

EN DIRECT DU TERRAIN/LIVE FROM THE FIELD

Permanences d'accès aux soins de santé (PASS): dispositifs de prise en charge des plus précaires. Exemple de la PASS de l'Hôtel-Dieu de Paris

PASS units: mechanisms for delivering healthcare to underserved populations. The example of the Hôtel-Dieu PASS, Paris

Alexandra REHBINDER, Hélène de CHAMPS-LÉGER*, Louis CROZIER, Guillaume RIEUTORD, Hélène LELONG

RÉSUMÉ Les PASS (Permanences d'accès aux soins de santé) ont été créées en France par la loi de 1998 relative à la lutte contre les exclusions, afin de garantir l'accès aux soins pour tous, incluant les personnes en situation de précarité. Elles visent à répondre aux multiples freins, sociaux, économiques, administratifs et linguistiques, qui éloignent du système de santé ces populations en situation de vulnérabilité.

L'article présente ici une synthèse du fonctionnement des PASS en France et détaille l'exemple de la PASS de l'Hôtel-Dieu (Assistance publique - Hôpitaux de Paris APHP), qui offre aux patients une approche holistique, incluant soins médicaux, suivi psychiatrique, accompagnement social, interprétariat, et consultations spécialisées. En 2023, la France comptait 451 PASS. La PASS de l'Hôtel-Dieu, forte d'une équipe pluridisciplinaire, a réalisé plus de 10 500 consultations médicales pour 4 144 patients différents. Les usagers sont majoritairement des hommes jeunes, en situation de migration, sans couverture maladie (69 %) ni hébergement stable (près de 90 %). Les pathologies les plus fréquentes incluent des maladies chroniques (HTA, diabète), infectieuses (hépatites B/C, VIH, tuberculose) et psychiques (stress post-traumatique, anxiété).

L'exemple de l'Hôtel-Dieu illustre les spécificités des PASS: accessibilité sans rendez-vous, unité de lieu et de temps, adaptation aux temporalités précaires. Ces dispositifs permettent de rétablir un lien avec le système de soins pour des populations très vulnérables. Leur efficacité dépend d'un financement pérenne, d'une coordination médico-sociale renforcée et d'une reconnaissance institutionnelle de leur rôle.

Les PASS répondent à un impératif éthique et de santé publique: soigner les plus éloignés du système de soins. Leur pérennité nécessite des moyens humains et financiers adaptés. Elles doivent rester un lieu d'innovation, d'accueil et d'inclusion, s'adaptant en permanence aux mutations sociales, politiques et migratoires.

Mots clés: PASS, Aide médicale de l'État (AME), Hôtel-Dieu, Assistance publique – Hôpitaux de Paris (APHP), Précarité, Vulnérabilité, Exclusion, Sans-abris, Migrants, Accès aux soins, Couverture sociale, Paris, France, Europe

ABSTRACT The 1998 French law on combating exclusion established PASS units (Permanences d'Accès aux Soins de Santé, or Healthcare Access Points) to guarantee access to healthcare for all, including people in precarious situations. PASS centers aim to address the social, economic, administrative, and linguistic barriers that prevent vulnerable populations from accessing the healthcare system.

This article provides an overview of how PASS operate in France and describes the PASS at Hôtel-Dieu in Paris (Public Hospitals of Paris). This PASS offers patients a holistic approach that includes medical care, psychiatric follow-up, social support, interpretation services, and specialized consultations.

As of 2023, there were 451 PASS centers in France. The Hôtel-Dieu PASS, with its multidisciplinary team, carried out over 10,500 medical consultations for 4,144 patients. Most users are young male migrants without health insurance (69%) or stable housing (nearly 90%). The most common conditions are chronic diseases (e.g., hypertension and diabetes), infectious diseases (e.g., hepatitis B/C, HIV, and tuberculosis), and mental health issues (e.g., post-traumatic stress disorder and anxiety).

The Hôtel-Dieu example illustrates the specific features of PASS centers: accessibility without appointments, single locations and time slots, and adaptability to precarious schedules. These services enable vulnerable populations to reconnect with the healthcare system. However, their effectiveness depends on long-term funding, enhanced medical and social coordination, and institutional recognition of their role.

PASS units respond to an ethical and public health imperative: caring for those furthest from the healthcare system. Their sustainability requires adequate human and financial resources. They must remain places of innovation, welcome, and inclusion that constantly adapt to social, political, and migratory changes.

Key Words: PASS, State medical aid (AME), Hôtel-Dieu, Assistance publique – Hôpitaux de Paris (APHP), Precariousness, Vulnerability, Exclusion, Homelessness, Migrants, Access to healthcare, Social security coverage, Paris, France, Europe

Introduction

Precarius signifie étymologiquement « mal assuré » et plus largement « est précaire » ce qui est fragile, incertain. Être en situation de précarité, c'est vivre exposé à une incertitude permanente, à une instabilité dans le temps et l'espace, sans aucune assurance. Plusieurs domaines y contribuent dont l'absence de logement, d'activité professionnelle, de couverture maladie, de ressources financières. Être malade et en situation de précarité est une double peine qui complexifie la prise en charge médicale et fragilise les parcours de soins. Fortes de ces constats et face à l'accroissement du taux de pauvreté (16 % en 1996) [5], les autorités publiques françaises se sont saisies du sujet : la lutte contre les exclusions, par la loi du 29 juillet 1998 devient un impératif national fondé sur le respect de l'égalité dignité de tous les êtres humains [20].

Cette loi « tend à garantir, sur l'ensemble du territoire, l'accès effectif de tous aux droits fondamentaux », dont celui de la protection de la santé. Elle promeut la création de dispositifs médicaux spécifiquement dédiés aux plus démunis (précaires) dont ceux sans couverture sociale (certains étrangers en séjour irrégulier par exemple) : les Permanences d'accès aux soins de santé, dites PASS, une spécificité française, dont fait partie la PASS de l'Hôtel-Dieu (Assistance publique - Hôpitaux de Paris).

Afin d'assurer cet « accès effectif de tous », ces dispositifs s'adaptent aux contraintes et aux difficultés propres des personnes en situation de précarité et visent ainsi à faciliter l'accès au système de santé et à accompagner les démarches nécessaires à la reconnaissance des droits des plus démunis. Au moins deux activités sont constitutives d'une PASS, les soins immédiats et l'accès à une protection maladie à moyen terme.

Récemment, la menace de suppression ou de limitation de l'aide médicale de l'État (AME), suite à la loi « immigration, intégration, asile » du 26 janvier 2024, a remis en question l'accès effectif de tous aux soins de santé. Si l'AME n'a pas été supprimée, la loi de finances pour 2025, votée au Sénat, restreint néanmoins l'enveloppe dédiée à l'AME de 111 millions d'euros par rapport au projet initial [8,21].

L'article présente en premier lieu l'organisation des PASS en France, puis s'attache à détailler l'exemple de la PASS de l'Hôtel-Dieu. Dans la discussion sont abordés la spécificité et les grands principes de la prise en charge des plus vulnérables.

Introduction

The word *precarious* comes from the Latin *prae-carius*, meaning “poorly secured” and, more broadly, “precarious” meaning fragile and uncertain. Being in a precarious situation means living with constant uncertainty and instability, without any security. Several factors contribute to this situation, including a lack of housing, employment, health insurance, and financial resources. Being sick and living in precarious conditions is a double punishment that complicates medical care and weakens the care pathway. Based on these findings, and in the face of rising poverty rates (16% in 1996) [5], the French public authorities addressed the issue of exclusion. The July 29, 1998 law made fighting exclusion a national imperative based on respect for the equal dignity of all human beings [20].

The law aims to guarantee effective access to fundamental rights throughout the country, including the right to healthcare. The law promotes the creation of medical facilities dedicated to the most disadvantaged, including the uninsured (e.g., certain immigrants in an irregular situation): health care access centers known as PASS (Permanences d'Accès aux Soins de Santé). PASS centers are special to France. A PASS is active in the Hôtel-Dieu (Public hospitals of Paris).

To ensure “effective access for all,” these facilities adapt to the specific constraints and difficulties faced by people in precarious situations. They aim to facilitate access to the healthcare system and provide support in recognizing the rights of the most disadvantaged. At least two activities constitute a PASS: immediate care and access to medium-term health protection.

Recently, the threat of abolishing or limiting state medical aid (AME) under the “Immigration, Integration, Asylum” law of January 26, 2024 has called into question effective access to healthcare for all. AME was not abolished, but the 2025 finance law passed by the Senate nevertheless reduces the AME budget by €111 million compared to the initial proposal [8,21].

This article first presents the organization of PASSs in France and then details the Hôtel-Dieu PASS as an example. The discussion addresses the specific nature and main principles of care for the most vulnerable.

Les PASS en France, 25 ans d'existence

En 2023, on dénombrait 451 PASS réparties sur le territoire national. Elles obéissent à la note d'Instruction et au cahier des charges de la direction générale de l'offre de soins (DGOS) [10,12].

Les différents types de PASS

La grande majorité d'entre elles (380) sont généralistes. On en distingue 4 types.

- Les « PASS dédiées » proposent un accueil par des soignants spécifiques dans un lieu centralisé bien identifié. Elles sont composées *a minima* du trinôme assistant social/ infirmier/médecin. Les dispositifs centralisés assurent une prise en charge globale par l'accès à une consultation médicale généraliste, à un plateau technique, aux soins infirmiers, aux médicaments et aux consultations de spécialité. Des activités complémentaires (équipes mobiles, soins bucco-dentaires, prise en charge mère/enfant...), réalisées par du personnel dédié, peuvent s'y ajouter. Ces PASS peuvent consolider l'offre de soins proposée en ville ou se déployer en milieu hospitalier. Elles ont pour vocation de faire le lien entre l'hôpital et la ville pour l'accompagnement médico-social global des personnes en situation de précarité dans la perspective d'un retour à des consultations classiques.
- Les « PASS transversales » interviennent sur l'ensemble de l'hôpital, notamment après une consultation aux urgences qui est souvent le lieu de premier recours des patients en situation de précarité. Elles correspondent aux consultations réalisées au sein de chaque service, pour des patients présentant une situation médico-sociale complexe. La circulaire du 12 avril 2022 relative au cahier des charges des PASS prévoit leur disparition progressive au motif que cette activité relève du budget des Fonds d'investissement régional précarité [12].
- Les « PASS mobiles » interviennent « hors les murs ». Elles agissent au plus près des patients vulnérables, en allant proactivement vers les personnes les plus éloignées du système de santé : dans les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues, en centres d'accueil pour demandeurs d'asile, en campements... Des « bus santé » sont financés dans cette optique. Cette démarche d'« aller-vers » a pour objectif

PASS units in France: 25 years of existence

As of 2023, there were 451 PASSs nationwide. They comply with the instructions and specifications of the Directorate General for Healthcare Provision (DGOS) [10,12].

Different types of PASS units

The vast majority (380) are general care facilities. There are four types.

- “Dedicated PASS units” offer reception by specific caregivers in a clearly identified, centralized location. These centers have at least one social worker, one nurse, and one doctor. These centers provide comprehensive care through access to general practitioners, technical facilities, nursing care, medication, and specialist consultations. Additional activities, carried out by dedicated staff, may also be provided, such as mobile teams, dental care, and mother/child care. PASS units can either consolidate consultation's offer or be deployed in hospitals. They are designed to act as a link between hospitals and communities, providing comprehensive medical and social support to people in precarious situations, with the goal of transitioning them back to standard consultations.
- “Cross-disciplinary PASS units” operates throughout the hospital, particularly after a visit to the emergency department, which is often the first point of contact for patients in precarious situations. These consultations are carried out within each department for patients with complex medical and social situations. According to the circular of April 12, 2022, relating to the specifications for PASS units, these teams will gradually disappear because this activity falls within the budget of the Regional Precarity Investment Fund [12].
- “Mobile PASS units” operate “outside the walls”. These teams work closely with vulnerable patients, proactively reaching out to those farthest from the healthcare system in reception and support centers for drug users, reception centers for asylum seekers, camps, and so on. “Health buses” are funded for this purpose. This outreach approach aims to identify vulnerable groups and their medical needs, and refer them to the most suitable medical facilities.
- Finally, there are specialized PASS units, including two in ophthalmology, ten in oral healthcare, and forty-four in psychiatry.

d'identifier les publics en situation de vulnérabilité, de faire émerger leur demande de prise en charge médicale et de les orienter vers les structures médicales les mieux adaptées à leur situation.

- Enfin, il existe des PASS spécialisées dont 2 en ophtalmologie, 10 en soins bucco-dentaires, et 44 en milieu psychiatrique.

Création des PASS de ville

Les PASS de ville ont vu le jour en 2022 après l'expérimentation fructueuse de la création en 2013 des PASS de villes franciliennes, à l'initiative du programme régional d'accès à la prévention et aux soins. Elles ont été pensées pour étayer le maillage territorial de l'accès aux soins de premier recours en médecine de ville des personnes les plus vulnérables.

De par leur ancrage territorial et leur approche de réseau envers les acteurs de proximité, les PASS de ville sont venues compléter l'offre de soins des PASS hospitalières.

On dénombre à ce jour 18 opérateurs en Île-de-France selon deux modalités de déploiements : en centres et maisons de santé, et *via* les associations porteuses des ex-réseaux de santé précarité. Ces PASS de ville facilitent l'accès aux soins en proposant un accès non seulement aux consultations médicales, mais également aux consultations infirmières et à la délivrance des médicaments, rendues possibles grâce à la coopération avec les Caisse primaires d'assurance maladie (CPAM) du territoire. Le volet social n'est pas négligé ; un entretien préalable avec un(e) travailleur(se) social(e) permet le repérage des vulnérabilités, l'accompagnement social dans les démarches d'ouverture de droits et la gestion des démarches de recouvrement des frais liés aux actes de soins délivrés.

La création des PASS de ville offre l'avantage majeur d'une offre de proximité, proche du lieu d'ancrage des patients, facilitant la continuité des soins surtout après l'ouverture des droits.

Les Agences régionales de santé (ARS) financent ces dispositifs à hauteur de 1 390 000 €. L'évolution croissante des files actives (49 % d'augmentation en 2023 par rapport à 2020) met en avant le besoin croissant et l'efficacité de ces structures (Fig. 1) [1].

Creation of City PASS units

Following the successful trial of PASS units in Paris in 2013, City PASS units were created in 2022 as part of the regional program for access to prevention and healthcare. They were designed to support the regional network that provides access to primary care in the community for vulnerable populations.

Thanks to their local roots and network-based approach involving local stakeholders, City PASS units complement the healthcare services offered by hospital PASS units.

Currently, there are 18 operators in the Île-de-France region operating in two ways: in health centers and clinics and through associations formerly part of healthcare networks for people in precarious situations. Ambulatory PASS units facilitate access to healthcare by offering medical and nursing consultations and medication dispensing, made possible through cooperation with local primary health insurance funds (Caisse primaires d'assurance maladie, CPAM). The social aspect is also addressed: a preliminary interview with a social worker identifies vulnerabilities and provides social support in obtaining entitlements and managing the recovery of costs related to healthcare services.

Ambulatory PASS units offer the major advantage of providing local services close to where patients live, facilitating continuity of care, especially after entitlements have been established.

Regional Health Agencies (ARS) finance these initiatives up to €1,390,000. The growing number of active files (a 49% increase from 2020 to 2023) highlights the increasing need for and effectiveness of these structures (Fig. 1) [1].

