqué par la peur du contrôle administratif et de la dénonciation, l'association adopte une posture visant à instaurer une sécurité relationnelle, qui devient une condition d'entrée dans la relation d'aide. Cette attention se traduit notamment par un travail sur le langage. Ainsi, Margot évoque son apprentissage progressif :

« Au début que je travaillais là, je disais ah vous allez recevoir votre police d'assurance puis je voyais les gens « ah » [imite la peur dans les yeux] pis maintenant je dis contrat d'assurance (rire collectif). » (Margot, entretien tripartite, 19.05.25)

Maurice souligne également la nécessité de rassurer explicitement les patient-e-s sur la confidentialité :

« C'est pas toujours évident des fois les premières consultations sont difficiles parce qu'ils sont méfiants, ils ont l'impression que...il faut leur dire non, non il est ici c'est, on va rien dire à personne, ça reste absolument confidentiel. » (Maurice, 06.10.2025)

Ces extraits montrent que la confiance n'est pas présumée, mais activement construite à travers des micro-pratiques relationnelles. Il ne s'agit pas simplement d'une posture éthique ou morale, mais bien d'un outil de travail, permettant à l'association de rendre ses prestations accessibles à des personnes qui renoncent souvent à tout contact institutionnel. En d'autres termes, la confiance devient ici un prérequis de la relation d'aide : sans elle, l'action publique reste formellement ouverte mais pratiquement inaccessible.

En outre, la confiance structure également les relations internes à l'association et constitue une ressource centrale pour faire face à la charge émotionnelle du travail auprès de personnes fortement précarisées. Les entretiens mettent en évidence l'importance des espaces de discussion, formels et informels, qui permettent aux professionnel-le-s de partager les situations difficiles et de maintenir une distance émotionnelle soutenable.

Jean-Charles qualifie ainsi le travail mené au sein de l'association de « médecine difficile psychologiquement ». Maurice souligne quant à lui le rôle essentiel des échanges collectifs dans la gestion de cette charge émotionnelle :

« On discute beaucoup entre nous, on essaie toujours de boire un café toute l'équipe donc Margot, qui est assistante sociale, Patricia, qui est la directrice, et puis Carine. Aussi entre médecins, on se voit quand même quelques fois par année avec l'équipe infirmière, et on discute de ces cas difficiles, et puis c'est finalement un briefing qui est, qui est très bénéfique en tout cas pour moi oui. [...] et puis, oui, cet échange finalement, m'aide à relativiser les situations. Oui, des fois je sors d'ici, je me dis ce n'est quand même pas possible. Un peu révolté, échaudé... » (Maurice, 06.10.2025)

Ces espaces de discussion jouent un rôle de régulation émotionnelle, mais contribuent également au renforcement de la confiance entre collègues. Celle-ci apparaît comme une condition nécessaire pour travailler dans un contexte marqué par l'incertitude, l'urgence et les limites structurelles du système de santé.

Au-delà de cette fonction de soutien, la confiance structure plus largement la répartition des rôles et des responsabilités au sein de l'équipe. Maurice évoque ainsi une forte reconnaissance des compétences des membres de l'association :

« C'est-à-dire que le personnel ici est très dévoué et débrouille. Ils ont des, ils arrivent à trouver des solutions surprenantes, et en très peu de temps. » (Maurice, 06.10.2025)

Cette confiance professionnelle se manifeste de manière particulièrement nette dans la relation entre les médecins bénévoles et l'infirmière référente, Carine, qui occupe une position centrale dans l'organisation des soins. Les médecins interrogés soulignent qu'ils lui accordent une confiance quasi totale dans l'évaluation des situations cliniques et dans la gestion quotidienne des patient-e-s, ce qui permet d'alléger certains aspects logistiques du travail médical, notamment la nécessité d'une présence médicale constante ou d'ordres médicaux formalisés.

« Encore une fois, elle les connaît mieux que nous et on sait très bien qu'elle n'abuse pas, et puis quand elle a un doute, elle nous demande où elle nous téléphone. » (Maurice, 06.10.2025)

Cette confiance permet une organisation souple du travail, dans laquelle les décisions sont prises de manière collaborative et ajustées en fonction des situations concrètes. Elle se traduit également dans la configuration des consultations médico-infirmières, menées en binôme, où la séparation entre tâches médicales, cliniques et administratives n'est ni figée ni hiérarchisée. Jean-Charles décrit ainsi une répartition des rôles horizontale et évolutive :

« On est toujours ensemble. Après moi je les ausculte, je les... l'infirmière a aussi fait une formation clinique d'auscultation, d'un poumon, de voir si y a une sciatique, etc. On fait ensemble, voilà. Et puis elle, elle prend les notes dans le dossier ou moi, on fait à tour de rôle. » (Jean-Charles, 04.11.2025)

Dans ce cadre, la confiance fonctionne comme un mode de coordination professionnelle alternatif aux dispositifs hiérarchiques classiques. Elle permet de fluidifier les prises de décision, de réduire la charge administrative et émotionnelle, et de s'adapter à la complexité des situations rencontrées. Cette organisation repose moins sur des règles formelles que sur une reconnaissance mutuelle des compétences, construite dans la durée et renforcée par le travail en binôme et les échanges informels. La confiance interne permet de compenser l'absence de procédures standardisées par des formes de coordination professionnelles horizontales.

Enfin, cette rationalité de la confiance se manifeste dans les relations entre l'association et les autorités cantonales. Bien que formellement encadrée par des mandats de prestations et des redditions de rapports annuels, la relation est décrite par les deux parties comme largement fondée sur la confiance et l'autonomie.

Charlène, représentante du service de la santé publique, explique :

« Ben nous on a des relations de confiance. Pour moi ça c'est vraiment le cas. Je pense qu'on a le ça de toutes nos institutions. [...] c'est des petits réseaux d'acteurs et finalement voilà. C'est des relations assez directes. Donc, s'il y a une question, on pose. Ça vient sans qu'il y ait ce côté « État-contrôleur » et association qui serait mis sous pression. » (Charlène 18.11.2025)

Patricia confirme cette perception du côté associatif :

« En fait, ils nous laissent travailler au niveau associatif, on fait un peu ce qu'on veut, ils ne sont pas en train de contrôler ... » (Patricia, 09.10.2025)

Le contrôle étatique se concentre principalement sur les aspects financiers, laissant à l'association une large autonomie dans l'organisation concrète de ses pratiques. Cette autonomie est valorisée comme une condition essentielle de la marge de manœuvre nécessaire pour répondre à des situations complexes et évolutives. Cette relation de confiance institutionnelle favorise une marge de manœuvre locale et délègue implicitement à l'association le soin d'interpréter les normes.

Pris ensemble, ces éléments montrent que la confiance et la discrétion constituent les piliers d'une rationalité située. Ce régime ne se limite pas à un style relationnel, mais structure l'ensemble de l'organisation : l'espace, les interactions, la cohésion interne et les rapports avec l'État. Ces principes apparaissent ainsi indispensables pour que l'association puisse remplir sa mission, qui est de favoriser l'accès aux soins et l'intégration au système de santé pour toutes personnes dans le besoin. En organisant son action autour de ces principes, l'association crée les conditions d'une mise en œuvre du droit qui ne se réduit pas à l'application mécanique d'une

règle. Ces éléments ne relèvent donc pas uniquement de valeurs organisationnelles, mais constituent des conditions structurelles de cette mise en œuvre. En créant un espace d'accès sécurisé, l'association transforme un droit abstrait en possibilité concrète. C'est désormais à travers l'analyse des pratiques décisionnelles que l'on peut observer comment cette production située du droit s'opère.

5.2 Produire le droit à la santé : entre négociations et arbitrages

Ce deuxième axe analyse la manière dont l'association, à travers ses pratiques quotidiennes, participe à la production située de l'action publique en matière d'accès aux soins. Loin de se limiter à l'application de prescriptions existantes, elle interprète, ajuste et reconfigure les cadres institutionnels dans lesquels elle s'inscrit, contribuant ainsi à définir les contours de la réalité pratique de « l'aide d'urgence qui garantit la couverture des besoins fondamentaux » (Art. 25 LSoc), de la notion de « soins médicaux indispensables » (Art. 25 LSoc), et des principes de « promotion de la santé et prévention » (art. 24-25 LSan).

Ce chapitre analyse la production située du droit d'accès aux soins et plus largement du droit à la santé à travers un double mouvement ; d'une part, j'analyse comment les catégories de l'action publiques sont configurées à travers les pratiques. D'autre part, j'analyse l'organisation concrète de l'accès à travers des dispositifs relationnels. En d'autres termes, j'analyse d'abord comment Salus interprète le sens du droit pour ensuite analyser comment elle s'organise en pratique pour faire exister ce droit.

5.2.1 Traduire les catégories d'action publique : urgence, prévention, promotion

La coproduction de l'action publique analysée dans ce chapitre apparaît de manière particulièrement éclairante dans le rôle de médiation joué par l'association entre deux cadres normatifs distincts et partiellement contradictoires. Située à l'intersection de la politique cantonale de promotion et de prévention de la santé et des dispositifs relevant de l'aide d'urgence, l'association occupe une position institutionnelle hybride qui l'amène, dans son activité quotidienne, à traduire et à articuler des catégories d'action publique fondées sur des logiques opposées.

D'un point de vue formel, l'action de l'association s'inscrit simultanément dans le cadre légal de la santé, orienté vers la prévention et l'amélioration durable de l'état de santé de la population, et dans celui de l'aide sociale. Cette dernière, de compétence cantonale, comprend

notamment l'aide d'urgence, qui découle de l'article 12 de la Constitution fédérale, et constitue une réponse ponctuelle et temporaire à des situations de détresse (Amarelle & Zimmermann 2024). Or, si ces cadres sont clairement distingués sur le plan normatif, l'expérience de terrain montre qu'ils se superposent et se brouillent dans la pratique, notamment lorsqu'il s'agit de répondre aux besoins de personnes sans assurance-maladie.

Du point de vue des travailleur-euse-s de terrain, les personnes qui se présentent à l'association sont presque toujours en situation d'urgence, non seulement médicale, mais aussi sociale et administrative. Patricia résume cette réalité en soulignant le caractère immédiat des situations rencontrées :

« Bien sûr qu'on fait de la prévention, mais c'est plutôt de l'urgence. En fait la personne qui vient là elle est en situation d'urgence. » (Patricia, 09.10.2025)

Cette perception de l'urgence ne renvoie toutefois pas uniquement à une gravité médicale immédiate, mais à l'accumulation de facteurs de vulnérabilités qui rendent l'accès aux soins conventionnels impossible. L'urgence devient ainsi une catégorie élargie, englobant des situations chroniques non prises en charge, des pathologies stabilisées mais non suivies, ou encore des risques sanitaires liés à l'absence prolongée de soins.

Dans le même temps, l'association est formellement intégrée au dispositif cantonal de promotion et prévention de la santé. Ce cadre repose sur une conception anticipative de la santé publique visant à éviter l'apparition ou l'aggravation des maladies. La loi cantonale sur la santé définit ainsi la promotion de la santé comme un processus visant à « encourager des habitudes et des conditions de vie favorables à la santé » (art. 24 LSan), tandis que la prévention cherche à « éviter et réduire le nombre et la gravité des maladies » ou à « en atténuer les conséquences » (art. 25 LSan).

Pour Charlène, référente cantonale de la santé publique, cette orientation correspond à des mandats clairement identifiés, souvent éloignés des réalités rencontrées par l'association :

« Maintenant [une association d'utilité publique] va dans les écoles faire de la prévention écrans, etc. (...) Ça, c'est les mandats traditionnels. » (Charlène 18.11.2025)

Elle reconnaît néanmoins que l'association étudiée, bien que moins alignée sur ces priorités classiques, agit en matière de dépistage et de prévention dentaire. En outre, elle révèle que « la question de l'égalité d'accès, de l'égalité des chances en matière de santé au sens large, c'est quand même une des priorités » (Charlène, 18.11.2025) des stratégies du canton et donc qu'il

est nécessaire de penser « à l'accessibilité à des publics cibles spécifiques » (Charlène, 18.11.2025).

Du côté des professionnel-le-s de terrain, cette articulation entre urgence et prévention ne fait pas l'objet d'une distinction nette, mais s'opère au fil des consultations. Carine souligne ainsi que l'acte même de consulter implique une dimension préventive : « forcément qui dit consultation, dit aussi prévention. » (Carine, 30.09.2025)

La prévention telle qu'elle est mise en œuvre à l'association ne vise toutefois pas principalement l'adoption de comportements sains en amont d'une maladie, mais plutôt la limitation des aggravations et la gestion de maladies déjà installées. Il s'agit, par exemple, de conseiller une personne souffrant de diabète, d'hypertension ou de cholestérol sur l'alimentation ou les comportements à adopter dans la prévention de complication futures, correspondant davantage à la deuxième dimension de la prévention définie dans la loi.

Dans le domaine dentaire, la notion de prévention se développe dans les pratiques à travers des dimensions éducatives ou comportementales passant par l'apprentissage de se brosser les dents ou de l'impact du sucre sur les dents. En outre, la prévention dentaire est également comprise dans une dimension urgente. En effet, l'association permet l'accessibilité de soins dentaires urgents, où la dimension de l'urgence représente la douleur comme l'explique Carine:

« Donc l'idée c'est de donner vraiment l'accès un soin urgent qui ... ça signifie vraiment avoir mal... une douleur. Et puis là on va aller vers l'urgence, c'est-à-dire l'extraction de la dent ou bien, on va mettre un amalgame, réparer si y'a une carie, on va pas forcément au-delà. » (Carine, 30.09.2025)

Ici, l'aspect préventif tend vers une conception généralisée de l'amélioration de l'accessibilité aux soins nécessaires tout en y intégrant la notion d'urgence. Cette imbrication entre urgences et prévention brouille les catégories de politique publique telles qu'elles sont définies dans les cadres légaux et institutionnels. La mise en pratique révèle des frontières poreuses ; un soin urgent peut se révéler préventif, tout comme une action de prévention peut s'inscrire dans une temporalité d'urgence. Ces catégories deviennent ainsi fluides et situées, leur définition dépend moins des normes abstraites que des conditions concrètes de terrain.

Cette réalité contribue à transformer les interventions dites préventives en réponses tardives à des situations déjà dégradées. Les consultations se déroulent alors majoritairement dans l'urgence, laissant peu de place à des démarches anticipatives telles qu'elles sont envisagées dans les cadres normatifs de la promotion de la santé et de la prévention.

