



## Chapitre 91

# Permanence d'accès aux soins de santé : l'évolution de la grande précarité

A. OLIVER

Les difficultés économiques sont partout, au cœur de nombreux débats et touchent toutes les catégories de la population. Toutes les grandes associations font part de leurs difficultés à accompagner les populations précaires, le peu de moyen qui s'offrent à elles et l'augmentation chaque jour plus grande du nombre de personnes faisant appel à elles. Les médias se font l'écho et le relais de ces mouvements qui peinent tant, été comme hiver. Il devient alors impératif de réfléchir aux changements que cette précarité, ces difficultés de vie, provoquent sur la société et quels sont les conséquences sur les individus et notamment les impacts en terme de santé.

Rappelons-nous que le principe « de protection de la santé » trouve sa source dans le 11<sup>e</sup> alinéa du préambule de la Constitution de 1946 : « *La Nation garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé.* » Cette préoccupation face à la santé n'est donc pas une question nouvelle et ces principes ont été réaffirmés à de nombreuses reprises. La santé apparaît comme un enjeu de cohésion sociale. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), dans son rapport datant de 2009 nous dit ainsi que « l'injustice sociale tue à grande échelle »<sup>1</sup>.

Alors qu'observons-nous, nous personnel des urgences, que nous disent les enquêtes sur la précarité, et de quels outils disposons-nous pour y faire face, ou tout du moins tenter d'y faire face ?

Il s'agit tout d'abord d'en donner une définition, qui ne peut être exhaustive, et de comprendre la différence entre précarité et grande précarité.

1. Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. Rapport final de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé. 246 p.

## 1. Définition

La **précarité** est une forte incertitude de conserver ou récupérer une situation acceptable dans un avenir proche. C'est une notion subjective et relative, puisqu'elle est définie par rapport à une « situation acceptable », au sein d'une société donnée. La précarité est perçue et définie différemment d'une culture à l'autre. La précarité ne caractérise pas une catégorie sociale particulière mais est le résultat d'un enchaînement d'événements et d'expériences qui débouchent sur des situations de fragilisation économique, sociale et familiale.

## 2. Définition officielle de l'État français

« La précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit le plus souvent à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence qu'elle tend à se prolonger dans le temps et devient persistante, qu'elle compromet gravement les chances de reconquérir ses droits et de réassumer ses responsabilités par soi-même dans un avenir prévisible. »

Les individus les plus touchés par ces processus de précarisation sont d'abord ceux qui vivent dans des situations de grande vulnérabilité sociale : enfants déscolarisés, jeunes non qualifiés, chômeurs de longue durée, populations travaillant avec de bas revenus, jeunes ayant des emplois précaires, mères célibataires à faibles revenus, etc. Mais au-delà de ces situations, la précarité concerne aussi un nombre considérable de personnes qui sont – objectivement ou qui se sentent – menacées par l'évolution d'une société dont les règles ont été brutalement modifiées et qui risquent, si la précarité de leur emploi se cumule avec d'autres handicaps, de glisser progressivement vers la grande pauvreté et l'exclusion compromettant ainsi gravement leurs chances de réinsertion sociale.

La précarité peut revêtir plusieurs formes : précarité d'emploi, la précarité relationnelle, affective, celle au sein de la famille ou encore la précarité des conditions de vie.

**La grande précarité**, n'est pas définie précisément. Elle pourrait être considérée comme une « précarité ultime ». Elle renvoie au terme de « quart-monde », concept créé en 1969 par le père Joseph Wresinski pour désigner les personnes les plus défavorisées qui vivent en dessous du seuil de pauvreté au sein d'un pays développé.

Elle renvoie également aux personnes sans domicile fixe, ceux que Patrick Declerck appellent les « naufragés » dans son livre éponyme. Une désocialisation, un lien altéré à soi et à l'autre qui conduit à l'autoexclusion de notre société et des autres. Les personnes SDF peuvent être considérées comme la forme extrême de la précarité.

**Une tentative de définition de Grande précarité serait peut être de l’entendre comme une convergence de toutes les précarités ; emploi, famille, santé, relations affectives et sociales altérées.**

Nous avons vu quelles formes pouvaient revêtir la précarité et la grande précarité et nous pouvons sans nous tromper ajouter la précarité face à la santé. En effet, les processus de précarisation s’accompagnent d’une souffrance psychique alliant mauvaise image de soi et sentiment d’inutilité sociale et peuvent conduire à une véritable dégradation de la santé.