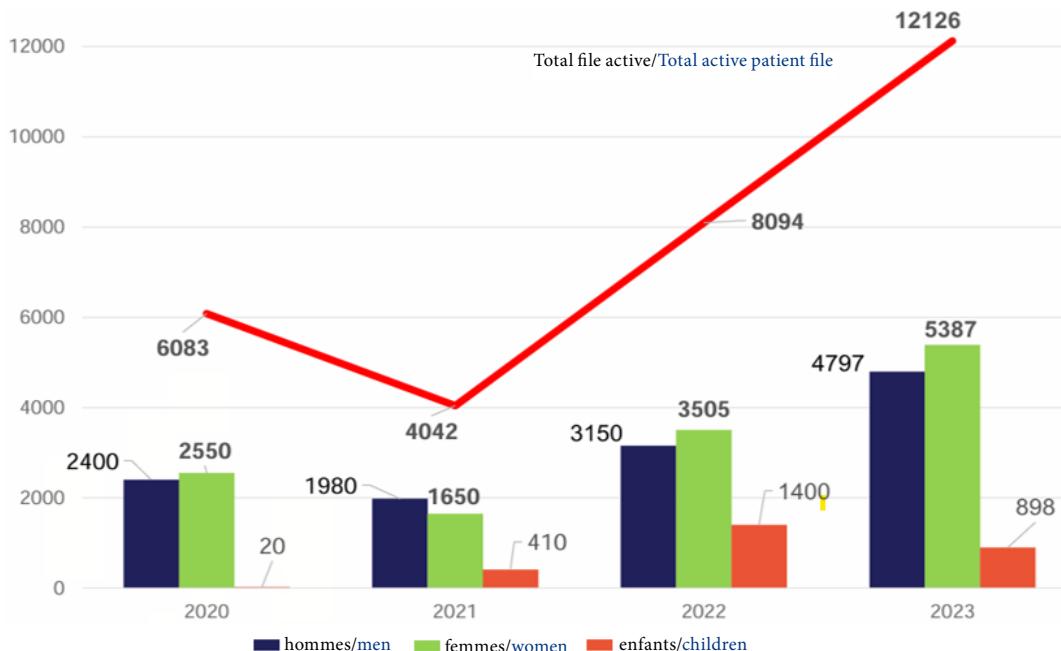


Figure 1 : File active recensée pour les hommes, les femmes et les enfants des PASS de ville en Île-de-France de 2020 à 2023

Source : restitution de la DGOS de la Journée Régionale des PASS 2025

Figure 1: Active patient file recorded for men, women, and children in urban PASS programs in Île-de-France from 2020 to 2023

Source: DGOS report on the 2025 Regional PASS Day

Public ciblé

Les PASS sont destinées à toute personne en situation de précarité nécessitant une prise en charge médicale et dont la situation psycho-médo-sociale freine leur intégration au système de soins [12] :

- en raison d'une couverture sociale inexistante ou insuffisante, rendant impossible la prise en charge des frais médicaux ;
- pour d'autres motifs d'ordre social (difficulté à recourir spontanément au système de santé, besoin d'accompagnement dans le parcours de soins, situation de marginalisation ou de forte désocialisation, barrière majeure de la langue, inquiétudes quant au statut juridique d'irrégularité sur le territoire ou encore consultations complexes liées à des troubles psychiques ou psychiatriques).

À travers l'accompagnement global des patients, la PASS incarne un dispositif passerelle, qui offre un accompagnement temporaire dans la perspective d'une transition vers une consultation « classique » tout en assurant la continuité des soins.

Target audience

PASS units are intended for anyone in a precarious situation who requires medical care and whose psychosocial situation hinders their integration into the healthcare system [12] :

- Due to non-existent or insufficient social security coverage, making impossible to cover medical expenses.
- For other social reasons, such as difficulty accessing the healthcare system spontaneously, needing support in the care pathway, marginalization, severe social exclusion, significant language barriers, concerns about an irregular legal status in the country, or complex consultations related to mental or psychiatric disorders.

Through its comprehensive support for patients, PASS units act as a bridge, offering temporary support to transition to “traditional” consultations while ensuring continuity of care.

Travail collaboratif intra et extra hospitalier

Afin de répondre à cette vocation d'accueil des personnes les plus précaires, les PASS doivent travailler en collaboration étroite avec les partenaires extérieurs ancrés sur le terrain, par exemple avec les équipes mobiles « santé précarité », les équipes spécialisées de « soins infirmiers précarité », les équipes mobiles de « psychiatrie-précarité », les maraudes, mais aussi avec les CPAM, les centres d'aide sociale à l'enfance, les centres de protection maternelle et infantile, les centres médico-sociaux locaux, le service intégré d'accueil et d'orientation, les Espaces solidarité insertion, les centres d'hébergement...

En parallèle, la PASS dédiée hospitalière a pour rôle de sensibiliser les professionnels hospitaliers à la question de la précarité, au repérage des personnes en situation de vulnérabilité et à l'orientation vers les structures adaptées, notamment vers les dispositifs des PASS. À ce titre, le cahier des charges de l'instruction de la DGOS de 2022 rappelle notamment l'importance de la coordination entre les structures des urgences et les PASS pour éviter que des patients ne renoncent aux soins en ne se rendant pas aux urgences, ou au contraire reviennent aux urgences de manière itérative pour des motifs ne relevant pas des urgences. Il est mentionné la nécessaire mise en place de protocole d'identification et d'orientation des patients précaires et la coordination médecin/infirmier diplômé d'État/PASS/travailleurs sociaux avec l'équipe soignante des urgences.

Difficultés d'accès aux soins

En dépit des moyens mis en œuvre pour intégrer au système de soins les personnes les plus précaires, des freins à l'accès aux soins ont été identifiés.

Tout d'abord, les personnes en grande précarité, ne bénéficiant pas d'un hébergement stable ni d'un accès certain à la nourriture, relèguent au second plan les problématiques médicales. Pour elles, l'urgence concerne l'accès aux besoins physiologiques : s'alimenter, accéder à l'eau pour s'hydrater et assurer son hygiène corporelle, se mettre à l'abri pour assurer une protection thermique satisfaisante et sa sécurité. Il existe ainsi un parallélisme fort entre l'accès à un logement stable et la démarche d'aller vers le système de soins [17].

De cette situation précaire découle une temporalité différente qui cadence la vie des personnes sans-abri. La nécessité de se concentrer sur la

Intra- and extra-hospital collaborative work

To fulfill their mission of welcoming the most vulnerable people, PASS units must collaborate closely with external partners, such as mobile “health and poverty” teams, “poverty nursing” teams, “psychiatry-precariousness” teams, and outreach teams. They must also collaborate with CPAM (French social security offices), child welfare centers, maternal and child protection centers, local medical-social centers, integrated reception and orientation services, solidarity and integration centers and shelters...

At the same time, the dedicated hospital PASS unit is responsible for raising awareness among hospital professionals about precariousness and identifying people in vulnerable situations. They are induced to refer these individuals to the appropriate structures, particularly PASS units. The 2022 instructions from the DGOS emphasize the importance of coordination between emergency and PASS units. This coordination aims to prevent patients from foregoing care by not going to the emergency room or, conversely, from repeatedly going to the emergency department for non-emergency reasons. The instructions mention the need to establish protocols for identifying and referring vulnerable patients, as well as coordination between physicians, nurses, PASS units, and social workers with the emergency care team.

Difficulties in accessing care

Despite measures to integrate vulnerable people into the healthcare system, barriers to access to care have been identified.

First, people in extremely vulnerable situations who lack stable housing or reliable access to food tend to neglect medical issues. For these individuals, emergency concerns include access to basic necessities such as food, water for hydration and personal hygiene, and shelter for adequate protection from the weather and safety. Therefore, there is a strong parallel between access to stable housing and access to the healthcare system [17]. This precarious situation creates a different sense of time that dictates the rhythm of homeless people's lives. The need to focus on daily survival makes it difficult to plan medium-to long-term projects. For people in such precarious situations, planning, organizing, and keeping medical appointments at a specific time and date may seem

survie quotidienne rend difficile l'établissement et le déploiement de projets à plus à moins long terme. Prévoir, organiser et honorer des rendez-vous médicaux à un horaire et un jour précis peut sembler inadapté à ces personnes en grande précarité. Les PASS proposent le plus souvent un accueil sans rendez-vous pour tenter de pallier ce premier écueil.

Si elles sont très éloignées du système associatif sanitaire et social, les personnes en situation de précarité ne disposent pas nécessairement d'une connaissance claire et d'une compréhension satisfaisante des structures d'accueil dédiées aux personnes sans ressources financières. Par méconnaissance de l'entièvre prise en charge des frais liés aux soins, ces personnes s'interdisent l'accès aux consultations médicales, parfois jusqu'à ce que leur situation se dégrade au point de devoir s'orienter vers les services d'urgence. Concernant cet aspect financier, on peut citer l'absence de titres de transport ou la difficulté à se déplacer vers des structures médicales éloignées. Ces contraintes économiques, sociales et géographiques isolent davantage les populations précaires des systèmes de soins.

La méconnaissance de la langue française constitue un obstacle majeur pour les populations migrantes en situation de précarité. Faute de services d'interprétariat ou de médiation linguistique, ces personnes peinent à comprendre les informations médicales ou administratives essentielles, ce qui limite leur recours aux soins. Ces patients ignorent que les PASS ont accès à des services d'interprétariat.

Certaines personnes en situation de précarité et notamment en situation irrégulière sur le territoire, font preuve de méfiance envers les intervenants extérieurs. Non seulement ces personnes peuvent limiter leurs déplacements par crainte d'être interpellées ou contrôlées, notamment lorsqu'elles doivent se rendre dans des structures médicales, mais elles peuvent craindre également une instrumentalisation de leur situation médicale à des fins administratives, plus particulièrement dans les cas de délivrance par la préfecture d'une Obligation de quitter le territoire français (OQTF), ou dans le cadre d'une demande d'asile.

Le relais par les équipes mobiles de précarité et les accueils associatifs prend tout son sens dans l'orientation des personnes vulnérables vers les structures des PASS.

inappropriate. PASS units usually offer walk-in services to overcome this initial obstacle.

People in precarious situations who are very far removed from the health and social services network do not necessarily have clear knowledge of or a satisfactory understanding of the support structures available to people without financial resources. Due to a lack of awareness that all healthcare costs are covered, these individuals deny themselves access to medical consultations until their situation deteriorates and thus, they must turn to emergency services. In terms of financial issues, traveling to distant medical facilities can be difficult. These economic, social, and geographical constraints further isolate vulnerable populations from healthcare systems.

Limited proficiency in French is a major barrier for migrant populations living in precarious conditions. Without interpretation or language mediation services, these individuals struggle to understand essential medical or administrative information, which limits their access to healthcare. These patients are unaware that PASS units offer these services.

People in precarious situations, particularly undocumented individuals, may be wary of outside help. They may limit their movements for fear of being stopped or checked, especially when going to medical facilities. They may also fear that their medical situation will be exploited for administrative purposes, particularly when the police prefecture issues an Obligation to Leave French Territory (OQTF) or when applying for asylum. In this way, mobile outreach teams and community centers play a crucial role in referring vulnerable people to PASS structures.

Financement des PASS

Le financement des PASS provient du budget de l'État et la gestion est assurée par les CPAM, les ARS et les directions d'hôpitaux.

Avant 2022, les financements des structures de PASS relevaient de la Mission d'intérêt général (MIG). Ce dispositif permettait de financer directement les PASS *via* une dotation nationale inscrite dans le cadre des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation des établissements de santé. Les crédits MIG étaient financés par une enveloppe dédiée, répartie par la DGOS, et allouée selon les directives nationales par les ARS, aux établissements de santé.

Ainsi, les PASS recevaient une dotation dite « MIG PASS » destinée aux frais des soins ambulatoires non recouvrables délivrés en leur sein, aux activités de pilotage, de coordination et d'évaluation. Les frais d'hospitalisation et les consultations facturables étaient exclus. L'objectif de cette dotation était de « soulager » l'hôpital des frais supplémentaires de personnel ainsi que de tous les frais liés à l'activité de la PASS comme notamment les dépenses pharmaceutiques, les frais d'examens médicaux, les prestations d'interprétariat ou les frais de transport pour les PASS mobiles.

Jusqu'à 2022, le montant des dotations accordées aux PASS était de 50 000 € minimum à plus de 450 000 € en fonction de la file active.

En 2022, la dotation totale allouée à la MIG pour les PASS s'est élevée à 88 904 676 € [11].

En 2022, dans le cadre du projet de loi de financement de la Sécurité Sociale, ces crédits ont été transférés au Fonds d'intervention régional (FIR). Ce changement visait à simplifier et territorialiser le financement, en permettant aux ARS de gérer ces fonds directement tout en réduisant le nombre de MIG (au nombre de 127 en 2021) et en rendant plus lisibles leurs objectifs. Les 88 904 676 € de fonds débloqués au titre de la MIG PASS en 2022 ont été réévalués et intégrés au FIR au titre d'un intérêt de leur territorialisation. Cette nouvelle organisation au sein du FIR s'inscrit dans une tentative de rationalisation budgétaire. Son efficacité réelle en termes de réduction des inégalités d'accès aux soins reste conditionnée à la capacité à venir des ARS à adapter concrètement leurs actions aux besoins spécifiques des publics précaires, tout en préservant les moyens nécessaires au bon fonctionnement des différentes PASS.

La priorité mise en exergue par la mesure 27 des accords du « Ségur de la santé » de 2020 pour la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé [13] a permis d'allouer des crédits pérennes

Funding of PASS units

PASS funding comes from the state budget and is managed by CPAMs, ARSs, and hospital administrations.

Before 2022, PASS structures were funded by the Mission d'Intérêt Général (MIG). This program provided PASS units with direct funding via a national grant, which was allocated as part of missions of general interest, as well as assistance with contractual arrangements for healthcare establishments. The MIG credits were financed by a dedicated envelope, distributed by the DGOS, and allocated according to national directives by the ARS, to healthcare establishments.

PASS units received a grant, known as “MIG PASS,” to cover the costs of non-recoverable outpatient care provided within their facilities, as well as management, coordination, and evaluation activities. Hospitalization costs and billable consultations were excluded. This allocation aimed to relieve hospitals of additional staff costs and all costs related to PASS activities, including pharmaceutical expenses, medical examination costs, interpretation services, and transportation costs for mobile PASS units.

Until 2022, the amount of funding allocated to PASS units ranged from a minimum of €50,000 to more than €450,000, depending on the number of people registered.

In 2022, the total funding allocated to the MIG for PASS units amounted to €88,904,676 [11].

In 2022, as part of the Social Security financing bill, these funds were transferred to the Regional Intervention Fund (FIR). This change was intended to simplify and regionalize funding, allowing ARSs to manage these funds directly while reducing the number of MIGs (127 in 2021) and making their objectives clearer. The funds released under the MIG PASS in 2022 were reevaluated and integrated into the FIR in order to benefit from their regionalization. This new organization within the FIR is an attempt to rationalize the budget. Its effectiveness in reducing access inequality will depend on the ARSs' future ability to adapt their actions to the specific needs of vulnerable populations while preserving the resources necessary for the PASS units to operate smoothly.

The priority highlighted in measure 27 of the 2020 “Ségur de la santé” agreements for the fight against social and territorial health inequalities [13] has made it possible to allocate substantial and long-term funding to the MIG PASS and MIG Précarité in an effort to reduce inequalities in access to healthcare. Their consolidation and

et conséquents aux MIG PASS et MIG Précarité dans un effort de réduction des inégalités d'accès aux soins. Leur regroupement et leur intégration au sein du FIR a pour objectif de déployer une approche plus globale des enjeux de la précarité dans son ensemble à l'échelle régionale.

Les crédits du FIR, comme les MIG, sont soumis au principe d'annualité budgétaire. Cependant, les ARS peuvent, soit *via* le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens des établissements de santé, soit *via* un conventionnement spécifique, donner une visibilité pluriannuelle aux établissements et aux professionnels.

Le montant du financement FIR pour l'année 2023 s'est élevé à 105 milliards d'euros, et la dotation ARS en 2023 pour l'Île-de-France seule s'est élevée à 30 613 853 €.

Activité chiffrée des PASS

D'après les données issues du pilotage des rapports d'activité des missions d'intérêt général, 206 562 personnes différentes ont consulté au moins une fois en 2021 dans une PASS et 252 778 en 2023, contre 193 108 en 2018. L'Île-de-France représente plus d'un cinquième de cette file active (53 330 personnes).

En 2023, les PASS dénombraient 64 % de nouveaux patients dans leur file active (63 % pour l'Île-de-France). La moyenne de consultations médicales en Île-de-France était de 2,08 consultations par patient, contre 1,95 en 2022.

Le rapport d'activité 2023 des PASS hospitalières d'Île-de-France établi par l'ARS faisait état d'une moyenne en file active de 615 patients par professionnel médical [1].

L'activité sociale en 2023 était de 1,71 par patient, pour une file active de 44 801 patients (Fig. 2). L'activité infirmière en Île-de-France faisait état de 1,52 consultations par patient, c'est-à-dire un total de 32 267 consultations en 2023 (Fig. 3).

Profil des patients

La population est majoritairement masculine (57 %) et jeune (1/3 des patients a moins de 25 ans). En 2023, 8 029 mineurs non accompagnés (MNA) ont été pris en charge sur les PASS en France. On entend par «mineurs non accompagnés», les personnes se déclarant mineures, mais n'ayant pas encore été reconnues comme telles par l'État. En 2023, Le ministère de la Justice a effectivement reconnu le statut de mineur pour 19 370 d'entre eux.

integration into the FIR aim to deploy a more comprehensive approach to the challenges of precariousness as a whole at the regional level. FIR funding, like MIG funding, is subject to the principle of annual budgetary allocation. However, the ARSs may, either through the multi-year contract on objectives and resources for healthcare establishments or through a specific agreement, provide multi-year visibility to establishments and to professionals.

The amount of FIR funding for 2023 was €105 billion. The ARS allocation for 2023 for the Île-de-France region alone was €30,613,853.