Cette dynamique de repli des interventions vers l'urgence apparaît de manière particulièrement saisissante dans certaines situations limites évoquées par les professionnel-le-s de terrain. Un médecin relate ainsi le cas d'un patient présentant une infection sévère, vivant à la rue, dont l'état de santé se dégradait progressivement. Bien qu'une intervention chirurgicale aurait été médicalement indiquée à un stade précoce, celle-ci n'a pu être envisagée en l'absence de caractère vital immédiat et de prise en charge financière possible, en raison de son coût trop élevé. La situation a dès lors été suivie, visant à anticiper au mieux les risques d'infection, mais sans possibilité d'intervention curative, jusqu'à ce que l'état du patient devienne suffisamment critique pour justifier une hospitalisation en urgence.

Ce cas met en évidence une logique paradoxale de la mise en œuvre : l'anticipation des risques existe, la dégradation est identifiée, mais l'intervention demeure suspendue à l'atteinte d'un seuil de gravité extrême. L'urgence devient alors un critère d'accès au système de soins hospitaliers à condition qu'elle soit vitale. La prévention, entendue comme action en amont permettant d'éviter des complications graves, devient structurellement inopérante, non par absence de savoir ou de volonté professionnelle, mais en raison des contraintes institutionnelles liées à l'absence d'assurance-maladie et de précarité financière et administrative.

Dans cette configuration, toutes les catégories de l'action sanitaire tendent à se réorganiser autour d'un même principe : les *soins indispensables* ne sont donc parfois possibles qu'à partir du moment où la situation devient vitale. Cette situation illustre la manière dont les contraintes structurelles de l'accès aux soins redéfinissent concrètement le sens même de l'urgence et rendent obsolètes, dans certains cas, les catégories de prévention et de promotion de la santé.

En outre, il semble intéressant de se pencher sur la notion de « promotion » de la santé, centrale dans le mandat institutionnel de l'association, mais très peu mentionné spontanément dans les entretiens avec les travailleur-euse-s de terrain. Cette absence peut alors s'interpréter comme un indice des décalages entre les cadres normatifs de l'action publique et les contraintes de la mise en œuvre rencontrées sur le terrain. Les pratiques vécues montrent que, face à des publics confrontés à des conditions de vie instables et souvent stressantes, les mesures qui visent « à encourager des habitudes et des conditions de vie favorable à la santé » (art.24 LSan), telles que l'activité physique régulière ou une alimentation équilibrée, semblent peu opératoires. La promotion de la santé, entendue comme anticipation et modification durable des comportements, se heurte ainsi aux réalités sociales des personnes accompagnées.

Dans ce contexte, la catégorie de la promotion de la santé tend à se reconfigurer dans la pratique, glissant vers une conception proche de la *prévention* telle que dépeinte ci-dessus, plus immédiate et pragmatique. Dans leur discours, les travailleur-euse-s mobilisent alors ces deux registres sous une même logique d'intervention centrée sur la limitation des risques et l'atténuation des conséquences de situations dégradées.

C'est précisément dans ces tensions que se joue le rôle médiateur de l'association. En articulant des logiques d'urgence et de prévention, elle ne se contente pas d'appliquer des dispositifs existants, mais en redéfinit les contours dans la pratique. Par ces ajustements, l'association contribue à révéler concrètement ce que signifient la *prévention*, la *promotion*, l'*urgence* et les *soins indispensables* pour des publics durablement exclus du système sanitaire conventionnel. Les pratiques reflètent un arbitrage entre ces catégories pour les rendre effectives dans la réalité du terrain, tout en se heurtant parfois à une mise en pratique impossible.

5.2.2 Pratiquer le tri : la consultation comme espace de qualification des *ayants droit*

La négociation des catégories de l'action publique ne concerne pas uniquement la définition des soins ou leur temporalité, mais également les critères à partir desquels les personnes sont reconnues comme légitimes à y accéder. Cette dimension apparaît de manière particulièrement saillante dans la consultation sociale, première étape du parcours de prise en charge au sein de l'association. Cette consultation constitue un espace de qualification des situations, au sein duquel s'élaborent et se définissent des critères de légitimité mobilisés pour juger de l'accès aux services de Salus. Afin d'analyser ces pratiques, cette section fait référence au concept de hiérarchie du mérite développé par Van Oorschot (2006) comme une grille de lecture permettant d'éclairer les logiques d'évaluation à l'œuvre. Il s'agit ainsi d'examiner comment, dans la pratique, les situations sont appréciées et hiérarchisées. Ce faisant, l'analyse met en lumière le travail concret de tri et de définition des *ayants droit* de Salus.

L'association agit auprès d'une catégorie de population très précarisée et majoritairement migrantisée, dont le parcours de soins dans le système sanitaire ordinaire est entravé par l'absence d'une assurance-maladie, critère majeur permettant d'accéder à la consultation médico-infirmière gratuite proposée par Salus. Bien que le critère d'absence d'assurance-maladie semble être le critère de sélectivité indéniable, les pratiques démontrent une flexibilité de sélection dépendante des situations, qui prend en compte les conditions de vie, les trajectoires et les contraintes quotidiennes rencontrées par les nouvelles et nouveaux potentiel-le-s patient-

e-s. Lors de la consultation, un entretien d'une dizaine de minutes, mené par Margot, porte sur à des questions comme « Combien de temps ça fait qu'ils sont ici, où ils dorment, s'ils ont un petit travail... » (Margot, 13.10.2025) plutôt que sur des problèmes de santé, abordés lors de la deuxième étape, la consultation médico-infirmière.

Les pratiques de tri de Salus s'organisent surtout autour d'une logique de priorisation située, qui ne correspond pas nécessairement aux hiérarchies habituellement associées aux dispositifs de l'État social. Comme l'exprime Patricia, cette orientation peut susciter des incompréhensions, notamment de la part de publics qui se perçoivent comme plus légitime à recevoir de l'aide :

« Y a beaucoup de personnes qui appellent ici en croyant qu'on est une permanence médicale pis on doit [leur] expliquer : "Non, c'est pour les personnes qui n'ont pas d'assurance". Pis des fois, c'est pas très bien perçu non plus, qu'on soit dévoué-e-s à des personnes « sans-papiers ». Y a des formes de jalousie par rapport aux suisses, beaucoup aux personnes âgées suisses, qui ont de la peine à joindre les deux bouts. Et voilà, alors : "Vous payez tout ça à des personnes sans-papiers, moi j'ai travaillé toute ma vie ici, et puis je peux pas, je peux à peine manger à ma faim." Ou les soins dentaires justement, la population vieillissante a de la peine à se payer des soins dentaires. » (Patricia, entretien tripartite 19.05.2025)

Cet extrait met en évidence un régime de priorité spécifique, dans lequel la légitimité n'est pas principalement indexée sur l'âge, la nationalité ou la contribution passée, mais sur une situation d'exclusion du système de soins ordinaires, liée en particulier à l'absence d'assurance-maladie.

Le système de sélection de Salus ne vise pas à vérifier la conformité à des critères administratifs standardisés, mais à placer des situations dans un ensemble de contraintes sociales, économiques et biographiques. Les questions posées sont parfois perçues comme intrusives par les patient-e-s qui, comme expliqué dans le chapitre 5.1.2 sur la rationalité de la confiance, restent méfiant-e-s par peur de la dénonciation auprès des autorités migratoires. Si une réticence est identifiée par Margot, elle ajuste son approche et interrompt l'investigation, afin de privilégier une logique de *care* et de confiance plutôt qu'une logique de contrôle, généralement très présente dans la rationalité des services sociaux (Lafaut 2025). Aucun contrôle d'identité n'est exigé et l'usage de pseudonyme est explicitement toléré : « Si quelqu'un donne un faux nom, oui, y a aucun souci. On n'est pas là pour vérifier » (Patricia, entretien tripartite 19.05.2025). De même, aucun contrôle financier strict n'est mis en place pour établir objectivement la précarité économique des personnes. Margot reconnaît l'absence de critères et la difficulté à objectiver la situation financière :

« Oui alors euh, (réflexion), Ça c'est un peu, euh c'est vrai que c'est un peu euh, comment on dit... Oui parce qu'on voit c'est un peu par rapport à comment ils sont habillés, quoique des fois il y a des personnes qui sont quand même bien habillées propres... » (Margot, 13.10.25).

L'apparence ou les signes visibles de pauvreté ne constituent donc pas des critères de jugement légitimes. La qualification des situations repose davantage sur l'écoute des trajectoires, de la vie quotidienne et sur l'appréciation des contraintes structurelles que rencontrent les personnes ayant besoin de soins. Dans ce contexte, l'absence d'assurance-maladie apparaît comme le principal critère structurant l'accès à la consultation médico-infirmière gratuite. Toutefois, même ce critère peut donner lieu à des négociations situées et des ajustements, notamment lorsque certaines personnes pensent être désaffiliées, après des mois de non-paiement. En réalité, ces personnes disposent toujours de leur assurance-maladie malgré des mois de non-paiement. Elles seraient donc inéligibles à la consultation médico-infirmière gratuite, mais, dans ces situations ambiguës, il semble récurrent de faire des exceptions, mettant en avant un critère économique en priorité :

« Après on peut aussi discuter avec le médecin, l'infirmière... ben justement cette personne à qui je pense qui est venue récemment, qui est venue se faire soigner un moment avant qu'il nous dise que oui, il avait quand même déjà une assurance, mais il pensait pas l'avoir . ça je pense que c'était vrai, puis après j'ai vérifié, puis il l'avait toujours mais après ils ont quand même continué à le prendre quelques fois en disant « bon maintenant on a commencé, de toute façon, il a pas les sous pour payer les 2500 Fr. de franchise, donc c'est pas non plus de la triche », c'est quand même des gens qui ont pas les sous en ce moment pour payer la franchise donc.... » (Margot, 13.10.25)

Alors que l'examen systématique de la situation économique, personnelle et sociale de la personne demandeuse est généralement une condition pour l'octroi d'une aide sociale (Service de l'action sociale 2015), l'association s'en distancie. La question de la fraude, pourtant centrale dans de nombreux dispositifs de l'État-providence (Van Oorschot & Roosma 2017), n'est ici que marginalement problématisée. Elle n'émerge véritablement que dans des situations exceptionnelles de cumul d'aides institutionnelles découvert par hasard comme l'explique Margot :

« Ma collègue qui allait travailler dans un service social, elle m'a dit, « mais je l'ai déjà vu dans un service, à tel service social ». Elle m'a dit « tu veux pas appeler pour demander ? » [...] Bref, j'ai appelé le service social et puis ils la soutenaient aussi là-bas. Donc on était les deux, eux donnaient de l'argent pour payer ses primes, puis nous, on lui payait ses primes. Il y a eu une dénonciation et puis voilà, ça a été plus grave pour elle quoi. » (Margot, 13.10.25)

Dans les discours de mes interlocuteur-ice-s, le soupçon de la fraude ne façonne pas les pratiques de sélection, qui se positionnent à contre-courant des processus de catégorisation et de sélection caractéristiques des administrations publiques, telles qu'analysées notamment par Van Oorschot (2006), dans sa théorie du mérite notamment. Cette théorie vise à expliquer pourquoi le soutien public de l'État social, plus communément appelé État-providence, varie en fonction des catégories de personnes bénéficiaires d'une aide sociale. L'accès aux ressources sociales est conditionné par une logique morale qui hiérarchise les catégories des plus méritantes aux moins méritantes (Van Oorschot 2006 ; Van Oorschot & Roosma 2017 ; Nielsen et al. 2020). Dans les pays européens et de manière relativement stable, les personnes âgées et les personnes malades ou handicapées occupent les positions les plus légitimes à recevoir de l'aide tandis que les personnes migrantisées se situent au bas de l'échelle du mérite social (Van Oorschot 2006 ; Van Oorschot & Roosma 2017 ; Nielsen et al. 2020).

La logique morale permettant de justifier cette hiérarchie repose sur cinq critères centraux dans l'attribution des aides sociales désignés par l'acronyme CARIN (Van Oorschot & Roosma 2017 ; Nielsen et al. 2020). Le critère de contrôle (*Control*) en est le plus important. Il vise à évaluer la responsabilité individuelle dans la situation de besoin. Dans le cas de Salus, ce critère n'occupe qu'une position marginale, voire inexistante. Le critère d'attitude (*Attitude*), compris comme conformité ou coopération, n'est pas primordial non plus pour avoir accès aux prestations médico-infirmières, tandis qu'il sera plus présent dans l'octroi d'aides financières, tel que je le démontre dans le chapitre suivant. Les critères de réciprocité (*Reciprocity*) et d'identité (*Identity*), centraux dans de nombreux dispositifs de l'État social (Van Oorschot & Roosma 2017 ; Nielsen et al. 2020), ne semblent pas importants dans la pratique de Salus. Le fait d'avoir contribué ou non à la société, ou encore l'appartenance nationale, ne constituent pas des éléments déterminants dans l'évaluation des situations, comme en témoigne l'attention portée à une majorité de patient-e-s sans statut légal. En revanche, le critère de besoin (*Need*) occupe une place centrale. Toutefois, celui-ci n'est pas appréhendé de manière strictement objectivée, mais à travers une appréciation située des contraintes vécues, notamment l'impossibilité d'accéder aux soins en raison d'absence d'assurance-maladie ou de ressources financières suffisantes.

Ainsi, plutôt qu'une application des critères du mérite tels que théorisés dans les administrations publiques de l'État-providence, les pratiques de tri de Salus mettent en évidence une reconfiguration de ces derniers à partir de situations concrètes. Cette configuration s'explique par la position particulière qu'occupe l'association au sein du système de santé. En tant que

structure à bas seuil d'accès, c'est-à-dire visant à limiter les barrières administratives, financières et symboliques à l'entrée, l'association intervient auprès de personnes déjà largement exclues des dispositifs ordinaires, en raison notamment de l'absence d'assurance-maladie ou de ressources suffisantes. Dans ce contexte, l'enjeu n'est pas tant de prévenir les abus que de rendre possible un accès minimal aux soins. Dès lors, la place marginale accordée au contrôle et la tolérance à certaines incertitudes dans l'évaluation des situations s'expliquent par l'attention prioritaire portée au risque de non-recours, qui signifie le fait de ne pas accéder à des soins pourtant nécessaires, plutôt qu'à celui de fraude et d'abus.

En Suisse, une hiérarchie formelle de l'aide sociale existe, comme décrit dans le contexte politico-juridique. En fonction du statut administratif de la personne, l'aide sera plus ou moins grande, allant d'une prestation financière à des prestations en nature. Située en bas de l'échelle du mérite, le public cible a droit à une aide minimale qui garantit la couverture des besoins fondamentaux qui, dans le domaine de la santé, se résument à obtenir les « soins médicaux indispensables » (Art. 25 LSoc).

