

Lutte contre  
l'exclusion

## Permanences d'accès aux soins de santé : le bouclier social de l'hôpital

Offrir un accueil et un accompagnement spécifiques aux personnes en situation de précarité pour qu'elles puissent se soigner au sein de l'hôpital puis à l'extérieur, telle est la vocation des permanences d'accès aux soins de santé. Mais ces dispositifs, qui participent à la lutte contre les inégalités de santé, doivent encore et toujours « batailler » pour se faire connaître et reconnaître.

**L**e 29 juillet 1998, la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions est votée. Son objectif ? Permettre l'accès de tous à l'ensemble des droits fondamentaux, dont la santé. Il est prévu que « les établissements publics de santé et les établissements de santé privés participant au service public hospitalier mettent en place des permanences d'accès aux soins de santé [PASS] [...] adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits ». A la croisée du médical et du social, ces dispositifs ont un double rôle. En intra-hospitalier, ils constituent une porte d'entrée pour des soins, examens et traitements ambulatoires – sans frais –, et pour aider les personnes démunies à faire valoir leurs droits à une protection maladie. Passerelles entre l'hôpital et la ville, les PASS sont également chargées d'accompagner les patients sur le chemin des structures sanitaires et sociales de droit commun.

Il était prévu en 1998 que 500 PASS couvrent le territoire. 430 ont été recensées en 2013 par la direction générale

de l'offre de soins (DGOS) (voir encadré, page 33) – dont certaines avec si peu de patients qu'on peut parfois s'interroger sur la réalité de leur existence. Une chose est sûre : qu'on examine leur organisation, leurs conditions d'acceptation des publics, ou encore leur visibilité tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'enceinte hospitalière, ces dispositifs sont loin de présenter un visage uniforme (voir page 35). « Dans beaucoup d'établissements, la PASS n'existe pas comme entité spécifique et l'assistant de service social peut aussi avoir à intervenir dans un certain nombre d'autres services », fait remarquer Bernard Montier, assistant social à la PASS du CHU de Grenoble. A contrario, dans celui-ci, la permanence constitue un service dédié avec ses propres locaux. Un tout petit service qui ne mobilise que deux salariés à plein temps sur les 7 000 que compte l'hôpital : le travailleur social et une infirmière (non remplacés en cas d'absence), mais qui font appel aux médecins et autres professionnels de santé en fonction des besoins.

« On constate une certaine hétérogénéité des PASS », confirme Denise Bauer, chargée de mission sur les questions de précarité à la DGOS. Un référentiel a été produit en juin dernier afin d'y

remédier (1). Il convient en effet « que les prestations assurées dans les permanences soient harmonisées pour proposer un accompagnement efficace dans un contexte social qui s'est modifié au fil du temps », souligne Denise Bauer. Ce référentiel détaille un certain nombre de critères auxquels les PASS doivent satisfaire : avoir au minimum un mi-temps de travailleur social et 10 % de temps médical dédié, permettre l'accès à des consultations de médecine générale et à des médicaments sans frais, pouvoir recourir à des interprètes, signaler clairement la PASS à l'intérieur de l'hôpital et s'assurer qu'elle noue des protocoles avec les autres services de l'établissement et des partenariats à l'extérieur. Actuellement, 80 des 368 PASS généralistes identifiées par les agences régionales de santé répondraient à l'ensemble de ces exigences. Soit moins d'une sur quatre.

### MISSION SOCIALE

L'importance des phénomènes d'exclusion oblige l'hôpital à renouer avec sa mission sociale. Défaut de couverture maladie ou couverture incomplète, situation irrégulière du séjour, revenus minimes ou inexistantes et impossibilité de faire l'avance des frais médicaux et pharmaceutiques, d'un côté, nombre croissant des professionnels de santé pratiquant des dépassements d'honoraires, taux décroissant des remboursements et complexification toujours accrue de la législation sociale, de l'autre. A ces obstacles à l'accès aux soins s'ajoute « l'impossible projection de soi dans le temps » caractéristique des situations de précarité, qui contrecarre les démarches de santé, soulignent Mariana Lecarpentier, cadre de direction dans la fonction publique hospitalière, et Dominique Lhuillier, professeure émérite des universités (2).

