

E.N.S.P

**INSPECTEUR DES AFFAIRES SANITAIRES
ET SOCIALES
PROMOTION 1998-2000**

**L'HÔPITAL, ACTEUR DE LA LUTTE CONTRE L'EXCLUSION
A TRAVERS LA MISE EN PLACE
DES PERMANENCES D'ACCES AUX SOINS DE SANTE :**

L'exemple de la PASS du Centre Hospitalier de Beauvais

LE PEUCH Sylviane

SOMMAIRE	page 1
-----------------	--------

INTRODUCTION	page 5
---------------------	--------

METHODOLOGIE	page 8
---------------------	--------

<u>I . LES PERMANENCES D'ACCES AUX SOINS DE SANTE: UN OUTIL DE LA LUTTE CONTRE L'EXCLUSION</u>	page 10
---	---------

1 . La santé, une des priorités de la loi de lutte contre les exclusions	page 10
---	---------

1.1. Le volet santé de la loi de lutte contre les exclusions	page 10
--	---------

1.2. La déclinaison de la loi de lutte contre les exclusions	page 11
--	---------

1.2.1. Le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins	page 11
---	---------

1.2.2. Le volet hospitalier du Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins: les Permanences d'Accès aux Soins de Santé.	page 13
---	---------

1.3. Les liens entre PASS/PRAPS/Programmes Régionaux de Santé /Schéma Régional d'Organisation Sanitaire-Urgences /Conférence Régionale de Santé	page 14
---	---------

2. La prise en charge des plus démunis à l'hôpital avant la création des PASS	page 15
--	---------

2.1. Hétérogénéité dans la prise en charge des + démunis à l'hôpital	page 15
--	---------

2.2. Hétérogénéité des moyens humains et financiers mobilisés	page 15
---	---------

2.2. Hétérogénéité dans l'implication des professionnels de santé	page 16
---	---------

3. Le rôle des différents intervenants lors de la création d'une PASS page 16

- 3.1. Le rôle moteur de l' Agence Régionale de l'Hospitalisation, de la Direction de la DDASS, de l'inspecteur et du médecin inspecteur page 16
- 3.2. Le directeur de l'établissement page 17
- 3.3. Les services hospitaliers (services sociaux, équipes médicales soignantes, administratives) page 17
- 3.4. Les partenaires institutionnels et associatifs page 18

II. Une PASS avant l'heure : l'Accueil Hôpital Solidarité du Centre Hospitalier de Beauvais page 19

1. La création de « l'Accueil Hôpital Solidarité » en 1994 page 19

2. La mise en place d'actions spécifiques avant la loi de lutte contre l'exclusion page 20

- 2.1. L'accueil et le suivi des plus démunis page 20
- 2.2. Un annuaire des associations page 21
- 2.3. Des formations en direction des professionnels page 21
- 2.4. Le travail en réseau page 21
- 2.5. Une enquête multipartenariale sur les difficultés d'accès aux soins page 21

3. L'enquête sur les difficultés d'accès aux soins, prélude du fonctionnement et de l'organisation actuelle de la PASS page 22

4. La PASS du CH de Beauvais : actions mises en place à la suite de l'analyse des besoins	page 32
4.1. Présentation de la nouvelle PASS du CH de Beauvais.	page 32
4.1.1. Renforcement du service social à l'Hôpital	page 33
4.1.2. L'embauche d'un emploi-jeune « coordonnateur »	page 33
4.1.3. Création de consultations hospitalières avancées médico-sociales (CHAMS)	page 34
4.1.4. Présence de la cité dans l'hôpital (permanences CPAM, CCAS, associations...)	page 35
4.2. Le rôle de la DDASS : Impulser, Financer, Evaluer	page 36
4.2.1. Impulsion	page 36
4.2.2. Financement de la PASS de Beauvais	page 36
4.2.3. Evaluation	page 37
5. Evaluation des actions de la PASS	page 37
5.1. Quelle évaluation	page 37
5.2. Evaluation quantitative	page 38
5.3. Evaluation qualitative	page 41