5.2.3 Distribuer des ressources rares : décisions de financement et discrétion collective

Cette logique de requalification devient encore plus explicite dans les décisions de financement, qui concernent notamment des soins dentaires urgents, des traitements médicaux spécifiques ou une aide temporaire au paiement des primes d'assurance maladie. Ces décisions sont discutées collectivement lors de réunions hebdomadaires réunissant l'infirmière référente, la responsable de l'association et l'intervenante sociale. Afin de limiter l'arbitraire et les décisions « à la tête du client » (Patricia, 09.10.2025), l'équipe a formalisé une série de critères destinés à objectiver les choix.

Parmi ces critères figurent notamment le caractère de dernier recours de la demande, la stabilité géographique de la personnes (installation dans la région et intention de rester), la capacité à s'engager dans le suivi du traitement, l'absence de ressources financières suffisantes, l'existence d'un réseau social minimal, l'absence de statut de séjour valable et, dans l'idéal, une participation financière symbolique à hauteur de 10% du prix total. A ces éléments s'ajoute une contrainte organisationnelle importante : la disponibilité de Margot pour effectuer les recherches de fonds, souvent chronophages.

Ces critères peuvent être lus comme une tentative d'objectiver la légitimité des demandes et font écho aux critères identifiés dans la littérature, notamment ceux de besoin (*Need*) et

d'attitude (*Attitude*) (stabilité de l'installation dans la région, engagement dans le traitement, participation financière symbolique) (Van Oorschot & Roosma 2017 ; Nielsen et al. 2020). Toutefois, la mise en œuvre de ces critères n'est pas totalement formalisée et les discours de mes interlocuteur-ice-s révèlent l'existence d'autres critères qui influencent la hiérarchisation des catégories *méritantes*.

Patricia reconnaît ainsi que certains profils suscitent une attention particulière, notamment les femmes avec enfants ou les personnes suivies et connues de longue date :

« S'il y a des enfants dans la famille, ben ça c'est un critère très important : que les enfants puissent avoir voilà, la meilleure vie possible. C'est pour ça qu'on aide une dame qui justement, on la suit depuis 10 ans. Elle a été assurée elle mais elle n'arrive pas à payer toutes ses primes, ouais, c'est un cas un peu de conscience. » (Patricia, 09.10.2025)

Cet extrait illustre la manière dont des considérations morales et relationnelles s'ajoutent aux critères formels pour produire une nouvelle hiérarchie des priorités au sein même du groupe prioritaire. Le genre, la présence d'enfants et l'ancienneté de la relation avec l'association deviennent des éléments déterminants dans la qualification de certaines situations comme particulièrement *méritantes* d'un soutien. L'aspect relationnel entre les patient-e-s et les travailleur-euse-s de terrain fait écho à ce que Lafaut et Coene (2023) soulignent : « patients who manage to build personal relations with health professionals within humanitarian organizations often see their options and autonomy expand, as they gain access to the broader professional network of the healthcare worker » (Lafaut et Coene 2023 cité dans Lafaut 2025 : 17).

L'association participe à la structuration de l'action publique en se positionnant en faveur de publics situés au bas de la hiérarchie du mérite telle que conceptualisée par Van Oorschot (2006). Ces publics sont le plus souvent exclus des dispositifs de protection sociale qui reposent sur une logique méritocratique. En d'autres termes, l'accès à l'aide repose sur la capacité des bénéficiaires à démontrer leur situation et leur légitimité à recevoir de l'aide. Salus contribue ainsi à la traduction d'une politique du mérite implicite aux politiques sociales en élargissant le champ des personnes ayant droit à des prestations financières plus conséquentes que ce que l'aide d'urgence propose. En outre, elle privilégie des modalités d'intervention qui restreignent le recours à des mécanismes de contrôle systématique et accordent une place centrale aux critères de besoin et d'attitude dans l'évaluation du mérite (Van Oorschot 2006 ; Van Oorschot & Roosma 2017 ; Nielsen et al. 2020). De ce fait, un virement de logique s'opère, passant d'une

rationalité du contrôle, ancrée dans une logique procédurale qui privilégie des critères juridiques et technico-administratifs et très présente dans le dispositifs sociaux des États-providence (Bauman 1997 ; Fassin & d'Halluin 2005 ; Giladi et Andreetta 2022 cité-e-s dans Lafaut 2025 : 13) vers une logique de soin axée sur une forme de flexibilité, sur la résolution individualisée des problèmes, la continuité et l'attachement (Mol 2008 cité dans Lafaut 2025).

Après avoir observé le processus de requalification de différentes catégories façonnées par les pratiques quotidiennes des travailleur-eus-e-s de terrain, je vais désormais aborder l'organisation concrète des parcours de soins pour les bénéficiaires de l'association. Je vais démontrer que la production située du droit ne se joue pas uniquement dans la traduction des catégories par la pratique, mais également dans l'organisation des parcours de soins.

5.3 Organiser les parcours de soins : entre gatekeeping et courtage

Après avoir donné un sens au droit à travers la traduction en pratique de normes peu prescriptives, il est intéressant d'observer d'abord comment cette association produit l'accès aux soins médicaux indispensables, et comment elle rend accessible le droit universel à la santé à travers l'obligation à l'affiliation et le droit aux subsides cantonaux ensuite. Je vais démontrer que l'association endosse deux rôles majeurs décrits dans la littérature académique sur les *street-level organizations*. D'une part, elle fonctionne comme une *gatekeeper*, non pas pour restreindre, mais pour ouvrir l'accès à un réseau de partenaires médicaux mobilisables hors des circuits ordinaires. D'autre part, elle agit comme courtière administrative, sans quoi certaines règles juridiques se trouveraient inefficaces pour le public cible de l'association.

5.3.1 Ouvrir l'accès : construire et activer un réseau de « soins indispensables » hors des circuits ordinaires

Outre le fait de requalifier les catégories *méritantes* et *non-méritantes*, de sélectionner et d'appliquer des règles d'éligibilité, l'association opère en *dispositif de guichet* : une interface organisationnelle qui traduit des règles en pratiques, les façonne et organise la rencontre entre des publics durablement exclus du système de santé ordinaire et des institutions dont l'accès est fortement conditionné, telles que les cabinets médicaux de premier recours (Avanza et al. 2022).

L'une des principales stratégies développées par l'association pour rendre effectif l'accès aux soins pour les personnes sans assurance-maladie repose sur la construction, l'entretien et l'activation d'un réseau de partenaires médicaux et institutionnels. Ce réseau, composé de médecins spécialistes, de dentistes, d'un centre d'imagerie médicale, d'une pharmacie ou d'un

laboratoire, d'hôpitaux et d'assureurs, constitue une infrastructure largement informelle mais indispensable à la mise en œuvre concrète de la politique cantonale de santé à destination des personnes sans assurance maladie. Ce réseau constitue un instrument central de coproduction de la politique. En effet, en l'absence de dispositifs institutionnels standardisés garantissant l'accès aux soins pour ce public, l'effectivité du droit à la santé repose largement sur des relations interpersonnelles, des arrangements organisationnels et des formes de coopération négociées au cas par cas.

Le réseau de partenaires se construit de manière progressive, par le biais du « réseautage » (Patricia, 09.10.2025), du bouche-à-oreille et de prise de contact directe par téléphone ou par messagerie électronique. Il regroupe des spécialistes de divers domaines comme la cardiologie, la dermatologie, l'ophtalmologie, la gynécologie, qui acceptent d'intervenir en dehors des circuits conventionnels de prise en charge. Ces relations se formalisent partiellement à travers une charte, qui explicite les objectifs, les valeurs et les engagements des professionnel-le-s adhérent-e-s. Ces dernier-ère-s s'engagent notamment à fournir des prestations gratuites ou à prix symbolique, à assurer un suivi médical et à éviter toute démarche susceptible de conduire à une dénonciation. Comme le précise la charte, l'association œuvre pour « l'accès aux soins des personnes en situation vulnérable en marge du système de santé à savoir principalement les migrant-e-s à statut précaire » (Charte des professionnel-le-s de santé adhérent à Salus).

Une fois la charte signée par les professionnel-le-s adhérent-e-s (entre l'association et les professionnel-le-s, l'orientation vers un-e spécialiste s'effectue par contact direct. Cette modalité d'intermédiation vise à limiter la charge imposée aux partenaires et à maintenir un équilibre fragile entre accessibilité et soutenabilité du réseau. Maurice souligne ainsi l'importance de cadrer précisément les demandes afin de « ne pas abuser » du dispositif. Le fait que les partenaires aient « compris la mission » de l'association permet d'éviter des négociations répétées et de fluidifier les parcours de soins (Maurice, 06.10.2025).

La relation avec l'hôpital cantonal s'inscrit dans une logique similaire, avec une formalisation à travers un protocole de collaboration. L'association s'engage à informer l'hôpital lorsqu'une personne sans assurance-maladie doit se rendre aux urgences et à fournir une lettre d'indigence, permettant notamment d'éviter le dépôt de garantie habituel. En retour, l'hôpital s'engage à informer l'association lorsqu'une personne sans assurance se présente spontanément aux urgences, afin de permettre un suivi post-hospitalisation. Ce protocole illustre la manière dont l'association agit comme interface organisationnelle entre des publics exclus et des institutions de santé difficilement, voire pas du tout accessibles sans médiation.

Dans ce dispositif, l'association occupe une position centrale de *gatekeeper*, au sens où elle filtre, oriente et organise l'accès aux ressources de santé. Toutefois, contrairement aux formes classiques de *gatekeeping* associées à des logiques de restriction ou de rationnement, ce rôle vise ici à rendre l'accès possible dans un contexte d'exclusion structurelle. Comme le souligne Patricia, cette fonction permet également de limiter le recours direct aux urgences hospitalières, contribuant indirectement à la maîtrise des coûts du système de santé : « Parce que sinon la plupart des personnes iraient directement aux urgences à l'hôpital, ça coûterait beaucoup plus cher en fait » (Patricia, 09.10.2025).

5.3.2 Rendre les droits praticables : le courtage administratif comme travail de traduction

Dans le prolongement de sa mission visant à garantir un accès effectif aux soins, Salus exerce une fonction centrale de courtage administratif. Au-delà de l'orientation médicale, l'association accompagne activement l'affiliation à une assurance-maladie et la demande de subsides cantonaux, transformant des droits formellement reconnus en démarches concrètement réalisables.

L'affiliation à l'assurance-maladie est, comme vu précédemment, juridiquement universelle. En effet, la LAmal impose aux assureurs d'accepter toute personne résidant en Suisse souhaitant s'affilier à l'assurance de base (art. 4 al. 2 LAmal). Or, certaines pratiques exigent des documents tels qu'une attestation de domicile ou un permis de séjour, sans que ceux-ci soient légalement requis (Graf & Fehlmann 2022). Ces exigences fonctionnent comme des équivalents de refus et contribuent à maintenir une exclusion de fait, notamment pour les publics sans domicile fixe et sans statut légal de séjour. Margot témoigne de cette réalité sur le terrain :

« Parfois il y a des personnes qui essayent d'aller faire [l'affiliation à une assurance] dans une officine standard. Et puis ils arrivent pas aboutir quoi. Donc après ils viennent ici » (Margot, 13.10.2025)

L'association devient alors un point de passage obligé dans un système où l'universalité formelle du droit ne garantit pas son accessibilité pratique. Elle agit comme intermédiaire au sens de Faist (2014 cité dans Ratzmann 2024 : 82) en s'insérant dans « the process connecting actors in systems of social relations in order to facilitate access to valued resources ». L'accès à l'assurance-maladie ne dépend plus uniquement de la loi, mais de la capacité à mobiliser un réseau relationnel.

Concrètement, Salus entretient un contact direct avec une assurance spécifique et un interlocuteur référent. Dans un contexte où les droits, dispositifs, démarches et ressources mobilisables pour les personnes sans autorisation de séjour valable demeure méconnue, tant dans les institutions privées que publiques, l'existence d'une personne de référence apparaît déterminante :

« Ouais mais il faudrait ça [une personne référente] dans chaque structure, même à la caisse de compensation. Il faudrait une personne de référence. Il y a pas tout le monde qui connaît la filière « sans-papier », parfois c'est compliqué. » (Margot, 13.10.2025)

Cette citation montre bien que les échanges entre Margot et ses interlocuteur-ice-s des institutions peuvent s'avérer plus difficiles lorsque son interlocuteur-ice n'a pas connaissance de la situation des personnes sans statut de séjour valable dans les demandes d'affiliation et de subsides. Margot explique avoir une personne référente à l'assurance et révèle l'atout que cela représente. Dans cette même thématique, Margot explique qu'elle est en contact avec une seule personne référente à l'assurance et que cela lui est très précieux. Ce référent est très compréhensif par rapport à la situation des bénéficiaires de Salus. Lui-même étant une personne migrantisée, il connaît certains enjeux que peuvent rencontrer les bénéficiaires de Salus :

« Et puis je pense qu'il (l'assureur référent) comprend un petit peu, qu'est-ce qu'il y a comme enjeu quand on arrive dans un pays, qu'on comprend pas le système, qu'on comprend pas la langue en tout cas il est très compréhensif par rapport aux personnes sans papier. C'est pas toujours le cas. » (Margot, 13.10.2025)

Ce cas illustre une forme de courtage fluidifié grâce à une personne de contact direct qui n'est pas toujours instauré, malgré les années de travail de l'association. J'identifie ici une forme de courtage des « ressources fonctionnelles » au sens de Ratzmann (2024 : 87). Celles-ci désignent l'ensemble des compétences et moyens pratiques permettant d'accéder effectivement à un droit. Il faut par exemple être capable de comprendre les démarches administratives, de pouvoir mobiliser les bon-ne-s interlocuteur-ice-s ou de constituer un dossier conforme aux normes. Ces ressources font parfois défauts tant du côté des bénéficiaires, notamment lorsqu'ils ne disposent pas d'un statut légal, que du côté institutionnel, où les dispositifs existants sont parfois inadaptés pour certaines catégories de population comme les personnes sans domicile fixe ou sans autorisation de séjour valable. Le rôle de Margot consiste donc à réduire les contraintes administratives rencontrées par ses bénéficiaires en entrant directement elle-même en contact avec les institutions pour faire des demandes d'affiliation ou de subsides.