**2.1. État des lieux**

Selon une enquête de l’Institut National de la Statistique et des Études Économiques (Insee) sur la santé et les soins médicaux – octobre 2002 à mars 2003, les personnes les plus pauvres consultent plus rarement un médecin ou un spécialiste. 22 % d’entre elles, contre 7 % du reste de la population, n’ont pas de couverture complémentaire.

Selon le Centre de Recherche pour l’Étude et l’Observation des Conditions de vie (CREDOC) – décembre 2007, parmi les 20 % de la population percevant les plus bas revenus, 18 % des individus déclaraient que leur état de santé n’est pas satisfaisant en 2001 mais 21 % en 2004 et 2007 (dans le même temps, les classes aisées s’en tenaient régulièrement à 7 % d’insatisfaction).

En France en 2007, le septième rapport de l’Observatoire de l’accès aux soins dénonce les difficultés accrues des plus démunis en matière de santé. À leurs difficultés financières s’ajoutent la complexité des démarches administratives et l’exigence d’une domiciliation indispensable à l’attribution d’une couverture maladie.

Enfin, une étude de Médecins du Monde met en évidence que 23 % des patients reçus dans leurs structures en 2007 ne disposaient d’aucun logement. La hausse amorcée en 2006 se poursuit très nettement cette année. **Et près de 80 % des consultants sans logement ne disposent pas de couverture maladie.**

En février 1998, il y a 14 ans déjà, c’est dire que la préoccupation ne date pas d’hier, le **Haut Comité de la santé publique** estime dans son rapport intitulé « La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé » que le phénomène de précarisation, au sens d’absence d’une ou plusieurs sécurités, est aujourd’hui devenu massif puisque l’on peut estimer qu’il touche 20 à 25 % de la population totale vivant en France soit de 12 à 15 millions de personnes. On assiste donc à un véritable bouleversement de la société française qui creuse les inégalités sociales.

Dans un article de la revue « Quart Monde » du mouvement « ADT Quart Monde », du point de vue de la santé publique, les processus de précarisation ne doivent plus être considérés comme des phénomènes marginaux qui ne toucheraient que les plus démunis. Il faut également admettre que la précarité représente une menace réelle pour la santé non seulement des catégories sociales

les plus défavorisées mais également – même si cela est encore difficile à évaluer avec précision – de tous ceux qui, théoriquement plus favorisés, doivent aujourd’hui vivre et travailler dans des conditions sans rapport avec leur qualification et le niveau de vie qu’ils étaient encore en droit d’espérer il y a seulement quelques années. À terme, c’est une proportion considérable de la population qui pourrait voir sa santé menacée par ces processus massifs de précarisation.

C’est ainsi que les inégalités sociales de santé se traduisent par une différence d’espérance de vie à 35 ans, de sept ans entre les ouvriers et les cadres supérieurs, alors même que ces deux catégories bénéficient d’un emploi, d’un logement et d’une insertion sociale. Les personnes en situation précaire cumulent les facteurs de risque et les maladies et présentent des pathologies à un stade plus avancé que les autres.

**Il existe donc une « double injustice », portant sur la durée de vie, mais aussi sur les conditions de celle-ci.**

## 2.2. Les grandes problématiques

Nous l’avons vu, la précarité a plusieurs visages. Que l’on soit jeune, âgé, sans logement, sans papier, sans emploi, sans ressource ou percevant les minimas sociaux, ce sont autant de situations qui sont facteurs d’inégalités face à la santé. Bien que ces différents aspects impactent tous la santé, ils ne peuvent être traités de la même façon. Chaque situation est différente et la difficulté à accéder aux soins ne sera pas la même selon telle ou telle problématique.

Ainsi, des ressources faibles n’auront pas le même impact que l’absence de logement ou encore la précarité de la personne âgée ne sera pas vécue comme celle d’une personne en situation irrégulière.

L’absence de mutuelle ou de 100 % n’est pas à mettre au même niveau que l’absence totale de droits de la personne sans domicile fixe par exemple.

Nous voyons ici la référence faite précédemment entre précarité et grande précarité. Il n’est bien sûr pas question de hiérarchiser la précarité qui pourrait avoir comme effets pervers de stigmatiser telle ou telle population ou encore de ne s’occuper que des plus précaires ou ceux reconnus comme tels au détriment de ceux qui deviendraient alors des « précaires moins précaires ». L’objectif est de repérer, d’être extrêmement attentif afin de prévenir la grande précarité.

