

accompagnés : un *Guide de l'asile pour les mineurs isolés étrangers*<sup>4</sup>. Malgré ce, l'accompagnement des jeunes demandeurs d'asile s'avère encore très insuffisant, comme cela ressort de plusieurs avis de la CNCDH, de rapports du Défenseur des droits et des constats d'associations au soutien des jeunes migrants.

Écrire sur les droits des enfants migrants non accompagnés exige de ne jamais perdre de vue les épreuves

4. L'Ofpra publie en 2020 un nouveau Guide de l'asile pour les mineurs non accompagnés. [https://ofpra.gouv.fr/sites/default/files/atoms/files/maquette\\_livret-mna\\_24042020\\_web.pdf](https://ofpra.gouv.fr/sites/default/files/atoms/files/maquette_livret-mna_24042020_web.pdf)

gigantesques que la plupart de ces enfants ont surmonté et leur faculté de résilience. Mamadou Aliou Diallo [16] écrit en épilogue de son récit : « *Maintenant, je suis majeur, j'ai mes papiers. J'ai trouvé un appartement en colocation à Carpentras. Je continue le sport, je vais passer mon permis de conduire et finir ma formation [...] J'ai des amis en France, ça m'aide à moins penser aux passages difficiles de ma vie. Mais ces choses que j'ai vécues, je ne les oublierai jamais* »<sup>5</sup>. 🗨️

5. P. 89.

## Les permanences d'accès aux soins de santé et leur rôle auprès des populations migrantes

Les permanences d'accès aux soins de santé (Pass) sont des unités hospitalières médico-sociales, créés par la loi de lutte contre les exclusions de 1998, qui s'adressent aux personnes en situation de grande vulnérabilité sociale et en difficulté d'accès au système de santé et de soins [11]. Leurs objectifs sont de favoriser l'accès aux soins de l'hôpital et de préserver la continuité du parcours de soins.

Elles offrent une prise en charge médicale, un accompagnement social notamment pour aider à l'ouverture d'une couverture maladie, une délivrance de traitements et de soins, et orientent vers des dispositifs plus classiques dès que possible. Composées *a minima* d'un binôme médecin généraliste-assistant social, elles peuvent aussi associer d'autres spécialités médicales, infirmiers, psychologues, médiateurs en santé, pharmaciens, agents d'accueil. Cette pluridisciplinarité permet une coordination des parcours individuels en lien avec les partenaires intra et extrahospitaliers. Ces unités ont aussi pu développer des actions spécifiques : de dépistage et prévention, mobiles ou délocalisées, de médiation et promotion de la santé...

Une enquête en 2018 a dressé un état des lieux recensant 442 Pass en France dans 411 établissements<sup>1</sup>. Parmi elles, 75 % sont des Pass généralistes et 25 % spécialisées (psychiatriques, buccodentaires, ophtalmologiques, pédiatriques, mère-enfant). 24 % ont développé une activité mobile. Leur file active annuelle est de 194 966 patients, dont 74 % pris en charge par un assistant social, 64 % par un médecin et 45 % par un infirmier (exhaustivité : 69 % des Pass). Le délai moyen pour une consultation médicale est de onze jours.

1. Rapport d'activité uniformisé des PASS, PIRAMIG 2019 (sur l'activité 2018).

### La place des personnes migrantes dans les Pass

Des personnes migrantes sont admises depuis toujours en Pass. Mais pendant cette dernière décennie, leur prise en charge s'est complexifiée avec l'augmentation des arrivées, les limitations d'accès à une couverture maladie pour les populations étrangères et la modification de leurs profils.

En 2018, 132 190 (68 % de la file active) des patients sont nouveaux, dont 65 % d'hommes, 12 % d'enfants (13 629 mineurs non accompagnés), et 9 % de personnes âgées de 65 ans ou plus. Leur origine géographique est variée : Afrique sub-saharienne (27 %), Maghreb (11 %), Europe hors Union (21 %), France (21 %), autre pays de l'Union européenne (8 %), Asie (7 %), Amérique (5 %), inconnue (5 %).

À l'admission en Pass, seulement 18 % des patients ont un habitat individuel et stable ; 29 % sont hébergés par leur entourage, 19 % par une institution, 11 % en hébergement d'urgence, 4 % en squat ou bidonville, 13 % sans abri, et 5 % inconnu ou autre. Ils sont sans ressources pour 64 %, bénéficiaires des minimas sociaux pour 15 %, salariés pour 6 % et retraités pour 3 %.

Ils consultent spontanément (31 %) ou sont orientés par divers partenaires, dont : un service hospitalier (42 %), une structure pour personnes en situation de vulnérabilité sociale (28 %), rarement un praticien libéral (2 %). La majorité (58 %) n'a aucune couverture maladie, une couverture incomplète (12 %), ou une assurance santé étrangère (3 %, associée à Visa ou assurance d'un autre pays européen) et peine à payer les soins. D'autres, moins nombreux, ont une couverture complète : Puma + CSS (14 %), une aide médicale de l'État (9 %). Certains ont aussi une couverture complète : une protection universelle maladie avec complémentaire (14 %), une aide médicale de l'État (9 %). Cela témoigne de l'aspect multidimensionnel des difficultés d'accès aux soins [36].

### Barbara Bertini

Anthropologue, coordination régionale des PASS en Ile de France, Agence Régionale de Santé d'Île de France

### Remi Laporte

Pédiatre, Pass mère-enfant, coordination régionale des Pass en Paca, Assistance Publique Hôpitaux de Marseille

### Elisabeth Piegay

Chargée de mission, coordination régionale des PASS en Auvergne-Rhône-Alpes, Lyon

### Muriel Schwartz

Cadre socio-éducatif, coordination régionale des Pass en Paca, Assistance Publique Hôpitaux de Marseille

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 61.



