



Journées des CLAT

23 et 24 septembre 2024

La précarité, quelles définitions ?
Les inégalités en santé

Pascal Forcioli – directeur d’hôpital honoraire – membre du HCSP
pforcioli@icloud.com

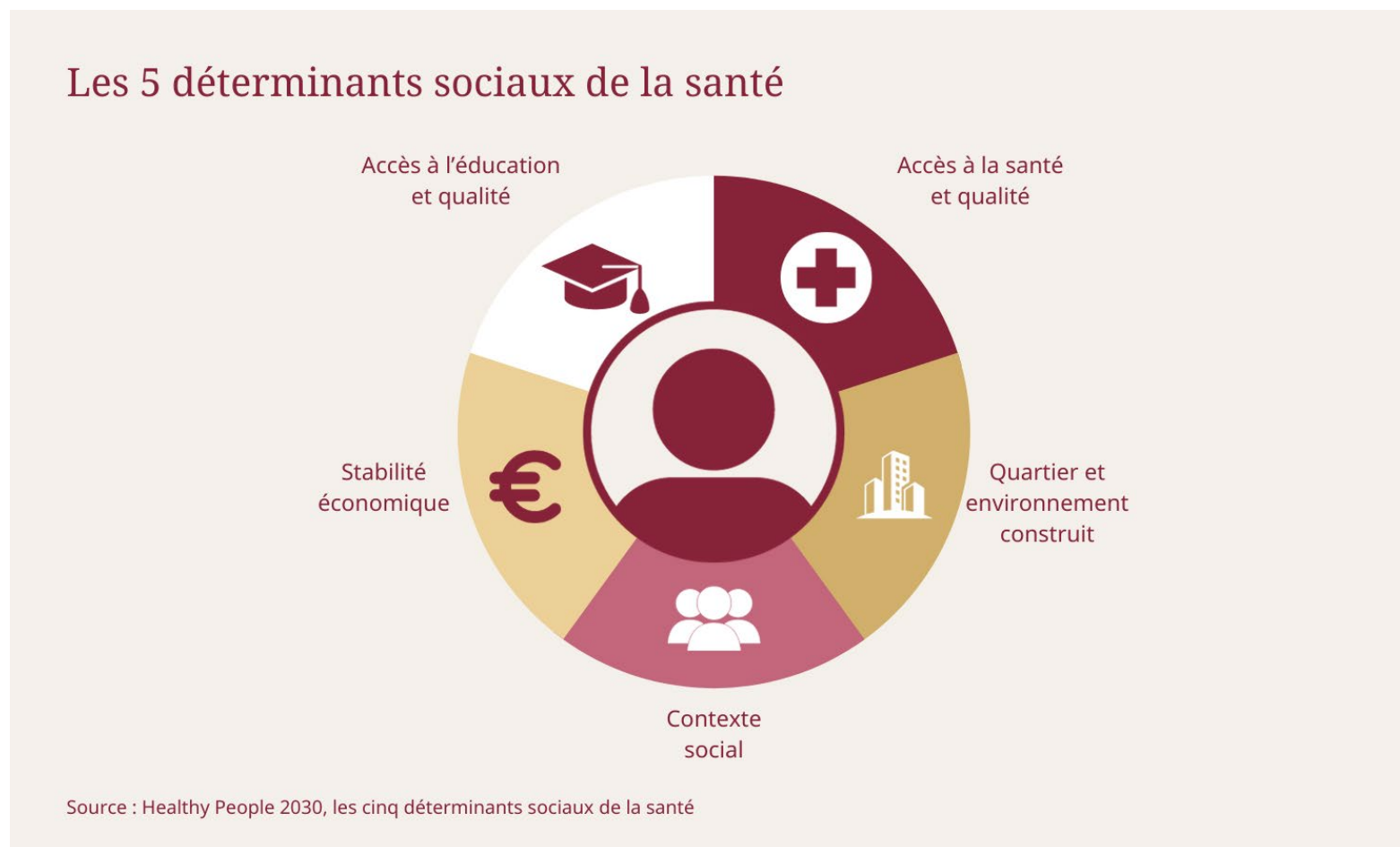
La prévalence de la tuberculose interroge les notions de précarité, ISTS et défavorisation