Toutefois, les chiffres sont là et plus une personne cumule les handicaps sociaux, plus l’accompagnement sera difficile, long, fastidieux pour les patients (voire le personnel médico-social) ce qui peut avoir comme conséquence à ce que la personne diffère ses soins, ou pire, y renonce et c’est bien ce que nous constatons souvent dans les services d’urgences. De ce que l’on sait sur la précarité et la très grande précarité, notamment des travaux sur la souffrance psychique, est qu’à certains stades de précarité l’expression des besoins n’est plus possible. Les

personnes ne sont plus en mesure de s'inscrire dans l'idée de besoins, même si elles sont parfaitement conscientes de leur état de santé dégradé.

Les populations à risque en terme d'inaccessibilité à la santé (non pas en terme d'impossibilité légale à obtenir des droits, mais bien en terme de conditions de vie incompatibles avec la mobilisation énorme nécessaire à entamer les démarches), sont donc les plus fragiles et nous retrouvons ici la grande précarité (les personnes sans domicile fixe, les personnes en situation irrégulière, les mineurs isolés) pour lesquels les difficultés du quotidien (absence de logement, de ressource, nomadisme, d'entourage...) ne permettent pas de donner la priorité à la santé. Les raisons d'absence de couverture sociale sont multiples :

- démarches pour obtenir une protection sociale qui n'ont pas été entamées ;
- démarches non abouties parce qu'absence de justificatifs ne permettant pas l'instruction du dossier ;
- pas de domiciliation indispensable à toutes démarches ;
- incapacité à faire les démarches seuls ;
- abandon des démarches car trop fastidieuses, décourageantes et usantes pour ceux confrontés chaque jour à de nombreuses difficultés.

Cette absence de droits, même momentanée, a des répercussions directe sur la santé physique et mentale.

Pour les plus précaires, les deux aspects sont bien souvent liés et l'un peut entraîner l'autre. Nous savons que le mode d'entrée prédominant pour les populations les plus précaires se fait par les urgences. Ainsi, dans l'étude sur les usagers des urgences qu'elle publiait en 2003, la Direction de la Recherche des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES)<sup>2</sup> notait une surreprésentation des ouvriers et des employés parmi les usagers puis complétait ce constat dans l'étude sur les *déterminants individuels des dépenses de santé* en remarquant que « *la structure de consommation des personnes issues de milieux sociaux favorisés est plutôt tournée vers les soins ambulatoires, celle des plus modestes a tendance à privilégier les soins vers l'hôpital* ». L'institut de Recherches et de Documentation en Économie de la Santé (L'IRDES, ex CREDES)<sup>3</sup> montre que « *les taux de consommateurs sont très élevés chez les chômeurs et les personnes vivant dans un ménage d'employés (...) ou d'ouvriers non qualifiés. Ce taux est également élevé chez les personnes vivant seules ou dans une famille monoparentale, chez les personnes ayant un faible niveau d'études ou de revenu, chez les bénéficiaires de la CMU complémentaire ou encore chez les personnes sans couverture complémentaire maladie* ».

Autre caractéristique : le temps ; pour les personnels médicaux, la précarité impacte principalement sur le temps de consultation en raison de difficultés de

2. Drees (2003), « Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières », *Études et résultats*, n° 215, janvier.

3. CreDES (2003), « titre », *Questions d'économie de la santé*, n° 78, décembre.

compréhension (linguistiques ou par absence de « culture médicale »), certains médecins évoquant jusqu'à deux fois plus de temps de consultation par rapport à un patient « moyen » pour les patients en situation de précarité.

La précarité sociale des patients a un fort impact sur le temps de travail « social » dévolus aux personnels : qu'ils soient particulièrement affectés à cette tâche (assistants sociaux) ou non (infirmières, cadres de santé). La non-affiliation des patients suppose un travail administratif d'ouverture de droits et de contacts avec les réseaux médico-sociaux.

De manière générale, les démarches sociales, les problèmes de structures d'aval et la « pression liée au manque de lits » conduisent à un allongement de la durée moyenne de séjour, en particulier pour les patients les plus précaires, isolés, sans domicile ou ayant des conditions de logement dégradées, pour lesquels ni la compliance, ni les bonnes conditions des soins de suite ne sont assurées.

Alors comment apporter un accompagnement dans un service d'urgences lorsque l'on connaît le quotidien de ces patients et que leur sortie est un dehors précaire ?

C'est donc dans un contexte de préoccupations toujours croissantes – et comme nous l'avons vu, un questionnement qui fait l'objet d'études et de rapports depuis de nombreuses années – sur l'état de santé des plus pauvres et défavorisés ainsi que leur accès aux soins, que les premières Permanences d'Accès aux Soins de Santé ont vu le jour en 1999.

### **2.3. Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS)**

Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) sont des cellules de prise en charge médico-sociale, qui doivent faciliter l'accès des personnes démunies non seulement au système hospitalier mais aussi aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social.