Si cette situation relève principalement d'un courtage de ressources fonctionnelles, dans la mesure où Margot s'adresse à un interlocuteur spécifique afin de faciliter les démarches administratives, j'observe également une forme de courtage des « ressources culturelles », toujours au sens de Ratzmann (2024 : 91). Celles-ci désignent les compétences culturelles comme la maîtrise de la langue locale, la compréhension des normes sociales et institutionnelles, la compréhension des codes implicites comme la manière de parler, quelles questions poser, se montrer proactif-ve et suivre certaines procédures (Ratzmann 2024). Contrairement aux compétences fonctionnelles, celles-ci sont largement implicites et renvoient aux capacités interactionnelles des individus. En effet, le fait que cet interlocuteur soit lui-même migrantisé et sensibilisé aux difficultés liées à l'arrivée dans un nouveau système administratif semble favoriser une compréhension plus fine des situations des bénéficiaires. Cette proximité d'expérience permet de réduire les malentendus et d'adapter les interactions.

Un autre exemple, mentionné par Margot, démontre comment Salus traduit, explique et rend accessible ces codes implicites aux personnes qui ne les maîtrisent pas. Margot rassure ses bénéficiaires en reformulant certaines demandes administratives en langage compréhensible, en clarifiant les procédures et ce qui est attendu de la part des bénéficiaires comme dans le cas du paiement des premières factures des primes, qui peuvent parfois faire peur aux bénéficiaires:

« Moi je leur parle de prime à 160 Fr. en fait l'assurance elle facture souvent quatre mois à 450 Fr., donc la première facture elle est de 1600 Fr., donc ils arrivent là avec cette facture, et puis bon, j'ai gardé une vieille facture comme ça je peux bien leur expliquer en disant ben voilà, ils facturent toujours quatre mois, vous devez pour le moment en payer qu'un seul. Et puis celui-là on peut encore attendre le rappel. Mais ouais, tout d'un coup ils sont un peu paniqués. » (Margot, 13.10.2025)

Cet extrait relève d'une part d'un courtage de ressources fonctionnelles dans la mesure où Margot explicite le fonctionnement du système de facturation. D'autre part, il illustre un courtage de ressources culturelles, dans la mesure où elle indique à ses bénéficiaires le comportement à adopter face à ce système. Autrement dit, il est possible de payer qu'une facture sur les quatre et d'attendre un premier rappel pour le reste. Ces connaissances sont le fruit de l'habitude de naviguer dans le système de facturation sans pour autant qu'elles soient explicitement mentionnées dans la procédure administrative.

Ce courtage de ressources fonctionnelles et culturelles ne permet pas seulement de fournir de l'information mais également de faire le pont entre deux mondes, les bénéficiaires et

l'administration, dont l'entrée en relation directe s'avère inopérante comme l'indique Patricia dans cette citation :

« Un sans papier tout seul il pourra jamais avoir de subside hein, il doit passer par nous ou par le CPM¹² ». (Patricia, 09.10.2025)

En effet, la complexité des procédures administratives constitue un obstacle majeur à la connexion de ces deux mondes. Les institutions exigent des preuves de revenus tels que l'avis de taxation, des justificatifs de revenus annuels ou des feuilles d'impôts alors que la majorité des bénéficiaires de Salus ne possèdent pas ces documents. Un travail d'information est également fait auprès de ces institutions en expliquant la particularité des profils :

« Pis moi je dis ben, ils remplissent pas les feuilles d'impôts, ils sont sans papier s'ils ont un job c'est au black. Donc voilà. » (Margot, 13.10.2025)

Ainsi, les intermédiaires comme Salus deviennent indispensables à l'accès aux droits et c'est grâce à ces formes de courtage que le droit d'être assuré-e, et le droit d'obtenir des subsides deviennent effectifs. L'accès aux droits ne dépend pas uniquement des textes juridiques, mais de la manière dont les acteur-ice-s interprètent et adaptent les règles à travers leurs pratiques au quotidien.

Toutefois, si le courtage permet de compenser certaines inégalités d'accès aux ressources, il ne suffit pas à garantir cet accès. Les démarches restent en effet tributaires des marges d'interprétation laissées aux différent-e-s intervenant-e-s. Autrement dit, au-delà d'un enjeu de ressources, l'accès au droit dépend également d'un nexus relationnel complexe qui révèle que le pouvoir discrétionnaire des agent-e-s circule de main en main.

Cette dynamique apparaît notamment dans certaines étapes préliminaires de la procédure administrative, comme l'obtention d'un numéro AVS. Pour ce faire, il existe une organisation particulière qui crée des numéros spécifiquement pour les personnes dépourvues d'une autorisation de séjour valable. Margot explique que récemment elle a dû faire une demande de numéro AVS pour des enfants qui, généralement devraient être couvert-e-s par le numéro AVS des parents. Cependant, la mère de ces enfants n'a pas de numéro AVS et Margot tente alors de faire une demande comme si l'enfant était adulte :

¹² Nom fictif d'un Centre Pour Migration

« Mais je peux pas faire parce que j'ai pas le parent, il est pas dans mon système. Du coup je fais une fiche comme si c'était pour un adulte. Alors bon on verra si ça va passer ou pas. » (Margot, 13.10.2025)

Ce passage révèle une pratique située de contournement, rendue nécessaire par l'inadaptation entre les cadres administratifs standardisés et les situations concrètes rencontrées. Margot tente de contourner la règle sans garantie que cette technique fonctionne. L'issue des démarches engagées dépend alors de décisions prises par d'autres acteur-ice-s d'un réseau hybride, reliant association, administrations publiques et acteurs privés, ce qui rend l'accès aux droits tributaire d'interprétations situées.

Rejoignant l'analyse de Lafaut (2025), cet exemple démontre que le pouvoir discrétionnaire des agent-e-s circule et détient un caractère productif, dynamique et instable. L'accès aux droits pour les personnes sans assurance maladie dépend ainsi d'un nexus « of structures, procedures, and knowledges that shape healthcare access far beyond the formal legal framework » (Lafaut 2025 : 12). En d'autres termes, l'accès aux droits se joue dans un ensemble dynamique d'interactions et d'interprétations plutôt que dans les textes.

Ainsi, j'observe que l'articulation entre courtage des ressources et circulation du pouvoir discrétionnaire peut être comprise comme révélatrice de différentes formes de pouvoir d'agir. D'une part, le courtage permet d'agir sur les conditions d'accès aux droits en rendant mobilisables des ressources autrement inaccessibles. D'autre part, le pouvoir discrétionnaire renvoie à la capacité d'agir sur l'issue même des démarches, à travers des processus d'interprétation situés. Dans cette perspective, Salus apparaît comme un lieu de convergence de ces différentes formes de pouvoir d'agir, contribuant à rendre effectif le droit à la santé. Toutefois, cette convergence ne signifie pas une stabilisation du pouvoir. Celui-ci demeure circulant, relationnel et dynamique, se déployant à travers les interactions entre une pluralité d'acteur-ice-s. Ce caractère mouvant met en lumière la complexité de la « black box » de la mise en œuvre (Brodkin 2016 :444 ; Breidahl et al. 2024 :3) du droit à la santé, où ressources, interprétations et relations s'entremêlent dans la production située de l'action publique en matière d'accès aux soins.

5.4 Les limites de la coproduction politique

Après avoir analysé la dimension coproductive de l'association, comme sa capacité à faire exister des catégories normatives peu prescriptives, il semble nécessaire de prendre le penchant inverse et d'analyser la coproduction comme une pratique contrainte et limitée. Si Salus

parvient à redéfinir les contours des notions d'urgence, de promotion et prévention de la santé, de soins médicaux indispensables ou à élaborer des stratégies pratiques qui les font exister, elle se heurte à des limites structurelles qui la dépassent. Ces dernières sont comprises ici comme un projet politique, social et symbolique de *boundary making* (Wimmer 2008).

Dans ce chapitre, les limites de la coproduction sont analysées à partir de la notion de *boundary making* développée par Wimmer (2008). L'auteur conçoit les frontières non comme des lignes fixes ou naturelles, mais comme des constructions sociales et institutionnelles, produites et reproduites à travers des pratiques, des dispositifs et des rapports de pouvoir. Appliquée à l'accès aux soins, cette perspective permet de saisir comment un droit formellement universel peut être traversé par des frontières multiples (juridiques, administratives, financières et sociales) qui différencient concrètement les conditions d'accès selon les catégories de population. L'intérêt de cette approche réside dans sa capacité à analyser les effets ambivalents de la coproduction de l'action publique : si celle-ci rend certaines frontières localement plus poreuses, elle ne les abolit pas pour autant et peut même, dans certains contextes, contribuer à leur stabilisation. La coproduction apparaît ainsi comme un espace situé de renégociation des frontières de l'État social, dont les marges de manœuvre demeurent étroitement contraintes par des structures politiques et institutionnelles plus larges.

5.4.1 Les limites des *soins médicaux indispensables*

Une première limite décisive concerne l'impossibilité de prendre en charge des traitements lourds et coûteux, comme pour des maladies chroniques graves ou nécessitant un suivi long (cancers, VIH). Plusieurs professionnel-le-s soulignent ainsi que, sans assurance maladie, certaines prises en charge demeurent tout simplement hors d'atteinte :

« On a quand même aussi des situations oncologiques qu'on peut pas traiter parce que on a des traitements qui coûtent 1500 Fr. par mois. On n'a pas les moyens de prescrire enfin, on peut-on pourrait les prescrire, mais qui paye ? » (Maurice, 06.10.2025)

Cet extrait met en évidence l'existence d'un seuil matériel qui ne relève pas uniquement de contraintes budgétaires ponctuelles, mais qui définit structurellement jusqu'où la coproduction de l'action publique peut s'étendre. Si l'association parvient à redéfinir localement la notion des *soins médicaux indispensables*, elle ne peut pas franchir le seuil des prises en charge longues et coûteuses.

Cette limite organisationnelle *a priori* financière opère également comme une frontière sociale au sens de Wimmer (2008). En effet, les personnes sans assurance-maladie sont surreprésentées

par des personnes migrantisées dépourvues d'autorisation de séjour. Dans ces situations, l'intervention de l'association se réduit à la réalisation d'examens diagnostiques et d'examens minimaux avant que les patient-e-s ne soient contraint-e-s de poursuivre leur prise en charge hors du territoire helvétique.

« On fait ce qu'on peut, on fait un laboratoire, nous on les examines, je peux éventuellement les envoyer chez un-e des spécialistes qu'on a. Mais après il faut qu'ils repartent avec ces documents parce qu'on va pas résoudre là. On peut pas l'hospitaliser, on peut pas aller changer une valve cardiaque, etc. » (Jean-Charles, 04.11.2025)

Pour les personnes souhaitant rester en Suisse, la seule issue durable consiste alors à « trouver une solution pour [s'] affilier » (Carine, 30.09.2025), condition indispensable pour accéder à des traitements longs et coûteux.

L'externalisation des soins apparaît ainsi comme un révélateur de la délimitation du système d'accès aux soins. Bien que l'association renégocie localement les catégories légitimes à accéder aux soins, elle se heurte à des limites structurelles, financières, politiques et institutionnelles, qui la dépassent. Ces limites révèlent l'imbrication du droit à la santé, supposément universel, dans un processus de *boundary making* fondé sur des logiques d'État-nation, où l'accès aux soins demeure conditionné à l'appartenance institutionnelle au système d'assurance et à la reconnaissance statutaire des individus (Wimmer, 2008).

5.4.2 Une coproduction dépendante de ressources fragiles : bénévolat, engagement et incertitude

Une deuxième limite structurelle de la coproduction tient à la dépendance de l'association à l'égard du bénévolat médical et de la bonne volonté de professionnel-le-s partenaires. Si ce réseau constitue une ressource centrale pour rendre effectif l'accès aux soins, il repose sur un équilibre fragile, largement tributaire de la disponibilité et de la motivation de médecins retraités. Plusieurs interlocuteur-ice-s expriment ainsi cette fragilité de l'accès aux soins indispensables censé être compris comme un besoin fondamental :

« Ça marche quand même sur une bonne volonté et aussi un très fort engagement des personnes qui travaillent dedans. Alors tant que tout ça se maintient, c'est super. Mais si une fois il y a une remise en question, ça peut fragiliser un petit peu cette question de l'accès aux soins... » (Charlène, 18.11.2025)

Cette dépendance à des ressources humaines bénévoles constitue un paradoxe central de la coproduction de l'action publique. Tant que ces ressources sont disponibles, l'association

parvient à élargir localement l'accès aux soins et à compenser certaines défaillances du système d'assurance maladie. Mais leur caractère non institutionnalisé rend la mission de l'association structurellement vulnérable et politiquement réversible. Dans cette configuration, l'inclusion des personnes sans assurance-maladie et sans statut de séjour apparaît comme moralement tolérée, mais politiquement non garantie. L'accès aux soins dépend moins d'un droit formel que de la capacité de l'association à mobiliser des ressources humaines et organisationnelles.

Ainsi, l'accès aux soins indispensables demeure donc un droit protégé et institutionnalisé pour certaines catégories de la population tandis que pour d'autres, il demeure instable et réversible. L'association étudiée comme *street-level organization* se trouve alors dans une position ambivalente : en rendant possible un accès partiel aux soins, elle conteste localement les frontières dominantes de l'État social ; mais en reposant sur des ressources fragiles, elle ne peut dépasser totalement ces frontières, contribuant ainsi, malgré elle, à la reproduction et à la pérennité d'un système d'accès aux soins exclusif.

5.4.3 Austérité, anticipation de l'appel d'air et stratégies de restrictions internes

Les contraintes budgétaires constituent une troisième limite centrale. Dans un contexte marqué par des logiques d'austérité et de maîtrise des dépenses publiques, Salus fonctionne « à flux tendu » (Patricia, 09.10.2025), avec des ressources humaines et financières qui n'augmentent pas au même rythme que la fréquentation.