- La tuberculose, une maladie rare en France (données 2022 : 6,2 cas déclarés pour 100 000 habitants)
- Une incidence nationale faible avec des disparités populationnelles et territoriales
- Une dimension sociale de la tuberculose relevée dès le 19^e siècle (Villemin, dès 1868 en étudiant la contagiosité de la maladie – identifié par Koch en 1882 – montre des disparités entre ville et campagne en lien avec les conditions de misère dans certaines populations)
- Impact des situations de pauvreté, inégalité de genre, vulnérabilité et marginalisation sur le risque de contracter la tuberculose
- En Seine-Saint-Denis (cf. l'article de référence de Castro et coll.) l'incidence de tuberculose est 4 fois supérieure au niveau national, avec une répartition de la maladie similaire à celle des indicateurs de défavorisation sociale.

Les ISTS en France

- La France a un système de santé universel théoriquement accessible à tous.
- Nos indicateurs de santé publique montrant de profondes inégalités.
- Importance des déterminants de la santé dans les ISTS (facteurs sociaux, économiques et environnementaux que l'on peut associer à un problème de santé particulier ou encore à un état de santé global)
- Le fait de vivre en milieu défavorisé, par exemple, constitue un des déterminants sociaux de la santé, et est un fait reconnu. Toutefois, on ne saurait considérer la pauvreté comme la cause systématique d'un mauvais état de santé.
- D'autres déterminants interviennent selon les circonstances, soit pour amoindrir l'effet de la pauvreté, soit pour le décupler. Ainsi, le manque de ressources, économiques et sociales, accroît le risque d'être en mauvaise santé.
- C'est le cumul des défavorisations qui accroît les inégalités de santé.

Les déterminants sociaux de la santé



La précarité, un des déterminants sociaux de la santé

- Les caractéristiques socioéconomiques recouvrent des déterminants comme la scolarité, l'occupation (le fait de travailler ou non), le type d'emploi et le revenu.
- Ces facteurs constituent la base de ce que l'on appelle le statut socioéconomique des individus.
- Ils ont une très grande influence sur l'état de santé de la population, soit par leurs effets directs, soit par leurs effets sur de nombreux déterminants tels que les comportements individuels et les milieux de vie.

La notion de précarité

- Définition de la précarité : insécurité économique et financière, sociale et affective.
- Une notion plus large et complexe que la pauvreté.
- Caractère d'instabilité et fragilité d'une situation, passagères ou durables.
- Pas une catégorie sociale particulière mais le résultat d'un enchaînement d'événements et d'expériences qui débouchent sur des situations de fragilisation ou d'insécurité économique, sociale et familiale.

Définition de référence de la précarité

- La meilleure définition de la précarité reste celle proposée par Joseph Wresinski dans le rapport remis au Conseil économique et social en 1987 :

« La précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales et de jouir de leurs droits fondamentaux. »

Approche du HCSP (rapport 1998)

- La précarité ne caractérise pas une catégorie sociale particulière mais est le résultat d'un enchaînement d'événements et d'expériences qui débouchent sur des situations de fragilisation économique, sociale et familiale.
- Elle conduit à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible (cf. Wrezinski).
- Les individus les plus touchés par ces processus de précarisation sont d'abord ceux qui vivent dans des situations de grande vulnérabilité sociale : enfants déscolarisés, jeunes non qualifiés, chômeurs de longue durée, populations travaillant avec de bas revenus, jeunes ayant des emplois précaires, mères célibataires à faibles revenus, etc...

Évolution historique de la notion de précarité

- Sous l'Ancien Régime : les pauvres, les invalides, les enfants trouvés, prise en charge au nom de la charité (Maison-Dieu, Hôtel-Dieu)
- XIXe : les pauvres, indigents et vieillards (hospices), les fous (asiles d'aliénés) , prise en charge selon les principes de la bienfaisance (privée) ou de l'assistance (publique)
- XXe : la pauvreté, la grande pauvreté, les exclus, couverts par la protection sociale et la solidarité (1945)
- Une forme de désaffiliation sociale (absence de travail, isolement social – cf. approche sociologique Robert CASTEL)

La précarité, notions voisines

- Désinsertion
- Marginalisation
- Pauvreté
- Exclusion
- Invisibilité
- Désaffiliation
- Défavorisation...