III. ANALYSE DE LA PERTINENCE DE LA CREATION DES PASS ET PROPOSITIONS

3.1. ANALYSE	page 44
Rappel des objectifs des PASS	page 44
3.1.1. l'accès aux soins passe par l'accès aux droits.	page 44
3.1.1.1. La Couverture maladie universelle, une avancée sans précédent	page 44
3.1.1.2. l'universalité...pas pour tous	page 45
3.1.1.3. accès aux soins primaires mais pas au suivi médico-social	page 45
3.1.2. Public précaire et recours aux soins	page 45

3.1.3. Organisation de la PASS et travail en réseau :	page 46
3.1.3.1. le travail en réseau	page 47
3.1.3.2. l'organisation de la PASS	page 48
3.2. PROPOSITIONS	page 48
3.2.1. Généraliser les PASS dans tous les établissements de santé, complémentarité, mutualisation des expériences et des moyens	page 48
3.2.2. Financer les PASS, mais pas nécessairement avec des moyens financiers importants	page 49
3.2.3. Financer des vacations de dentistes et d'ophtalmologistes dans les consultations avancées.	page 49
3.2.4. Valoriser en points ISA l'activité des PASS	page 49
3.2.5. Renforcer la formation des personnels hospitaliers et des médecins dans le domaine social	page 49
3.2.6. Réfléchir à la créations de consultations avancées en zone rurale	page 50
3.2.7. Développer le partenariat avec le secteur psychiatrique et les généralistes	page 50
3.2.8. Dégager du temps pour pouvoir mener à bien les missions qui sont les nôtres	page 50
CONCLUSION	page 51
BIBLIOGRAPHIE	page 53
LISTE DES ABREVIATIONS	page 57
ANNEXES	page 58

INTRODUCTION

La création des Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) s'inscrit dans le cadre de la loi du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre l'exclusion. Les PASS sont des structures d'accueil mises en place par l'hôpital (public ou participant au service public hospitalier) permettant, sans délai, un accès aux soins et à un suivi médico-social, à toute personne, même sans couverture sociale. La précision «soins de santé » exclut donc tout autre soin (de confort, esthétiques...).

L'objectif poursuivi «consiste à mettre en réseau les professionnels du champ sanitaire et social, hospitalier, libéral ainsi que les professionnels chargés de l'insertion afin d'offrir aux populations des lieux visibles d'accueil, d'information, de prévention, d'orientation, de soins ».¹

Si l'hôpital existe depuis le moyen-âge, sa vocation a profondément évolué depuis la fin du XIXème siècle. La mission première des hôpitaux était une mission sociale: l'accueil et l'hébergement des indigents et des invalides.

La définition donnée en 1690 par Antoine Furetière dans son *Essai d'un dictionnaire universel* correspond bien à cette mission : « l'hôpital général est celui où l'on reçoit tous les mendiants ». Aujourd'hui, le *Petit Larousse illustré* en donne une définition tout à fait autre: « établissement ...où sont effectués tous les soins médicaux et chirurgicaux ainsi que les accouchements ».

Progressivement la mission principale de l'hôpital a changé de nature.

Peu à peu, les soins se sont médicalisés. L'approche est davantage devenue celle de la maladie que celle des malades.

Parallèlement, la mise en place de la tarification hospitalière en 1988 a conduit à une rationalisation du mode de financement des hôpitaux, que les grandes lois hospitalières de 1958, 1970, 1991 (et la mise en œuvre de la dotation globale en 1983) ont accentuée. Il en est résulté pour les établissements une obligation de faire des choix

¹ Circulaire DH/AF1/DGS/SP2/DAS/RV3/98/736 du 17 décembre 1998 relative à la mission de lutte contre l'exclusion sociale des établissements de santé participant au service public hospitalier et à l'accès aux soins des personnes les plus démunies.

budgétaires : entre le sanitaire et le social, les hôpitaux ont opté pour le sanitaire, pour des technologies de pointe, de plus en plus spécialisées.