L'allophonie est fréquente chez les patients en Pass et 33 % ont bénéficié d'interprétariat. Ce besoin est une composante majeure de l'accès aux soins. L'interprétariat s'organise et se professionnalise progressivement, suivant le référentiel de la HAS [25].

Les professionnels témoignent du changement des publics migrants. Auparavant, majoritairement travailleurs pauvres, issus du Maghreb, d'Afrique subsaharienne francophone et gens du voyage, s'étant souvent déplacés soit seuls soit en familles élargies, ils avaient migré pour des raisons économiques ou politiques. Ils étaient aidés et transitoirement hébergés par leur entourage (pour la plupart francophone, bien que dans des situations de précarité socio-administratives). Ils étaient souvent accompagnés à la Pass par leur entourage.

Depuis 2015, en particulier dans les grands centres urbains, de nouvelles populations sont apparues, parties d'Afrique de l'Est ou du Moyen-Orient, plus souvent suite à des conflits armés et, pour beaucoup, dans une dynamique de demande d'asile. Après des périodes migratoires longs et complexes, ces personnes sont souvent amenées à connaître des périodes de « sans-abrisme ». Les familles ont perdu des membres soit décédés soit dont elles ont été séparées en route. Les femmes et les mineurs isolés sont toujours particulièrement exposés à des risques de violence ou de l'exploitation sexuelle. Souvent dans des situations administratives compliquées et sans soutien social, ces nouveaux arrivants sont plutôt orientés vers les Pass par des associations et institutions. L'autonomisation de ces personnes envers les structures de soins et administrations est plus complexe (allophonie, intégration sociale, fossé culturel, psychotraumatisme...).

Sur la période de confinement liée à l'épidémie de Covid-19 et comme pour toute la population, les demandes de soins ont diminué. De nombreuses Pass ont participé ou soutenu des actions mobiles d'aller-vers. La couverture des besoins fondamentaux primaires (manger, se laver) a été la problématique prioritaire, suivie des besoins de continuité des soins (ruptures de traitements au long cours, délais d'examen ou d'intervention...). Les précautions d'hygiène et besoins de prise en charge de la Covid-19 ont surtout relevé du besoin d'informations cohérentes et adaptées. Les regroupements de cas sont principalement survenus dans des hébergements collectifs. Les débuts de levée de confinement ont vu un retour immédiat des demandes aux Pass, soulignant la ressource prioritaire que ces unités représentent pour ces patients.

### La place des Pass dans le parcours des personnes migrantes

Les acteurs des Pass travaillent à des réponses « sur mesure » intégrées à leur établissement et régionalement coordonnées (pour l'interprétariat, la médiation en santé, la prise en charge des syndromes post-traumatiques).

Elles s'adaptent aux besoins et spécificités de ces publics : suivant les pays de provenance, les parcours migratoires, la vulnérabilité sociale. Ces actions ont une composante de promotion de la santé, nécessaire pour que ces publics s'initient aux représentations occidentales de la santé, de la maladie, des traitements et du système de santé.

Les Pass s'impliquent aussi pour offrir des réponses en complémentarité avec de nombreux partenaires : autres unités de l'hôpital, institutions (agences régionales de santé, caisses primaires d'assurance maladie, préfectures...), services de santé de publique (communaux, départementaux...) et associations du champ de la santé-précarité. Pour les publics migrants, les enjeux de ces collaborations sont de répondre à leurs nombreux besoins : administratif, hébergement, alimentaire, transport, éducation... Elles sont la clé d'un accueil sécurisé des migrants et d'une réponse de santé publique maîtrisée. Hélas, le défaut de couverture des besoins fondamentaux primaires et la complexification des démarches administratives limitent souvent les projets de soins.

Un bilan de santé est recommandé pour les personnes primo-arrivantes [29]. Bien qu'en cours d'organisation, il n'est encore que peu effectif. Si les Pass ont des compétences particulières pour la prise en charge curative de ces publics, leur structuration n'est pas dimensionnée pour des examens de dépistage, prévention et promotion de la santé. Les Pass ne peuvent pour cela jouer qu'un rôle d'expertise voire de coordination.

Le nombre de mineurs non accompagnés recevant des soins en Pass est un signe de dysfonctionnement dans leur parcours de soins difficile malgré certaines améliorations locales notables récentes. En effet, les enfants isolés étrangers – même non reconnus – devraient d'abord bénéficier d'un hébergement et d'un accompagnement éducatif facilitant leur accès aux soins [24], ils ne devraient pas être pris en charge par un dispositif pour des publics éloignés du système de santé (sauf à faciliter leur repérage initial).

Après la prise en charge en Pass, le relai en structure de soin de proximité est organisé le plus vite possible pour laisser disponibles les ressources pour de nouveaux patients. Ce relai est conditionné par l'offre de soin de proximité et son accessibilité effective pour les personnes migrantes [36]. Certains patients migrants ne restent éligibles qu'au dispositif hospitalier de soins urgents pour des périodes de plus en plus longues.

Les Pass ont développé un champ d'expertise pour les patients éloignés du système de santé, dont les personnes migrantes. L'articulation de ces unités avec leurs partenaires est conditionnée à l'offre de médecine de premier recours et la disponibilité de structures sociales. Leur dimensionnement devra suivre l'évolution quantitative et qualitative des besoins de leurs publics. Ainsi, elles pourront continuer à lutter efficacement contre les inégalités sociales de santé. ●

Remerciements :  
Les auteurs tiennent à remercier chaleureusement l'ensemble des coordinateurs régionaux des Pass ainsi que la Direction générale de l'offre de soins, pour la qualité de leur travail et de leur coopération, dont cet article a pu profiter et témoigner.