Précarité et vulnérabilité

- La précarité est une vulnérabilité :
 - Socio-économique : revenu faible/instable (sans emploi, travailleurs pauvre, « petite retraite »...), désinsertion sociale
 - Sanitaire : les personnes en situation de précarité sont des personnes plus vulnérables que les autres, exposé à des risques de blessure/infection/maladie/mortalité
 - Politique : invisibilité, non droits, sans voix
- La précarité se caractérise par :
 - Une situation de fragilité
 - Un risque d'exposition (difficultés d'accès aux soins/à la prévention, exposition à des violences)
 - Des risques de sur-exposition (migrant/dans la rue/sans papier/en situation irrégulière/sans ressource stable/consommateur de drogue/prostitué-e/incompréhension du français/illettrisme)
 - Un risque de marginalisation
- Une réalité aux multiples visages
- Un état dont on peut sortir/être aidé à sortir ou on a besoin d'accompagnement

L'aggravation de la précarité

- Chômage (effets de la désindustrialisation, mécanisation, robotisation, mondialisation...)
- Précarisation des emplois (contrats courts, travail au noir, travail à temps très partiel...)
- Dégradation des conditions de vie (en milieu rural et urbain, environnement défavorable à la santé, isolement, risques environnementaux et climatiques)
- Expulsion du logement (17500 en 2022 avec la force publique contre 12000 en 2021), personnes à la rue, SDF
- Familles monoparentales (1 famille sur 4 en 2024)
- Crise migratoire (personnes déplacées, réfugiés – causes multiples : conflits, pauvreté, faim, violences, crise climatique)
- Rupture du parcours de vie (ex. jeunes adultes sortant des dispositifs de l'ASE, sortie de la vie active, sortie de détention, rupture familiale/divorce/veuvage, abandon scolarité)
- Surendettement (en 2023, 586 000 personnes, 121 000 nouveaux dossiers enregistrés par la Banque de France, dont 53% vivent avec moins de 1158 €/mois, 25% en recherche d'un emploi et 20% familles monoparentales)
- Conflits, déplacements de populations (cf. Gaza, Ukraine, Afrique subsaharienne)
- Crise sanitaire (ex. risque accru des personnes précaires face au Covid : infection, isolement, accès dépistage/vaccination, troubles psy)
- Crise environnementale (cataclysmes naturels – cf. tremblements de terre au Maroc, submersion de terres...)
- Tendance à la détérioration des aides publiques du fait des réductions budgétaires à réaliser

Le seuil de pauvreté

- En France et en Europe, on considère comme pauvres les personnes dont les revenus sont inférieurs à un certain pourcentage du niveau de vie dit « médian ».
- Ce revenu médian est celui qui partage la population en deux, autant gagne moins, autant gagne davantage. Il est mesuré après impôts et prestations sociales.
- Le seuil de pauvreté est de plus en plus souvent fixé à 60 % du niveau de vie médian.
- L'Observatoire des inégalités publie les différents seuils, mais utilise le plus souvent le seuil de pauvreté de 50% plus significatif.
- En France en 2023, le seuil de pauvreté est de 965 € ou de 1 158 € par mois, selon qu'il est fixé à 50 % ou à 60 % du niveau de vie médian.
- Une personne est considérée comme pauvre lorsque ses revenus sont inférieurs à ces montants.

Combien de personnes en situation de pauvreté ?

- 9,1 millions de personnes vivant sous le seuil de pauvreté (1158 € par personne et par mois) en France en 2021
- Taux de pauvreté : 14,5% en 2021 (+ 0,9 % par rapport à 2020)
- Allocataires de minima sociaux 3,9 millions en 2022 (environ 7 millions de personnes couvertes, enfants compris).
- Foyers allocataires du RSA 1,835 million en septembre 2023.

D'autres chiffres complémentaires

- Logement :
 - 4,1 M de personnes mal-logées en France (1,1 M sans logement personnel et 2,8 M dans des conditions de logement très difficiles)
 - Environ 200 000 personnes en centre d'hébergement (92 000 réfugiés en attente d'examen de leur demande d'asile, 100 000 personnes hébergées en urgence ou de manière prolongée, dans des centres d'accueil ou appartements destinés aux sans-abri, 5600 mères et enfants accueillis).
 - + les personnes hébergées à l'hôtel social et celles qui dorment à la rue faute de solution.
 - Au total 300 000 le nombre de personnes sans logement
 - Enfants à la rue cet été 2024 : Plus de 2 000 enfants dorment dans la rue en France, un nombre en hausse de 120% en quatre ans. (467 enfants moins de 3 ans selon UNICEF Fr)
- Alimentation : 2 à 4 M bénéficiaires aide alimentaire
- Emploi : 2,8 M sans emploi (cat A), 2,3 M en activité réduite (cat B & C) - 2^e trim 2024