Or, dès la fin des 30 glorieuses, on a assisté à un retour progressif de la précarisation, accentuée ces dernières années. La précarité concerne aujourd'hui 20 à 25 % de la population en France. Le rapport « *A l'épreuve de la précarité, une certaine idée de l'hôpital* » de Jacques Lebas en 1998, définit celle-ci comme un cumul de handicaps économiques et sociaux. Par ailleurs, ce même rapport indique que ces « phénomènes de précarisation affectent les états de santé des personnes et leur capacité d'accès effectifs aux systèmes de soins et de prévoyance : ils sont au cœur des inégalités de santé... ».

Le Haut Comité de Santé Publique a retenu comme définition de la précarité celle donnée par le père Joseph Wreczinski dans son rapport au Conseil Economique et Social en 1987: « *état d'instabilité social caractérisé par l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales et de jouir de leurs droits fondamentaux. La précarité conduit à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, quand elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible* ».

Cette définition est reprise dans ses grandes lignes par Serge Paugam en 1991 : « *Un processus dynamique et multifactoriel, éventuellement provisoire et réversible, où l'accumulation de facteurs d'exclusion (chômage, isolement, faible éducation, faibles revenus, problèmes de santé) est susceptible de plonger l'individu dans une pauvreté effective* ».

Face à cette précarité, et nonobstant les contraintes budgétaires, l'hôpital public a une responsabilité éthique, celle d'accueillir toute personne souffrante. L'accès des plus démunis à l'hôpital est un thème récurrent de colloques. Pour autant, la prise en charge de ces populations continue à se heurter à des difficultés structurelles ou humaines. L'hôpital est au cœur du système de santé. Il se doit d'être un acteur moteur de la lutte contre l'exclusion.

Pour sa part, l'Etat doit être garant de l'accès de tous aux soins de santé et plus particulièrement des populations les plus démunies.

En impulsant une dynamique de réseau, en incitant les hôpitaux publics ou participant au service public hospitalier à en être moteur, en permettant financièrement la création des Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS), l'Etat met un outil à la disposition de ces établissements de santé pour remplir leur mission sociale.

L'objet de ce mémoire est d'étudier cet outil et de recenser ce qui existait avant sa création (I), d'étudier le dispositif mis en place au centre hospitalier de Beauvais (II) d'analyser les actions entreprises afin de permettre d'évaluer la pertinence de l'outil PASS et de formuler quelques propositions (III).

METHODOLOGIE

Afin de préparer ce mémoire, j'ai procédé :

- ◆ A une recherche documentaire
- ◆ A des entretiens
- ◆ En participant à des réunions

La recherche documentaire

Les PASS étant de création nouvelle puisque faisant suite à la loi de lutte contre l'exclusion du 29 juillet 1998, les circulaires et les lettres-circulaires ont cadré cette nouvelle activité hospitalière tout au long de l'année 1999.

Les PASS s'appuient sur les cellules d'accueil des plus démunis créées par une circulaire de Mme Veil en 1993.

A cette époque de nombreux ouvrages et de nombreux articles concernant l'accès aux soins en milieu hospitalier sont parus.

Par ailleurs, des mémoires d'élèves de l'ENSP ont été réalisés sur ce thème.

Enfin, parmi les documents incontournables, je citerai le rapport Lebas qui a servi de base à la loi de lutte contre les exclusions et qui est un prélude à la création des PASS.

Les entretiens

J'ai pu obtenir plusieurs entretiens avec Madame Pascale Keusch, responsable du service social du centre hospitalier de Beauvais qui a mis la PASS en œuvre avec le Directeur de cette époque, ainsi qu'avec Mme Isabelle Loret, l'assistante sociale de la PASS et M. Emmanuel Gérard, le coordonnateur.