Activity figures of PASS units

According to data from the monitoring of activity reports on missions of general interest, 206,562 individuals consulted a PASS at least once in 2021, compared with 193,108 in 2018. This figure increased to 252,778 in 2023. Île-de-France accounts for over a fifth of the active patient file (53,330 people).

In 2023, PASS units had 64% new patients in their active patient file (63% in Île-de-France). The average number of medical consultations in Île-de-France was 2.08 per patient, compared to 1.95 in 2022.

The 2023 activity report for hospital PASS units in Île-de-France, compiled by the ARS, reported an average active patient file of 615 patients per medical professional [1].

Social activity in 2023 was 1.71 consultations per patient for an active patient file of 44,801 patients (Fig. 2). In Île-de-France, nursing activity reported 1.52 consultations per patient, for a total of 32,267 consultations in 2023 (Fig. 3).

Patient profile

The population is predominantly male (57%) and young, with one-third of patients under the age of 25. In 2023, PASS units in France took 8,029 unaccompanied minors (UMs) into care. "Unaccompanied minors" refers to individuals who claim to be minors but have not yet been recognized as such by the state. That same year, the Ministry of Justice officially recognized the minor status of 19,370 of them.

Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) : dispositifs de prise en charge des plus précaires. Exemple de la PASS de l'Hôtel-Dieu de Paris
 PASS units: mechanisms for delivering healthcare to underserved populations. The example of the Hôtel-Dieu PASS, Paris

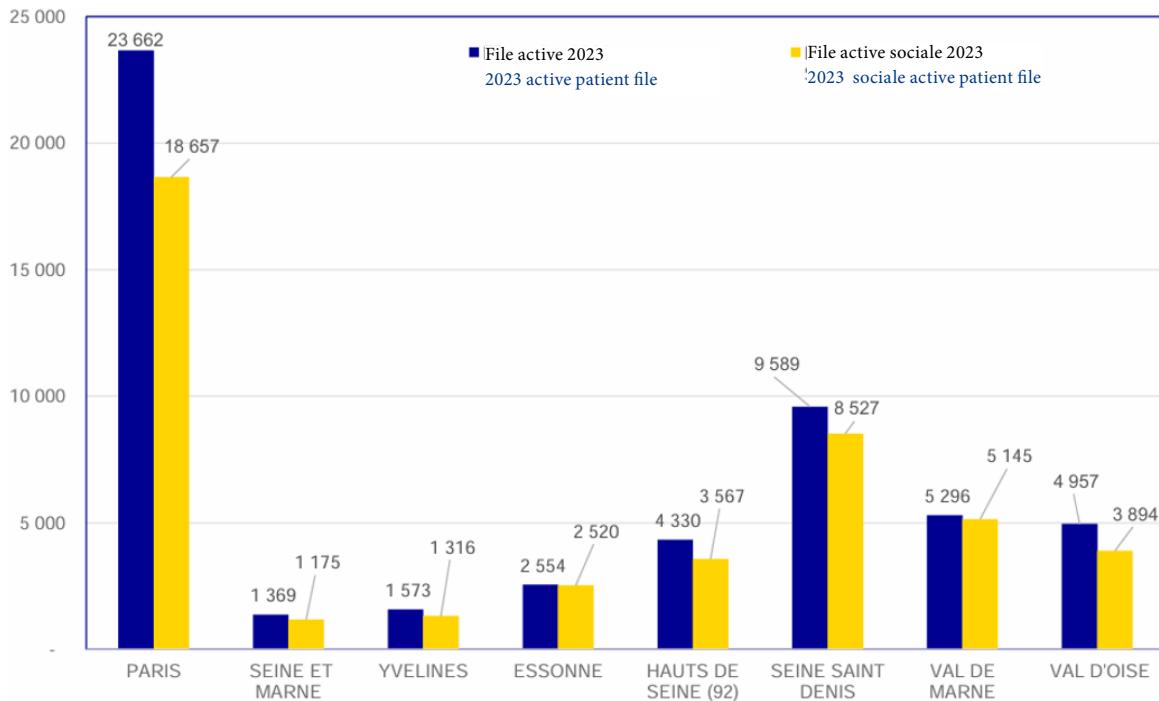


Figure 2 : Activité sociale en Île-de-France en 2023, selon les données de la DGOS, rapportant le nombre de patients en file active des travailleurs sociaux dans les PASS d'Île-de-France

Source : restitution de la DGOS de la Journée Régionale des PASS 2025

Figure 2: Social activity in Île-de-France in 2023, according to DGOS data, reporting the number of patients on the active patient file of social workers in the PASS units of Île-de-France

Source: DGOS report on the 2025 Regional PASS Day

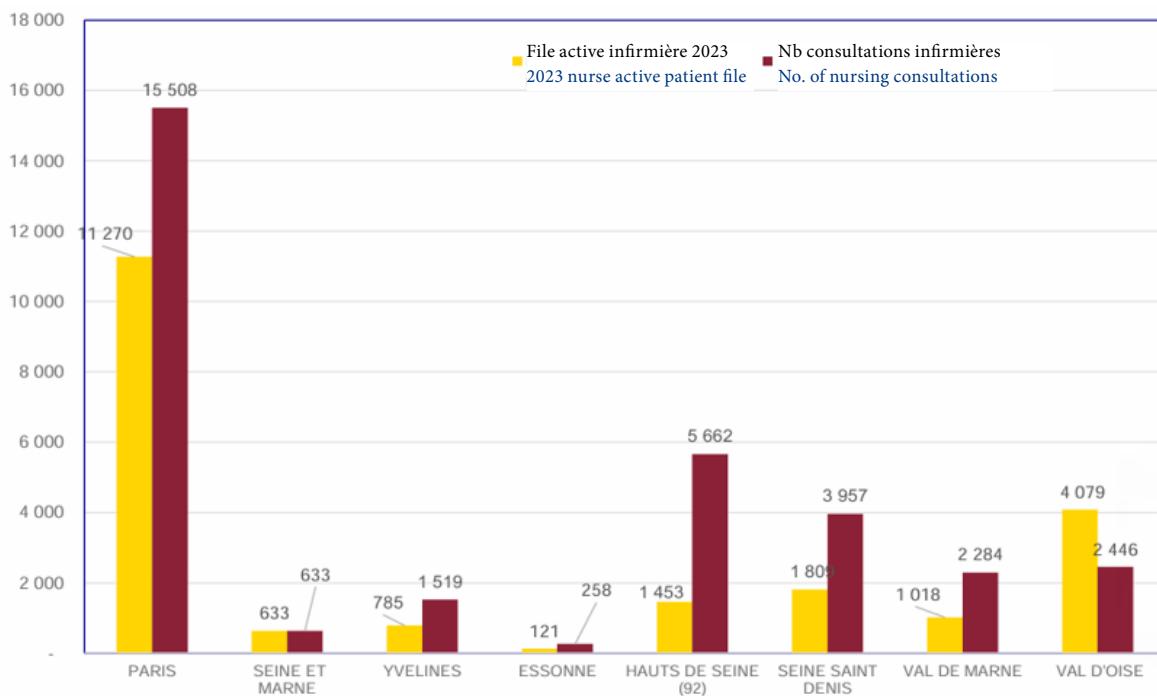


Figure 3 : Activité infirmière en Île-de-France en 2023 selon les données de la DGOS, rapportant le nombre de patients en file active des infirmier(e)s dans les PASS d'Île-de-France et le nombre de consultations réalisées

Source : restitution de la DGOS de la Journée Régionale des PASS 2025

Figure 3: Nursing activity in Île-de-France in 2023 according to DGOS data, reporting the number of patients on the active list of nurses in the PASS units of Île-de-France and number of consultations carried out

Source: DGOS report on the 2025 Regional PASS Day

En Île-de-France, 2 042 MNA déclarés ont été reçus, regroupant ainsi 25 % des MNA accueillis dans les PASS du territoire. La part des MNA parmi les demandeurs d'asile reste stable, représentant environ 4 % de l'ensemble des demandes déposées. Leur précarité de logement est manifeste : seuls 21 % ont un logement fixe, 26 % sont hébergés par des tiers et plus de 50 % sont en hébergements très précaires. Leur absence de couverture maladie (56 %) est un autre reflet de leur vulnérabilité. L'augmentation de la part de la population issue de l'immigration est constante. En 2023, la France comptait 7,3 millions d'immigrés, représentant 10,7 % de la population totale, marquant ainsi une augmentation de 3,8 % par rapport à 2022 et de 32 % par rapport à 2010 [6]. Ainsi, 74 % des personnes accueillies dans les PASS sont des migrants dont 30 % sont originaires d'Afrique subsaharienne (Fig. 4).

Les PASS ont su s'adapter et répondre aux demandes de ces patients issus de l'immigration qui représentaient originellement moins de 40 % des accueillis.

Le recours à l'interprétariat professionnel au cours des consultations augmente au fil des ans. Plus de 65 000 actes d'interprétariat supplémentaires ont été réalisés en 2023, comparativement à l'année précédente, sur les PASS du territoire.

Le nombre de personnes allophones dans la file active totale des PASS en 2023 était de 58 507 en 2023 (contre 55 641 en 2022) soit environ un patient sur quatre. Les PASS de Martinique et de Guyane sont particulièrement concernées avec un taux respectif de 44 % et 45 % de patients allophones, tandis qu'en Île-de-France le taux de consultations en langue étrangère est de 21 %, totalisant 10 205 actes d'interprétariat.

En parallèle à la demande croissante de consultation, la réforme de la couverture santé mise en place au 1^{er} janvier 2020 a introduit plusieurs mesures qui ont complexifié l'accès aux soins pour les personnes étrangères précarisées, qu'elles soient en situation régulière ou irrégulière : réduction de la période de maintien des droits, délai de carence de trois mois concernant les demandeurs d'asile pour l'accès au régime général d'assurance maladie, délai de présence de trois mois requis pour toute demande d'AME, obligation de dépôt physique en CPAM pour toute première demande d'AME (sauf dérogations particulières de PASS hospitalières). Ces modifications ont eu pour effet de restreindre l'accès aux soins des populations étrangères précarisées, exacerbant leur vulnérabilité et augmentant la pression sur les dispositifs spécifiques comme les PASS (Fig. 5).

Of the 2,042 UMs registered in Île-de-France, 25% were taken in by PASS units in the country. The proportion of UMs among asylum seekers remains stable at around 4% of all applications submitted.

The UMs' housing situation is clearly precarious: only 21% have permanent housing, 26% are housed by third parties, and over 50% are in very precarious accommodation. Their lack of health insurance (56%) is another reflection of their vulnerability.

The proportion of the population with an immigrant background is constantly increasing. In 2023, France had 7.3 million regular or irregular immigrants, representing 10.7% of the total population—an increase of 3.8% compared to 2022 and 32% compared to 2010 [6]. Consequently, 74% of individuals receiving PASS assistance are migrants, 30% of whom are from Sub-Saharan Africa (Fig. 4).

The PASS units have been able to adapt to the needs of immigrant patients, who originally accounted for less than 40% of those receiving assistance.

Over the years, the use of professional interpreters during consultations has increased. In 2023, PASS units across the country provided more than 65,000 additional interpreting services compared to the previous year.

In 2023, the number of non-French speakers in the total PASS active patient file was 58,507, representing approximately one in four patients, compared to 55,641 in 2022. PASS units in Martinique and French Guiana are particularly affected, with 44% and 45% of patients being non-French speakers, respectively. In Île-de-France, 21% of consultations are in a foreign language, totaling 10,205 interpreting services.

Alongside the growing demand for consultations, health coverage reforms implemented on January 1, 2020, introduced measures that complicated access to healthcare for vulnerable foreigners in both regular and irregular situations. These measures include a reduction in the benefits eligibility period, a three-month waiting period for asylum seekers to access the general health insurance system, a three-month presence requirement for all AME applications, and an in-person requirement for submitting initial AME applications at the CPAM (except for specific exemptions granted by hospital PASS units). These changes have restricted access to healthcare for disadvantaged foreign populations, exacerbating their vulnerability and putting more pressure on specific services, such as PASS (see Fig. 5).

Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) : dispositifs de prise en charge des plus précaires. Exemple de la PASS de l'Hôtel-Dieu de Paris
 PASS units: mechanisms for delivering healthcare to underserved populations. The example of the Hôtel-Dieu PASS, Paris

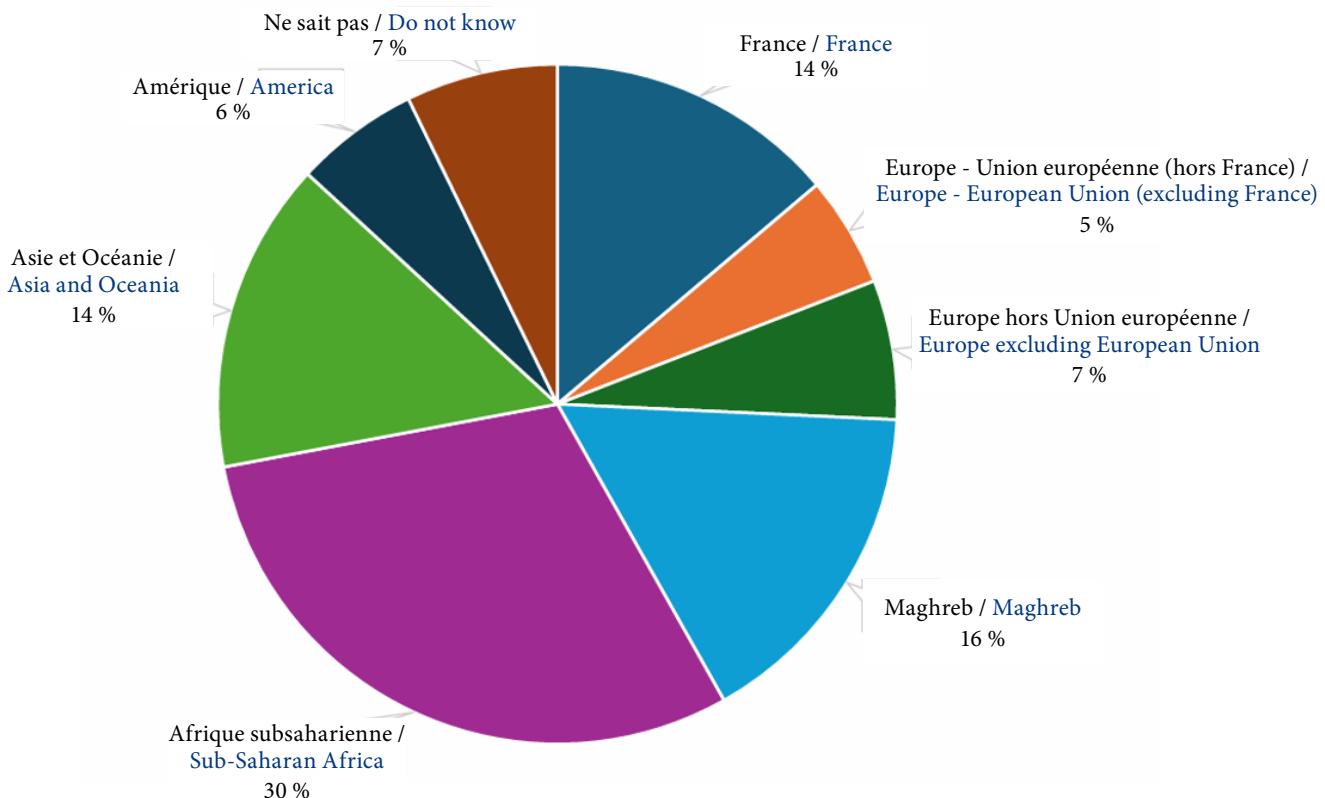


Figure 4 : Origine géographiques des patients des PASS en France sur l'année 2023.

Source : restitution de la DGOS de la Journée Régionale des PASS 2025

Figure 4: Geographical origin of PASS' patients in France in 2023.