Inégalités sociales et territoriales

- De fortes IST
- Avec un taux de pauvreté inférieur à 10 %, les situations de pauvreté sont peu fréquentes en Vendée et en Haute-Savoie.
- À l'opposé, la pauvreté est très élevée en Martinique, en Seine-Saint-Denis et à La Réunion avec des taux compris entre 26,8 % et 36,1 %.
- La pauvreté monétaire est aussi nettement au-dessus de la moyenne nationale dans les Pyrénées-Orientales, en Haute-Corse, sur le pourtour méditerranéen, dans la Creuse et dans les départements du Nord de la France métropolitaine (entre 18,4 et 21,2 %).

Précarité + autres déterminants de santé

- Age (mineurs, étudiants, personnes âgées)
- Sexe (femmes seules)
- Genre (personnes LGBTQ+)
- Origine (personnes racisées)
- Emploi (chômeurs de longue durée, travailleurs pauvres)
- Handicap (physique et/ou psychique)
- Rupture du parcours de vie (sortie de détention, sortie des dispositifs de l'ASE, échec scolaire ou universitaire, perte du travail, retraite)
- Consommation de drogue et autres addictions
- Prostitution
- Habitat : SDF, habitat insalubre (loi 29/04/2024 rénovation habitat dégradé), bidonvilles (400 dont 137 en IDF), squats (loi anti-squat 29/07/2023, expulsion/démantèlement)

La santé des mineurs non accompagnés

- Cf. Rapport MSF/COMEDE, novembre 2021, à partir de la cohorte du centre de Pantin : psychotraumatismes, troubles dépressifs
- Situation de précarité : politique du non-accueil en France facteur de stress sévère
- 55% des jeunes vivent dans la rue lorsqu'ils débutent le suivi auprès des psychologues à Pantin. Or ce ne sont pas des enfants des rues : seuls 5% d'entre eux l'étaient dans leur pays d'origine.
- Difficulté d'accéder à une protection sociale : un obstacle à l'accès aux structures de santé et aux traitements.
- En tant que mineurs, les MNA devraient avoir accès à l'assurance maladie avec la complémentaire santé solidaire (C2S).
- Pour autant, en pratique, les MNA en recours sont considérés comme des majeurs en situation irrégulière et n'ont accès qu'à l'Aide médicale d'État (AME).
- Dépourvus de protection, de statut administratif et de représentation légale, les jeunes se savent isolés et vulnérables. En réaction, certains développent un trouble psychique.
- Il est possible de lier l'apparition de ce trouble à la précarité des conditions de vie en France puisqu'il a été observé que les symptômes cessent lorsque les jeunes sont pris en charge dans un environnement sécurisant et adapté à leurs besoins, par ex. dans le cadre de la protection de l'enfance.

Les migrants et « sans papier »

- Étrangers en séjour précaire (estimation 500 000)
- Pression migratoire croissante et accueil des déplacés (dont Ukraine): 160 000 demandes d'asile attendues pour 2024 (132 826 en 2019)
- 122 582 places en hébergement pour demandeurs d'asile et réfugiés vulnérables (+ 1500 créées en 2024)
- Contradiction du “ provisoire qui dure ” avec une confrontation de l'aggravation des inégalités sociales en France et à la détérioration de la situation politique et économique du pays d'origine.
- Vulnérabilité psychologique, socio juridique, médicale des personnes
- En France, les données épidémiologiques relatives à la santé des migrants restent le plus souvent limitées aux maladies infectieuses, notamment l'infection par le VIH et la tuberculose, dont la prévalence est plus importante parmi certains groupes de migrants que dans la population générale.
- La proportion de cas de tuberculose nés à l'étranger était de 41 % en 2000 et de 52 % en 2010. En 2018, parmi les 4787 (94 %) cas de tuberculose dont le lieu de naissance est renseigné, 66 % sont nés à l'étranger, et ont le plus souvent (67 %) une tuberculose pulmonaire.
- Cette proportion de cas nés à l'étranger varie selon les régions de France métropolitaine, allant de 43 % en Bretagne à 77 % en Île-de-France.
- En IDF, Val-de-Marne (84 %), Paris (83 %) et Seine-Saint-Denis (79 %).
- Les personnes nées à l'étranger sont fortement représentées chez les cas sans domicile fixe (sdf), passant de 63 % en 2008 à 78 % en 2012 et 91 % en 2018.
- Les cas multirésistants (résistants à l'isoniazide et à la rifampicine) confirmés par le Centre National de Référence des Mycobactéries (CNR-MyRMA) représentaient 2,2 % et 0,5 % des cas chez les personnes nées à l'étranger et en France
- Cf. Incidence de la tuberculose chez les personnes nées à l'étranger et résidant en France : quelles données épidémiologiques? - Jean-Paul Guthmann, épidémiologiste, Direction des maladies infectieuses de Santé publique France - Maux d'exil N°64 – La lettre du COMEDE - juillet 2020