Lors d'un précédent stage dans le domaine de l'alcoolisme, j'avais rencontré Mme le Dr Lasseron (médecin à la Consultation Hospitalière Avancée Médico-Sociale située en centre ville) et le Mme le Dr Mallem (CHAMS située près des urgences) qui m'avaient expliqué le mode de fonctionnement de ces consultations et les problèmes rencontrés par les patients. J'ai revu ces médecins.

En interne, à la DDASS, j'ai pu obtenir de nombreuses informations auprès des inspectrices de tutelle (Melle Planeix) et du pôle social (Mme Beurdeley), du médecin

inspecteur (M. le Dr Frédéric Tissot) sur les PASS et de la directrice de la DDASS de l'Oise (Mme le Dr Ibrahim) sur le PRAPS.

Les réunions

Durant mon stage, j'ai pu participer, entre autres, à plusieurs types de réunions qui m'ont apporté des éclairages différents sur la mise en place des PASS.

Des réunions à caractère financier :

- ◆ Des réunions de préparation de la campagne budgétaire des établissements sanitaires pour l'année 2000 et les auditions qui ont suivi
- ◆ Une réunion avec un directeur de centre hospitalier pour son contrat d'objectifs et de moyens
- ◆ Deux réunions en DRASS pour la détermination du nombre de PASS à créer en l'an 2000, l'établissement de critères pour déterminer les créations prioritaires en Picardie

Des réunions PASS :

- ◆ Une réunion-évaluation du comité de pilotage de la PASS de Beauvais
- ◆ Une réunion pour la mise en place d'une nouvelle PASS, au CH de Creil
- ◆ Une réunion de formation au dispositif PASS par la responsable du service social de Beauvais

Une réunion PRAPS

- ◆ Une réunion du Groupe Technique Régional finalisant les orientations régionales picardes du PRAPS , en lien avec la Conférence Régionale de santé et les PASS, à la DRASS.

Autres réunions «environnementales »

- ◆ Une journée destinée à la lutte contre les maltraitances
- ◆ 2 réunions du réseau alcool de Beauvais
- ◆ Les réunions hebdomadaires du CODIR (comité de direction = réunion de cadres) où sont abordés les thèmes en lien avec l'actualité de la DDASS (par exemple, l'accueil des kosovars, la Couverture Maladie Universelle, les fonds d'aide aux impayés d'énergie, le RMI, les problèmes avec les établissements ou les associations...).

I. LES PERMANENCES D'ACCES AUX SOINS DE SANTE : UN OUTIL AU SERVICE DE LA LUTTE CONTRE L'EXCLUSION

S'appuyant sur les propositions du rapport LEBAS , la loi de lutte contre les exclusions prévoit la généralisation des dispositifs précarité (cellules d'accueil des plus démunis) existant déjà dans plusieurs dizaines d'établissements publics ou privés participant au service public hospitalier (PSPH). La lettre-circulaire du 4 octobre 1999 de la Direction des Hôpitaux en décomptait 88 (hors AP/HP) au 31 décembre 1998.

1. La santé, une des priorités de la LCE

1.1. Le volet santé de la loi de lutte contre les exclusions (LCE)

La loi n°98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre l'exclusion définit, dans son article 1^{er}, les priorités des politiques publiques de la nation, qui sont l'accès à un certain nombre de droits fondamentaux.

Ces droits touchent aux domaines de l'emploi, du logement, de la protection de la santé, de la justice, de l'éducation, de la formation et de la culture, de la protection de la famille et de l'enfance.

Le chapitre III concerne l'accès aux soins.

Le premier article de ce chapitre (l'article 67) stipule que «l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies constitue un objectif prioritaire de la politique de santé. Les programmes de santé publique mis en œuvre par l'Etat ainsi que par les collectivités territoriales et les organismes d'assurance maladie prennent compte des difficultés spécifiques des personnes démunies ».

Par ailleurs, l'article 71 crée les Programmes Régionaux pour l'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunies (les PRAPS).