**« Dans beaucoup d'établissements, la PASS n'existe pas comme entité spécifique »**

Les patients démunis, sans suivi médical régulier et pour qui la santé ne constitue pas une priorité, arrivent souvent à l'hôpital par la porte des urgences. C'est pourquoi de nombreuses PASS sont rattachées à ce pôle d'activité et quand l'équipe de la permanence ne dispose pas de médecin, c'est fréquemment un urgentiste qui assure la première consultation. Parallèlement, le travailleur social de la permanence évalue la situation du patient dans sa globalité et engage les démarches d'ouverture de droits sociaux. Celles-ci ne sont pas toujours nécessaires. A la PASS du CHU de Saint-Etienne, « nous accueillons de temps en temps des gens très désocialisés, qui ne sont pas en capacité d'aller seuls chez un généraliste, mais qui ont leur assurance maladie car ils ont un étayage social par ailleurs », explique Elisabeth Rivollier, médecin référente de la permanence et présidente de la très active association des professionnels des PASS de Rhône-Alpes (Appassra).

Hormis ces quelques « grands précaires », la PASS de Saint-Etienne, comme les autres permanences d'hôpitaux situés dans de grosses agglomérations, accueille essentiellement des personnes sans sécurité sociale, demandeurs d'asile et migrants sans papiers. En revanche, dans des villes plus petites – comme Givors (Rhône) ou Annemasse (Haute-Savoie) –, les PASS reçoivent davantage de patients qui ont des droits minimum : par exemple la couverture maladie universelle (CMU), mais pas la CMU complémentaire (3). Quant aux PASS insérées dans des zones plus rurales, elles voient très peu d'étrangers primo-arrivants, mais en grande majorité des personnes isolées précaires, qui ont des droits partiels à l'assurance maladie et se sont généralement éloignées des soins.

Selon les publics accueillis, la part du travail de la PASS liée à l'ouverture de droits est plus ou moins chronophage. Elle l'est particulièrement lorsqu'il s'agit de personnes d'origine étrangère sans droit au travail, car la complexité du droit de l'immigration s'ajoute à celle du droit de la sécurité sociale. A cet égard, les liens directs entre permanences et caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) peuvent être d'une grande aide – si tant est qu'ils soient possibles, ce qui n'est pas le cas quand il faut passer par une plateforme téléphonique. « Nous, nous avons la chance d'avoir de bons

contacts avec la CPAM de Grenoble et nous pouvons notamment joindre le service instructeur de l'aide médicale de l'Etat [AME] et de la CMU, ce qui permet de parler directement des dossiers complexes et facilite autant notre travail que celui des professionnels de la caisse », explique Bernard Montier.

### CONDITIONS RESTRICTIVES

L'activité d'une PASS est aussi fonction du maillage associatif du territoire et notamment de la présence, ou pas, d'un centre d'accueil, de soins et d'orientation (CASO) de Médecins du monde. En raison de conditions plus ou moins restrictives mises par certaines permanences à l'accueil du public, les migrants précaires peuvent être de préférence adressés aux structures de cette association. « De façon informelle et non dite, il y a des gens qu'on ne soigne pas dans les PASS », commente un praticien hospitalier sous couvert d'anonymat. C'est

## « De façon informelle et non dite, il y a des gens qu'on ne soigne pas dans les PASS »

notamment le cas d'ex-résidents d'un pays d'Europe du Sud, que la crise a conduits en France, par exemple des Congolais ayant longtemps vécu en Grèce ou des Marocains venus d'Italie. Les intéressés ne peuvent pas avoir d'assurance maladie dans notre pays s'ils en ont une dans leur pays de provenance et ne l'ont pas clôturée. Or cela prend plusieurs mois de le vérifier, puis d'y remédier. Les textes ne tiennent pas compte de la précarité des personnes, ni de leur méconnaissance de dispositifs très complexes. Quant aux directeurs d'hôpitaux, ils redoutent les impayés.

S'il arrive aux permanences de subir de fortes pressions de leur administration pour sélectionner les patients, c'est notamment dû au fait que les PASS doivent fonctionner avec une enveloppe

### Etat des lieux

Une enquête réalisée en 2013 par la direction générale de l'offre de soins, que les ASH ont pu se procurer, fournit un certain nombre d'informations sur le profil des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) (1).

→ 430 PASS ont été identifiées par les agences régionales de santé, parmi lesquelles 368 ont une vocation généraliste (consultations de médecine générale et/ou de spécialité), 18 sont spécialisées dans les soins dentaires et 44 dans les soins psychiatriques.