Les gens du voyage & ROMS

- Entre 300 000 et 500 000 personnes.
- Tous ne sont pas en situation de précarité.
- Mais le cumul de déterminants sociaux, économiques et environnementaux défavorables accroît la vulnérabilité face aux problèmes de santé et d'accès aux soins : conditions de vie plus précaires que la population générale, auxquelles viennent s'ajouter et se combiner :
 - Des expositions environnementales, les aires d'accueil étant souvent situées dans un environnement défavorable ;
 - Des mauvaises conditions d'habitat (promiscuité, caravanning, accès à l'eau, terrains illégaux) ;
 - Des risques liés aux pratiques professionnelles (ferraillage) et aux conditions de travail (intoxication aux métaux lourds, saturnisme, accidents de chantier...)
 - Déscolarisation des enfants (nomadisme, difficulté d'accès à la santé scolaire)
 - L'origine de pays à risque endémique (ex. tuberculose en Roumanie).
- Recours aux soins tardif, surtout aux soins d'urgence
- Stigmatisation intracommunautaire des patients atteints de tuberculose (exclusion physique)

La situation de précarité des étudiants

- Une nouvelle étude, réalisée par la Fédération des associations générales étudiantes (FAGE), intitulée « Bouge ton Crous » et présentée le 10 janvier 2024, dresse ce constat.
- D'après la FAGE, sur 7 531 étudiants interrogés en France métropolitaine par le biais d'un questionnaire en ligne diffusé entre septembre et décembre 2023, 19 % déclarent ne pas manger à leur faim et sauter plus de trois repas par semaine.
- Et 49 % d'entre eux affirment ne pas avoir les moyens d'acheter des fruits et légumes frais de manière hebdomadaire.
- Même alerte lancée par la FAGE à la rentrée universitaire 2024-2025.
- Lien précarité et échec académique.
- Sujet important pour les CLAT en termes de prévention ciblée en partenariat avec la santé universitaire et les associations universitaires

Handicap et pauvreté

- Le taux de pauvreté des personnes handicapées atteint presque 20 % (au seuil de pauvreté de 60 % du niveau de vie médian, donnée 2019 du ministère des Solidarités), un niveau très supérieur à celui des personnes valides (12,8 %). Au total, près de 840 000 personnes handicapées sont pauvres.
- La moitié des personnes handicapées ont un niveau de vie inférieur à 1 512 euros par mois, soit 300 euros de moins que le niveau de vie médian des personnes valides. 19,5 % des adultes handicapés vivent sous le seuil de pauvreté.
- La situation est encore plus difficile pour les personnes d'âge actif, entre 15 et 59 ans. Le niveau de vie médian des personnes handicapées de 15 à 59 ans est de 1 512 euros mensuels, soit 17 % de moins que celui de l'ensemble de cette tranche d'âge (données du ministère des Solidarités 2019). À cet âge, une personne handicapée sur quatre (25,5 %) vit sous le seuil de pauvreté contre 14,4 % des valides.

Liens entre santé et précarité

- La santé peut être à la fois cause et effet de la précarité.
- Les problèmes de santé impactent directement la vie des individus : ils peuvent les faire basculer dans une situation durable de pauvreté, en raison par exemple des coûts financiers ou encore des incapacités de travail induits par les affections de longue durée.
- La pauvreté exacerbe voire génère des problématiques de santé : par ex. maladies digestives provoquées par une consommation prolongée d'eau non potable, surexposition au risque de diabète en raison de la précarité alimentaire, surexposition au risque infectieux...
- Inversement, l'accès à la santé est l'un des éléments clés de sortie de la pauvreté.
- Ainsi, la santé et le social sont profondément imbriqués, ce qui justifie l'utilité d'une approche transversale, transdisciplinaire, intersectorielle au niveau national et local.

