

# Les permanences d'accès aux soins de santé : permettre aux personnes vulnérables de se soigner

Valérie Pfister, Loriane Guiboux, Juliane Naitali

DANS **INFORMATIONS SOCIALES** 2014/2 n° 182 , PAGES 100 À 107

ÉDITIONS **CAISSE NATIONALE D'ALLOCATIONS FAMILIALES**

ISSN 0046-9459

DOI 10.3917/inso.182.0100

Date de mise en ligne : 04/07/2014

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/revue-informations-sociales-2014-2-page-100?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...  
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



**Distribution électronique Cairn.info pour Caisse nationale d'allocations familiales.**

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur  [Cairn.info/copyright](http:// Cairn.info/copyright).

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.



# Partie 3

## INTERVENIR EN FAVEUR DES PLUS VULNÉRABLES

---

### Partie 3

#### **Les permanences d'accès aux soins de santé : permettre aux personnes vulnérables de se soigner**

Valérie Pfister, Loriane Guiboux et Juliane Naitali

#### **Pauvreté et politiques publiques : des hommes et des femmes dans les mêmes situations ?**

Sandrine Dauphin et Pauline Domingo

#### **Microcrédit personnel : quels impacts sur les ménages ?**

Fabien Tocqué

#### **Focus**

#### **Les prêts des Caisses d'allocations familiales : des crédits pas comme les autres**

Pauline Domingo

#### **Les personnes sans abri et le football : entre pratique sportive et accompagnement social**

Benoît Danneau

#### **Publics hébergés par le 115 de Paris : une forte progression des familles**

Emmanuelle Guyavarch et Elsa Garcin

# Les permanences d'accès aux soins de santé : permettre aux personnes vulnérables de se soigner

Valérie Pfister, Loriane Guiboux et Juliane Naitali – étudiantes du master II Juriste-Manager des organisations sanitaires et sociales, université Jean-Moulin Lyon 3



*À l'interface du médical et du social, les Permanences d'accès aux soins de santé (Pass) permettent aux personnes les plus démunies, souvent sans droits, d'accéder à des soins ainsi qu'à leurs droits. Ces dispositifs hospitaliers ambulatoires sont très hétérogènes, ce qui ne facilite pas leur évaluation. Les Pass doivent s'adapter à l'augmentation et à la diversification de la population accueillie, lesquelles témoignent d'une progression silencieuse de la précarité en France.*

Créées en 1998 par la loi relative à la lutte contre les exclusions, les Permanences d'accès aux soins de santé (Pass) sont des dispositifs hospitaliers ambulatoires qui se situent à l'interface des champs sanitaire et social. Elles incarnent le droit à la protection de la santé pour les personnes exclues du système de santé, du fait de leur vulnérabilité économique ou statutaire (migrants...). L'augmentation et la diversification de la population accueillie par les Pass et, du même coup, de l'aide dispensée, qu'elle relève de la santé ou du social, témoignent d'une progression silencieuse de la précarité au sein de la société française.

Relevant du secteur sanitaire, les Pass mettent en œuvre le droit fondamental à la protection de la santé tel qu'il est défini par le préambule de la Constitution du 27 octobre 1946 à travers la notion de service public hospitalier <sup>(1)</sup> : les « *personnes démunies dans le cadre du droit commun* » (Gilibert, 2004) doivent être protégées. C'est la raison pour laquelle les Pass ne relèvent pas de l'action humanitaire mais d'une logique de solidarité (droit créance) et d'une obligation de moyens mise en œuvre par l'État.

## Lutter contre l'exclusion en matière de santé

Définies comme « *des structures d'accueil pour les personnes en situation de précarité* » <sup>(2)</sup>, les Pass sont destinées à permettre « *l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies* » <sup>(3)</sup> et visent « *à faciliter leur accès au système de santé, et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits* » <sup>(4)</sup>.

Structures de prise en charge médicale et sociale <sup>(5)</sup>, les Pass constituent des interfaces originales entre les champs sanitaire et social, séparés depuis les lois du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière et du 30 juin 1975 relatives aux institutions sociales et médico-sociales.

Elles s'inscrivent dans le cadre des Programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins (Praps) et répondent à de multiples missions de service public qui incombent aux établissements de santé, parmi lesquelles « *la lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion et la discrimination, (...) les actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination, (...) les actions de santé publique* » <sup>(6)</sup>.