→ 11 des 25 régions ayant répondu à l'enquête (2) n'ont pas déclaré de PASS dentaire. Seules 6 régions ne comptent pas de PASS psychiatrique (les DOM, la Bourgogne, la Corse et le Limousin.)

→ Il existait également 14 PASS régionales en 2012 ; elles sont généralement associées à une PASS locale existante et ont un rôle de coordination et d'animation des structures de leur région (3).

→ S'agissant des PASS généralistes (PASS-G), 95 % sont situées dans des hôpitaux publics – tous les centres hospitaliers universitaires (CHU) ou régionaux (CHR) ont une PASS-G. Les PASS psychiatriques sont deux fois sur trois liées à des établissements autorisés exclusivement en psychiatrie.

→ La plupart des PASS-G sont rattachées à l'un des pôles d'activité de l'hôpital : il s'agit alors, dans près de 45 % des cas, du pôle incluant les urgences. Les PASS-G sont situées dans des hôpitaux où le service des urgences a une fréquentation importante : plus de la moitié d'entre elles (55 %) ont déclaré, pour 2012, un passage aux urgences de leur établissement égal ou supérieur à 30 000 personnes.

→ En termes de personnel, les PASS-G comptent en moyenne près de 2 ETP (équivalents temps plein) : quasi systématiquement du temps de travailleur social,

puis du temps infirmier et/ou du temps de médecin.

Les PASS psychiatriques ont des équipes de 2,2 ETP en moyenne : le personnel social et le personnel médical sont présents dans la très large majorité d'entre elles, cependant une PASS psychiatrique sur six n'est pourvue ni de l'un ni de l'autre.

→ La file active moyenne des PASS-G, c'est-à-dire le nombre de personnes venues au moins une fois dans l'année, est d'environ 430 patients – avec de fortes disparités, puisque 1/5 des PASS-G déclare une file active moyenne inférieure à 100 patients alors qu'à l'opposé, 25 % dénombrent 500 patients ou plus. Dans les PASS psychiatriques, la file active moyenne est de 126 patients.

(1) Sur la base des données de l'année 2012.

(2) Soit toutes sauf la Guadeloupe qui n'a pas encore fait remonter ses informations.

(3) Quatre nouvelles PASS régionales ont été créées en 2013 et six autres sont en cours de constitution.

fermée. Aux termes de la circulaire du 18 juin 2013, celle-ci prend en considération le nombre de personnes vues, mais pas le coût, plus ou moins élevé, de leurs examens et traitements. Bien sûr, qui-conque se présente à l'hôpital avec des besoins de soins urgents et vitaux les recevra. Mais les directions peuvent être confrontées à des problèmes d'éthique compliqués. Par exemple, avec des malades amenés en France par des filières mafieuses uniquement pour se faire soigner. Ces patients ont parfois tout vendu pour venir et arrivent avec des cancers métastasés, sans possibilité d'être sauvés. « Ils seront hospitalisés si le patron le veut bien, mais il est certain qu'on ne peut pas prendre en charge le monde entier », fait observer Véronique Vasseur, médecin responsable de la PASS de l'hôpital Saint-Antoine à Paris – pionnier en la matière puisque la consultation Baudelaire y a été ouverte en 1992, à l'initiative de Jacques Lebas, médecin et ancien président de Médecins du monde.

## TISSER DES LIENS

La peur de « l'appel d'air » explique aussi que des directions hospitalières rechignent à donner du temps médical et social à la permanence et/ou à signaler clairement son existence à l'intérieur et hors des murs de l'hôpital. Les gestionnaires ne se disputent pas le titre de « roi des précaires ». Une PASS qui tournerait trop bien attirerait toutes les personnes en difficulté du territoire. « Cela n'a jamais été prouvé », rétorque Elisabeth Rivollier. Il s'avère, en revanche, qu'une fois la permanence inscrite dans un réseau, le système fonctionne sans s'engorger, témoigne la praticienne. Après la prise en charge à la PASS qui leur a permis d'acquiescer une assurance maladie, la plupart des patients ont recours à la médecine de ville. « L'insertion dans le système de soins de droit commun des personnes en situation de grande précarité dépend en partie de la qualité du relais que nous passons et de la constitution d'un réseau de médecins généralistes partenaires », précise Elisabeth Rivollier.