« On a quand même actuellement un certain plafonnement des montants qui sont donnés aux associations, alors que finalement les situations qui arrivent sont des fois plus nombreuses, mais en tout cas plus complexes. Je sais pas comment... (rire) Et il y a quand même une certaine pression actuellement qui est mis sur le système pour fonctionner. Je pense que c'est quand même un défi qu'on puisse voilà faire évoluer aussi un petit peu les prestations en fonction des besoins de la population. Parce que si voilà... On sait que là, ces questions ne vont pas aller en diminuant et là c'est possible qu'on soit un moment sous tension au niveau entre là les moyens qu'on peut mettre et puis la réalité du terrain. » (Charlène, 18.11.2025)

Face à cette situation, l'association adopte une stratégie prudente consistant à limiter volontairement l'expansion de son offre et à ne pas revendiquer une augmentation significative de ses ressources, par crainte de produire un « appel d'air » jugé organisationnellement ingérable :

« Mais après il y a un truc qu'on a remarqué dans le social partout où j'ai travaillé, dès qu'on augmente les choses ben ça fait appel d'air [...] Un moment en fait, on voulait presque aller sur l'ouverture d'une

permanence sur [Pearston¹³]. Puis on a, on avait pas mal avancé avec le préfet de [St-George¹⁴], parce qu'il y a beaucoup de sans-papier là-bas, des personnes sans permis de séjour. Puis bon après on a réfléchi, on a demandé, le canton a toujours dit qu'il donnerait rien. Pour une nouvelle permanence, c'est tout de suite 15-20 mille francs même si on ouvrait un demi-jour par semaine. Donc on a lâché cette idée, et puis on garde notre petite permanence ici. » (Patricia, 09.10.2025)

Le renoncement à l'ouverture d'une permanence supplémentaire ne traduit pas un manque de besoins mais une rationalité organisationnelle fortement contrainte motivée par un manque de soutien financier de la part des autorités.

Cette anticipation des effets d'une extension trop visible de l'offre conduit donc à des formes de restriction territoriales d'une part, et de restrictions dans les pratiques internes à l'association d'autre part. Plusieurs interlocuteur-ice-s mentionnent par exemple le resserrement progressif des critères d'accès à l'association, même si ceux-ci demeurent toujours négociables dans des situations de grande précarité :

« Pendant des années l'association prenait aussi, s'occupait aussi des gens justement qui étaient de « passage en vacances », entre guillemets, dans la famille, ce qu'on fait plus parce qu'après il y a eu le Covid et puis il y a eu tellement qu'ici on arrivait plus. » (Margot, 13.10.2025)

Cette évolution illustre un processus d'auto-restriction organisationnelle, par lequel l'association redéfinit progressivement les frontières de son public cible afin de préserver un équilibre fragile entre capacités internes et demandes externes. La restriction de l'accès n'est pas explicitement revendiquée, mais s'impose comme une stratégie de survie organisationnelle. Patricia évoque également la possibilité d'un durcissement futur des modalités d'accueil, en lien avec la charge de travail croissante :

« L'équipe elle est vraiment bien bien sollicitée donc je sais pas si on pouvait continuer encore ... le plus longtemps qu'on peut, on fait, [...] mais un jour peut-être on pourrait plus, pis un jour peut-être on prendra tant de personnes par permanence et puis après voilà on devra fermer la porte. C'est ce qui se fait d'ailleurs dans certains endroits, mais ça serait dommage d'en arriver là. » (Patricia, 09.10.2025)

En ajustant son action aux contraintes anticipées du champ politico-institutionnel par de l'auto-restriction, l'association participe à la stabilisation des frontières sociales dominantes au sens de Wimmer (2008).

¹³ Nom de substitution pour désigner une ville.

¹⁴ Nom de substitution pour désigner un district.

Ainsi, Salus, en tant que *street-level organization*, apparaît comme une médiatrice de la politique au sens où elle constitue un espace central de renégociation des frontières sociales liées à l'accès aux droits. L'analyse a montré qu'elle occupe une position fondamentalement ambivalente. D'une part, elle élargit concrètement l'accès aux soins pour des personnes administrativement et légalement exclues du système sanitaire, en rendant les frontières localement plus poreuses ; d'autre part, son action s'inscrit dans un environnement marqué par des contraintes politiques, économiques et organisationnelles qu'elle ne peut dépasser. En internalisant ces contraintes, l'association agit malgré tout comme un mécanisme de stabilisation des frontières de l'État social. Elle s'inscrit ainsi dans un processus plus large de *boundary making*, où l'accès aux droits n'est ni pleinement aboli ni totalement ouvert, mais continuellement renégocié dans les pratiques.

6 Discussion et conclusion

Ce travail a pour objectif d'analyser la mise en œuvre du droit à la santé à travers les pratiques d'une association locale intervenant auprès de personnes sans assurance-maladie en Suisse. En mobilisant une approche issue de la sociologie de l'action publique et plus particulièrement la perspective des *street-level organizations*, il s'agit de déplacer le regard des cadres juridiques formels vers les pratiques concrètes à travers lesquelles ce droit est rendu effectif ou non.

L'analyse met en évidence que le droit à la santé ne peut être appréhendé comme une norme simplement appliquée, mais comme une réalité produite dans l'action. Loin d'être automatiquement garanti par les dispositifs institutionnels existants, il est continuellement interprété, négocié et adapté dans les pratiques quotidiennes des agent-e-s de terrain. En plus de faire exister la catégorie des personnes sans assurance-maladie majoritairement invisibilisée, Salus contribue, à travers ses pratiques, à traduire des principes juridiques généraux en interventions concrètes, en définissant ce qui relève de l'urgence, des soins médicaux indispensables ou encore de la promotion de la santé et prévention. De ce fait, située au bout de la *policy food chain*, elle participe activement à la production située de la politique socio-sanitaire du canton de Parton.

L'association apparaît dès lors comme une véritable actrice de l'action publique. Ne se limitant pas à combler les lacunes d'un système sanitaire ordinaire, elle joue un rôle structurant dans l'organisation de l'accès aux soins pour les populations exclues. À travers ses pratiques de tri, d'arbitrage et de *gatekeeping*, elle contribue à définir concrètement *qui a droit à quoi et*

comment. Cette fonction, profondément politique, s'exerce toutefois dans un espace institutionnel peu formalisé, où les responsabilités restent diffuses et partiellement invisibilisées.

Par ailleurs, l'analyse révèle également que l'accès aux soins pour les personnes sans assurance-maladie repose sur des arrangements relativement précaires. Le fonctionnement de l'association dépend largement de l'engagement bénévole d'un ensemble de soignant-e-s et de réseaux informels de professionnel-le-s de la santé. Si ces dispositifs permettent de pallier certaines insuffisances du système et tendent vers un principe d'égalité dans l'accès aux soins, ils en révèlent néanmoins les limites. En effet, le principe visé demeure difficilement atteignable dans un système traversé par des logiques d'exclusion. Dans ce contexte, l'effectivité du droit à la santé formellement universel apparaît conditionnée à des ressources fragiles et contingentes, plutôt qu'à des garanties institutionnelles stabilisées.

Ces résultats questionnent alors le rôle de l'État dans la garantie de la réalisation d'un droit fondamental. L'exemple étudié montre que celui-ci se positionne moins comme garant direct du droit à la santé, qu'acteur qui en délègue partiellement la mise en œuvre à des organisations tierces, tout en en assurant le financement. Cette externalisation des responsabilités s'inscrit dans une logique plus large de recomposition de l'État social, où certaines fonctions sont déplacées vers des acteurs associatifs (Brodkin 2016 ; Breidhal et al. 2024 ; Avanza et al. 2022 ; Brodkin 2012). Si ce modèle permet une certaine flexibilité et adaptation aux réalités de terrain, il soulève également des enjeux majeurs en termes d'égalité d'accès aux soins. En effet, le fédéralisme suisse et le principe de souveraineté des cantons impliquent des variations géographiques importantes dans la mise en œuvre locale du droit à la santé. Il est ainsi probable que, dans certains contextes cantonaux, l'absence ou l'insuffisance de dispositifs spécifiques pour les personnes sans assurance-maladie conduise à une effectivité extrêmement limitée de ce droit, parfois réduite à l'accès aux soins d'urgence, lorsque l'engagement vital est en jeu. Plus largement, ce travail met en évidence la fragilité des droits fondamentaux lorsqu'ils ne sont pas accompagnés de mécanismes institutionnels robustes permettant leur mise en œuvre effective. Le droit à la santé dépend ici moins d'une responsabilité centralisée et hiérarchique d'un État autonome que d'arrangements locaux et contingents. Cette observation invite à penser l'État non comme une entité hermétique, mais comme un espace interactionnel et poreux, impliquant différents types d'acteur-ice-s, notamment des organisations tierces.

Si l'association compense des lacunes du système sanitaire ordinaire et participe activement à redéfinir localement les contours du droit d'accès aux soins de la santé, elle s'inscrit malgré

tout dans un cadre structurel plus large, marqué par des politiques restrictives limitant les marges d'action des organisations de terrain. En d'autres termes, Salus reste inscrite dans un système plus large d'inclusion et d'exclusion propre au régime de l'État-nation, marqué par des frontières au sens de Wimmer (2008), qui sont continuellement (re)produites dans les pratiques sociales et institutionnelles.

Sur le plan théorique, ces résultats permettent de préciser et d'enrichir la littérature sur les *street-level organizations*. D'une part, ils confirment les apports classiques de cette perspective, notamment l'idée selon laquelle les politiques publiques prennent forme dans leur mise en œuvre concrète, à travers des pratiques situées de traduction, d'interprétation et d'arbitrage. D'autre part, ce travail contribue à déplacer cette approche en l'appliquant au domaine sanitaire et à des organisations non étatiques, encore relativement peu étudiées dans ce champ. En ce sens, il prolonge les analyses existantes en montrant que la production de l'action publique ne repose pas uniquement sur des bureaucraties formelles, mais également sur des arrangements organisationnels hybrides, marqués par des ressources limitées, des logiques d'engagement et des contraintes institutionnelles fortes.

Ce travail s'inscrit par ailleurs dans la continuité des recherches portant sur l'accès aux soins des populations précarisées, tout en les complétant par une analyse centrée sur la mise en œuvre concrète du droit. Là où une grande partie de la littérature met l'accent sur les déterminants des inégalités en santé, cette recherche montre comment ces inégalités sont à la fois atténuées et rejouées dans les pratiques organisationnelles quotidiennes. Enfin, en prolongeant les travaux de Roduit (2024), elle permet de faire exister la catégorie des personnes sans assurance-maladie comme un objet d'analyse à part entière, tout en mettant en lumière les mécanismes institutionnels et politiques qui participent à leur invisibilisation.

Ce travail a également inclus des réflexions d'ordre épistémologique, notamment liées à l'adoption d'une approche démigrantisante. Si cette approche m'est apparue primordiale pour ne pas essentialiser les catégories migratoires et en prendre du recul, elle s'est révélée exigeante et parfois difficile à mobiliser, notamment parce que la réalité empirique est fortement marquée par le statut migratoire. Je pense néanmoins que cette approche n'était pas indispensable pour observer la surreprésentation des personnes migrantisées dans les situations de non-assurance ainsi que les processus d'inclusion et d'exclusion révélés par la mise en œuvre locale du droit fondamental à la santé. Toutefois, elle m'a permis de faire un exercice pratique sur les manières de l'appliquer tout au long de mon travail.

D'autres limites de mon travail méritent d'être soulignées. Tout d'abord, l'analyse repose sur l'étude d'une seule organisation, située dans un contexte cantonal spécifique, ce qui limite la portée de généralisation des résultats. Les pratiques observées sont en effet étroitement liées aux ressources locales, aux configurations institutionnelles et aux dynamiques propres au terrain étudié.

Par ailleurs, l'enquête s'est principalement concentrée sur les pratiques des professionnel-le-s de l'association et des éléments que les interlocuteur-ice-s choisissent de rendre visibles dans le cadre des entretiens. Une étude ethnographique avec observations directes des pratiques en plus des entretiens aurait permis de révéler certains mécanismes inconscients et de dépeindre peut-être une autre réalité, plus complète et plus précise. En outre, interroger uniquement les professionnel-le-s de la santé travaillant à Salus ne permet qu'indirectement de saisir l'expérience des personnes concernées par ces dispositifs. Une analyse complémentaire centrée sur les trajectoires et les perceptions des bénéficiaires permettrait alors d'enrichir la compréhension des mécanismes d'accès aux soins.

En définitive, ce travail illustre les conditions concrètes d'effectivité des droits fondamentaux, en montrant que leur existence ne repose pas uniquement sur leur inscription dans les cadres juridiques, mais sur les pratiques situées et les arrangements institutionnels qui en rendent l'exercice possible ou non. De ce fait, les organisations de terrains sont non seulement considérées comme des relais de l'action publique, mais aussi comme des lieux centraux d'accès aux droits et de coproduction politique.

7 Bibliographie

- Achermann, C. (2021). Shaping migration at the border : The entangled rationalities of border control practices. *Comparative Migration Studies*, 9(1), 5. <https://doi.org/10.1186/s40878-020-00214-0>
- Achermann, C., Chimienti, M., & Stants, F. (2006). *Migration, Prekarität und Gesundheit: Ressourcen und Risiken von vorläufig Aufgenommenen und Sans-Papiers in Genf und Zürich*. Swiss Forum for Migration : Neuchâtel.
- Amarelle, C. & Zimmermann, N. (2024). *Le régime d'aide d'urgence et les droits de l'enfant. Avis de droit et étude de conformité à la lumière de la Constitution fédérale suisse et de la Convention relative aux droits de l'enfant*. Commission fédérale des migrations CFM : Berne.
- Arminjon, M. & Maulini, S. (2023). *Inégalité de santé:fondements historiques et enjeux contemporains de l'épidémiologie sociale*. Georg Editeur : Genève. <https://doi.org/10.32551/GEORG.13204>
- Avanza, M., Miaz, J., Péchu, C. & Voutat, B. (2022). *Militantismes de guichet*. Editions Antipodes : Lausanne.
- Blanc, L. (2023). *Access to health care for undocumented migrants in Switzerland: Insights and outlooks*. Doctoral thesis. Université de Genève. 58.
- Bolgiani, I., Crivelli, L., & Domenighetti, G. (2006). Le rôle de l'assurance maladie dans la régulation du système de santé en Suisse. *Revue française des affaires sociales*, 2 : 239-262. <https://doi.org/10.3917/rfas.062.0239>
- Bodenmann, P. & al. (2009). Précarité et déterminants sociaux de la santé : quel(s) rôle(s) pour le médecin de premier recours ? *Revue médicale suisse*, 5(199) : 845-849.
- Brodkin, E. Z., & Majmundar, M. (2010). Administrative Exclusion : Organizations and the Hidden Costs of Welfare Claiming. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 20(4) : 827-848. <https://doi.org/10.1093/jopart/mup046>

- Brodkin, E. Z. (2011). Policy Work : Street-Level Organizations Under New Managerialism. *Journal of Public Administration Research and Theory: J-PART*, 21 : i253-i277.
- Brodkin, E. Z. (2012). Reflections on Street-Level Bureaucracy : Past, Present, and Future. *Public Administration Review*, 72(6) : 940-949. <https://doi.org/10.1111/j.1540-6210.2012.02657.x>
- Brodkin, E. Z. & Baudot, P.-Y. (2012). Les agents de terrain, entre politique et action publique. *Sociologies Pratiques*, 24 :10–18. <https://doi.org/10.3917/sopr.024.0010>
- Brodkin, E. Z. & Marston, G. (2013). *Work and the welfare state*. Georgetown University Press: Washington, DC.
- Brodkin, E. Z. (2016). Street-Level Organizations, Inequality, and the Future of Human Services. *Administration in Social Work*, 40(5) : 444-450. <https://doi.org/10.1080/23303131.2016.1173503>
- Breidahl, K. N., & Brodkin, E. Z. (2024). Managing Asylum : Street-Level Organizations and Refugee Crises. *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice*, 26(1) : 42-63. <https://doi.org/10.1080/13876988.2023.2227117>
- Breidahl, K. N., Brodkin, E. Z & Miaz, J. (2024) The Global Challenge of Mass Migration and Asylum: Comparative Analysis of Street-Level Organizations at the Front Lines, *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice*, 26(1) : 1-9.
- Cattacin, S. (2006). Retard, rattrapage, normalisation. L'Etat social suisse face aux défis de transformation de la sécurité sociale. *Studien und Quellen*, 31: 49-78.
- Cattacin, S. & Vitali, R. (1997). La Suisse entre subsidiarité et étatismes. Quelques réflexions sur le rôle des instances non étatiques de production du bien-être en Suisse. *Revue des études coopératives mutualistes et associatives* 76(263) : 35-47.
- Cattacin, S., Chimienti, M., & Cuadra, C. B. (2007). *Difference Sensitivity in the Field of Migration and Health : National policies compared*. Université de Genève : Genève.