1.2. La déclinaison de la loi de lutte contre les exclusions dans le domaine de la santé.

1.1.1. Le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins

Le décret n°98-1216 du 29 décembre 1998 modifie le Code de la Santé Publique en y incluant les PRAPS ; il détermine que ces programmes sont coordonnés par le représentant de l'Etat dans chaque Région. Le PRAPS a pour but l'amélioration de la qualité de la prise en charge aussi bien sanitaire que sociale des plus démunis.

Il est établi à partir d'une analyse préalable dans chaque département de la situation en matière d'accès aux soins et à la prévention des personnes démunies, par un comité réunissant les services de l'Etat et de l'ARH, des collectivités territoriales, des organismes d'assurance maladie et des associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion.

Le décret prévoit que les PRAPS doivent être créés avant le 31 décembre 1999.

Des moyens financiers spécifiques sont mis à la disposition des régions et des départements (circulaire DGS/DAGPB/DAS n°98/568 du 8 septembre 1998).

La circulaire DGS/SP2 n°99-110 du 23 février 1999 décrit les procédures à mettre en place (le comité régional, le groupe technique régional et les groupes de travail départementaux), la méthodologie, le contenu du programme régional et du plan départemental.

En Picardie, le PRAPS sera finalisé pour la fin de l'année 1999. Il s'agit d'un document qui émane du Groupe Technique Régional et dont les caractéristiques sont les suivantes :

- ◆ document d'orientation (il donne les lignes d'action correspondant à des axes prioritaires et fait appel à projets sur des objectifs spécifiques)
- ◆ document évolutif et fédérateur (continuité des groupes thématiques, suivi de la mise en œuvre, développement des réseaux).

Il sera annexé à un arrêté du Préfet de Région et sera diffusé sous forme de brochure.

Il a été élaboré en tenant compte des caractéristiques socio-sanitaires de la Picardie. Un premier état des lieux sur les équipements et actions spécifiques en santé-social a été

réalisé par les DDASS sous forme de cartographie*². Un diagnostic régional a été commandé au Cresgé-ORS*³, diagnostic déterminé par corrélation entre territoire (le canton), les besoins et la population. La superposition des trois cartographies permet de déterminer où sont les manques, pour quelle population et, ainsi, d'avoir un outil d'aide à la décision. Le PRAPS s'appuie également sur les axes d'effort déjà engagés dans la région (recommandations de la Conférence Régionale de Santé, PRS jeunes, Schéma Régional d'Organisation Sanitaire accessibilité, plans départementaux d'accès aux soins des plus démunis, thématique alcool...).

Trois groupes de travail ont été créés qui ont travaillé chacun sur un thème :

- ◆ l'accès aux soins
- ◆ la santé des jeunes
- ◆ les réseaux (ce dernier groupe a fonctionné par département)

Les orientations régionales sont :

- ◆ favoriser l'accès aux droits et aux soins des personnes en situation de pauvreté-précarité
- ◆ développer des actions de santé ciblées, notamment pour prendre en charge la souffrance psychique, à l'égard des jeunes 16/25 ans en situation d'exclusion
- ◆ favoriser la cohérence des actions pour les personnes en état de dépendance (alcool et tabac principalement, ainsi que toxicomanie)
- ◆ renforcer la qualité de la prise en charge des personnes âgées en situation (ou exposées au risque de) précarité, isolement, difficulté d'accessibilité au système de soins.

Ces orientations sont déclinées ensuite en objectifs stratégiques.

En ce qui concerne l'accès aux droits et aux soins des personnes en situation de pauvreté - précarité, les objectifs arrêtés sont :

- ◆ mettre en place dans de bonnes conditions la Couverture Maladie, favoriser une coordination régionale des actions et assurer le suivi de la mise en œuvre du dispositif
- ◆ **favoriser le déploiement des PASS dans les établissements de santé** (doctrine, programme d'implantation, actions spécifiques envers certains publics : ex. maîtrise de la fécondité chez les jeunes filles.