Tisser des liens, c'est pour les PASS plus qu'un slogan : un impératif, si elles veulent remplir leur mission d'interface. A cet égard, la permanence du centre hospitalier de Saint-Nazaire (Loire-Atlantique) se montre très entreprenante. Participation à la coordination « veille sociale » de la commune, qui réunit chaque vendredi les acteurs associatifs et municipaux intervenant auprès des publics précaires, contribution à la maraude, collaboration avec l'équipe mobile psychiatrie-précarité, réalisation d'actions de prévention au restaurant social, association à la dynamique du contrat local de santé et à l'atelier santé-ville...

« Notre point fort, c'est le partenariat », résume Valérie Paboeuf, assistante sociale de la PASS, consciente que la taille de la ville (un seul centre d'hébergement et de réinsertion sociale, un seul restaurant social) favorise cette inter-connaissance. Faire équipe avec deux médecins « ultra-motivés » est aussi un gros atout. Pour qu'une PASS fonctionne bien, il faut des praticiens qui aient une « fibre sociale », insiste Valérie Paboeuf, car les personnes en situation de précarité sont une population particulière, qui n'honore pas forcément ses rendez-vous ou s'y présente dans des conditions d'hygiène défavorables à l'examen.

Comme l'hôpital de Saint-Nazaire est excentré, la PASS et ses partenaires distribuent beaucoup de tickets de bus afin que les patients puissent y aller. Une fois par mois, c'est un médecin et l'assistante sociale du dispositif hospitalier qui se déplacent et tiennent permanence au CHRS Blanchy, situé en centre ville. Les consultations médicales et sociales y sont proposées non seulement aux résidents, mais aussi aux personnes extérieures au foyer, qui vivent à la rue, en squat ou chez un tiers.

En Eure-et-Loir, c'est un trio composé du médecin, d'une infirmière et de l'assistante sociale de la PASS du centre hospitalier de Dreux qui quitte une fois par mois l'hôpital pour se rendre à l'épicerie sociale de Vernouillet (à 2,5 kilomètres). Cette externalisation répond à une initia-

tive décidée conjointement par l'hôpital et le centre communal d'action sociale (CCAS) de Vernouillet. « En 2007, nous avons mis au jour différentes difficultés d'accès aux soins pour les personnes précaires », explique Annick Collignon, adjointe au maire de la commune. « Pour les Vernolitaïns les plus démunis, se rendre à l'hôpital de Dreux par les transports en commun est long et compliqué, ce à quoi s'ajoute leur peur d'y être gardés. » D'où l'idée de choisir un lieu proche, connu, convivial, pour dédramatiser les questions liées à l'abord de la santé. « L'épicerie sociale, où on vise non seulement à donner accès à de l'alimentation, mais aussi à restaurer la personne dans sa globalité, nous a semblé être un cadre idoine », déclare Annick Collignon. La démarche se révèle concluante, puisqu'elle permet à des gens éloignés ou très éloignés des problématiques de santé d'entamer un parcours de soins, avec un accompagnement physique des travailleurs sociaux du CCAS au départ, si nécessaire. « Quant à nous, ce travail avec la PASS a déclenché une approche "santé" dans notre activité qui n'existait pas et nous a conduits à développer de multiples actions d'information, de prévention et de dépistage », souligne Isabelle Le Quellec, responsable du service social du CCAS.

## ALLER VERS... JUSQU'OU ?

Ces actions hors les murs sont, pour les acteurs des PASS, un très bon moyen de prendre contact avec le public en grande exclusion et d'essayer de le mener vers les soins. Reste à savoir jusqu'où aller sur ce terrain de la proximité, sachant que l'hôpital ne peut pas, à lui seul, couvrir toute la demande en matière de santé, fait observer Denise Bauer.