Au-delà de ces grands principes communs, les Pass sont très différentes selon leurs activités et les spécialités qu'elles privilégient. Au cours des quinze dernières années, elles se sont développées sous des formes hétérogènes du point de vue de leur composition ou de leur organisation. En 2009, des Pass dites « spécialisées » ont ainsi émergé en psychiatrie ou en médecine dentaire, des secteurs où l'accès aux soins est particulièrement difficile. Bien qu'elle soit par définition un dispositif hospitalier, une Pass peut intervenir à l'extérieur de l'hôpital et aller à la rencontre des personnes les plus isolées et des plus exclus, en particulier les sans-abri : on parle alors de « Pass mobiles », qui se déplacent au moyen de véhicules aménagés. Ainsi la mobile de l'hôpital Ambroise Paré (APHP) dispose d'un bus qui se déplace dans le bois de Boulogne pour aller à la rencontre, entre autres, des prostituées et des toxicomanes. La plupart des Pass demeurent cependant polyvalentes ou « généralistes ». Elles sont dites « transversales », lorsque l'assistante sociale affectée à la Pass se déplace alors dans les différents services de l'hôpital, à la rencontre des personnes vulnérables ou « dédiées », si elles bénéficient de locaux identifiés. Les Pass relèvent en général d'établissements de santé publics ou privé à but non lucratif. Les équipes sont composées, a minima, d'un médecin et d'un(e) assistant(e) social(e). Elles peuvent compter sur d'autres professionnels de santé comme des infirmier(ère)s, une diététicienne, une psychologue... , en fonction des besoins rencontrés et des moyens dont elles disposent. L'approche proposée par les Pass se veut résolument globale et transversale : une permanence conjugue soins, accompagnement social et prévention dans un souci de décloisonnement des champs de compétences et une mise en réseau des secteurs (sanitaire, social, médico-social, associatif...).

“ *L'approche proposée par les Pass se veut résolument globale et transversale : une permanence conjugue soins, accompagnement social et prévention (...).* ”

### **Financement public national**

Les Pass généralistes sont financées par la dotation nationale de financement des Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation des établissements de santé (Migac). Cette dotation baptisée « enveloppe Migac » participe au financement des missions de service public que certains établissements de santé

peuvent être appelés à assurer. Les Pass spécialistes, quant à elles, sont financées par une dotation annuelle de financement.

Les « enveloppes Migac » sont des dotations classées en fonction de leurs modalités d'attribution. Elles relèvent d'appels à projets, de modèle national ou de référentiels de moyens (7). Alors que la Migac Pass a longtemps été allouée sur le mode de la reconduction (8) (« le montant correspond à un budget historique alloué à l'établissement ») (9), la circulaire du 18 juin 2013 relative à l'organisation et au fonctionnement des Pass cherche à orienter le financement vers un modèle national « fléché » par des critères « objectifs ». Dans le cas des Pass, le montant de la dotation sera fixé en fonction du nombre de patients vus au moins une fois dans l'année. L'objectif du modèle est d'équilibrer coûts et activités. Reste que l'activité des Pass semble complexe à évaluer... Or, l'audit des Pass, requis par la loi du 29 juillet 1998 sur l'exclusion, a été recommandée par la commission d'évaluation des Pass en juin 2000 (Trinh-Duc, 2005). Ce n'est pas une tâche aisée car ces structures, tout en offrant une prise en charge transdisciplinaire et, par là, transversale, sont hétérogènes par leur organisation, les équipes qui les composent et les références utilisées.

Un modèle simple d'évaluation semble alors difficilement adapté à une si grande diversité. Le modèle en question impose un nombre minimum de patients vus au moins une fois par an (formant une « *file active* ») de « l'ordre de 100 » personnes pour une dotation minimale de 50 000 euros. Dès lors, les « petites Pass », qui perçoivent une dotation inférieure à ce chiffre parce qu'elles reçoivent peu de patients, risquent de subir les conséquences de l'effet de seuil et des incertitudes pèsent sur leur avenir.

On peut donc s'interroger sur la pertinence du raisonnement en termes de « *file active* » dans le cas des Pass pour maîtriser leur coût. La masse salariale représentant les principales dépenses de ces dispositifs, les économies d'échelle sur ce poste sont difficilement réalisables. Par ailleurs, le nouveau mode de financement risque de se heurter à la progression du nombre de personnes accueillies par les Pass, lesquelles recevront moins d'argent par patient à mesure que leur file active augmentera.