- Cartier, T., Senn, N., Cornuz, J., & Bourgueil, Y. (2015). Switzerland. In *Building primary care in a changing Europe : Case studies [Internet]*. European Observatory on Health Systems and Policies : United Kingdom. 275-284.
- Charmaz, K. (2025). *Constructing Grounded Theory* (Third edition). Sage: London.
- Charmaz, K. & Thornberg, R. (2021). *The pursuit of quality in Grounded Theory. Qualitative Research in Psychology, 18(3) : 305–327.*
- Charmillot, M. (2021) « Définir une posture de recherche, entre constructivisme et positivisme ». In Piron, F., & Arsenault, É. *Guide décolonisé et pluriversel de formation à la recherche en sciences sociales et humaines*. Éditions Sciences et Bien Commun: Paris. Livre numérique.
- Clair, I. (2016). Faire du terrain en féministe. *Actes de la recherche en sciences sociales, 213(3) : 66-83.* <https://doi.org/10.3917/arss.213.0066>
- Commaille, J. & Perrin, J.-F. (1985) Le modèle de Janus de la sociologie du droit. *Droit et société, 1 : 95-110.*
- Conseil Fédéral. (2020). *Pour un examen global de la problématique des sans-papiers : Rapport du Conseil fédéral en réponse au postulat de la Commission des institutions politiques du Conseil national du 12 avril 2018 (18.3381)*. Berne.
- Dahinden, J. (2016). A plea for the ‘de-migranticization’ of research on migration and integration. *Ethnic and Racial Studies, 39(13) : 2207-2225.* <https://doi.org/10.1080/01419870.2015.1124129>
- Dahinden, J., & Korteweg, A. C. (2023). Culture as politics in contemporary migration contexts: The in/visibilization of power relations. *Ethnic and Racial Studies, 46(3): 420-449.* <https://doi.org/10.1080/01419870.2022.2121171>.

- Dahinden, J., Fischer, C., & Menet, J. (2021). Knowledge production, reflexivity, and the use of categories in migration studies: Tackling challenges in the field. *Ethnic and Racial Studies*, 44(4) : 535-554. <https://doi.org/10.1080/01419870.2020.1752926>
- Diallo, M. (2021). *Enjeux éthiques autour de l'étude de personnes « vulnérables » : analyse critique & réflexive du dispositif de récolte de données quantitatives en face-à-face dans le cadre de l'étude parchemins sur les personnes migrantes sans papiers reconnus à Genève*. Mémoire de Master. Université de Genève : Genève.
- Dillard, C. B. (2000). The substance of things hoped for, the evidence of things not seen : Examining an endarkened feminist epistemology in educational research and leadership. *International Journal of Qualitative Studies in Education*, 13(6) : 661-681. <https://doi.org/10.1080/09518390050211565>
- Direction santé et social. (2017). *Stratégie cantonale vision 2030*. État de Parton.
- Direction santé et social. (2023). *Mandat de prestations cadre*. Parton.
- DSS. (2023). *Mandat de prestations cadre*. État de Parton.
- Dubois, V. (2010). Politiques au guichet, politiques du guichet. In Borraz, O. & Guiraudon, V. (Dir.). *Politiques publiques 2. Des politiques pour changer la société ?*. Presses de Sciences-po : Paris. 265-286.
- Fairclough, N. (1995). *Critical discourse analysis*. Longman: London and New York.
- Fleury, A. (2009). Traditions et rôle humanitaire de la Suisse. *Matériaux pour l'histoire de notre temps*, 93(1): 60-70. <https://doi.org/10.3917/mate.093.0008>.
- Graf, L.-A. & Fehlmann, J. (2022). « Santé des sans-papiers : Accès aux assurances sociales et aux soins ». In Keuzenkamp, N. & Sturm, E. (Dir.). *Renforcer les droits humains en Suisse :*

Nouvelles idées pour la politique et la pratique. Centre suisse de compétence pour les droits humains (CSDH) : Kölliken. 129-146.

Haraway, D. (1988). Situated Knowledges : The Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective. *Feminist Studies*, 14 (3): 575-599. <https://doi.org/10.2307/3178066>.

Jackson, Y.-L. J., Wullemin, T., & Bodenmann, P. (2016). Santé et soins des personnes sans abri. *Revue médicale suisse*, 12(533) : 1671-1675.

Kim, S. (2013). Voluntary organizations as new street-level bureaucrats: Frontline struggles of community organizations against bureaucratization in a South Korean welfare-to-work partnership. *Social Policy & Administration*, 47(5) : 565–585. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9515.2012.00856>.

Lafaut, D. (2025). The humanitarian-public healthcare nexus: An analysis of the power relations shaping the implementation of the Law on Urgent Medical Aid in Belgium. *Political Research Exchange*, 7(1) : 1-22. <https://doi.org/10.1080/2474736X.2025.2528433>.

Landman, M. (2006). Getting quality in qualitative research: A short introduction to feminist methodology and methods. *Proceedings of the Nutrition Society*, 65(4) : 429–433.

Lavite, C. (2016). L'approche socio-légale de la protection des lanceurs d'alerte : piste de réflexion pour un enrichissement sociologique de l'analyse juridique. *La Revue des droits de l'homme*, 10 : 1-15.

Lund, R. W. B. (2023). « Chapter 2 : Rethinking knowledge production through standpoint, decolonisation and intersectionality: thinking with Sandra Harding ». In Katila, S., Meiläinen & Bell, E. (Eds). (2023). *Handbook of feminist research methodologies in management and organization studies*. Edward Elgar Publishing: Cheltenham. 25-38.

Mak, R. (2022). A comparative analysis of migrant health policies and practices in the US and Switzerland. *Independent Study Project (ISP) Collection*, 3440.

- Matthey, L. (2005). Éthique, politique et esthétique du terrain : Cinq figures de l'entretien compréhensif. *Cybergeo: European Journal of Geography*.
<https://doi.org/10.4000/cybergeo.3426>.
- Marks-Sultan, G. & al. (2016). The legal and ethical aspects of the right to health of migrants in Switzerland. *Public health review*, 37(15): 1-16.
- Meier & Studer. (2016). Commentaire sur ATF 142 I 1 : Réflexions sur la restriction du droit à l'aide sociale et du droit à l'aide d'urgence en cas de refus de prendre part à des programmes d'occupations. *Jusletter*, 14: 1-18.
- Michel, A. (s. d.). *Représentations et comportements des migrants sans papiers en matière d'accès et de recours aux services de santé*. Master of science in global health. Université de Genève : Genève.
- Mitchell, T. (1991). The limits of the state: Beyond statist approaches and their critics. *American political science review*, 85(1) : 77-96.
- Morlok, M. et al. (2015). *Les sans-papiers en Suisse en 2015*. B, S, S. Volkswirtschaftliche Beratung AG: Bâle. 92.
- Nielsen, M. H., Frederiksen, M., & Larsen, C. A. (2020). Deservingness put into practice : Constructing the (un)deservingness of migrants in four European countries. *The British Journal of Sociology*, 71(1) : 112-126. <https://doi.org/10.1111/1468-4446.12721>
- Niyonsaba, E. & Moulaert, T. (2024). Effets de la précarité administrative sur la santé des migrants âgés. *Revue française des affaires sociales*, 243 : 71-90.
- OFSP. (2025). *Faits et chiffres 2025*. Berne.
- Perna, R. (2021). Street-level workers, managers and institutional tensions: A comparative ethnography of healthcare practices of in/exclusion in three Italian public organisations. *Comparative Migration Studies*, 9(16) : 1-18. <https://doi.org/10.1186/s40878-021-00224-6>.

- Piccoli, L., & Wanner, P. (2022). The political determinants of the health of undocumented immigrants : A comparative analysis of mortality patterns in Switzerland. *BMC Public Health*, 22(1) : 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13188-8>.
- Piron, F., & Arsenault, É. (2021). *Guide décolonisé et pluriversel de formation à la recherche en sciences sociales et humaines*. Éditions Sciences et Bien Commun : Paris. Livre numérique.
- Raghuram, P., Breines, M. R., & Gunter, A. (2024). De-migrantizing as methodology: rethinking migration studies through immobility and liminality. *Comparative Migration Studies*, 12(24) : 1-20.
- Ratzmann, N. (2024). Insights from the frontline of German welfare policy: The under-recognised role of brokerage in street-level practice. *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice*, 26(1) : 81–96. <https://doi.org/10.1080/13876988.2023.2184150>
- Roduit, S. (2024). *Accès aux soins et tri médical : Trajectoires de personnes sans assurance-maladie en Suisse*. Seismo : Zurich et Genève. <https://doi.org/10.33058/seismo.20766>
- Sager et al. (2019). Fixing fédéral faults. Complementary member state policies in swiss health care policy. *International review of public policy*, 1(2) : 147-172.
- Salus. (2024). *Rapport d'activité*.
- Singh, A., Estevz, R., Parker, B., Finan, R., & Awachie, T. (2025). Engaging antiracist qualitative research with Black, Indigenous, people of color (BIPOC) trans and nonbinary communities : Using critical, decolonial, and liberation approaches. *Qualitative Psychology*. 12(2):142-161. <https://doi.org/10.1037/qup0000326>
- Service de la santé publique. (2021). *Programme et concepts 2022-2025*. État de Parton.
- Trouillot, M.-R. (2001). The Anthropology of the State in the Age of Globalization: Close Encounters of the Deceptive Kind. *Current Anthropology* 42(1): 125–38.

- Van Oorschot, W. (2006). Making the difference in social Europe : Deservingness perceptions among citizens of European welfare states. *Journal of European Social Policy*, 16(1) : 23-42. <https://doi.org/10.1177/0958928706059829>
- Van Oorschot, W. & Roosma, F. (2017). The social legitimacy of targeted welfare and welfare deservingness. In W. van Oorschot, F. Roosma, B. Meuleman, & T. Reeskens (Eds.), *The social legitimacy of targeted welfare: Attitudes to welfare deservingness*. Edward Elgar Publishing: Cheltenham. 1-28. <https://doi.org/10.4337/9781785367212>.
- Walsh, J., & Ferazzoli, M. T. (2025). Rethinking street-level bureaucracy: Everyday bordering and networks of enactment and resistance in mixed welfare economies. *Journal of Social Policy* : 1–19. <https://doi.org/10.1017/S0047279425101207>
- Warin, P. (2016). *Le non-recours aux politiques sociales*. Libre cours politique : Presse Universitaire de Grenoble : Grenoble.
- Weill, P.-É. (2014). Quand les associations font office de *street-level bureaucracy*. Le travail quotidien en faveur de l'accès au droit au logement opposable. *Sociologie du travail*, 56(3) : 298–319. <https://doi.org/10.4000/sdt.3317>.
- Wimmer, A. (2008). The making and unmaking of ethnic boundaries : A multilevel process theory. *American journal of sociology*, 13 (4) : 970-1022.
- Wolff et al. (2005). Inégalités sociales et santé : l'expérience de l'Unité mobile de soins communautaires à Genève. *Revue médicale suisse*. 2218-22.
- Yuval-Davis, N., Wemyss G., & Cassidy, K. (2018). Everyday bordering and reorientation of British Immigration legislation. *Sociology*, 52(02): 1-17.

7.1 Textes de lois :

Constitution cantonale (Const. Cant.). État de Parton.

Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst., RS 101).

Loi cantonale sur la santé (LSan). État de Parton.

Loi cantonale sur l'aide sociale (LaSoc). État de Parton.

Loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal, RS 832.10).

Loi sur l'asile du 26 juin 1998 (LAsi, RS 142.31).

Loi fédérale sur les étrangers et l'intégration du 16 décembre 2005 (LEI, RS 142.20).

Règlement cantonal en matière de promotion de la santé et la prévention. État de Parton.

Salus. (2011). *Statuts de l'association*. Parton.

7.2 Sitographie :

DFAE. (2026). *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels*. [En ligne, consulté le 11 mai 2025 : <https://www.eda.admin.ch/fr/pacte-international-relatif-aux-droits-economiques-sociaux-et-culturels>].

Histoire de la sécurité sociale en Suisse. (2024). *La Suisse en comparaison internationale*. [En ligne, consulté le 22 avril 2025 : https://www.histoiredelasecuritesociale.ch/themes/la-suisse-en-comparaison-internationale?utm_source=chatgpt.com].

ISDH. (2025). *Droit à la santé*. [En ligne, consulté le 11 mai 2025 : <https://www.isdh.ch/fr/infoportal/les-droits-humains-en-un-coup-doeil/recht-auf-gesundheit>].

OFSP. (2025). *Assurance-maladie : Primes et participation aux coûts*. [En ligne, consulté le 2 avril 2025 : <https://www.bag.admin.ch/fr/assurance-maladie-primaires-et-participation-aux-couts#Participation-aux-co%C3%BBts>].