A leur création, les PASS avaient été envisagées comme transitoires. A l'heure où la stratégie nationale de santé veut donner une priorité à la lutte contre les inégalités de soin dans la loi de santé publique prévue pour le printemps (4), les PASS sont plus que jamais d'actualité. Au-delà de ce dispositif, c'est une réflexion de fond sur la précarité à l'hôpital qu'entendent promouvoir la Fédération hospitalière de France (FHF) et Médecins du monde. « La prise en charge des publics précaires fait partie de l'identité, de l'honneur même du service public hospitalier, c'est une mission à part entière et nous en sommes fiers », déclare Cédric

**« Ce travail avec la PASS a déclenché une approche "santé" dans notre activité qui n'existait pas avant et nous a conduits à développer de multiples actions d'information, de prévention et de dépistage »**

Arcos, directeur de cabinet à la FHF. Mais il ne s'agit pas seulement de réaffirmer cette « *vocation d'hospitalité* », il faut aussi la repenser en tenant compte de l'apparition de nouvelles formes de précarité conjuguées à l'évolution des organisations hospitalières. Le message que la FHF et Médecins du monde souhaitent faire passer est double. Il y a, d'une part, un appel aux pouvoirs publics pour aider le personnel hospitalier à mieux prendre en charge la précarité – ce qui suppose un financement de l'hôpital qui tienne compte du coût plus élevé d'hospitalisation des patients précaires (5). Et, d'autre part, une adresse à la communauté hospitalière elle-même pour qu'elle améliore ses pratiques. « *Cela passe notamment par une meilleure formation des soignants à la précarité, afin que celle-ci ne fasse plus peur* », explique Cédric Arcos. Pour les deux organisations, une chose est sûre : il ne faut pas de filières particulières pour les précaires, ce qui signifierait un retour aux dispensaires. « *Ces patients doivent être soignés comme tout le monde, dans les mêmes hôpitaux, les mêmes services, les mêmes structures* », insistent-elles.

En revanche, l'accès au système de santé doit impérativement être spécifique : les patients vulnérables ont besoin d'être accompagnés vers les soins, ainsi que tout au long de leur parcours, et de bénéficier d'une approche pluriprofessionnelle au sein de laquelle les associations ont leur place. A cet égard, « *les PASS sont une solution pertinente, mais elles ne peuvent pas être toute la solution, parce qu'elles sont malheureusement encore trop souvent une affaire de militants ou, plutôt, de personnes déjà connues* », estime Cédric Arcos. L'enjeu est de réussir à mieux connecter la PASS à l'ensemble de l'hôpital et de faire en sorte que les modes de travail de ses acteurs soient mieux connus des services, dont la spécialité n'est pas l'accueil des plus précaires. ■ **Caroline Helfter**

(1) Voir ASH n° 2837 du 13-12-13, p. 49.

(2) Dans *Innovier contre les inégalités de santé*, ouvrage collectif dirigé par Pierre-Henri Bréchat et Jacques Lebas - Presses de l'EHESP, 2012.

(3) Etude de l'ARS Rhône-Alpes sur 13 PASS implantées dans différents contextes socio-géographiques - Disponible sur [www.appassra.org](http://www.appassra.org).

(4) Voir ASH n° 2826 du 27-09-13, p. 8 et n° 2838 du 20-12-13, p. 8.

(5) Parce que ces malades ont souvent des pathologies associées et des durées de séjour plus longues.

## Un diagnostic sévère

Connaissant bien les difficultés d'accès aux soins des populations précaires, Médecins du monde appelle régulièrement à renforcer le dispositif des permanences d'accès aux soins de santé. Ce dernier apparaît, en effet, très inégalement opérationnel.

Médecins du monde a réalisé une enquête en 2010 pour apprécier l'effectivité de la prise en charge des patients en situation de précarité par les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) (1). La situation de 37 permanences généralistes, implantées dans 23 villes où intervient l'association, a été passée au crible. Seules huit d'entre elles accueillent tous les publics en situation de précarité, y compris les personnes sans droits potentiels à l'assurance maladie ou à l'aide médicale de l'Etat (AME) et celles disposant d'un visa de tourisme, qui n'ont pas d'assurance maladie dans leur pays d'origine et ont l'intention de résider en France.

A contrario, 14 PASS ne reçoivent que les patients éligibles à l'assurance maladie ou à l'AME, pour lesquels les coûts pourront être rapidement recouverts. Entre ces deux cas de figure, il existe d'autres modalités de travail plus ou moins restrictives et, au final, une tendance fréquente à réorienter les patients vers les structures associatives – dont Médecins du monde –, notamment « *pour assurer la surveillance médicale en attendant l'ouverture des droits* ». Autrement dit, « *alors que les PASS constituent le seul dispositif permettant, en théorie, l'accès intégral aux soins pour les personnes démunies et dépourvues de protection maladie* », cet accueil inconditionnel est loin d'être la règle. Quant aux mineurs, qui sont immédiatement éligibles à l'AME dès leur entrée sur le territoire, leur accès aux soins ne se révèle pas non plus systématiquement garanti.