En application de l'article L6112-6 du code de la santé publique, « les établissements publics de santé et les établissements de santé privés participant au service public hospitalier mettent en place, dans le cadre des programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins (PRAPS), des permanences d'accès aux soins de santé (PASS), qui comprennent notamment des permanences d'orthogénie, adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé, et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits. Ils concluent avec l'État des conventions prévoyant, en cas de nécessité, la prise en charge des consultations externes, des actes diagnostiques et thérapeutiques ainsi que des traitements qui sont délivrés gratuitement à ces personnes ».

L'objectif poursuivi consiste à mettre en réseau les professionnels du champ sanitaire et social, hospitalier, libéral, ainsi que les professionnels chargés de l'insertion afin d'offrir aux populations des lieux visibles d'accueil, d'information, de prévention, d'orientation, de soins. Cette collaboration est d'autant plus importante qu'une partie des publics en situation précaire nécessite une prise en

charge simultanée des aspects sanitaires et sociaux, et que les actions de santé ne se limitent pas aux soins mais accordent une place essentielle à la **prévention**.

Deux possibilités d'organisation existent pour les établissements hospitaliers :

- les PASS identifiées qui sont localisées dans l'hôpital et fonctionnent avec son propre personnel (un médecin, des infirmiers, un assistant social ;
- les PASS transversales : elles n'ont ni local, ni personnel spécifique dédié ni d'assistant social complètement dédié à la PASS.

### **2.3.1. Les populations recourant aux PASS**

#### 2.3.1.1. Des populations identifiées

L'étude transversale réalisée par GRES MÉDIATION SANTÉ (4 fiches de synthèse sur les études concernant les PASS, décembre 2005), montre que la grande majorité des publics usagers des PASS sont :

- en grande précarité sociale ;
- n'ont pas de couverture sociale ;
- vivent seuls ;
- n'ont pas de logement personnel ;
- sont sans ressources.

L'étude longitudinale commandée par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) décrit des caractéristiques socio-démographiques analogues. Elle relève que les patients consultant dans les PASS cumulent plusieurs des facteurs de précarité énoncés précédemment.

#### 2.3.1.2. D'autres caractéristiques

- qu'ils sont jeunes (moyenne d'âge 35 ans) ;
- la majeure partie des consultants est d'origine étrangère et plus d'1/3 d'entre eux ne parlent pas français, ce qui constitue un facteur d'exclusion supplémentaire ;
- près de 11% des personnes accueillies sont des personnes âgées à la retraite ;
- les bénéficiaires du RMI constituent moins de 10 % des personnes reçues.

#### 2.3.1.3. Les personnes en situation irrégulière

Leurs conditions de vie sont marquées par des situations administratives précaires, par la peur constante d'être dénoncés, par l'absence d'information sur leurs droits et par leurs faibles ressources financières. Tout cela les pousse à consulter un médecin qu'en dernier recours, et souvent dans des situations particulièrement graves. En l'absence de couverture médicale, ils consultent principalement dans les services d'urgence.

L'accès aux soins se fait dans l'urgence et bien souvent sans continuité, l'accès aux droits est très restrictif et l'accès à la prévention inexistant.

La régularisation devient un vrai parcours du combattant avec des conditions d'obtention d'un titre de séjour toujours plus restrictives, des demandes d'asile en hausse et des réponses favorables en baisse. Que dire des taxes demandées sans cesse croissantes ?

Pourtant leurs conditions d'accès aux soins s'est vue améliorer par la création du dispositif de l'**Aide Médicale État** (AME) introduit par la Loi du 27 juillet 1999, entrée en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2000 et permettant aux étrangers en situation irrégulière de bénéficier d'un accès aux soins, **sous réserve de remplir certaines conditions**.

Mais selon un rapport parlementaire de l'Observatoire du Droit à la Santé des Étrangers (ODSE) datant d'octobre 2010, les étrangers en situation irrégulière ont, à revenu équivalent, une moins bonne couverture maladie que les assurés français.

Afin de pallier les effets délétères que sont les difficultés à accéder aux soins de santé (démarches administratives lourdes et fastidieuses, conditions d'obtentions – CMU ou AME non remplies), nous l'avons vu, les PASS se sont imposées comme une des réponses permettant de satisfaire une demande et un droit légitimes.

Et ce dispositif PASS doit être utilisé par l'ensemble des équipes au sein des urgences. Il est primordial qu'il soit compris par tous. Il s'agit en effet pour chacun des membres de l'équipe, d'être attentifs aux personnes les plus vulnérables afin qu'elles soient dirigées vers le dispositif afin que la prise en charge soit la plus efficace et dans la mesure du possible, la plus pérenne. Savoir repérer les populations précaires et les orienter pour faciliter leur accès aux soins, fait parti de l'offre de soins.