² Cf annexe 3

³ cf annexe 2

- ◆ développer les réseaux socio-sanitaires notamment en milieu rural pour lutter contre l'isolement des personnes et familles défavorisées
- ◆ valoriser les actions du Samu social

Les PASS sont donc reconnues comme un des axes essentiels de la lutte contre l'exclusion.

1.2.2. Le volet hospitalier du PRAPS : La PASS

Parmi les acteurs de santé, l'hôpital tient une place essentielle. C'est en effet vers lui, vers le service des urgences, que se tourne une partie de la population démunie.

La mission sociale de l'hôpital a été réaffirmée avec la loi hospitalière de 1991, mais il a fallu attendre une circulaire de 1993 pour que soient créées des Cellules d'accueil des plus démunis au sein des hôpitaux. Ces dispositifs ont servi de socle à la création des PASS, avec des missions étendues.

Les PRAPS doivent voir le jour pour le 31 décembre 1999. Aussi, avant même que ceux-ci soient mis en place, deux circulaires⁴ s'appuyant sur la loi LCE et sur le code de la santé publique modifié, rappelaient et définissaient la participation des établissements publics et PSPH à la lutte contre l'exclusion à travers la mise en place des PASS.

La mission sociale des hôpitaux est précisée :

- un des acteurs engagés dans la prévention et la lutte contre les exclusions
- bonne prise en charge des personnes
- sensibilisation par les directeurs du personnel hospitalier à l'accueil des plus démunis
- ouverture sur la cité (permanences des institutions sociales et des associations dans les hôpitaux et participation de l'hôpital aux réseaux sanitaires et sociaux)
- prise en compte de la dimension médico-sociale des personnes les plus démunies : harmonisation avec l'ensemble des acteurs œuvrant dans ce domaine
- les établissements doivent s'assurer « qu'à l'issue de leur admission ou de leur hébergement, tous les patients disposent des conditions nécessaires à la poursuite de leur traitement » en les orientant, si nécessaire, vers des « structures prenant en compte la précarité de leur situation.
- Si l'état de santé du patient ne nécessite pas d'hospitalisation, l'hôpital doit également orienter ces personnes

⁴ Circulaire DGS-SP1-SQ/DH-EO-AF/98/674 du 17 novembre 1998 relative aux priorités de santé publique à prendre en compte pour l'allocation de ressources aux établissements de santé pour 1999
circulaire n° DH/AF1/DGS/SP2/DAS/RV3/98/736 du 17 décembre 1998 relative à la mission de lutte contre l'exclusion sociale des établissements de santé participant au service public hospitalier et à l'accès aux soins des personnes les plus démunies.

La formation des personnels hospitaliers (administratif, socio-éducatif, médical et soignant, en particulier des urgences) est une des actions prioritaires.

Les PASS doivent donc faciliter l'accès à l'hôpital mais aussi aux réseaux institutionnels (CCAS, PMI, Aide Sociale à l'Enfance...) et/ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social.

1.3. Les liens entre PASS / PRAPS / PRS / SROS Urgences / Conférence Régionale de Santé

La déclinaison Loi LCE, PRAPS, PASS telle que prévue originellement a été réalisée uniquement « dans les textes », en 1999, du fait du calendrier de mise en œuvre du PRAPS. Cependant, celle-ci devrait devenir réalité en 2000 puisque les PASS, sont reconnues par les concepteurs du PRAPS comme élément fédérateur et moteur de réseau médico-social local.

La loi LCE prévoit également une articulation entre les PRAPS et les Programmes Régionaux de Santé (PRS) existants. En Picardie, il n'existait pas de PRS Santé-Précarité comme dans d'autres régions. Par contre, un de ces Programmes est consacré aux jeunes. Il devra développer parmi ses axes stratégiques, un axe intitulé accès et recours au dispositif de santé, conformément à la logique du décret du 29 décembre 1998. Les autres PRS (cancérologie et maladies cardio-vasculaires), s'ils ne visent pas spécifiquement les personnes les plus démunies, s'adressent également à celles-ci, notamment dans leur axe prévention.