Source: DGOS report on the 2025 Regional PASS Day

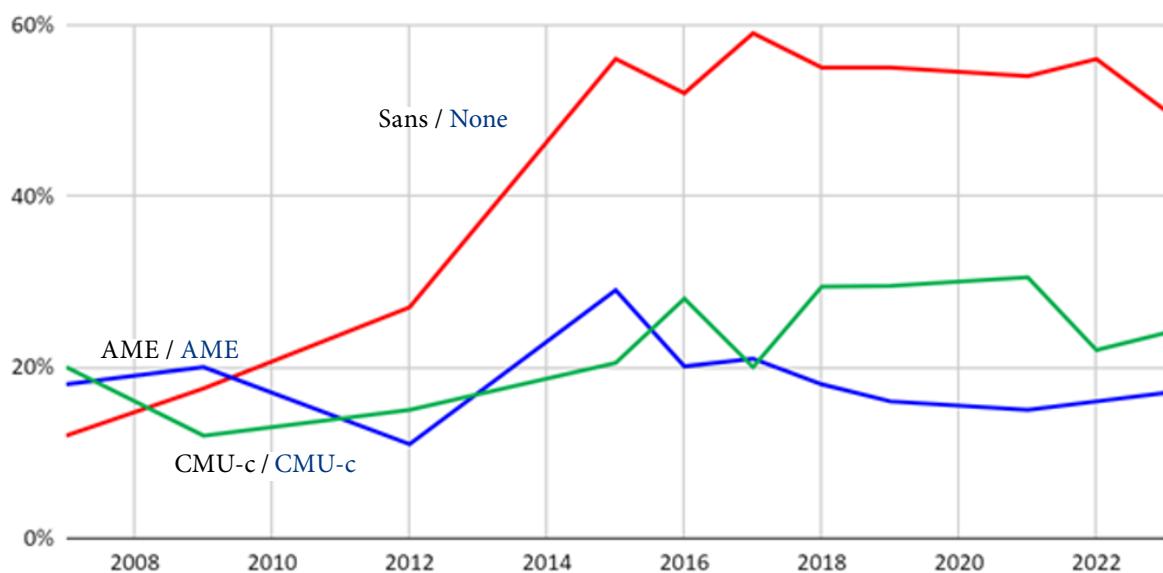


Figure 5 : Évolution entre 2008 et 2022 de la part de patients de la PASS de l'Hôtel-Dieu bénéficiant de l'AME, de la CMU-c/CSS et ne bénéficiant d'aucune ouverture de droits.

Source : Statistiques internes de la PASS de l'Hôtel Dieu

Figure 5: Change between 2008 and 2022 in the proportion of patients at the Hôtel-Dieu PASS receiving AME, CMU-c/CSS, and not entitled to any benefits.

Source: Internal statistics from the Hotel Dieu PASS

Dans la grande majorité des cas, les soins délivrés par la PASS ne sont pas soumis à facturation pour les patients. L'évaluation sociale par les assistants sociaux peut faire apparaître que, au moment de la réalisation des actes, les patients ne pourront pas bénéficier d'une couverture sociale. Leur prise en charge bascule alors dans le budget PASS.

En 2023, 69 % des patients reçus dans les PASS réparties sur tout le territoire ne disposaient d'aucune couverture maladie, représentant 152 805 patients au total; 10 % des 221 457 patients des files actives disposaient de l'AME et 10 % d'une protection universelle maladie (PUMA) sans complémentaire.

La précarité des patients reçus dans les PASS se caractérise également par leurs faibles ressources financières: 72 % des patients des PASS hospitalières en France ne bénéficient d'aucune ressource, ce qui rend l'accès à l'hébergement difficile, notamment si les patients ne relèvent pas des droits aux conditions matérielles d'accueil dans le cadre d'un droit d'asile. Ainsi, le rapport DGOS 2023 fait état de 27 % de patients vivant à la rue ou bénéficiant ponctuellement de l'accès à un hébergement d'urgence (*via* le numéro d'urgence sociale 115 majoritairement) et 2 % vivant dans des squats ou des bidonvilles; 36 % des patients sont logés par des amis ou des proches et 13 % par des associations sur une période prolongée. Seulement 13 % déclarent bénéficier d'un hébergement fixe et stable.

In most cases, care provided by PASS is not billed to patients. A social assessment by social workers may reveal that patients are not eligible for social security coverage at the time of care. Their care is then transferred to the PASS budget. In 2023, 69% of patients seen by PASS units nationwide had no health coverage, totaling 152,805 patients. Ten percent of the 221,457 patients on active waiting lists had AME, and 10% had universal health coverage (PUMA) without supplementary insurance.

The precarious situation of patients received by PASS units is also characterized by their limited financial resources. Seventy-two percent of hospital PASS patients in France have no resources, making access to housing difficult, especially if patients are not eligible for reception conditions under asylum law. According to the DGOS 2023 report, 27% of patients are homeless living on the streets or having occasionally access to emergency accommodations via the social emergency number 115, while 2% live in squats or slums. Additionally, 36% of patients are housed by friends or relatives, and 13% are housed by associations for an extended period. Only 13% report having fixed, stable accommodation.

Les PASS de l'Hôtel-Dieu de Paris: «*Medicus et hospes, hôte et médecin*»

L'Hôtel-Dieu a été fondé vers 660 par Saint Landry, officier à la chancellerie royale sous Clovis II. Il y recevait, à ses propres dépens, non seulement les malades mais aussi les mendiants et les simples pèlerins. «*Medicus et hospes, hôte et médecin*», telle était la devise de Saint Landry, nommé Evêque de Paris en l'an 630.

Symbolique dès sa création d'hospitalité et de charité, l'hôpital a conservé ces valeurs qui demeurent encore aujourd'hui très présentes dans son fonctionnement. Sa situation géographique au cœur de la capitale, au croisement des RER, fait de l'Hôtel-Dieu un hôpital de proximité pour de nombreux habitants des banlieues, au même titre que pour ceux qui travaillent ou résident à Paris.

The Hôtel-Dieu PASS in Paris: “*Medicus et hospes, host and doctor*”

The Hôtel-Dieu was founded around 660 by Saint Landry, who was an officer in the royal chancery under the king Clovis II. He received the sick, beggars, and simple pilgrims at his own expense. “*Medicus et hospes, host and doctor*” was the motto of Saint Landry, who was appointed bishop of Paris in 630.

A symbol of hospitality and charity since its creation, the hospital has retained these values, which remain very much alive in its operations today. Its location in the heart of the capital, at the intersection of the regional express network lines, makes Hôtel-Dieu a local hospital for many suburban residents, as well as for those who work or live in Paris.

Personnels et services concernés

La PASS de l'Hôtel-Dieu a fait le choix de faciliter au maximum l'accueil des patients en situation de précarité en organisant dans une unité de lieu une prise en charge multidisciplinaire. Forte de ses 10 médecins (correspondant à deux équivalents temps-plein), dont une oncologue, elle compte 3 infirmiers, 3 assistants sociaux, une secrétaire sociale et une aide-soignante. Elle participe à la formation et à la sensibilisation des professionnels du secteur sanitaire et social en accueillant en son sein six internes de médecine générale par semestre et quatre externes par trimestre, huit jeunes volontaires en roulement sur l'année, quatre stagiaires infirmiers et deux stagiaires des services sociaux. Les jeunes volontaires ont pour mission d'accompagner les patients dans leurs démarches avant et après les rendez-vous médicaux, mais aussi au sein des différents services. À ces effectifs de la PASS de médecine générale, s'ajoutent ceux des PASS ophtalmologique et bucco-dentaire avec l'intervention d'une médecin ophtalmologue bénévole, trois dentistes sur site et trois orthoptistes.

Le service de radiologie du site de l'Hôtel-Dieu vient compléter le panier de soins en offrant un plateau technique privilégié pour les patients de la PASS qui peuvent en bénéficier au même titre que les assurés sociaux.

La PASS bénéficie également d'une offre podologique via le dispositif PODOPASS, grâce à une podologue bénévole qui intervient de manière hebdomadaire pour des soins qui sont difficiles d'accès pour des considérations financières et qui sont pourtant nécessaires, particulièrement chez les patients précaires à risque de complications ostéo-articulaires et infectieuses.

En 2016, devant la très grande difficulté à accéder aux soins ophtalmologiques de ces patients, compte tenu de la faible démographie médicale, des soins coûteux délivrés en secteur 2 et du prix élevé des lunettes, une PASS ophtalmologique a été créée, avec la possibilité de fournir les lunettes *in situ* grâce à un partenariat avec One Sight Essilor Luxottica.

En 2018, une PASS dentaire est venue compléter l'offre de soins proposée par la PASS généraliste, en raison des besoins importants exprimés par les patients dont la prise en charge en ville était freinée par des raisons identiques à celle de la prise en charge ophtalmologique. Seuls les soins prothétiques n'y sont pas pratiqués. Une réflexion est en cours sur ce sujet.

Staff and services involved

The Hôtel-Dieu PASS makes it as easy as possible for patients in precarious situations to receive care by organizing multidisciplinary care in one location. The team consists of 10 physicians (equivalent to two full-time positions), including an oncologist, three nurses, three social workers, a social secretary, and a nursing assistant. Hôtel-Dieu participates in training and raising awareness among professionals in the health and social sectors. It does so by welcoming six general medicine residents per semester, four younger nonresident students per quarter, eight young volunteers on a rotating basis throughout the year, four nursing residents, and two social services residents. The young volunteers support patients before and after medical appointments and within various departments.

In addition to the general medical PASS staff, there is also an ophthalmology and dentistry PASS with a volunteer ophthalmologist, three dentists, and three orthoptists on site.

The Hôtel-Dieu radiology department complements the range of care offered by providing a specialized technical platform for PASS patients, who benefit from it in the same way as patients with social security coverage.

The PASS also offers podiatry services through the PODOPASS program. A volunteer podiatrist provides weekly care that would otherwise be difficult to access due to financial constraints. This care is particularly important for vulnerable patients at risk of osteoarticular and infectious complications.

Due to the significant difficulty these patients had accessing eye care, caused by the low number of specialists, the high cost of care in the private sector, and the high price of glasses, an ophthalmological PASS was created in 2016. Thanks to a partnership with One Sight Essilor Luxottica, the PASS has the ability to provide glasses on site. In 2018, a dental PASS was added to the general PASS due to significant patient demand. Patients' treatment was hindered by the same reasons that affected ophthalmological care. Only prosthetic care is not provided. This issue is currently under consideration.

Recently, we found that physiotherapy has become inaccessible. Even with social security coverage (CSS, formerly CMU-c, or universal supplementary medical coverage) or with AME, many patients cannot receive care. Many say they are refused by practitioners. Others report being asked to pay an additional fee they cannot afford. Since

Plus récemment, nous avons constaté que les soins de kinésithérapie sont devenus inaccessibles : même avec une couverture sociale solidaire (CSS, ancienne couverture médicale universelle complémentaire CMU-c) ou avec une AME, nombre de patients n'arrivent pas à être pris en charge. Beaucoup disent être refusés par le praticien. D'autres révèlent qu'un supplément financier leur a été demandé, supplément qu'ils ne peuvent pas prendre à leur charge. Aussi, depuis 2021, la PASS de l'Hôtel-Dieu, grâce à un partenariat avec Rééducateurs solidaires, peut offrir *in situ*, via son dispositif « KinéPass », ces soins qui sont indispensables, comme en témoigne la fréquence des motifs traumatologiques.

Depuis 2022, la collaboration étroite avec le service de psychiatrie et le soutien de la Fondation de France ont permis le renforcement de la prise en charge psychiatrique des patients en situation de vulnérabilité, avec la mise en place du dispositif COMPASS-PSY. Il s'agit d'un dispositif en 4 axes liés à la très forte prévalence des troubles psychiques dans cette population. Premièrement, des *staffs* psychiatriques hebdomadaires avec une psychologue et un psychiatre permettent aux soignants de poursuivre les soins dans l'axe des conseils et décisions prises, d'orienter les patients de manière adaptée et de se former. Deuxièmement, des consultations en binôme médecin/psychologue dites « de compagnonnage » permettent aux soignants d'acquérir un savoir-faire et un savoir-être face aux demandes psychiatriques, et en particulier aux troubles de stress post-traumatique, et apportent aux patients un apaisement et une écoute bienveillante. Des ateliers de groupe hebdomadaires de patients axés sur la stabilisation émotionnelle complètent l'offre. Enfin, des consultations dédiées avec un psychiatrique peuvent être proposées.

La possibilité d'offrir un lieu de soins et une prise en charge holistique dans plusieurs permanences d'accès aux soins dans un même établissement (plusieurs PASS : PASS généraliste, PASS bucodentaire, PASS ophtalmologie, KinéPASS, COMPASS-PSY) facilite la compréhension du parcours de soin par les patients et leur adhésion aux soins. À titre d'exemple, le dépistage systématique chez les nouveaux patients, notamment des maladies infectieuses, peut se faire au sein de la même structure grâce aux actes infirmiers et aux radiographies thoraciques qui peuvent se faire le jour même après la consultation médicale. Les traitements peuvent être ensuite délivrés par la pharmacie hospitalière.

2021, a partnership with *Rééducateurs Solidaires* has enabled the Hôtel-Dieu PASS to offer, via its “KinéPass” scheme, this essential care on site, as evidenced by the frequency of physical trauma cases.

Since 2022, close collaboration with the psychiatry department and support from the *Fondation de France* have strengthened psychiatric care for vulnerable patients through the implementation of the COMPASS-PSY program. This four-pronged program addresses the high prevalence of mental disorders in this population. First, weekly staff meetings with a psychologist and a psychiatrist allow caregivers to provide care according to the recommendations made, to refer patients appropriately, and to receive training. Secondly, joint doctor/psychologist consultations, known as “companionship” consultations, allow caregivers to develop the knowledge and skills necessary to address psychiatric issues, especially post-traumatic stress disorder, and to provide patients with reassurance and support. Weekly group workshops for patients focused on emotional stabilization complete the program. Finally, dedicated consultations with a psychiatrist are available. Offering care and holistic treatment within the same healthcare establishment (several PASS units: general PASS, dentistry PASS, ophtalmology PASS, KinéPASS, COMPASS-PSY) helps patients understand their care pathway and adhere to treatment. For instance, new patients can undergo systematic screening, especially for infectious diseases, within the same facility thanks to nursing procedures and chest X-rays performed on the same day as the medical consultation. The hospital pharmacy can then dispense treatments. The PASS is supported by associations, particularly the *Amis de la PASS*, which provide human and financial resources to improve access to care for vulnerable patients at Hôtel-Dieu.

La PASS bénéficie du soutien d'associations, notamment des Amis de la PASS, qui participent à faciliter, par des moyens humains et financiers, l'accès aux soins des patients les plus vulnérables accueillis au sein de l'Hôtel-Dieu.

Activité globale

L'accueil des plus démunis se décline sur l'ensemble de l'hôpital mais la présence d'une PASS généraliste depuis 1998 a grandement facilité leur prise en charge : en 2023, plus de 10 500 consultations médicales, 3 200 entretiens sociaux et 4 500 actes infirmiers ont été délivrés pour 4 144 patients différents (file active). En 10 ans, la PASS a effectué plus de 100 000 prises en charge médico-sociales. La PASS de l'Hôtel-Dieu a comptabilisé 75 % de nouveaux patients dans sa file active en 2023. En 2023, 844 consultations ophtalmologiques ont été dispensées chez 691 patients. La PASS dentaire a fourni 1 330 consultations pour 707 patients en 2023.

Profil socio-démographique des patients de la PASS de l'Hôtel-Dieu

De 1998 à 2015, la proportion des femmes consultant à la PASS de l'Hôtel-Dieu a augmenté, reflétant la part croissante des femmes dans la migration subsaharienne (> 40%). Depuis 2015, la tendance s'est inversée et la proportion des hommes n'a cessé de croître, passant de 56 % à 71 %. Ce pourcentage, différent de la moyenne nationale, reflète la forte fréquentation de migrants originaires d'Asie, essentiellement d'hommes afghans (Fig. 6).

La moyenne d'âge a chuté de près de 10 points sur les 8 dernières années, passant de 43 à 34 ans. Ce constat s'explique par l'augmentation croissante de consultations dédiées aux très jeunes migrants, mineurs non accompagnés (MNA). En 2023, la PASS de l'Hôtel-Dieu a effectué 1 714 consultations (> 15 % de la file active) pour des MNA contre 50 en 2015 (Fig. 7). Cette situation est généralisable au reste de la France, puisque d'après le rapport sur les MNA du ministère de la Justice de mi-2023, 15 000 MNA ont été identifiés en 2022 *versus* 5 000 en 2014 [9].

Les patients présentent tous un ou plusieurs facteurs de vulnérabilité, selon l'étude menée en 2023 et portant sur l'évaluation de la vulnérabilité et des conditions médico-sociales des patients [14] :

- Un quart des patients reçus en consultation dorment dans la rue, 32 % sont hébergés par un tiers, 32 % sont accueillis par une association et moins de 10 % disposent d'un logement personnel (Fig. 8).

Overall activity

The most disadvantaged patients are welcomed throughout the hospital. However, the presence of a general PASS since 1998 has greatly facilitated their care. In 2023, the PASS provided more than 10,500 medical consultations, 3,200 social interviews, and 4,500 nursing procedures for 4,144 different patients (active cases). Over the past 10 years, the PASS has provided over 100,000 medical and social care services. In 2023, it recorded 75% new patients in its active patient file. That same year, 844 ophthalmological consultations were provided to 691 patients. The dental PASS provided 1,330 consultations to 707 patients in 2023.

Socio-demographic profile of patients at the Hôtel-Dieu PASS

From 1998 to 2015, the proportion of women consulting the Hôtel-Dieu PASS increased, reflecting the growing proportion of women in migration from sub-Saharan Africa (>40%). Since 2015, however, the trend has reversed, with the proportion of men continuing to grow from 56% to 71%. This percentage differs from the national data and reflects the high number of Asian migrants, primarily Afghan men (Fig. 6).