La précarité, cumul de handicaps pour se maintenir en bonne santé

- Difficulté d'accès aux soins et à la prévention (yc repérage précoce et vaccination)
- Difficulté à assurer un hygiène de manière satisfaisante (accès à l'eau, aux toilettes...)
- Malnutrition, voire dénutrition ou TCA (risque obésité et diabète)
- Mal logement (insalubrité, promiscuité, bidonvilles), sans domicile fixe, personne à la rue (exposition climatique/vagues de chaleur/grand froid)
- Troubles du sommeil, troubles de l'humeur
- Mauvais état général physique, bucco-dentaire
- Maladies chroniques mal suivies, difficulté à l'observance des soins, patients perdus de vue
- Troubles psychiques
- Risque d'addictions
- Détérioration de l'estime de soi
- Exposition à des risques de violences
- Prise en charge en soins en urgence yc psychiatriques, avec risque de perdu de vue ensuite (les patients perdus de vue sont une des issues défavorables les plus fréquentes au terme du traitement de la tuberculose)

Précarité et risque infectieux

- Les maladies infectieuses constituent la première cause de morbidité et de mortalité chez les patients en situation de précarité.
- Comme dans les autres pays industrialisés, la décroissance séculaire du nombre de cas de tuberculose a pris fin en France en 1988–89 et nous assistons actuellement à une résurgence de la maladie, notamment chez les patients en situation de précarité.
- La présentation clinique de la tuberculose demeure classique chez les patients en situation de précarité, mais est caractérisée par des tableaux évolués, voire « historiques, avec localisations extrapulmonaires fréquentes.
- Les actes diagnostiques et thérapeutiques doivent être adaptés aux conditions de vie des patients, notamment à leur éducation et à leur soutien social.
- La thérapie sous observation directe est rarement utilisée en France, mais le développement de stratégies adéquates pour une prise en charge efficace des soins primaires avec des rapports coût/efficacité adaptés dans le respect des droits de l'homme est essentiel.
- Le dépistage précoce et l'évaluation détaillée des résultats du traitement et de la prise en charge sociale restent des priorités.
- Cf. *Poinsignon et al. Réémergence de la tuberculose et précarité socio-économique – Elsevier 1995*

Risques par rapport à la tuberculose

- Non repérage précoce
- Retard au diagnostic, et donc à la déclaration (dans les 48 H) et à l'enquête (sujets contact)
- Risque de transmission/transmissibilité
- « la tuberculose syndrome de la précarité » ?
- Trois catégories de la population identifiées comme les plus affectées par la maladie et pour lesquelles les efforts de contrôle et de prévention doivent se focaliser (SPF – données 2021 publiées en 2023) :
 - les personnes sans domicile (68 cas pour 100 000 habitants – mais sous-renseignement des données selon SPF) ;
 - les personnes détenues (44 cas pour 100 000 habitants) ;
 - les personnes nées hors de France (32 cas pour 100 000 habitants).

Mesure de la précarité

- Le revenu (critère financier majeur dans l'approche du sujet)
- L'habitat (salubrité, promiscuité,
- La domiciliation (sans, isolement, éloignement)
- L'accès aux droits
- L'accès aux soins de santé
- La régularité de la situation administrative de séjour
- L'éducation (faible niveau de scolarité, illettrisme, illettrisme)
- Non conscience des personnes par rapport à leur situation de précarité, voire déni
- Difficulté à communiquer (absence de téléphone)

Les principaux acteurs mobilisés

- PMI
- Santé scolaire, universitaire, au travail
- PASS
- CLAT
- Humanitaires
- SAMU social
- Services sociaux (départements, CCAS) et structures d'hébergement social
- Action sociale des CPAM
- ARS (PRAPS)...