Il existe une importante diversité de moyens et de modes d'organisation : certaines PASS ont des locaux et du personnel dédiés, d'autres pâtissent de ressources humaines et matérielles largement insuffisantes. Si la plupart des permanences sont dotées d'au moins un assistant de service social à temps plein, « *qui a un rôle pivot dans le dispositif* », on observe globalement un manque de personnel

médical. Trop peu de moyens sont, par ailleurs, alloués à la formation des professionnels hospitaliers (non spécifiques aux PASS) pour lesquels le niveau de connaissance du dispositif, de son fonctionnement et de son rôle reste insuffisant. En outre, faute de signalétique adaptée, il est parfois difficile aux personnels comme aux patients de savoir où se situe la PASS dans l'hôpital.

En matière de remise des médicaments, les procédures ne sont pas toujours pratiques et opérationnelles – ni même connues par le service prescripteur –, ce qui amène certains patients à quitter l'établissement avec une ordonnance à honorer. Il existe aussi des cas où les patients reçoivent *a posteriori* la facture de leurs soins et traitements.

Enfin, d'un point de vue financier, les budgets, trop faibles, ne permettent pas de couvrir l'ensemble des besoins. Aussi, Médecins du monde souligne la nécessité de réévaluer les crédits destinés aux PASS, mais aussi de s'assurer qu'ils leur soient effectivement attribués. En effet, au vu des enjeux de gestion des établissements hospitaliers, « *la prise en charge des publics en situation de précarité n'est pas toujours une préoccupation majeure* » et les PASS « *sont parfois perçues comme un instrument de recouvrement financier* ». Garantir « *le fléchage le plus strict* » des crédits accordés aux hôpitaux pour les PASS est aussi une recommandation de la sénatrice (Groupe écologiste) Aline Archimbaud, qui a remis en septembre 2013 un rapport au Premier ministre sur « *L'accès aux soins des plus démunis* » (2). ■

(1) « *Etat des lieux des permanences d'accès aux soins de santé dans 23 villes où Médecins du monde est présent* » - Août 2010 - Rapport disponible sur [www.medecinsdumonde.org](http://www.medecinsdumonde.org).

(2) Voir ASH n° 2826 du 27-09-13, p. 10.

**EUROPE SOCIALE****Pour la CJUE, l'allocation aux demandeurs d'asile doit leur permettre de se loger sur le marché locatif privé**

Dans un arrêt qu'elle a rendu le 27 février, la Cour de justice de l'Union européenne (CJUE) précise les implications qui découlent de l'obligation faite aux Etats membres d'assurer aux personnes ayant sollicité la protection internationale des « conditions matérielles d'accueil qui permettent de garantir un niveau de vie adéquat pour la santé et d'assurer la subsistance ». Elle indique, en particulier, que l'allocation financière qu'ils doivent accorder aux demandeurs d'asile qui ne peuvent être hébergés doit être suffisante pour leur permettre de trouver un logement sur le marché locatif privé. Et ajoute que cette allocation peut leur être versée par des organismes relevant du système d'assistance publique, à condition que ces derniers respectent les normes minimales du droit de l'Union européenne en matière de conditions matérielles d'accueil.

A l'origine de cet arrêt : un litige opposant une famille de demandeurs d'asile à l'Agence fédérale pour l'accueil des demandeurs d'asile (la « Fedasil »), en Belgique. Les requérants – un couple et leurs trois enfants – avaient déposé, dans ce pays, une demande d'asile le 11 octobre 2010 auprès de l'Office des étrangers et aussitôt saisi la Fedasil d'une demande d'accueil. Cette dernière avait immédiatement informé la famille de l'impossibilité de désigner une structure d'accueil et l'avait dirigée vers un centre public d'action sociale, organisme équivalent à un centre communal d'action sociale français. N'ayant pas pu obtenir un hébergement, les intéressés s'étaient alors tournés vers le marché locatif privé. Mais, incapables de régler leur loyer, ils avaient alors introduit auprès du centre public d'action sociale une demande d'aide financière. Une demande refusée au motif qu'ils relevaient des structures d'accueil gérées par la Fedasil.