The average age has decreased by nearly 10 years over the last eight years, dropping from 43 to 34. This can be explained by the growing number of consultations dedicated to very young migrants unaccompanied minors (UMs). In 2023, the Hôtel-Dieu PASS conducted 1,714 consultations (over 15% of the active patient file) for UMs, compared to 50 in 2015 (Fig. 7). This situation can be generalized to the rest of France since, according to the mid-2023 Ministry of Justice report on UMs, 15,000 UMs were identified in 2022 compared to 5,000 in 2014 [9].

According to a study conducted in 2023 on the assessment of patients' vulnerability and socio-medical conditions, all patients have one or more vulnerability factors [14] :

- A quarter of patients seen in consultations sleep on the streets; 32% are housed by a third party; 32% are taken in by an association; and less than 10% have their own home (Fig. 8).

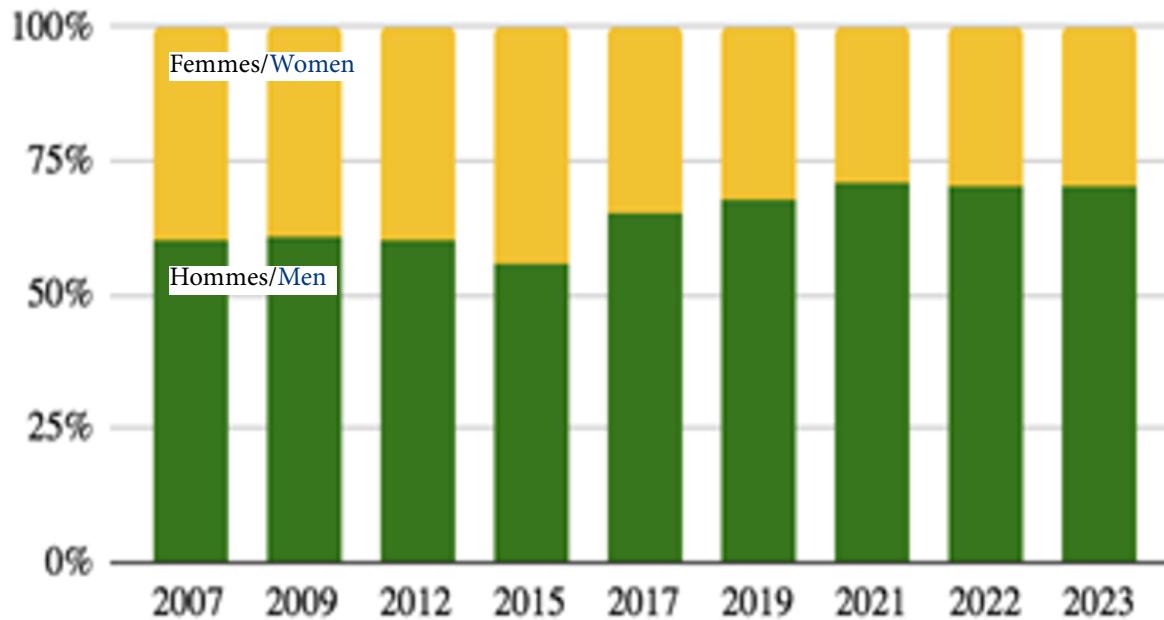


Figure 6 : Évolution du rapport homme/femme chez les consultants de la PASS de l'Hôtel-Dieu de 2007 à 2023
Source : Statistiques internes de la PASS de l'Hôtel Dieu

Figure 6: Changes in the male/female ratio among consultants at the Hôtel-Dieu PASS from 2007 to 2023
Source: Internal statistics from the Hotel Dieu PASS

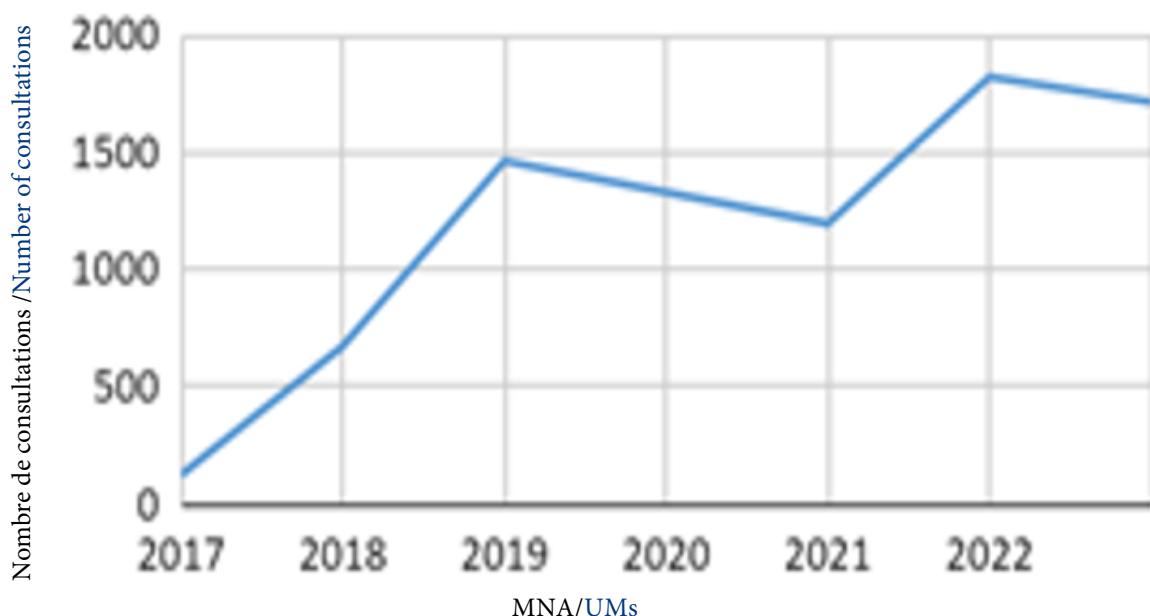


Figure 7 : Évolution du nombre de consultations dédiées à des mineurs non accompagnés (MNA) entre 2017 et 2023 au sein de la PASS de l'Hôtel-Dieu.

Source : Statistiques internes de la PASS de l'Hôtel Dieu

Figure 7: Evolution of the number of consultations dedicated to unaccompanied minors (UMs) between 2017 and 2023 within the Hôtel-Dieu PASS

Source: Internal statistics from the Hotel Dieu PASS

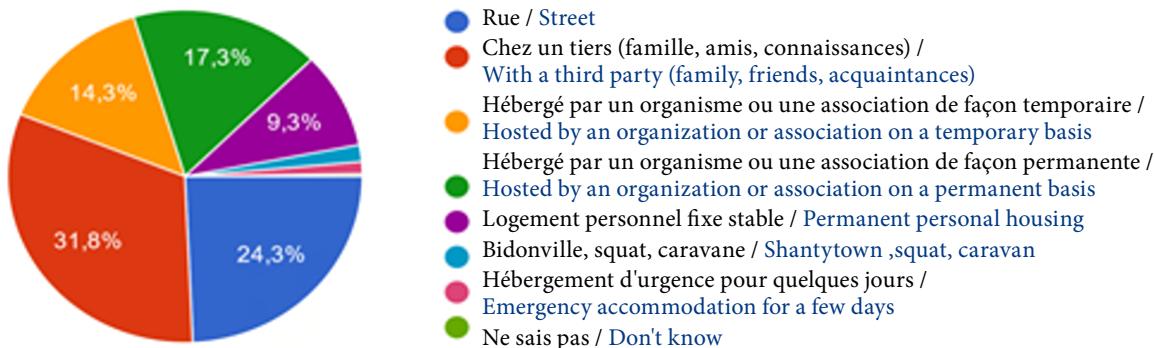


Figure 8 : Répartition des différents types de domicile déclarés par les patients de la PASS de l'Hôtel-Dieu en 2023

Source : Enquête ponctuelle de 2023 sur 432 hétéro-évaluations

Figure 8: Distribution of different types of residence reported by patients registered with the Hôtel-Dieu PASS in 2023

Source : 2023 point-in-time survey involving 432 third-party assessments

- Près des 2/3 n'accèdent pas à 3 repas par jour pour des raisons financières (Fig. 9).
- La moitié n'a pas de couverture maladie, 17% disposent de l'AME, 24 % de la CSS et 10 % bénéficient seulement d'un accès à la Sécurité sociale sans complémentaire (Fig. 5).
- Près de la moitié des patients a un suivi social en dehors de l'unité et 60 % sont adressés par une association partenaire.

Plus de 100 pays d'origine étaient représentés en 2023, avec une tendance à la hausse de cette diversité: 2 % étaient originaires de France en 2023 *versus* 13 % en 2015. Si la proportion des patients originaires d'Afrique subsaharienne est majoritaire (61 % en 2023 *versus* 53 % en 2015), la part des patients d'origine asiatique est croissante (21 % *versus* 11 %), alors que celles du Maghreb (6 % *versus* 8 %) ou de l'Europe (3 % *versus* 7 %) demeurent stables (Fig. 10).

Concernant la langue utilisée par les patients, les statistiques concordent avec ce qui est observé en Île-de-France [16]: 21 % des consultations qui ont eu lieu en 2023 ont été menées en langue étrangère. La langue la plus représentée était le Pashto (Afghanistan et Pakistan), suivi du Dari (Afghanistan), puis du Bengali (Bangladesh, Inde). Pour 60 % des consultations, la communication a été jugée difficile par le médecin (Fig. 11), ce qui explique, en partie, l'explosion des demandes de recours à l'interprétariat professionnel: 1 244 appels soit 21 % des consultations *versus* 4 % en 2018 (Fig. 12).

- Nearly two-thirds do not have access to three meals a day for financial reasons (Fig. 9).
- Half have no health insurance; 17% have access to AME; 24% to CSS (social health insurance for low-income individuals); and 10% have access only to Social Security, without supplementary insurance (Fig. 5).
- Nearly half of the patients receive social services outside the unit, and 60% are referred by a partner association.

In 2023, more than 100 countries of origin were represented, reflecting an increasing trend in diversity. For example, 2% of patients were from France in 2023, compared to 13% in 2015. The proportion of patients from sub-Saharan Africa remains high (61% in 2023 *versus* 53% in 2015), while the proportion of patients of Asian origin is growing (21% *versus* 11%). Those from the Maghreb and Europe remain stable (6% and 3%, respectively, *versus* 8% and 7% in 2015) (Fig. 10). Regarding the languages used by patients, the statistics are consistent with those observed in the Île-de-France region [16]. In 2023, 21% of consultations were conducted in a foreign language. The most commonly spoken languages were Pashto (spoken in Afghanistan and Pakistan), Dari (spoken in Afghanistan), and Bengali (spoken in Bangladesh and India). For 60% of consultations, the communication was considered difficult by the doctor (Fig. 11), which partly explains the increase in requests for professional interpreters: There were 1,244 calls, accounting for 21% of consultations, compared with 4% in 2018 (Fig. 12).

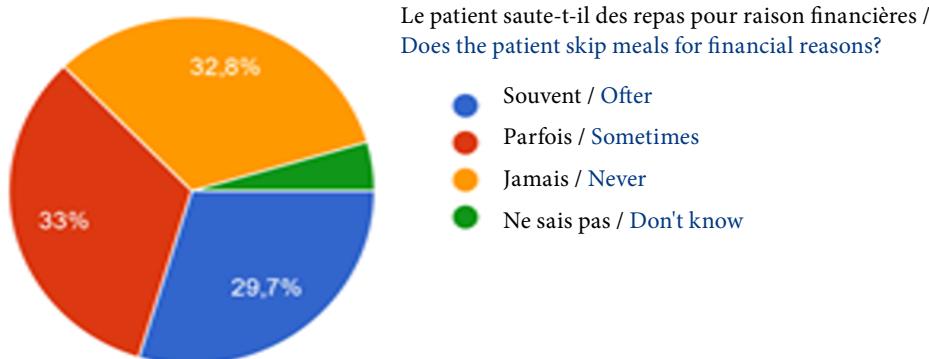


Figure 9 : Difficulté d'accès aux repas par manque de ressources chez les patients de la PASS de l'Hôtel-Dieu en 2023

Source : Enquête ponctuelle de 2023 sur 432 hétéro-évaluations

Figure 9: Difficulty accessing meals due to lack of resources among Hôtel-Dieu PASS patients in 2023

Source : 2023 point-in-time survey involving 432 third-party assessments

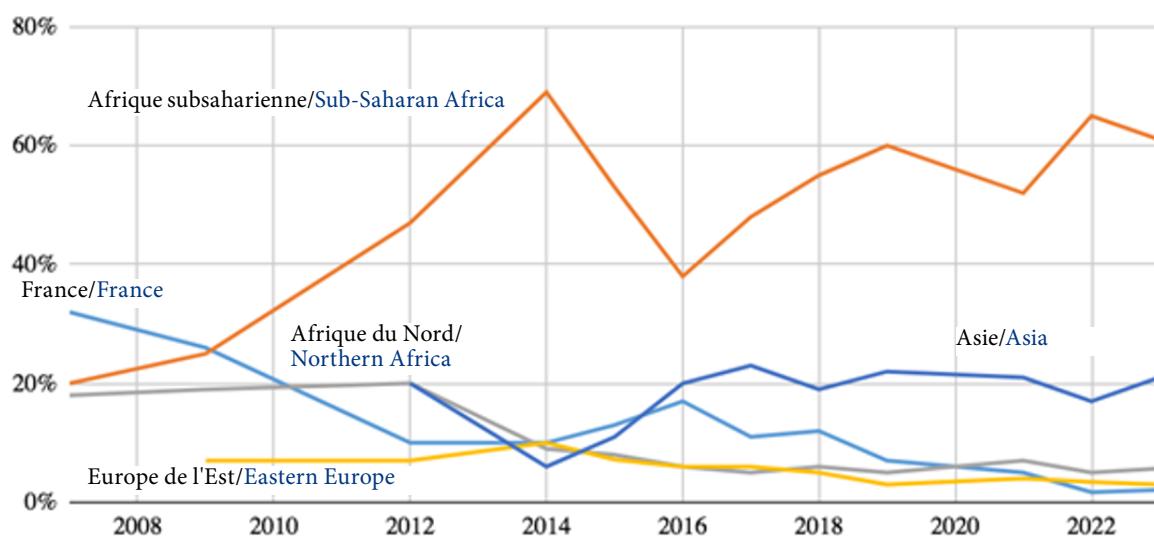


Figure 10 : Répartition selon l'origine géographique des patients de la PASS de l'Hôtel-Dieu entre 2008 et 2022

Source : Statistiques internes de la PASS de l'Hôtel Dieu

Figure 10: Distribution by geographical origin of patients in the Hôtel-Dieu PASS at the between 2008 and 2022

Source : Internal statistics from the Hotel Dieu PASS

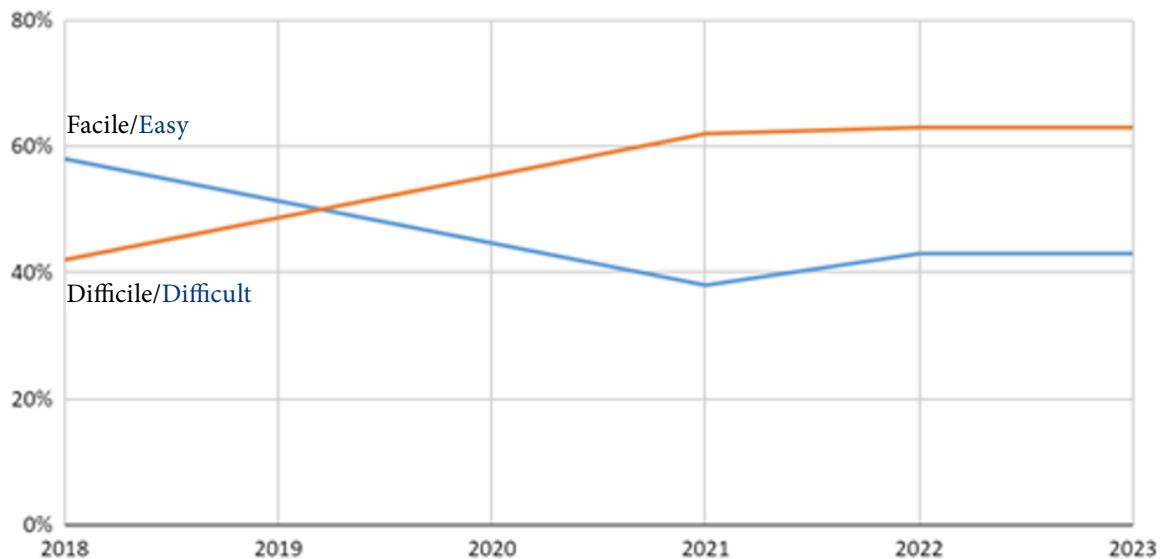


Figure 11 : Évaluation de la difficulté de communication par le médecin au cours de la consultation avec le patient au sein de la PASS de l'Hôtel-Dieu et son évolution entre 2018 et 2023. Source : Statistiques internes de la PASS de l'Hôtel Dieu