Quant au SROS Urgences paru fin 1998, il s'est appuyé sur les travaux du groupe « accès aux soins » ^{*5} qui proposait que la problématique « urgence-précarité » soit retenue et traitée par les établissements hospitaliers au même titre que la prise en charge des accidents cardio-vasculaires, le traitement de la douleur ou les infections nosocomiales. Il a intégré dans son objectif général la mention suivante, conformément à la circulaire du 17 novembre 1998^{*6}, « les patients en situation de précarité se présentant ou étant adressés dans les établissements sièges d'un SAU ou une UPATOU doivent pouvoir être pris en charge si leur état le justifie. A cet effet, les établissements doivent avoir élaboré un protocole de prise en charge interne et conclu une ou des conventions avec les structures ou associations locales participant à la lutte contre l'exclusion ».

⁵ Cf annexe n°4

Il est à noter que dès 1996, la Conférence Régionale de Santé a retenu « pauvreté-précarité » comme le déterminant majeur des problèmes de santé en Picardie. La Conférence du 16 décembre 1999 a pour but d'effectuer le suivi des priorités régionales et de présenter l'état d'avancement des travaux pour lutter contre la pauvreté, la précarité (et le cancer). Le PRAPS, qui inclut les dispositifs PASS, sera présenté à l'occasion d'une table ronde spécifique.

2. La prise en charge des plus démunis à l'hôpital avant la création des PASS

Le Haut Comité à la Santé Publique, dans son rapport de février 1998 a étudié la prise en charge par les hôpitaux des plus démunis. Le constat peut se résumer par l'hétérogénéité des pratiques.

2.1. Hétérogénéité dans la prise en charge des + démunis à l'hôpital

La circulaire de 1993 prévoyait la création de cellules d'accueil des plus démunis au sein des établissements de santé. Certains hôpitaux s'en sont saisi immédiatement et ont créé des cellules dans l'esprit de la circulaire. C'est le cas du Centre Hospitalier de Beauvais. D'autres ont, tout au plus, embauché une seconde assistante sociale pour leur service social.

A la fin de l'année 1998, 88 cellules étaient installées dans toute la France*⁷.

Parmi les cellules installées, il existe également une hétérogénéité de leurs fonctions : celles-ci vont du seul dépôt d'une demande d'aide sociale afin de solvabiliser le patient à une réelle prise en compte des difficultés sociales de la personne, avec suivi et orientation pour un accompagnement social adéquat.

2.2. Hétérogénéité des moyens humains et financiers mobilisés

Les moyens humains et financiers mobilisés dépendent du degré de sensibilisation de la direction sur la prise en compte des plus démunis. Certains hôpitaux avaient déjà développé des services sociaux importants afin d'offrir une véritable réponse à ces personnes et pouvoir travailler en lien étroit avec les réseaux.

⁶ circulaire DGS-SP1-SQ/DH-EO-AF du 17 novembre 1998

⁷ In lettre-circulaire de la Direction des Hôpitaux du 25 mai 1999

Mais, bien souvent, la prise en charge de ce public est vécue comme une charge supplémentaire non reconnue, puisque non comptabilisée dans le PMSI et ceci d'autant plus que la mission de l'hôpital est, pour beaucoup, limitée aux soins.

2.3. Hétérogénéité de l'implication des professionnels de soins

Le premier rôle des professionnels de soins est bien sûr de soigner les patients. Pour quelques-uns, c'est même leur seul rôle, la prise en charge sociale relevant, à leurs yeux, des services sociaux. Ces cas extrêmes sont fort heureusement rares.

La plupart de ces professionnels prend en compte la globalité des personnes et de leurs difficultés.