### **Une patientèle très vulnérable socialement**

Une étude menée en 2003 (Trinh-Duc, 2005) a permis de décrire la population accueillie dans vingt Pass volontaires. Les 4 716 patients participant étaient soit des personnes exclues des droits sociaux au moment de leur première consultation (couverture sociale absente ou incomplète), soit des personnes présentant un risque de mauvaise adhésion aux soins en raison d'un handicap, d'une addiction ou de circonstances sociales telles qu'un logement insalubre ou une situation de monoparentalité. Les trois quarts de la population accueillie par les Pass étaient d'origine étrangère. Les personnes originaires du Maghreb et d'Afrique subsaharienne représentaient la moitié de la population totale. La population était jeune (35,3 ans en moyenne), avec une surreprésentation de la

tranche des 20-39 ans parmi les consultants étrangers. La proportion de jeunes et femmes était également plus élevée parmi la population étrangère. La plupart des patients avaient consulté les Pass de leur propre initiative ; il est également fréquent qu'ils puissent être orientés par les services d'accueil des urgences <sup>(10)</sup>. La visibilité du dispositif Pass semblait plutôt bonne auprès du public visé. Toutefois, une analyse plus fine en termes d'accès aux droits et de non-recours reste à mener. Les patients accueillis vivaient dans une situation sociale difficile. Près des deux tiers, 69 %, habitaient dans un logement précaire (hébergement chez des tiers, hébergement dans des hôtels sociaux...) ou étaient sans domicile, tandis que l'isolement social concernait 72,2 % de la population étudiée. Les personnes avaient un enfant à charge dans 15,8 % des cas (principalement des femmes). Une majeure partie des personnes accueillies n'avaient aucune ressource financière, d'autres vivaient des seules allocations ou minimas sociaux.

“Les patients accueillis vivaient dans une situation sociale difficile. Près des deux tiers (...) habitaient dans un logement précaire (...) ou étaient sans domicile (...).”

### Les publics se diversifient avec la progression de la précarité

Si la généralisation de l'Assurance maladie *via* la mise en place en 1999 de la Couverture maladie universelle (CMU) <sup>(11)</sup> a permis à une partie de la population de bénéficier d'un accès effectif aux soins, la crise sociale et économique qui frappe l'Europe actuellement a modifié les profils des populations accueillies dans les Pass. Depuis leur création, celles-ci reçoivent des personnes fortement marginalisées, migrantes, sans-domicile ou rencontrant d'autres grandes difficultés dans leur parcours de soins. Désormais, « certains publics que leurs ressources situent au-dessus du seuil de perception de la CMU et qui ne bénéficient pas d'un contrat d'assurance complémentaire satisfaisant, préfèrent, par crainte de restes à charge trop importants, s'adresser à la Pass pour obtenir des soins » <sup>(12)</sup>. Ce phénomène concerne notamment les familles monoparentales, les personnes retraitées ou les étudiants, qui recourent à la Pass à cause d'une protection sociale incomplète – lorsqu'elles ne renoncent pas aux soins. Parce qu'elles sont minoritaires et mal reconnues par les catégories administratives, ces personnes courent le risque d'être supplantées par d'autres catégories dont les critères concordent davantage avec les représentations dominantes de la vulnérabilité (Attal-Galy, 2003). En outre, l'extension de l'Union européenne ainsi que l'augmentation de la pauvreté depuis 2008 ont favorisé une intensification des migrations internes en Europe (Hau, 2013), amenant dans les Pass une population très pauvre et dépourvue de toute couverture sociale.

### Des pathologies différentes selon les populations

Les pathologies rencontrées chez les personnes qui viennent consulter varient avec l'origine géographique, le sexe, le lieu de vie ainsi que l'âge. Les jeunes viennent ainsi plus fréquemment pour des problèmes de la sphère ORL ou pour des vaccinations. Les femmes consultent surtout pour des motifs d'ordre

gynécologique : suivi de grossesse pour un tiers des consultations, orthogénie pour un autre tiers (planning familial et interruption volontaire de grossesse). Les sans-domicile fixe sont davantage touchés par des troubles psychiatriques ou des affections dermatologiques. Enfin, si les étrangers présentent plutôt des pathologies digestives ou ostéo-articulaires, les patients français sont davantage touchés par des troubles psychiatriques. La problématique addictive concerne 21 % de la population accueillie. Aujourd'hui, les Pass doivent s'adapter à la diversification des populations qui les sollicitent et à l'émergence de nouveaux besoins (notamment en matière bucco-dentaire, pédiatrique ou psychiatrique). Après l'analyse des consultations médicales, les patients ont été orientés vers la médecine spécialisée, vers une demande de soins infirmiers, voire une hospitalisation – les spécialités les plus demandées étant alors la stomatologie et la gynécologie.

Quant aux consultations sociales, qui consistent à évaluer la situation des personnes au regard de leurs droits sociaux, elles ont débouché sur une demande d'ouverture de droits dans près de 90 % des « *patients pour lesquels cette information (absence de couverture sociale initiale) a été recueillie* » (Trinh-Duc, 2005). En effet, si « *lors de la première consultation, 52,3 % (...) des patients n'ont aucune couverture sociale (...), l'analyse de la couverture sociale théorique (...) montre que 92,4 % des patients sans couverture sociale initiale ont droit à une protection sociale* » (Ibidem).