Figure 11: Assessment of communication difficulties experienced by physicians during consultations with patients at the Hôtel-Dieu PASS and changes between 2018 and 2023

Source: Internal statistics from the Hotel Dieu PASS

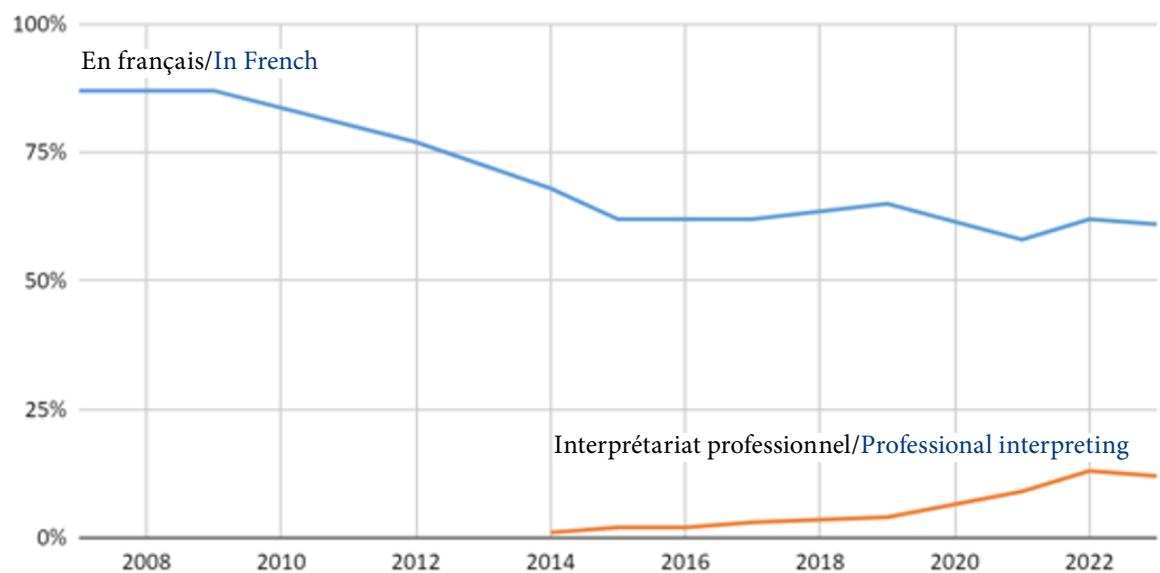


Figure 12 : Évolution du recours à l'interprétariat professionnel entre 2008 et 2023

Source : Statistiques internes de la PASS de l'Hôtel Dieu

Figure 12: Changes in the use of professional interpreters between 2008 and 2023

Source: Internal statistics from the Hotel Dieu PASS

Pathologies observées

Les motifs de consultation sont très divers. Des tendances générales se dessinent néanmoins : les motifs ayant trait à la traumatologie sont surreprésentés, de même que les pathologies infectieuses. Les motifs relatifs à la psychiatrie et à la gastro-entérologie (1 patient sur 4) sont plus fréquents qu'en population générale. En revanche, les consultations pour viroses sont très peu représentées (5 %) (Fig. 13).

Les pathologies les plus fréquentes ayant motivé une consultation en 2023 se déclinent comme suit :

- **Hypertension artérielle (HTA).** Le taux d'HTA est de 19,2 %. L'HTA touche particulièrement les plus de 40 ans (44 %). La découverte d'HTA se fait souvent à des grades sévères ($> 180/110$ mmHg de pression). Pour rappel, en France métropolitaine, près d'un adulte sur 3 est hypertendu, surtout dans les classes d'âge élevées. La différence entre la population générale et la population de la PASS concerne l'atteinte plus précoce et plus sévère de l'HTA chez cette dernière.
- **Diabète.** Le diabète concerne 12,6 % des motifs de consultation avec 10 % de diabètes non insulino-dépendants et 2,6 % de diabètes insulino-dépendants. Ce sont 29,9 % des plus de 40 ans qui sont touchés, soit presque 1 patient sur 3 [14]. Pour rappel, en France, la prévalence de diabète est de 5,6 % [18]. Les patients ont un taux d'HbA1c plus élevé que la moyenne nationale, un suivi moins régulier et des microangiopathies plus fréquentes [7].
- **Hépatite virale B.** L'hépatite B est particulièrement prégnante avec un taux, en 2022, de 9,9 % (IC95 % : 7,5 - 12,3). Pour rappel, la prévalence en France métropolitaine en 2016 était estimée à 0,3 % (0,13 - 0,70) [15] (Fig. 14).
- **Hépatite virale C.** L'hépatite C active (définie par une sérologie et une charge virale positive) a une prévalence de 1,14 % parmi les patients de la PASS en 2022, soit 4 fois plus que dans la population générale adulte en France métropolitaine : en 2016, le baromètre santé estimait sa prévalence à 0,3 % (IC95 % : 0,13 - 0,70) [15] (Fig. 14).
- **Infection par le VIH.** Le taux d'infection à VIH est établi à 1,17 % en 2022. Cette donnée est à surveiller au cours des prochaines années. En effet, d'après Santé publique France, le nombre de découvertes de séropositivité VIH a augmenté entre 2021 et 2023, particulièrement chez les personnes nées à l'étranger [16] (Fig. 15).

Pathologies observed

The reasons for consultation are diverse. However, some general trends are emerging. Reasons related to trauma and infectious diseases are overrepresented. Reasons related to psychiatry and gastroenterology are more common than in the general population (1 in 4 patients). Conversely, consultations for viral infections are very low (5%) (Fig. 13).

The most common conditions leading to consultations in 2023 were as follows:

- **High blood pressure (HBP).** The HBP rate is 19.2%. HBP particularly affects people over 40 (44%). It is often diagnosed at severe levels ($>180/110$ mmHg). As a reminder, nearly one in three adults in mainland France has high blood pressure, especially in older age groups. The difference between the general population and the PASS population is that the latter is affected by HBP at an earlier age and more severely.
- **Diabetes.** Diabetes accounts for 12.6% of consultations, with 10% being non-insulin-dependent and 2.6% being insulin-dependent. It affects 29.9% of people over the age of 40, or nearly one in three patients [14]. As a reminder, the prevalence of diabetes in France is 5.6% [18]. Patients have higher HbA1c levels than the national average, less regular follow-up and more frequent microangiopathies [7].
- **Viral hepatitis B.** Hepatitis B is particularly prevalent, with an incidence rate of 9.9% in 2022 (95% CI: 7.5-12.3). For reference, the prevalence in mainland France in 2016 was estimated at 0.3% (0.13-0.70) [15] (Fig. 14).
- **Viral hepatitis C.** The prevalence of active hepatitis C (defined by positive serology and viral load) is 1.14% among PASS patients, which is four times higher than the prevalence in the general adult population of metropolitan France. In 2016, the Health Barometer estimated the prevalence of active hepatitis C at 0.3% (95% CI: 0.13-0.70) [15] (Fig. 14).
- **HIV infection.** The HIV infection rate is estimated at 1.17% in 2022. This data should be monitored over the next few years. According to Santé publique France, the number of new HIV diagnoses is increasing between 2021 and 2023, particularly among individuals born outside of France [16], as shown in Fig. 15.

Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) : dispositifs de prise en charge des plus précaires. Exemple de la PASS de l'Hôtel-Dieu de Paris
 PASS units: mechanisms for delivering healthcare to underserved populations. The example of the Hôtel-Dieu PASS, Paris

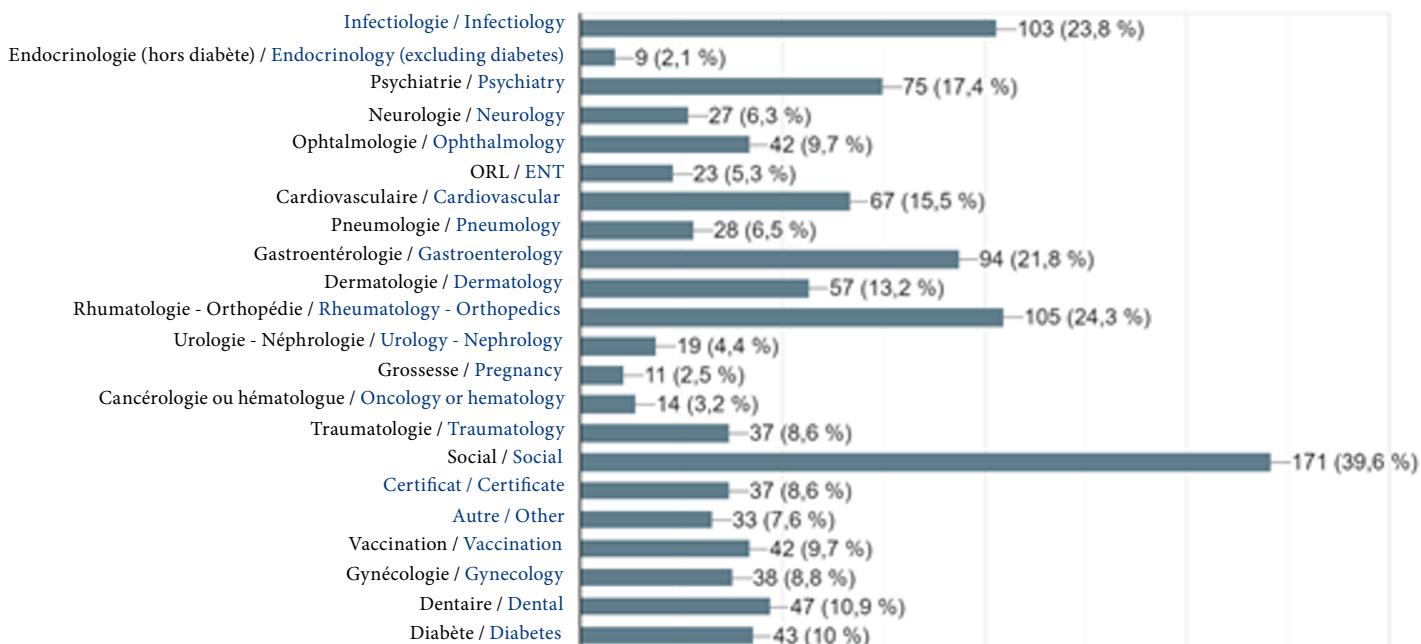


Figure 13: Diagnostic(s) retenu(s) en fin de consultation par le médecin de la PASS de l'Hôtel-Dieu

Source: Enquête ponctuelle de 2023 sur 432 hétéro-évaluations

Figure 13: Diagnosis/Diagnoses established at the end of the consultation by the PASS doctor at Hôtel-Dieu

Source: 2023 point-in-time survey involving 432 third-party assessments

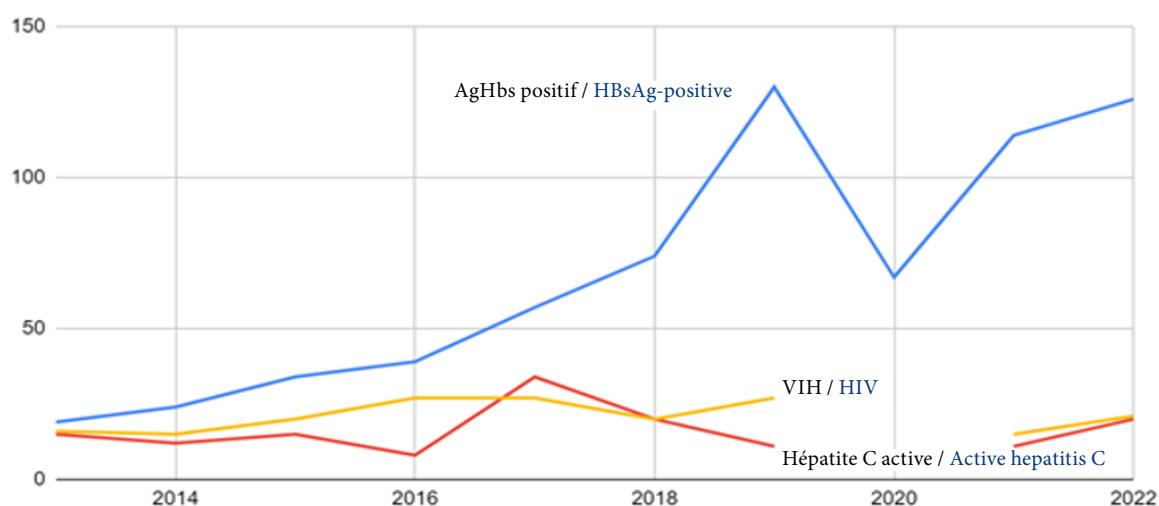


Figure 14: Estimation du nombre d'AgHbs positif, du nombre d'hépatite C active (donnée manquante 2020) et du nombre de VIH (donnée manquante 2020) par an au sein de la PASS de l'Hôtel-Dieu

Source: COPIL de la PASS de l'Hôtel-Dieu 2023

Figure 14: Estimated annual number of HBsAg-positive cases, active hepatitis C cases (missing data 2020), and HIV cases (missing data 2020) within the Hôtel-Dieu PASS.

Source: Hotel Dieu PASS Steering Committee 2023

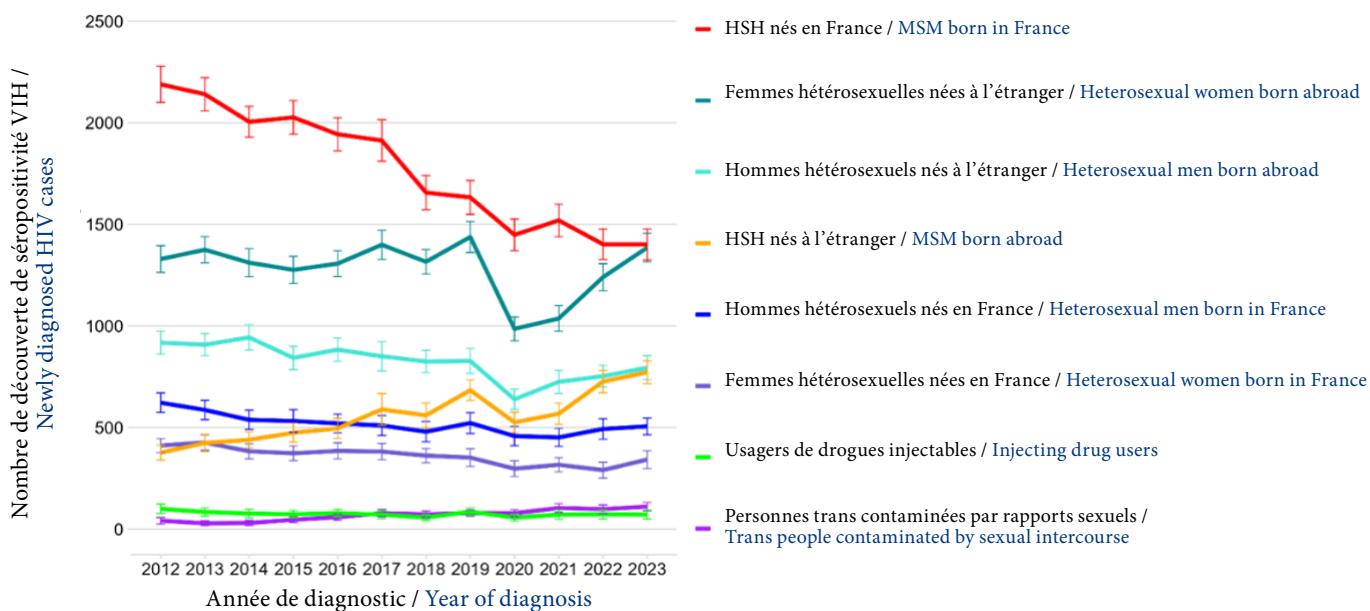


Figure 15 : Evolution du nombre de découverte de séropositivité VIH, en France, selon le type de population (définie par le genre, le mode de contamination probable et le lieu de naissance) entre 2012 et 2023. HSH : Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes

Source : Déclaration obligatoire de l'infection à VIH (DO VIH), Données au 30/06/2024, corrigées pour les délais de déclaration, la sous-déclaration et les valeurs manquantes

Figure 15: Trends in newly diagnosed HIV cases in France by population group (defined by gender, probable mode of transmission, and country of birth), from 2012 to 2023

MSM: Men who have sex with men

Source: Mandatory HIV Reporting (DO VIH), Data as of 06/30/2024, adjusted for reporting delays, underreporting, and missing values

- Tuberculose.** Chaque année, une trentaine de diagnostics de tuberculose maladie sont posés sur les 4 000 patients différents reçus. De manière plus factuelle, on peut citer les données de la Société de pathologie infectieuse de langue française : l'incidence chez les personnes nées hors de France (31/100 000) est environ 10 fois supérieure à celle des personnes nées en France. Elle affecte plus particulièrement les strates les plus pauvres de la population, notamment les personnes sans domicile fixe chez qui l'incidence (autour de 61/100 000) dépasse de très loin celle des autres groupes sociaux [19].