Données mobilisables

- Peu de données disponibles sur l'état de santé des précaires
- Invisibilité statistique
- Liens entre précarité/pauvreté, santé et densité de l'offre de soins (cf. étude DREES)
- L'exemple de l'épidémie COVID (cf. étude DREES 2020)
- Etat de santé général et psychologique dégradé des bénéficiaires de minima sociaux (étude DREES)
- Défaut de renseignement sur les conditions de vie dans les dossiers médicaux et DO

Précarité, droits, accès aux soins

- Couverture maladie quasi universelle :
 - PUMA (avec la protection universelle maladie maternité, toute personne majeure qui n'a pas d'activité professionnelle a droit à la prise en charge de ses frais de santé en qualité d'assuré, dès lors qu'elle réside en France de manière stable et régulière, c'est-à-dire de manière ininterrompue depuis plus de 3 mois – ainsi que ses ayants-droits)
 - C2S (complémentaire santé solidaire) – fin 2022 : 7,39 M bénéficiaires (10,9% pop Fr)
 - AME (aide médicale d'Etat), aide médicale humanitaire, dispositif des soins urgents et vitaux
- Complexité de l'accès aux droits (démarche, maîtrise de la langue, accès au numérique, conditions AME : résidence stable et régulière, plafond de ressources, rôle des PASS et acteurs comme MDM ATD Quart Monde et autres)
- Discriminations et refus de soins aux bénéficiaires AME : 4% MG, 9% OPH & 7% pédiatres (étude phoning DREES & Défenseur des droits 2022)
- Le tiers payant, un droit, mais pas appliqué par tous les PS libéraux
- Poids du reste à charge dissuasif pour certains soins en l'absence de complémentaire, mutuelle ou C2S
- Franchise sur le médicament (sur les DM à venir ?)

La protection santé des mineurs

- Les ayants droit mineurs bénéficient de la prise en charge de leurs frais de santé.
- La qualité d'ayant droit n'est plus reconnue aux ayants droit majeurs depuis le 1er janvier 2016.
- La qualité d'ayant droit est reconnue aux enfants de l'assuré : il s'agit des enfants n'exerçant pas d'activité professionnelle qui sont à sa charge, qu'ils soient des enfants naturels, des enfants adoptés, pupilles de la nation ou des enfants recueillis.
- Lorsque les enfants sont mineurs, ils n'ont pas à justifier de la régularité de leur séjour mais ils doivent seulement établir par tous moyens leur résidence en France : certificats de scolarité, attestation de versement des allocations familiales, etc.

La protection santé des étrangers en situation irrégulière

Un étranger qui ne peut justifier de la condition de résidence régulière ou qui ne remplit aucun critère d'affiliation pour bénéficier de la Puma pourra, sous certaines conditions, bénéficier de

- L'Aide Médicale d'État (AME)
- ou d'autres dispositifs exceptionnels selon les situations :
 - L'aide médicale à titre humanitaire ;
 - Le dispositif de prise en charge des soins urgents et vitaux

Demandeurs d'asile & PUMa

- Les demandeurs d'asile peuvent bénéficier de la protection universelle maladie (PUMa), ainsi que de la complémentaire santé solidaire (CSS) à compter d'un délai de 3 mois de résidence ininterrompue sur le territoire français. Ce délai de 3 mois s'applique uniquement aux adultes, les mineurs bénéficiant pour leur part du droit à une affiliation immédiate.
- Les droits à la CSS, ouverts sous condition de ressources, sont valables pour un an. À l'issue de cette période, il est nécessaire de demander leur renouvellement.
- En attendant d'être affiliés à la protection universelle maladie (PUMa), les demandeurs d'asile peuvent bénéficier des soins urgents et vitaux du DUSV.
- Pour en bénéficier, les demandeurs d'asile peuvent se rendre dans les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) situées dans les hôpitaux.
- Par ailleurs, certaines associations proposent des permanences d'accès aux soins dentaires, ophtalmologiques ou psychologiques sans qu'il soit nécessaire d'être assuré social.

La précarité et les ISTS, une question pas seulement sanitaire, mais sociétale et politique

- Un défi pour la société
- Un sujet d'action politique nationale et locale
- Un besoin de coordination des acteurs et approche intersectorielle
- Une triple démarche : Une seule santé, La santé dans toutes les politiques & Aller vers
- Soutien et appui des ONG et acteurs caritatifs, associatifs et communautaires
- Responsabilité collective et individuelle
- Sans stigmatiser les personnes
- Redonner du pouvoir d'agir aux personnes en situation de précarité (empowerment, santé participative, santé sociale)