La réorientation hors de l'hôpital est plus complexe à réaliser si elle relève du volet médical que du volet social. Parmi les personnes venues consulter pour raisons médicales, 8,9 % ont été réorientées vers la médecine de ville et 9,5 % vers des associations qui œuvrent pour l'accès aux soins et l'accès aux droits, telle Médecins du Monde et ses Centres d'accueil, de soins et d'orientations (Caso). Les consultations sociales, pour leur part, ont donné lieu à une redirection vers une structure sociale extérieure dans 39,5 % des cas.

\*\*\*

Malgré les difficultés de sa mise en œuvre, l'évaluation des Pass tend cependant à se développer. Sa mise en place s'est révélée plutôt ponctuelle. Cette démarche, semblable au déploiement de l'évaluation des réseaux et de partenariats extérieurs des Pass, est essentielle pour identifier les points d'amélioration, à commencer par la continuité des soins au niveau de la médecine de ville pour les patients ayant obtenu l'ouverture de leur droit <sup>(13)</sup>.

## Notes

---

1 – Conseil constitutionnel, Décision du 26 juin 1986, paragraphe 53.

2 – Circulaire du 17 décembre 1998 relative à la mission de lutte contre l'exclusion sociale des établissements de santé participant au service public hospitalier et à l'accès aux soins des personnes démunies.

3 – Code de la santé publique, Partie législative, Première partie : Protection générale de la santé, Livre IV : Administration générale de la santé, Titre III : Agences régionales de santé, Chapitre IV : Planification régionale de la politique de santé, Section 1 : Projet régional de santé, article L1434-2.

4 – Code de la santé publique, Partie législative, Sixième partie : Établissements et services de santé, Livre 1<sup>er</sup> : Établissement de santé, Titre 1<sup>er</sup> : Organisations des activités des établissements de santé, Chapitre II : Missions de service public des établissements de santé, article L6112-6.

5 – Contrairement à un abus de langage, la Pass n'est pas un dispositif « médico-social » à proprement parler puisqu'elle relève du secteur sanitaire. Une Pass peut cependant être en lien avec des partenaires du secteur médico-social.

6 – Code de la santé publique, Partie législative, Sixième partie : Établissements et services de santé, Livre 1<sup>er</sup> : Établissement de santé, Titre 1<sup>er</sup> : Organisations des activités des établissements de santé, Chapitre II : Missions de service public des établissements de santé, article L6112-1.

7 – Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, 2011, p. 32.

8 – *Ibidem*, p. 101.

9 – *Ibidem*, p. 33.

10 – Il arrive que les Pass soient attenantes aux Services d'accueil des urgences, dont elles sont particulièrement complémentaires. (Gres Médiation Santé, 2003, p. 31).

11 – Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle.

12 – Circulaire n° DGOS/R4/2013/246 du 18 juin 2013 relative à l'organisation et au fonctionnement des permanences d'accès aux soins de santé (Pass).

13 – En effet, une évaluation des Pass diligentée en 2003 par la Direction des hôpitaux et de l'organisation des soins a révélé que sur 229 Pass, seules 35,5 % avaient un partenariat avec des médecins généralistes.

## Bibliographie

- Attal-Galy Y., 2003, *Droits de l'Homme et catégories d'individus*, Paris, Librairie générale de droit et de jurisprudence – LGDJ.
- Gilibert C., 2004, « **Le droit à la protection de la santé des personnes démunies mis en œuvre par les permanences d'accès aux soins de santé** », *Droit, déontologie et soin*, n° 2, p. 165-188.
- Gres Médiation santé, 2003, *Évaluation des permanences d'accès aux soins de santé. Rapport final, Commande Direction des hôpitaux et de l'organisation des soins*, Octobre, [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/evaluation\\_des\\_PASSPASS\\_rapport\\_complet.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/evaluation_des_PASSPASS_rapport_complet.pdf)
- Hau E., 2013, « **Accès aux soins en Europe en temps de crise et montée de la xénophobie** », *Droit, déontologie et soin*, n° 3, p. 283-295.
- Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, 2011, *rapport 2011 au parlement sur les Missions d'intérêt général et l'aide à la contractualisation (Migac)*, [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_MIGAC\\_au\\_Parlement\\_2011\\_3-0\\_090911.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_MIGAC_au_Parlement_2011_3-0_090911.pdf)
- Trinh-Duc A. et al., 2005, « **Mise en place d'un système de recueil et d'évaluation de l'activité médico-sociale des permanences d'accès aux soins de santé (Pass)** », *La revue de médecine interne*, n° 26, p. 13-19.