- Infections tuberculeuses latentes.** Trois cents tests de libération de l'interféron gamma ont été réalisés en 2022 au sein de la PASS auprès des patients mineurs et migrants venant de zones de forte prévalence, afin d'identifier les cas de tuberculose latente : 35 % des tests réalisés se sont avérés positifs. Comparativement, 23 % de la population mondiale en 2014 avaient une tuberculose latente. La question du dépistage et du traitement des infections tuberculeuses latentes présente un enjeu majeur de santé publique, compte tenu du risque de multiplication

- Tuberculosis.** Around 30 cases of tuberculosis are diagnosed each year among the 4,000 patients seen. According to the French Society of Infectious Diseases, the incidence rate among people born outside of France (31/100 000) is approximately 10 times higher than among those born in France. The disease particularly affects the poorest sections of the population, especially homeless people, among whom the incidence rate (around 61 per 100,000 people) far exceeds that of other social groups [19].

- Latent tuberculosis infections.** In 2022, 300 interferon gamma release tests were performed within the PASS among minors and migrants from high-prevalence areas to identify latent tuberculosis cases. Thirty-five percent of the tests were positive. For comparison, 23% of the world's population had latent tuberculosis in 2014. Screening and treating latent tuberculosis infections is a major public health challenge given the risk of an increase in emerging tuberculosis cases transmitted by migrants, especially in countries with low tuberculosis incidence [4].

de cas émergents de tuberculose maladie, véhiculés par des personnes en situation de migration, surtout dans les pays à faible incidence de tuberculose [4]

Vaccinations

En 2022, 2 700 vaccinations ont été réalisées à la PASS de l'Hôtel-Dieu dans le but de rattraper un retard vaccinal selon le calendrier des recommandations françaises. Les principaux vaccins qui ont été administrés étaient :

- le vaccin conjugué contre la diphtérie, le tétonas, la poliomyélite et la coqueluche;
- le vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole;
- le vaccin contre l'hépatite B.

Les autres vaccinations réalisées à la PASS ont concerné la méningite ACWY (pour les moins de 25 ans), le pneumocoque (selon les indications), l'hépatite A (pour les patients ayant une infection par le VHB essentiellement) et la Covid19. La vaccination contre le HPV (Papillomavirus humain) n'est pas encore proposée, pour des raisons de coût.

Prise en charge psychologique et psychiatrique

Cette activité est croissante, la plupart des patients vivant avec une souffrance morale ou présentant des syndromes de stress post-traumatique en lien avec leur histoire passée ou en rapport avec leur parcours migratoire. Leur prise en charge est pluridisciplinaire, complexe et nécessite un suivi rapproché. Une personne sur cinq (22 %) ayant connu la guerre ou une autre situation de conflit il y a 10 ans ou moins souffre de dépression, d'anxiété, de stress post-traumatique, de troubles bipolaires ou de schizophrénie [2]. Le personnel soignant est sensibilisé et formé à la prise en charge de ces affections. Cette prise en charge adaptée fait de la PASS un lieu privilégié d'accueil pour les personnes en situation de grande vulnérabilité psychique et psychiatrique.

Discussion

Le mode de fonctionnement d'une PASS étant extrêmement différent d'un établissement à l'autre, il est difficile de comparer leur activité. L'exemple de la PASS de l'Hôtel-Dieu permet cependant d'identifier des contraintes propres à l'ensemble des PASS.

Depuis sa création, l'activité de la PASS de

Vaccinations

In 2022, 2,700 vaccinations were administered at the Hôtel-Dieu PASS to bring people up to date on their vaccinations according to the French recommendation schedule. The main vaccines administered were:

- the conjugate vaccine against diphtheria, tetanus, polio, and pertussis;
- the measles, mumps, and rubella vaccine;
- the hepatitis B vaccine.

Other vaccinations carried out at the PASS included the meningitis ACWY vaccine (for individuals under 25), the pneumococcal vaccine (as indicated), the hepatitis A vaccine (mainly for patients with HBV infection), and the SARS-CoV-2 vaccine. Vaccination against HPV (Human Papilloma Virus) is not yet offered, for cost reasons.

Psychological and psychiatric care

This area of care is growing as many patients suffer from mental distress or post-traumatic stress disorder related to their past or migration experience. Their care is multidisciplinary and complex and requires close monitoring. Twenty-two percent of people who have experienced war or other conflict situations in the last 10 years suffer from depression, anxiety, post-traumatic stress disorder, bipolar disorder, or schizophrenia [2]. Healthcare staff are trained to treat these conditions. This appropriate care makes the PASS a preferred place of refuge for people experiencing extreme psychological and psychiatric vulnerability.

Discussion

Since PASS operations vary greatly from one facility to another, it is difficult to compare their activities. However, the Hôtel-Dieu PASS allows us to identify constraints common to all PASS units. Since its creation, the activity of the Hôtel-Dieu PASS has grown steadily, as has that of other PASS units in the country. The patient profile and

l'Hôtel-Dieu n'a fait que croître, tout comme celles des autres PASS. Le profil des patients et leur origine géographique ont évolué au gré des années et des conflits géopolitiques. Aujourd'hui, la part de personnes issues de l'immigration prend une place majeure et leur état de santé justifie souvent un suivi médical urgent et régulier.

La complexité de la prise en charge de personnes malades et en situation de fragilité sociale rend les actions menées longues, chronophages et efficaces seulement sur le temps long.

La complexité de cette prise en charge pourrait encourager les disparités sociales quant à l'accès aux soins de ces patients et favoriser la résignation ou l'indifférence des professionnels de santé qui ne disposeraient pas de la formation, des moyens et de la structure nécessaires pour accompagner ces patients. Les PASS ont pour mission d'aller vers ces patients en grande vulnérabilité, d'identifier les écueils dans leur accès aux soins et de les réintégrer vers le système sanitaire avant de les accompagner vers les structures non spécifiques. Les personnes les plus vulnérables révèlent des dynamiques sociales et des dysfonctionnements structurels qu'il est impératif d'analyser et de comprendre. La prise en charge de l'être humain dans le cadre des soins ne peut se limiter à la seule dimension technique, bien que celle-ci soit indispensable et indéniablement bénéfique. L'approche médicale globale met en évidence l'importance capitale de la relation interhumaine qui joue un rôle complémentaire et essentiel dans le processus de guérison. Cette perspective holistique considère l'individu dans sa globalité, intégrant les dimensions physiques, émotionnelles, mentales, sociales et spirituelles, de manière à favoriser un équilibre harmonieux et durable entre ces différentes composantes.

Les PASS, dont celle de l'Hôtel-Dieu, sont particulièrement confrontées aux changements de la société. Selon Xavier Emmanuelli, « le monde s'est mis en marche et nous ne pourrons pas l'arrêter ». Nous n'entrerons pas ici dans les débats politiques sur la migration. C'est plutôt le serment d'Hippocrate, ligne rouge qu'il convient de réentendre particulièrement aujourd'hui : « Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination. J'interviendrais pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou dans leur dignité... ». Face à son patient, le médecin n'est pas là pour juger du bien-fondé ou non des politiques migratoires. Il est face à une personne souffrante qu'il convient de soulager par tous les moyens possibles.

geographical origin have evolved over the years in line with geopolitical conflicts. Currently, a large proportion of the population is from immigrant backgrounds, and they often require urgent and regular medical follow-up due to their state of health.

Caring for sick people and those in socially vulnerable situations is complex. The actions taken are lengthy and time-consuming, and they only become effective over the long term.

The complexity of this care could create social disparities in access for these patients and lead healthcare professionals without the necessary training, resources, or structure to become resigned or indifferent. PASS units' mission is to reach these highly vulnerable patients, identify obstacles to their care, reintegrate them into the system, and then refer them to non-specific structures.

These individuals reveal social dynamics and structural dysfunctions that must be analyzed and understood. Although technical care is indispensable and undeniably beneficial, the care of human beings in a healthcare setting cannot be limited to this dimension alone. A holistic medical approach highlights the vital importance of interpersonal relationships, which play a complementary and essential role in the healing process. This approach considers individuals holistically, integrating their physical, emotional, mental, social, and spiritual dimensions to promote harmonious, lasting balance. PASS units, including the one at Hôtel-Dieu, are particularly affected by changes in society. According to Xavier Emmanuelli, "The world is in motion, and we cannot stop it." We will not engage in political debates about migration here. Instead, we will reiterate the Hippocratic Oath, which is a red line that needs to be emphasized today: "I will respect all persons, their autonomy, and their will without discrimination. I will intervene to protect them if they are vulnerable or threatened in their integrity or dignity...". When faced with a patient, physicians are not there to judge the merits of migration policies. They are faced with a suffering person who must be relieved by all possible means.

After 25 years, PASS units have proven their value in the healthcare system. They treat patients with complex social and medical situations, offering appropriate, individualized, and comprehensive medical and social care. PASS units are an alternative to emergency department visits and medical "zapping" for this population. PASS units reflect the evolution of French society and must adapt to changing demands, which fluctuate with

Les PASS, après 25 ans d'existence, ont démontré leur valeur ajoutée dans le système de soins. Elles accueillent des patients en situations sociale et médicale complexes et leur proposent une prise en charge médico-sociale adaptée, individualisée, globale. Elles constituent une alternative aux consultations aux urgences et au « *zapping* » médical de cette population. Elles sont un reflet de l'évolution de la société française et doivent en permanence s'adapter à la demande qui change au gré de l'histoire mondiale. Preuve en est leur rôle auprès des mineurs étrangers isolés non accompagnés livrés à eux-mêmes sur notre territoire. Elles sont un observatoire mal exploité de l'état de santé d'une frange de la population. Elles sont et doivent rester avant tout un lieu de soins.

Ces dispositifs ne peuvent exister sans un soutien financier étatique fort, sans un soutien local (ARS, direction et encadrement hospitalier) et sans un engagement professionnel adapté car ils sont par essence fragiles, non-rentables à court terme, interrogeant par la population qu'ils drainent, dérangeant par l'organisation spécifique qu'ils demandent.

Spécificité de la prise en charge des plus vulnérables

Forte de son expérience de 25 ans auprès des plus démunis, la PASS de l'Hôtel-Dieu a identifié plusieurs constats à prendre en compte dans l'établissement des grands principes de la prise en charge de personnes vulnérables :

- Plus les patients sont démunis, plus la prise en compte de la dimension sociale devient un impératif dans la mise en place du parcours de soins et le choix thérapeutique. La précarité sociale prend toute la place au détriment de la dimension médicale, il faut savoir la prendre en compte en premier lieu.
- Plus les patients sont vulnérables socialement et culturellement différents, plus il est nécessaire d'adapter notre dispositif et notre accueil à leur service pour faciliter leur accès aux soins.
- La perte de repères spatio-temporels des personnes sans domicile fixe est une des clés de compréhension des « rendez-vous manqués » dont nous devons tirer les conséquences : l'unité de lieu et de temps des soins sont des prérequis indispensables. L'accueil sans rendez-vous vient renforcer l'adaptation de la structure à la temporalité des personnes en situation de grande précarité.

Le rôle des PASS est de développer les moyens

world evolution. An example of this is their role in helping unaccompanied foreign minors who are left to fend for themselves in our country.

PASS facilities are an underutilized observatory of the health of a marginalized segment of the population. Above all, they are and must remain a place of care.

These facilities require strong financial support from the state, local support from regional health agencies and hospital management, and appropriate professional commitment. They are inherently fragile and unprofitable in the short term. They are also wondering by the population they serve and are disruptive due to the specific organization they require.

Specificity of care for the most vulnerable

With 25 years of experience working with the most disadvantaged, the Hôtel-Dieu PASS has identified several findings that should be considered when establishing the main principles for caring for vulnerable people.

- The more destitute the patients are, the more important it is to consider the social context when designing the care plan and selecting the treatment. Social precariousness takes precedence over the medical dimension and must be considered first.
- The more socially vulnerable and culturally different the patients are, the more we need to adapt our system and the way we welcome them to facilitate their access to care.
- The loss of spatial and temporal reference points among homeless people is key to understanding “missed appointments.” We must draw conclusions from this phenomenon, as unity of place and time of care are essential prerequisites. Walk-in services further enhance the facility's ability to adapt to the schedules of people in extremely precarious situations.

The role of PASS is to develop means of providing optimal care for people in precarious situations. PASS strives for the best possible outcome, but does not fixate on it, as “success” is rare.

permettant des soins optimaux pour ces personnes en situation de précarité, en tendant vers un résultat optimal mais en se détachant de celui-ci tant le « succès » est rare.

Grands principes de la prise en charge médicale des personnes en situation de vulnérabilité

Repérer les facteurs de vulnérabilité

Les principaux facteurs de vulnérabilité à repérer sont les suivants :

- **Le logement** : en France, 15 millions de personnes étaient considérées en fragilité de logement en 2023 dont 4,1 millions « non ou mal logées » [3]. Lors de l'interrogatoire, il est utile de rechercher dans quel quartier vit le patient, s'il dort dans la rue, combien de personnes logent dans la même chambre, s'il existe une contrepartie à l'hébergement, financière ou de l'ordre de tâches ménagères ou de faveurs sexuelles, s'il sollicite le « 115 », etc.
- **La précarité de logement** engendre des conséquences sur la santé : intoxications au monoxyde de carbone, au plomb, bronchites chroniques, asthme, tuberculose, arthrose, anxiété et dépression, céphalées, eczéma, infection dermatologique bactérienne, parasitaire et fongique, troubles du sommeil... Mieux identifier les conditions de vie permet d'optimiser le dépistage et la démarche thérapeutique adaptée au patient.
- **La précarité de l'emploi** : il en découle une insécurité financière, des difficultés d'hébergement, une rupture des liens sociaux (y compris avec la famille restée au pays), une vie sans rythme, une baisse d'estime de soi et une moindre reconnaissance sociale.
- **La précarité alimentaire** : en quantité elle peut provoquer une perte de poids alors qu'en qualité elle engendre plus souvent un surpoids et des carences (fer, folates, B12, vitamine C, protéines...).
- **La pauvreté financière** : elle s'évalue par la précarité de logement, d'emploi et la difficulté d'accès à l'alimentation.
- **L'isolement** : il est souvent aggravé par la barrière de langue et par la consommation de toxiques.
- **La précarité liée à la migration** : si « être migrant » n'est pas équivalent à « être en situation précaire », une attention particulière doit être portée aux personnes migrantes car

Key principles of medical care for vulnerable populations

Identify vulnerability factors

The main vulnerability factors to identify are as follows:

- **Housing**: In 2023, 15 million people in France were considered to be in fragile housing situations, including 4.1 million who were “unhoused or poorly housed” [3]. During the interview, it is useful to find out which neighborhood the patient lives in, whether they sleep on the street, how many people live in the same room, if they receive any housing assistance, and if so, in what form (financial, household chores, or sexual favors). It is also useful to find out if they call “115,” (phone number for social assistance), etc.
- **Precarious housing** can lead to health issues such as carbon monoxide and lead poisoning, chronic bronchitis, asthma, tuberculosis, osteoarthritis, anxiety and depression, headaches, eczema, bacterial, parasitic, and fungal skin infections, and sleep disorders. Better identification of living conditions makes it possible to optimize screening and tailor treatment to the patient.
- **Job insecurity** leads to financial insecurity, housing difficulties, a breakdown of social ties (including with family members who remain in the country of origin), a lack of routine, low self-esteem, and reduced social recognition.
- **Food insecurity**, in terms of quantity, can cause weight loss; in terms of quality, it often leads to being overweight and deficiencies in iron, folate, vitamin B12, vitamin C, and protein.
- **Financial poverty** is assessed by precarious housing and employment and difficulty accessing food.
- **Isolation** is often exacerbated by language barriers and substance abuse.
- **Precariousness linked to migration**: while “being a migrant” is not equivalent to “being in a precarious situation,” special attention must be paid to migrants, as many currently live in difficult conditions. They may be in an irregular administrative situation, unable

nombre d'entre elles vivent aujourd'hui dans des conditions particulièrement difficiles. Ces patients peuvent être administrativement en situation irrégulière sans avoir la possibilité de travailler légalement et ils disposent de ressources financières limitées. La barrière linguistique et culturelle renforce leur isolement et leur mauvaise compréhension du système de santé et des réglementations régissant l'immigration, en perpétuelle évolution. La crainte liée à leur situation d'irrégularité, qui peut donner lieu à un renvoi dans leur pays, suscite la méfiance à l'égard des structures administratives mais aussi médicales, les incitant à s'éloigner davantage des structures de soins. Enfin, l'absence d'hébergement aggrave leur souffrance psychique liée à l'exil, au parcours migratoire, à la non-intégration ou aux violences subies.