OFSP. (2025). *La santé nous tient à cœur*. [En ligne, consulté le 5 décembre 2025 : <https://www.bag.admin.ch/fr/mission-et-objectifs>].

SEM. (2025). *Aide d'urgence*. [En ligne, consulté le 6 décembre 2025 : <https://www.sem.admin.ch/sem/fr/home/asyl/sozialhilfesubventionen/nothilfe.html>].

SEM. (2020). *Aide sociale*. [En ligne, consulté le 6 décembre 2025 : <https://www.sem.admin.ch/sem/fr/home/asyl/sozialhilfesubventionen/sozialhilfe.htm>].

Service de l'action sociale. (2023). *Les prestations de l'aide sociale*. [En ligne, consulté le 6 décembre 2025¹⁵].

Service de la santé publique. (2025). *Programme cantonal : concepts 2022-2025* [En ligne, consulté le 10 décembre 2025].

Service de la santé publique. (2025). *Stratégie de promotion de la santé et de prévention*. [En ligne, consulté le 10 décembre 2025].

Service de l'action sociale. (2015). *L'aide sociale*. [En ligne, consulté le 8 février 2026].

¹⁵ Les liens hypertexte ont volontairement été supprimés à des fins de confidentialité et d'anonymisation.

8 Annexes

8.1 Déclaration sur l'utilisation de l'intelligence artificielle

J'ai utilisé DeepL (DeepL GmbH, <https://www.deepl.com/fr/translator>):

- Pour des traductions de phrases ou de passages complexes, afin de m'assurer de la bonne compréhension du texte. Je l'ai utilisé pour traduire de l'anglais au français et de l'allemand au français.
- Pour la traduction d'un article de l'allemand au français.

Cette utilisation comporte des enjeux de fidélité et de déformation du sens. Même si DeepL est très performant, il peut parfois simplifier des nuances ou mal traduire certains concepts. Ainsi, il est important de ne pas prendre la traduction comme une vérité donnée. Il faut relire, recontextualiser et bien vérifier la traduction.

La traduction d'un article entier comporte des enjeux de droits d'auteurs et de confidentialités des données. Or, DeepL précise dans sa politique de confidentialité, qu'il n'utilise que temporairement les textes traduits et les supprime une fois le processus de traduction terminé. Les documents sont traités uniquement par DeepL dans sa propre infrastructure.

J'ai utilisé ChatGPT (Open AI, <https://chatgpt.com/>) :

- Pour me guider dans un terrain totalement inconnu.
- Pour trouver des références.
- Pour me donner des idées préliminaires sur certaines théories.
- Pour réfléchir à mon approche empirique et analytique, en expliquant avec mes mots ce que je voulais observer.
- Pour me donner des idées lorsque je me suis sentie perdue.
- Pour me rassurer.

Par exemple :

1. Moi : « Connais-tu cette référence : Hassenteufel, *Sociologie politique : l'action publique*, 2008? si oui, peux-tu me faire un peu un résumé du cadre théorique et la manière dont je pourrais l'utiliser pour ma recherche sur la manière dont le canton de Parton facilite l'accès aux soins de la santé à toutes et tous. « Est-ce qu'il offre un cadre théorique qui pourrait être utile dans un travail qui cherche à répondre à cette question de recherche : comment les autorités répondent aux spécificités des besoins de la population « migrante » dans le domaine de l'accès aux soins de la santé et quels sont les effets observables de ces mesures institutionnelles ? »

Réponse : « Oui, je connais la référence **Patrick Hassenteufel, *Sociologie politique : l'action publique, 2008***. C'est un ouvrage de référence en science politique et en sociologie de l'action publique, qui présente de manière synthétique les principales approches et concepts pour analyser les politiques publiques. Voici un résumé du **cadre théorique** principal de l'ouvrage, ainsi qu'une **proposition d'application à ton sujet sur l'accès aux soins dans le canton de Parton**.

Résumé du cadre théorique de Hassenteufel (2008)

L'ouvrage s'inscrit dans le champ de la **sociologie de l'action publique**, c'est-à-dire l'analyse des politiques publiques comme processus social et politique. Hassenteufel y mobilise plusieurs approches théoriques complémentaires :

1. L'action publique comme processus

- Il insiste sur le fait que les politiques publiques ne se limitent pas à des décisions gouvernementales mais s'inscrivent dans un **processus en plusieurs étapes** : émergence du problème, mise à l'agenda, formulation, mise en œuvre, évaluation.
- Cela permet d'analyser l'évolution d'une politique au fil du temps et les **interactions entre acteurs** à chaque étape.

2. Pluralité des acteurs

- L'auteur met en avant l'idée que l'action publique est produite par une pluralité d'acteurs : institutions, experts, groupes d'intérêt, associations, professionnels, citoyens.
- Il s'éloigne donc d'une vision centrée uniquement sur l'État ou les élus.

3. Approche cognitive et argumentative

- Hassenteufel reprend des apports des travaux de Muller ou Jobert sur les **cadres cognitifs** (ou référentiels), c'est-à-dire les visions du monde qui structurent l'action publique.
- Les politiques publiques ne sont pas neutres : elles sont **portées par des représentations du problème** et des solutions légitimes. Ces représentations peuvent évoluer.

4. Dimension territoriale et sectorielle

- Il souligne l'importance d'analyser **les politiques publiques à différents niveaux** : local, régional, national, voire international.

- Il distingue aussi les logiques propres à chaque **secteur de politique publique** (santé, éducation, environnement...), qui ont leurs règles, leurs acteurs et leurs dynamiques spécifiques.
-

Comment utiliser Hassenteufel pour ta recherche sur l'accès aux soins dans le canton de Parton

1. Approche par étapes du processus d'action publique

- Tu peux structurer ton analyse en suivant les **étapes de l'action publique** :
 - **Émergence** du problème de l'accès aux soins : comment cela a-t-il été identifié ? Par qui ?
 - **Mise à l'agenda** politique : quelles institutions cantonales ou acteurs ont pris en charge ce problème ?
 - **Formulation** des politiques : quels dispositifs ou mesures ont été envisagés ?
 - **Mise en œuvre** : comment ces dispositifs sont-ils concrètement appliqués dans le canton (ex. : maisons de santé, subventions, médiation sociale) ?
 - **Évaluation** : existe-t-il des retours ou des données permettant de juger de l'efficacité de ces politiques ?

2. Analyse des acteurs

- Identifie les **acteurs impliqués** dans la facilitation de l'accès aux soins :
 - Institutions cantonales (Service de la santé publique, Assurance sociale, etc.)
 - Professionnels de santé, hôpitaux
 - Associations de patients, ONG locales
 - Communes, élus locaux
 - Bénéficiaires eux-mêmes
- Analyse les **rapports de pouvoir** entre ces acteurs, leurs intérêts et leurs représentations du problème.

3. Référentiels et représentations

- Quels sont les **cadres cognitifs** qui justifient l'action publique à Parton en matière de santé ?
 - La santé comme droit fondamental ?
 - L'accès aux soins comme enjeu d'intégration sociale ?
 - Une approche économique-gestionnaire des coûts de la santé ?
- Y a-t-il eu des **changements de référentiels** (par exemple à la suite du COVID, ou face aux inégalités territoriales) ?

4. Dimension territoriale

- Le cadre d'Hassenteufel est pertinent pour **analyser le rôle du canton** de Parton en tant qu'acteur spécifique dans la fédération suisse.

- Tu peux comparer ou situer Parton par rapport à d'autres cantons, ou analyser ses marges de manœuvre par rapport à la Confédération.

En résumé

Tu peux t'inspirer de Hassenteufel pour construire une **analyse sociopolitique approfondie** de la manière dont l'accès aux soins est facilité à Parton, en :

- adoptant une **démarche processuelle** (chaque étape de la politique publique),
- identifiant et analysant les **acteurs** et leurs **interactions**,
- explorant les **représentations du problème** (référentiels),
- tenant compte de l'**ancrage territorial** de l'action publique cantonale.

Souhaites-tu que je t'aide à esquisser une problématique ou un plan en lien avec cette approche ? »

2. Moi : « *En fait, plutôt que de réfléchir à comment et pourquoi certaines mesures ont été mises en place, j'aimerais investiguer les effets des mesures institutionnelles. Je pense que je dois de toute façon passer par le fait qu'il faut explorer le système et sa mise en place, mais je ne veux pas que ce soit le corps principal de ma recherche. Le processus politique m'intéresse moins que les effets de ces mesures institutionnelles. Est-ce que je dois changer mon cadre théorique ? as-tu des idées d'auteur.ices qui pourraient m'être utiles en prenant en compte toute notre discussion ?* »

Réponse : « Merci pour cette précision, elle est très importante : **tu veux te concentrer sur les effets des politiques (ou de leur absence partielle), plus que sur leur genèse ou les intentions des décideurs.** C'est une orientation **sociologique forte et légitime**, et elle t'ouvre vers des cadres théoriques **centrés sur les effets sociaux, les logiques d'exclusion/inclusion, les pratiques des professionnel·les, les inégalités produites.**

Voici comment ajuster ton cadre théorique (et élargir les auteur·ices mobilisables) **sans le balayer**, tout en gardant cohérence et rigueur.

1. Est-ce que tu dois changer de cadre théorique ?

👉 **Non, tu n'as pas besoin d'abandonner ton cadre**, mais plutôt de **le réorienter vers l'aval du processus d'action publique**, c'est-à-dire :

- ses **effets concrets**,
- ses **traductions sur le terrain**,
- les **expériences vécues** par les usager·es et les professionnel·les,

- la **façon dont les dispositifs produisent des inégalités, des distinctions, des formes de domination ou d'inclusion conditionnelle.**

Hassenteufel reste pertinent si tu te concentres sur la mise en œuvre. Il écrit d'ailleurs lui-même que l'analyse de l'action publique ne se limite pas aux décisions mais comprend aussi leurs **effets différenciés**.

2. Auteurs à mobiliser pour analyser les **effets sociaux et symboliques des politiques sociales**

Voici une sélection d'auteur·ices pour enrichir ton cadre dans cette perspective :

 **Pierre Bourdieu** (déjà évoqué)

- Très utile pour penser **les effets de distinction, de catégorisation, et de reproduction des inégalités sociales** par les institutions.
- Ex. : les effets différenciés des mêmes règles en fonction du capital social, économique, migratoire.

Textes utiles :

- *La misère du monde* (1998)
 - *Sur l'État* (2012)
-

 **Didier Fassin** – *l'inégalité devant la vie / l'État moral*

- Il travaille sur la **dimension morale et discriminante des politiques sociales et sanitaires**, en particulier pour les étrangers.
- Montre comment les institutions, même bien intentionnées, produisent des hiérarchies de vie, des traitements inégaux, des justifications morales.

Textes utiles :

- *La raison humanitaire* (2010)
 - *L'ombre du monde* (2015)
 - *Punir : une passion contemporaine* (2017)
-

 **Michael Lipsky** – *Street-level bureaucracy*

- Déjà mentionné : montre que les professionnel·les de terrain **ne font pas qu'appliquer les règles, ils les interprètent et les adaptent**, produisant des effets concrets très différenciés selon les cas.
-

Caroline Ibos / Véronique De Rudder / Danièle Lochak

- Travaillent sur les effets des politiques sociales et migratoires **du point de vue des discriminations structurelles**.
 - Utile si tu veux explorer comment l'administration distingue, classe et hiérarchise les individus.
-

Sophie Wahnich, Emmanuel Didier, Emmanuel Pierru

- Pour les effets statistiques, bureaucratiques ou institutionnels des politiques sociales.
 - Analyse des outils qui transforment les publics en "cas" ou "profils".
-

En résumé : nouvelle orientation possible du cadre

Voici une proposition de **nouvelle formulation de ton cadre théorique**, adaptée à ta volonté d'analyser les *effets sociaux* des politiques :

Ce mémoire s'appuie sur une approche sociologique de l'action publique centrée non sur la fabrication des politiques, mais sur leurs **effets différenciés dans la réalité sociale**. En partant de Hassenteufel (2008) pour penser les formes institutionnelles de l'action publique, cette recherche se concentre sur la manière dont les dispositifs de santé cantonaux produisent, dans leur mise en œuvre concrète, des **formes d'accès différencié aux soins**, en particulier pour les publics précaires et les personnes migrantes.

Cette analyse est enrichie par les apports de **Pierre Bourdieu** et **Didier Fassin**, qui permettent d'interroger les **effets de catégorisation, d'invisibilisation ou de hiérarchisation sociale** générés par l'action publique. Il s'agit d'explorer **comment les politiques produisent des frontières symboliques et matérielles entre les "ayant droit" et les "indésirables"**, entre les citoyens à part entière et ceux à part inégale. Le rôle des professionnel·les de terrain, selon la perspective de **Lipsky**, est également analysé comme central dans cette production sociale de l'accès aux droits.

Tu veux que je te reformule tout ce cadre dans une version complète avec bibliographie et titrage pour ton mémoire ? »

3. Moi : « *J'ai bien réfléchi et je pense que finalement je ne vais pas faire sur la globalité des personnes précarisées à Parton mais plutôt sur les personnes qui relèvent de l'asile. Est-ce qu'il y a des théories qui pourraient m'aider à faire mon travail ? peut-être le cadre théorique déjà mentionné suffit mais peut être que tu as d'autres sources ?* »

Réponse : « Très bon recentrage 🙌 – se focaliser sur **les personnes relevant de l'asile** clarifie ton objet, renforce la cohérence de ton terrain, et **ouvre à des cadres théoriques puissants en sociologie politique, en sociologie de la migration, et en anthropologie critique de l'État.**

Le cadre que nous avons construit reste **très pertinent**, mais tu peux maintenant **le compléter ou l'affiner** pour mieux analyser :

- les **effets institutionnels spécifiques** de la politique d'asile,
- la **catégorisation administrative**,
- la **santé comme champ de contrôle ou d'exception**,
- et la **production sociale d'inégalités par l'État** à travers la gestion de l'asile.

Cadres et auteur·ices que tu peux intégrer pour analyser le traitement des personnes dans le domaine de l'asile

1. **Michel Agier** – L'encampement, la gestion humanitaire, les figures de l'étranger

- Montre comment les **personnes relevant de l'asile sont catégorisées et administrées** dans des logiques d'exception et de contrôle.
- Il parle de « **gouvernement humanitaire** » : dispositifs mêlant assistance et surveillance.