Par la suite, la justice belge a condamné la Fedasil à accorder un accueil à la famille – cette dernière fut ainsi placée dans un centre d'accueil pour demandeurs d'asile le 21 janvier 2011 – et à lui verser un dédommagement pour les mois au cours desquels elle n'avait pas pu être logée. Elle s'est appuyée pour cela sur la directive européenne 2003/9/CE du 27 janvier 2003 relative à des normes minimales pour l'accueil des demandeurs d'asile dans les Etats membres (1), qui dispose que, lorsque le logement (parmi d'autres conditions matérielles d'accueil) n'est pas fourni en nature, il doit l'être en allocations financières ou en bons. L'affaire a fini par arriver jusque devant la Cour du travail de Bruxelles, qui a saisi la CJUE pour lui poser plusieurs questions.

**Une allocation fournie dès l'introduction de la demande d'asile**

Un Etat membre qui octroie les conditions matérielles d'accueil sous la forme d'allocations financières (et non en nature) est-il tenu de les accorder dès l'introduction de la demande d'asile ? Doit-il s'assurer que le montant de ces allocations est de nature à permettre aux demandeurs d'asile d'obtenir un logement ? Enfin, peut-il renvoyer les demandeurs d'asile vers des organismes relevant du système d'assistance publique générale lorsque les structures d'hébergement sont saturées ?

La CJUE répond à la première question par l'affirmative. Lorsqu'un Etat membre a choisi d'octroyer les conditions matérielles d'accueil sous la forme d'allocations financières ou de bons, ces allocations ou bons doivent être fournis dès l'introduction de la demande d'asile, indique-t-elle en expliquant que c'est ce qui ressort de la structure générale et de la finalité de la directive du 27 janvier 2003.

La Haute Juridiction rappelle par ailleurs que l'aide financière octroyée doit être suffisante pour garantir un niveau de vie digne et adéquat pour la santé ainsi que pour assurer la subsistance des demandeurs d'asile. Elle précise, au passage, que l'Etat membre doit adapter les conditions d'accueil aux besoins particuliers du demandeur afin, notamment, de préserver l'unité familiale et de tenir compte de l'intérêt supérieur de l'enfant (ainsi, le montant de l'allocation doit permettre aux enfants mineurs d'être logés avec leurs parents). Si le logement n'est pas fourni en nature, l'allocation financière doit être suffisante pour permettre au demandeur d'asile de disposer d'un logement, le cas échéant sur le marché privé de la location, estime la CJUE, « ce logement ne pouvant cependant pas être choisi selon la convenance personnelle du demandeur ».

Enfin, répondant à la troisième question, la cour juge que, lorsque les structures d'hébergement sont saturées, les allocations financières peuvent être versées par l'intermédiaire d'organismes relevant du système d'assistance publique générale, « pour autant que ceux-ci assurent aux demandeurs d'asile le respect des normes minimales prévues par la directive ». Autrement dit, soulignent les services de la CJUE dans un communiqué, la saturation des structures d'hébergement « ne saurait justifier une quelconque dérogation au respect de ces normes ».

(1) Rappelons que ce texte a été modifié par une directive 2013/33/UE du 26 juin 2013 - Voir ASH n° 2815 du 21-06-13, p. 40.

(CJUE, 27 février 2014, aff. C-79/13, disp. sur <http://curia.europa.eu>)

Retrouvez  
l'actualité sociale  
au quotidien sur  
**www.ash.tm.fr**

**En bref****Pays d'origine sûrs.**

Alors que plusieurs associations de défense des droits des étrangers le lui demandaient, le juge des référés du Conseil d'Etat a, dans une ordonnance du 12 mars, refusé de suspendre l'exécution de la décision du conseil d'administration de l'Office français de protection des réfugiés et apatrides (OFPRA) du 16 décembre 2013 inscrivant de nouveau l'Albanie, le Kosovo et la Géorgie dans la liste des pays d'origine sûrs (voir ASH n° 2840 du 3-01-14, page 34). Le haut magistrat a en effet estimé que la condition d'urgence – imposée par la loi pour pouvoir suspendre une décision administrative – n'était pas remplie. Notons que la décision de l'OFPRA fait encore l'objet d'une requête en annulation. Elle sera examinée dans les prochains mois par le Conseil d'Etat. • [Conseil d'Etat, n° 375475 du 12 mars 2014]