Être à l'écoute de la souffrance en lien avec la précarité

L'écoute constitue une étape essentielle dans la démarche thérapeutique, tout particulièrement pour les populations précaires ou vulnérables. Elle permet de libérer une parole souvent négligée et de construire une alliance entre le soignant et le patient, primordiale pour garantir une prise en charge adaptée. Ce processus peut être comparé aux soins de confort (anciennement soins palliatifs) où l'objectif est d'améliorer la qualité de vie en tenant compte des besoins immédiats du patient. Dans les deux cas, l'écoute joue un rôle central pour répondre à des situations marquées par l'urgence et l'exclusion.

Dans un contexte de temporalité et d'immédiateté où les attentes des patients vis-à-vis du système de santé sont souvent pressantes et le suivi inconstant, l'écoute permet de dépasser les simples échanges fonctionnels pour établir une compréhension mutuelle. Cela aide non seulement le patient à se projeter dans le temps mais aussi à renforcer son adhésion aux soins. Pour les personnes en situation de précarité, cette démarche contribue à lutter contre l'exclusion sociale et médicale en intégrant leurs problématiques spécifiques dans la prise en charge globale, en proposant des solutions adaptées aux conditions de vie, des traitements optimaux et adaptés au contexte psycho-social.

En outre, cette approche d'écoute active s'inscrit dans des démarches dites d'« aller-vers », particulièrement pertinentes pour les publics éloignés du système de santé afin de créer un lien et d'initier un suivi médical ou social. En cela,

to work legally, and have limited financial resources. Language and cultural barriers further isolate them and impede their understanding of the healthcare system and constantly changing immigration regulations. The fear of deportation associated with their irregular status makes them distrustful of administrative and medical institutions, which encourages them to avoid healthcare services. The lack of adequate housing exacerbates their psychological suffering related to exile, their migration journey, lack of integration, and violence they have experienced.

Listen to suffering linked to precariousness

Listening is an essential step in the therapeutic process, especially for vulnerable or precarious populations. It enables individuals to express themselves, a practice that is often overlooked, and fosters a relationship between caregivers and patients, which is crucial for providing appropriate care. This process can be compared to comfort care, where the goal is to improve quality of life by addressing the patient's immediate needs. In both cases, listening plays a central role in responding to urgent and exclusionary situations.

In a context of temporality and immediacy where patients' expectations of the healthcare system are often urgent and follow-up is inconsistent, listening enables one to transcend mere functional exchanges and foster mutual understanding. This helps patients plan ahead and strengthens their commitment to care. For people in precarious situations, this approach combats social and medical exclusion by addressing their specific issues in their overall care. It offers solutions tailored to their living conditions and optimal treatments adapted to their psychosocial context. Additionally, this active listening approach is part of a "reach-out" strategy, which is particularly relevant for people distant from the healthcare system, as it creates a link and initiates medical or social follow-up. Thus, listening becomes a powerful tool for establishing a therapeutic relationship and reintegrating vulnerable populations into the healthcare system.

l'écoute devient un outil puissant non seulement pour établir une relation thérapeutique mais aussi pour réintégrer les populations précaires dans le parcours de soins, comme première étape de réinsertion.

Proposer une prise en charge médico-sociale pluridisciplinaire et travailler en réseau

L'intrication médico-sociale des situations des patients en précarité impose une approche collaborative et multidisciplinaire. Travailler en partenariat avec les équipes sociales et, plus largement, avec les partenaires associatifs n'est pas simplement une valeur ajoutée, c'est une condition essentielle pour garantir l'efficacité de la prise en charge de ces patients. Ils présentent souvent des problématiques complexes mêlant santé physique, troubles psychiques, précarité sociale et difficultés administratives qui ne peuvent être résolues que par une collaboration étroite entre travailleurs sociaux, équipe soignante et partenaires associatifs.

Les assistants sociaux jouent un rôle clef dans la recherche de solutions concrètes pour les patients, telles que l'ouverture des droits médicaux, l'accès au logement, l'aide alimentaire ou vestimentaire ou encore le relais juridique. Leur intervention permet de répondre aux besoins fondamentaux des patients qui sont souvent des prérequis indispensables à leur adhésion aux soins médicaux. Les associations, quant à elles, apportent une expertise complémentaire et un soutien logistique pour des actions ciblées (hébergement d'urgence, accompagnement psychologique, médiation culturelle). Elles contribuent largement à réduire les barrières d'accès aux soins en offrant des services adaptés aux publics précarisés, et ce sont souvent elles qui identifient les besoins médicaux peu exprimés des patients et qui organisent le premier rendez-vous vers la PASS.

Cette collaboration transdisciplinaire vise à décloisonner les interventions médicales et sociales pour répondre efficacement aux besoins complexes des patients précaires et s'ancrer dans la démarche de la mesure 27 des accords du Ségur de la santé pour réduire les inégalités d'accès aux soins. Le dispositif PASS manifeste pleinement son rôle de passerelle par la réintégration dans le droit commun et l'autonomisation à long terme de ces patients vulnérables.

Offer multidisciplinary medical and social care as part of a network

The medical and social complexity of patients in precarious situations requires a collaborative, multidisciplinary approach. Partnering with social teams and community partners is essential for providing effective care to these patients. These patients often present complex problems involving physical health, mental disorders, social vulnerability, and administrative difficulties, which can only be resolved through close collaboration between social workers, healthcare teams, and community partners.

Social workers play a pivotal role in finding practical solutions for patients, including access to medical care, housing, food and clothing assistance, and legal support. Their intervention enables patients to meet their basic needs, which are often prerequisites for their adherence to medical care. Caritative associations provide complementary expertise and logistical support for targeted actions, such as emergency accommodation, psychological support, and cultural mediation. They significantly reduce barriers to healthcare by offering services tailored to vulnerable groups. They often identify patients' unspoken medical needs and organize their first appointment with the PASS.

This cross-disciplinary collaboration aims to break down the barriers between medical and social services to effectively respond to vulnerable patients' complex needs and embed itself in measure 27 of the "Ségur healthcare agreements" to reduce access inequality. The PASS system fully demonstrates its role as a bridge by reintegrating these patients into society and empowering them in the long term.

Seconder puis autonomiser

Le système de soin et les démarches administratives de l'immigration, malgré leur tendance à la simplification et à la dématérialisation, demeurent complexes à comprendre et à intégrer. Les patients sont, au début de leur prise en charge, très souvent dépendants. Une prise en charge optimale passe par la prise de leurs rendez-vous médicaux, de l'accompagnement physique vers les services de radiologie, la pharmacie...

L'exemple de l'organisation d'une colposcopie illustre ces difficultés : la patiente doit se rendre à plusieurs rendez-vous avec le spécialiste afin qu'il pose l'indication et explique la procédure, si possible dans sa langue native ou par traduction. La consultation doit détailler le déroulé de l'opération mais aussi celui de la préparation. Sur le plan organisationnel, il convient d'imprimer un plan qui permettra au patient de se rendre à l'hôpital où aura lieu l'intervention, différent parfois du lieu de consultation, et de s'assurer de la bonne compréhension du patient en le faisant répéter. À ces difficultés s'ajoutent la barrière de langue ou l'analphabétisme francophone.

L'étape de l'autonomisation vient dans un second temps : elle est progressive et jonchée de beaucoup de « ratés ». Le soignant doit alors persévéérer sans culpabiliser et trouver des moyens de faire « avec » le patient.

Favoriser l'unité de lieu et de temps des soins

Les personnes en situation de grande précarité et de vulnérabilité ont souvent une capacité limitée à se projeter dans l'avenir, leur quotidien étant régi par la recherche urgente de logement et de nourriture.

Ce contexte impose un rapport à l'immédiateté où les besoins doivent être satisfaits « ici et maintenant ». Cette priorité donnée à l'urgence rend difficile toute démarche qui nécessite une vision à long terme.

C'est pourquoi, dans la mesure du possible, un suivi inscrit dans la durée est proposé pour accompagner ces patients vers une projection dans le temps. Offrir une continuité dans les soins permet de créer un cadre stable, essentiel pour favoriser leur reconstruction personnelle. L'unité de lieu et de temps dans la prise en charge, c'est-à-dire des points de repère fixes et réguliers, agit comme un ancrage qui donne au patient une base solide sur laquelle il peut commencer à se reconstruire progressivement, en dépassant la logique de survie immédiate.

Support, then empower

Despite efforts to simplify and digitize them, the healthcare system and immigration procedures are still difficult to understand and navigate. At the start of their treatment, patients are very often dependent. Optimal care requires scheduling medical appointments and providing physical assistance to reach radiology departments, pharmacies, and so on.

Organizing a colposcopy, for example, illustrates these difficulties: Patients must attend several appointments with the specialist so they can make an indication of examination and explain the procedure, ideally in the patient's native language or through translation. The consultation must detail not only the procedure itself but also how to prepare for it.

Organizationally, it is necessary to print a map of the hospital where the procedure will take place (which is sometimes different from the consultation location). It is also necessary to ensure that the patient understands by asking them to repeat the directions.

These difficulties are compounded by language barriers or illiteracy.

The empowerment stage comes later and is gradual, fraught with many “setbacks.” The caregiver must persevere, not feel guilty, and find ways to work with the patient.

Promote unity of place and time in care

People in highly precarious and vulnerable situations often have limited ability to plan for the future because their daily lives are consumed by the urgent search for housing and food.

This context fosters an immediate approach, where needs must be met “here and now.” This prioritization of urgency makes approaches requiring long-term vision difficult.

Therefore, whenever possible, long-term follow-up is offered to help these patients develop a vision for the future. Providing continuity of care creates a stable environment, which is essential for promoting personal recovery. Having a fixed and regular place and time for care provides patients with a strong framework on which they can gradually rebuild their lives and move beyond the logic of immediate survival.

AdAPTER LE TRAITEMENT ET LES CONSEILS AUX CONDITIONS DE VIE

Le nombre, les horaires, les modalités de prises du traitement doivent être raisonnés en fonction des conditions de vie, spécialement pour ceux à la rue. La difficulté dans laquelle les patients peuvent se trouver pour se rendre sur place doit être évaluée. La prise des médicaments et le choix des thérapeutiques ne peuvent se faire sans la connaissance préalable des conditions de vie et des contraintes du patient.

Adapt treatment and advice to living conditions

The number, timing, and methods of treatment should be tailored to living conditions, particularly for individuals experiencing homelessness. Patients' difficulty in accessing the treatment center must be assessed.

The choice of medication and treatment cannot be made without prior knowledge of the patient's living conditions and constraints.

Conclusion

La prise en charge des personnes nécessitant des soins médicaux et confrontées à des difficultés sociales constitue un défi complexe, intemporel, où les vulnérabilités médicales et sociales s'intriquent, limitant l'efficacité des interventions isolées. De nombreux problèmes persistent comme le financement des examens complémentaires, des médicaments et des hospitalisations ou comme les modalités d'intégration des patients au système de soin commun. Les PASS doivent relever le défi de soigner les personnes les plus fragiles, les plus éloignées du système de soins, en valorisant leur potentiel. L'absence de soins engendrerait des conséquences graves pour ces personnes comme pour la collectivité, tant sur le plan sanitaire (risques infectieux) que financier (coût des complications non traitées). L'accompagnement des populations vulnérables, en grande précarité, migrantes ou marginalisées ne relève pas d'un simple choix pour la société française mais d'un impératif éthique et humanitaire.

Conclusion

Caring for people who need medical care and face social difficulties is a complex, ongoing challenge where medical and social vulnerabilities intersect, limiting the effectiveness of individual interventions. Many problems persist, such as financing additional tests, medication, and hospitalizations, as well as integrating patients into the healthcare system. PASS units must rise to the challenge of caring for the most vulnerable people, who are the farthest from the healthcare system, by promoting their potential. A lack of care would have serious consequences for these individuals and the community in terms of health (e.g., infectious risks) and finance (e.g., cost of untreated complications). Supporting vulnerable, highly precarious, migrant, and marginalized populations is not just an option for French society; it is an ethical and humanitarian imperative.

Remerciements

Un immense merci au Pr Éric Caumes pour son soutien et ses conseils pour nos patients, un très grand merci au Pr Eric Pichard pour ses remarques si pertinentes.

Acknowledgments

We would like to express our sincere gratitude to Prof. Éric Caumes for his support and advice for our patients, and to Prof. Eric Pichard for his insightful comments.

Sources de financement

Aucun financement industriel ou commercial n'a été reçu pour la réalisation de ce travail.

Funding

No industrial or commercial funding was received for this work.

Conflits d'intérêts

Aucun conflit d'intérêts n'a été déclaré.

Conflicts of interest

No conflicts of interest have been declared.

Auteurs et autrices / Authors

Alexandra REHBINDER (alexandra.hollier-larousse@aphp.fr),
Hélène de CHAMPS-LÉGER*, Louis CROZIER (louis.crozier@aphp.fr),
Guillaume RIEUTORD (guillaume.rieutord@aphp.fr),
Hélène LELONG (helene.lelong@aphp.fr)

Hôpital Hôtel Dieu, Centre de diagnostic et de thérapeutique,
Permanence d'accès aux Soins de Santé, 1, place du Parvis Notre
Dame, 75004 Paris, France

Autrice correspondante : helene.de-champs-leger@aphp.fr

Références / References

1. Agence régionale de santé (ARS) Île-de-France. Retour sur la « Journée régionale des Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) hospitalières et de ville ». 17 mars 2025.
2. Charlson F, van Ommeren M, Flaxman A, Cornett J, Whiteford H, Saxena S. New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet.* 2019 Jul 20;394(10194):240-248. doi: 10.1016/S0140-6736(19)30934-1.
3. Fondation pour le Logement. 29ème rapport sur l'état du mal-logement en France 2024.
4. Haut conseil de la santé publique (HCSP). Rapport Paris mai 2019. Infections tuberculeuses latentes. Détection, prise en charge et surveillance.
5. Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE). Évolution du niveau de vie depuis 1970. Revenus et patrimoine des ménages Paru le 27/05/2021.
6. Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE). L'essentiel sur... les immigrés et les étrangers. Paru le 22/05/2025.
7. Mahjoub S. Caractéristiques médicales et sociales des patients diabétiques qui consultent à la Permanence d'accès aux soins de l'hôpital de l'Hôtel Dieu. Doc Médecine, Université Pierre et Marie Curie, 2012.
8. Ministère de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique. Direction du Budget. Loi de finances pour 2025: renforcer la souveraineté de la France tout en garantissant l'avenir. 17 février 2025.
9. Ministère de la Justice. Rapport sur les mineurs non accompagnés. 2018 (mise à jour 2023).
10. Ministère de la santé et de la prévention. Direction générale de l'offre de soins. Coordinateurs régionaux des permanences d'accès aux soins de santé (PASS). Webinaire du 26 mai 2023 à destination des équipes des PASS hospitalières.
11. Ministère de la santé et de la prévention. Fonds d'intervention régional. Évolution du vecteur de financement en 2022 pour sept missions d'intérêt général. (Document validé en COPIL FIR du 17 décembre 2021).
12. Ministère des solidarités et de la santé. Direction générale de l'offre de soins. Instruction DGOS/R4/2022/101 du 12 avril 2022 relative au cahier des charges des permanences d'accès aux soins de santé hospitalières (PASS).
13. Ministère des solidarités et de la santé. Sécur de la Santé, les conclusions. Dossier de presse du ministère des solidarités et de la santé, Juillet 2020.
14. PASS de l'Hôtel Dieu. Comité de pilotage. Rapport d'activité. 20 avril 2023.
15. Saboni L, Brouard C, Gautier A, Chevaliez S, Rahib D, Richard J. Prévalence des hépatites chroniques C et B et antécédents de dépistage en population générale en 2016: contribution à une nouvelle stratégie de dépistage, Baromètre de Santé publique France-BaroTest. *Bull Epidémiol Hebd.* 2019;469-77. 2019;469-77.
16. Santé publique France. Bulletin de santé publique VIH-IST. Novembre 2023.
17. Santé publique France. La santé et le recours aux soins des personnes sans domicile en France en 2012.
18. Santé publique France. Prévalence et incidence du diabète. 2021.
19. Santé publique France. Tuberculose. 2025.
20. Sénat. Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions.
21. Sénat. Projet de loi de finances pour 2025: Immigration, asile et intégration. Rapport général n°144 (2024-2025), tome III, annexe 16, déposé le 21 novembre 2024.