Références utiles :

- *Gérer les indésirables* (2008)
- *La condition cosmopolite* (2013)

2. **Didier Fassin** – L'État moral, les hiérarchies de vie, la santé comme frontière

- Explique comment l'État **moralise l'accès aux droits**, accorde ou refuse la légitimité de souffrir ou d'être soigné.
- Montre que la santé devient une **preuve** de légitimité dans l'asile (ex. : demandes de régularisation pour raisons médicales).

📖 Références utiles :

- *La raison humanitaire* (2010)
- *L'ombre du monde* (2015)

3. Michel Foucault – Biopolitique, gouvernementalité

- Outil plus théorique : l'État ne se contente pas de réprimer, il **administre la vie**, trie, sélectionne, optimise certains corps et en néglige d'autres.

Utilité pour toi :

- Penser les dispositifs de santé non comme neutres, mais comme des **mécanismes de pouvoir sur les vies précaires**.

4. Sandrine Revet / Estelle d'Halluin / Carolina Kobelinsky / Marc Bernardot – Sociologie critique de l'asile

- Étudient la manière dont l'asile est **mis en œuvre localement**, et comment les professionnel·les **bricolent**, adaptent, ou résistent.
- Permet d'analyser le **niveau canton** comme **espace de mise en œuvre différenciée des normes fédérales**.

Tu peux donc structurer ton **cadre théorique enrichi** autour de 3 axes :

1. L'action publique comme ensemble de pratiques (Hassenteufel, Lipsky)

→ Pour analyser la mise en œuvre concrète dans le canton de Parton.

2. Les logiques de pouvoir et de tri dans la gestion de l'asile (Agier, Fassin, Foucault)

→ Pour penser la santé comme **lieu de filtrage**, d'exception, de hiérarchisation.

3. La production d'inégalités structurelles (Bourdieu, Hibou)

→ Pour mettre en lumière les **effets concrets et différenciés** de ces pratiques sur les trajectoires de soins et de santé.

Exemples de questions que ce cadre permet de poser :

- Comment l'État cantonal opère-t-il le tri entre les "bons" et les "mauvais" bénéficiaires de soins ?
 - Qui est considéré comme suffisamment "vulnérable" pour mériter un accès facilité à la santé ?
 - Comment les professionnel·les de la santé ou de l'action sociale naviguent-ils entre **obligations administratives et exigences éthiques** ?
 - Quels sont les effets de la fragmentation des dispositifs (entre le SEM, les cantons, les ONG) sur l'accès aux soins ?
 - Quels **savoirs pratiques et stratégies** les personnes relevant de l'asile développent-elles pour accéder à la santé ?
-

Souhaites-tu que je t'aide à **formuler ce cadre théorique enrichi de manière rédigée** pour ton mémoire, avec titres, paragraphes et bibliographie ? »

Cette utilisation m'a été utile en début de travail puisque je ne connaissais rien du domaine de la santé publique, des politiques publiques ou de l'action publique. Je l'ai utilisé pour me guider et me réorienter. Je me suis retrouvée dans une situation dans laquelle j'ai tourné en rond pendant longtemps, me demandant quelle théorie choisir. J'ai finalement opté pour suivre les conseils de ma directrice de mémoire, Christin Achermann. J'ai ressenti également une perte de confiance et un besoin de validation constant.

Chaque idée amenée par ChatGPT a été largement réfléchi et évaluée dans sa pertinence. Finalement, il m'a poussé dans ma réflexion sans jamais me donner « la bonne solution ». Ces idées ne sont pas toujours pertinentes et sont parfois un peu décalées par rapport à mon travail. En essayant de recadrer pour atteindre une certaine précision, je me suis retrouvée à perdre beaucoup de temps pour un résultat non ciblé. Cette pratique a débouché sur un besoin constant de validation et une remise en question perpétuelle dans mes pratiques.

Les questions d'anonymisation et de confidentialité sont restées très présentes dans mon esprit tout au long de mon utilisation. Au début de ma recherche j'ai parfois mentionné le canton dans lequel je voulais effectuer ma recherche, mais si c'était le cas, je le mentionnais à un stade où la confidentialité n'était pas encore mise en jeu. Pour m'assurer de la confidentialité tout au long de ma recherche, j'ai désactivé l'enregistrement automatique de l'historique de ChatGPT pour qu'il ne puisse pas faire de liens automatiques entre les différentes discussions. En outre, j'ai explicitement demandé à OpenAI de ne pas utiliser mes données pour entraîner ses modèles, possibilité indiquée dans sa politique de confidentialité.

Les résumés de théories ou d'ouvrages que j'ai demandé ont été utiles pour me donner une idée rapide des thèses principales et des axes de recherches dont ils parlent. Si les grandes lignes données par ChatGPT se sont avérées intéressantes pour mon travail, j'ai lu et approfondi la compréhension des textes par mes propres moyens. Il est important de ne pas prendre les réponses de ChatGPT comme données. Il faut toujours vérifier, relire et contextualiser les informations données.

Dans un deuxième temps, j'ai utilisé ChatGPT:

- Pour reformuler certaines phrases.
- Pour vérifier la clarté de mes propos.
- Pour corriger partiellement l'orthographe et la ponctuation.

Par exemple :

1. Moi : *« tu peux reformuler cette phrase : Malgré le fait que les assureurs n'ont ni le devoir ni le droit de dénoncer une personne assurée aux autorités, la crainte d'une dénonciation aux autorités migratoires, susceptible d'aboutir à une décision de renvoi (art. 64 et 115 LEI), engendre une forte réticence à s'engager dans ces procédures. »*

Réponse :

Oui 👍 — ta phrase est déjà bonne, mais un peu lourde. On peut la rendre plus fluide et directe.

Voici plusieurs options :

Version fluide et claire :

Bien que les assureurs n'aient ni le devoir ni le droit de dénoncer une personne assurée aux autorités, la crainte d'un signalement aux autorités migratoires, pouvant conduire à une décision de renvoi (LEI, art. 64 et 115), suscite une forte réticence à s'engager dans ces démarches.

Version légèrement simplifiée :

Même si les assureurs n'ont ni le devoir ni le droit de dénoncer une personne assurée, la crainte d'un signalement aux autorités migratoires — pouvant mener à une décision de renvoi (LEI, art. 64 et 115) — freine fortement l'engagement dans ces démarches.

Version un peu plus académique :

Bien que les assureurs ne soient ni tenus ni autorisés à dénoncer une personne assurée aux autorités, la crainte d'un signalement aux autorités migratoires, susceptible d'aboutir à une décision de renvoi (LEI, art. 64 et 115), dissuade fortement les individus de s'engager dans ces procédures.

💡 Petit ajustement important que j'ai fait :

- “s'engager dans ces procédures” → “ces démarches” (plus naturel, mais tu peux garder “procédures” si tu veux un ton plus juridique)

Si tu veux, je peux aussi adapter le niveau de prudence (par ex. “peut susciter” vs “suscite”) selon ton positionnement 🍊

2. Moi : « *J'ai mis ça : Dans son rôle de courtière, Salus n'atténue pas uniquement les obstacles liés aux ressources fonctionnelles mais aussi ceux qui sont liés à des ressources « culturelles » (Ratzmann 2024 : 91). Ces dernières sont liées à des compétences linguistiques et interactionnelles là où deux individus aux manières d'agir et de penser différentes se retrouvent. Parfois cette rencontre peut s'avérer compliquée, notamment à cause de la langue mais aussi à cause de stéréotypes et idées reçues que peuvent avoir les locaux concernant les personnes issues de la migration (Ratzmann 2024). Ainsi, en tant qu'intermédiaire, Margot atténue ces possibles difficultés. Elle mentionne notamment avoir un référent à l'assurance-maladie, compréhensif vis-à-vis des situations rencontrées à l'association : « Et puis je pense qu'il comprend un petit peu, qu'est-ce qu'il y a comme enjeu quand on arrive dans un pays, qu'on comprend pas le système, qu'on comprend pas la langue en tout cas il est très compréhensif par rapport aux personnes sans papier. C'est pas toujours le cas ».* (Margot, 13.10.2025). Cet extrait reflète l'importance des compétences culturelles, souvent nécessaire pour mener à bien les procédures administratives. En effet, si une personne ne maîtrise pas la langue du pays dans lequel elle réside ou si elle n'a pas connaissance des procédures administratives, l'interaction peut s'avérer compliquée, par exemple à cause d'idées reçues sur les personnes issues de la migration. En effet, même si la LAMal impose aux assureurs d'accepter toute personne résidant en Suisse souhaitant s'affilier à l'assurance de base (art. 4 al. 2 LAMal), certaines pratiques exigent des documents tels qu'une attestation de domicile ou un permis de séjour, sans que ceux-ci soient légalement requis (Graf & Fehlmann 2022). Ces exigences fonctionnent comme des équivalents de refus et contribuent à maintenir une exclusion de fait, notamment pour les publics sans domicile fixe et sans statut

légal de séjour. Toutefois, l'existence d'un référent au sein de l'assurance-maladie, sensibilisé aux enjeux migratoires et aux contraintes administratives rencontrées par les bénéficiaires, permet à Margot de négocier ces situations et de faciliter l'accès effectif à l'assurance. Margot et son assureur référent jouent un rôle de courtage à la fois des ressources fonctionnelles et culturelles.

« Ça tient la route? j'ai l'impression que je mélange tout ».

Réponse :

Oui 👍 — c'est **plus clair**, vraiment. On comprend bien :

- ce que sont les ressources culturelles
- en quoi elles posent problème
- et comment Salus intervient

👉 Donc sur le fond : **ça marche bien**.

🔍 Mais (petits ajustements utiles)

Il reste quelques points qui peuvent être améliorés pour passer de “clair” à **très solide académiquement** :

1. Petite lourdeur dans la phrase longue

“si une personne travaillant dans l'administration...” 👉 un peu longue et compliquée à lire

2. Formulation un peu maladroite

“administrations publiques qui délivrent” 👉 il manque “les prestations / droits”

3. Légère répétition

- “compétences culturelles” revient plusieurs fois
👉 normal, mais on peut varier légèrement
-

✅ Version légèrement améliorée (sans tout changer)

Dans son rôle de courtière, Salus n'atténue pas uniquement les obstacles liés aux ressources fonctionnelles, mais aussi ceux liés à des ressources « culturelles » (Ratzmann, 2024 : 91). Ces dernières renvoient notamment aux compétences linguistiques et interactionnelles mobilisées lors des interactions entre individus.

Ainsi, lorsque les agent·e·s administratifs ne disposent pas des connaissances nécessaires pour comprendre les enjeux liés aux parcours migratoires, et que les bénéficiaires ne maîtrisent pas la langue ou les codes administratifs, l'échange peut s'avérer difficile. Salus intervient alors pour atténuer ces difficultés en mobilisant ses compétences culturelles et en faisant le lien entre les bénéficiaires et les administrations publiques qui délivrent les prestations.

Margot souligne ainsi l'importance de disposer d'un interlocuteur au sein de l'assurance-maladie capable de comprendre ces situations, et donc d'atténuer à la fois les obstacles administratifs et culturels :

Pourquoi c'est mieux

- ✓ phrase plus lisible
- ✓ vocabulaire plus précis (“prestations”)
- ✓ meilleure fluidité
- ✓ moins de répétitions

Verdict honnête

- Ta version : **bonne et compréhensible** 👍
- Avec ces ajustements : **niveau mémoire très solide**

👉 Tu es vraiment dans du bon boulot là — on est plus du tout dans “corriger”, mais dans **affiner**.

Si tu veux, je peux t'aider à faire une mini conclusion de section qui relie ressources fonctionnelles + culturelles + courtage 👍

Cette pratique m'a été utile pour m'aider dans les formulations de phrases parfois complexes et longues dont je ne maîtrise pas bien la construction. ChatGPT m'a permis de mieux utiliser la ponctuation, afin de rendre la compréhension plus fluide. Cependant, je pense que cet outil participe à augmenter le besoin de validation et de perfectionnisme qui m'a fait douter de mes capacités et à terme, m'a sûrement fait perdre du temps. Dans chaque utilisation, je me suis demandé si la solution apportée par ChatGPT était la bonne. J'ai souvent repris partiellement

les propositions de reformulation et remodifié après une relecture. Il est généralement important d'utiliser ces outils de manière réfléchie et critique sans prendre les réponses données telles quelles. Finalement, l'outil ChatGPT n'a pas été utilisé pour produire directement du contenu dans mon travail de mémoire, mais plutôt comme un support de réflexion et d'amélioration rédactionnelle.

Déclaration sur l'honneur*

Par la présente, j'affirme avoir pris connaissance des documents d'information et de prévention du plagiat émis par l'Université de Neuchâtel et m'être renseigné-e correctement sur les techniques de citation.

J'atteste par ailleurs que le travail rendu est le fruit de ma réflexion personnelle et a été rédigé de manière autonome.

Je certifie que toute formulation, idée, recherche, raisonnement, analyse ou autre création empruntée à un tiers est correctement et consciencieusement mentionnée comme telle, de manière claire et transparente, de sorte que la source en soit immédiatement reconnaissable, dans le respect des droits d'auteur et des techniques de citations.

Je suis conscient-e que le fait de ne pas citer une source ou de ne pas la citer clairement, correctement et complètement est constitutif de plagiat.

Je prends note que le plagiat est considéré comme une faute grave au sein de l'Université. J'ai pris connaissance des risques de sanctions administratives et disciplinaires encourues en cas de plagiat (pouvant aller jusqu'au renvoi de l'université).

Je suis informé-e qu'en cas de plagiat, le dossier sera automatiquement transmis au rectorat.

Au vu de ce qui précède, **je déclare sur l'honneur ne pas avoir eu recours au plagiat ou à toute autre forme de fraude.**

Nom : Engelmann

Prénom : Fiona

Cursus : Master en sciences
sociales, pilier Migration
et citoyenneté

Faculté d'inscription : Lettres et sciences
humaines

Lieu et date : Neuchâtel, le 21.05.2026

Signature :



Ce formulaire doit être dûment rempli par tout étudiant ou toute étudiante rédigeant un travail substantiel (notamment un mémoire de bachelor ou de master) ou une thèse de doctorat. Il doit accompagner chaque travail remis au professeur ou à la professeure.

* Formulaire largement inspiré de la Directive de la direction 0.3 bis, intitulée Formulaire Code de déontologie en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses, de l'Université de Lausanne, du 23 avril 2007 et adapté aux besoins de l'Université de Neuchâtel.

Rectorat. Fbg de l'Hôpital 41, 2000 Neuchâtel, tél. +41 32 718 10 20, messagerie.rectorat@unine.ch