Ce repérage doit pouvoir être fait par chacun des acteurs hospitaliers, sur la base de critères communs.

Nous l'avons vu, les PASS permettent l'accès aux soins de santé et s'accompagnent généralement d'un début de prise en charge sociale. Mais les services d'urgences ne sont pas le lieu pour un suivi social approprié pour ces patients en grande précarité. Ils représentent un point de départ, l'endroit pour un « bilan » de la situation de la personne. Ce peut être également, pour le patient, un moment pour exprimer pour la première fois ses difficultés, ses souffrances, ses angoisses. Les services d'urgences représentent bien souvent ce moment de « lâcher prise ». Il convient donc pour les assistants sociaux, mais plus généralement à l'ensemble de l'équipe d'entendre, au sens de comprendre les parcours de vie afin de se situer dans une prise en charge psycho-médico-sociale.

Nous l'avons dit, le temps des urgences est un temps pour poser le problème, l'identifier, mais le suivi se fera à l'extérieur. D'où l'importance fondamentale des partenaires, la bonne connaissance de leurs missions d'interventions et du public auprès duquel ils interviennent, afin que nous puissions orienter, au mieux, les patients pour la suite de la prise en charge.

## 2.4. Les partenaires médicaux et sociaux pour les patients en grande précarité

### 2.4.1. Les partenaires internes

– Dans le cadre de Pass non identifiées, ou donc tous les services sont appelés à recourir au dispositif, les collègues assistants sociaux sont des collaborateurs essentiels à la bonne prise en charge du patient. Cela permet une continuité des soins et un relais fondamental pour l’ouverture de ses droits à une couverture maladie. Cela est particulièrement vrai pour les collègues des consultations, notamment pour les services des urgences.

Bien évidemment, les médecins de ces différents services, font partis intégrante de la prise en charge et du partenariat dans la logique du suivi médico-social.

– Les frais de séjour : le travail est étroit et quotidien. Pouvoir échanger sur des dossiers en cours d’instruction, mettre certains dossiers en attente, faire le suivi des urgences vitales pour lesquelles le temps médical n’est pas le temps « sécurité sociale », ou encore les prises en charge des patients bénéficiant d’une assurance voyage.

### 2.4.2. Les partenaires externes

– Structures d’accompagnements des « sans domicile fixe » : ces structures proposent à cette population un accompagnement social avec un référent social. Une aide essentielle dans les différentes démarches administratives, qui, nous l’avons vu sont très souvent longues et fastidieuses, décourageant bon nombre de personne dont la priorité n’est pas l’accès à leurs droits, mais de bien de trouver un lieu pour dormir et se nourrir.

– Le SAMU SOCIAL (dit « 115 ») : une structure nationale qui propose des hébergements pour la nuit ou pour plusieurs jours en centre d’hébergement, parfois en hôtel.

Nous connaissons tous les difficultés auxquelles fait face ce dispositif, notamment dans les grandes agglomérations, concernant le manque de places disponibles chaque jour. Et nous savons également que leur seul recours est parfois d’orienter les personnes vers les hôpitaux (et principalement les urgences) pour une mise à l’abri. L’évolution de la précarité revêt aussi parfois cet aspect : un manque de réponse auquel l’hôpital doit faire face.

– Les centres d’hébergements : des centres qui peuvent accueillir des personnes pour une stabilisation de leur situation dans le cadre d’un accompagnement social étroit.

– Les associations s’occupant de populations spécifiques, les organismes s’occupant des demandeurs d’asiles, les mineurs étrangers isolés... autant d’acteurs essentiels qui sont en capacité d’accompagner les personnes dans des démarches souvent très longues et compliquées pour le primo arrivants.

– Les partenaires institutionnels : les Caisses Primaires d’Assurance Maladie (CPAM), les Caisses d’Allocations Familiales (CAF), les Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH), l’Aide Sociale à l’Enfance (ASE), les Préfectures...

### 3. Conclusion

Nous pouvons, sans beaucoup nous tromper, penser que la précarité n'est pas un épiphénomène et qu'elle n'aura pas une vie éphémère. Le contexte socio-économique n'engage pas à l'optimisme. La cohorte de personnes en situation précaires s'allonge et leur situation s'aggrave ; de précaires, ils peuvent basculer facilement dans la grande pauvreté.

Les institutions, le tissu associatif, l'hôpital deviennent alors des « valeurs refuges » seuls capables de contenir les difficultés qu'ils rencontrent.