Par contre, il est encore fréquent que des personnes précaires, par manque d'information, de ressources, de couverture sociale ou pour des raisons d'ordre psychique ne soient pas en capacité de suivre les traitements prescrits lors de leur hospitalisation. Les professionnels de soins, souvent par méconnaissance, s'en tiennent à leur prescription.

Pour les personnes les plus défavorisées, les sans domicile fixes, par exemple, la problématique est autre : on note souvent une connaissance imparfaite de ce public et de ses besoins. Ceci s'explique par le peu d'intérêt pour les pathologies de misère, l'aspect peu reluisant des publics les plus pauvres, et surtout, et de façon encore plus marquée, une demande qui semble ne pas relever de la mission première de l'hôpital (soigner), mais davantage des services sociaux.

Enfin, malgré une sensibilisation accrue du milieu médical et paramédical, la prise en charge de ces personnes n'est que rarement définie comme une priorité de l'établissement ou du service.

3. Le rôle des différents intervenants lors de la création d'une PASS

3.1. Le rôle moteur de la direction de la DDASS, de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation, du médecin inspecteur et de l'inspecteur des affaires sanitaires et sociales

En amont de la création d'une PASS, le rôle des services de l'Etat est d'expliquer, de convaincre, d'afficher les objectifs de cette PASS, de mobiliser les partenaires potentiels, de créer le comité de pilotage et, bien sûr, de s'assurer des financements disponibles. La mobilisation de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation et du Directeur de la DDASS est donc primordiale pour la réussite de la mise en place de ces PASS.

L'inspecteur et le médecin inspecteur interviennent en complémentarité sur les aspects techniques de la création de la PASS, sur la mise en réseau.

3.2. Le directeur de l'établissement hospitalier

Le directeur a un rôle essentiel, dans la mesure où c'est en fait principalement de sa volonté que dépend la création de la PASS. S'il n'est pas convaincu de sa nécessité, il ne l'inscrira pas comme priorité de son établissement et donc cette création ne fera pas l'objet de son projet d'établissement ou de son contrat d'objectifs et de moyens. Bien souvent, cela intervient en dernière position, bien après un équipement, le renforcement des services ou une restructuration, alors même que les crédits seraient plus faciles à obtenir.

3.3. Les services hospitaliers (sociaux, équipes médicales et administratives)

Les services sociaux sont généralement les premiers à se mobiliser, car en prise directe avec les problèmes quotidiens du public rencontré et sont convaincus de la nécessité d'un suivi, quand bien même ils ne disposeraient pas de moyens humains et financiers suffisants pour assumer leur mission.

Parmi les équipes médicales, l'implication varie généralement d'un service à l'autre. Les services des urgences sont en première ligne dans la mesure où c'est vers eux qu'arrive une bonne partie de la population en détresse. Cependant, bien souvent leur attitude varie en fonction du public : par exemple, les personnes en difficulté avec l'alcool sont souvent persona non grata, car ressenties davantage comme auteurs de trouble que comme des patients en souffrance. Par contre, elles font généralement appel en tant que de besoin au service social hospitalier et s'impliquent dans les comités de pilotage des PASS.

3.4. Les partenaires institutionnels ou associatifs

Les partenaires du réseau de la PASS sont à la fois :

- ◆ des institutions sanitaires et sociales (le Conseil Général notamment ses services de l'aide sociale à l'enfance et de la protection maternelle et infantile, les Centres Communaux d'Action Sociale, la Préfecture par le biais de la Politique de la Ville, Caisses d'Assurance Maladie, Caisses d'Allocations Familiales, Education Nationale...),
- ◆ mais aussi toutes les structures qui accueillent, hébergent, logent, soignent les personnes ou les familles en difficulté (Points jeunes, Missions locales, Permanences d'Accueil d'Information et d'Orientation, boutiques solidarité, Centres d'Hébergement et de Réadaptation Sociale, Foyers de Jeunes Travailleurs, Centres Médico-Psychopédagogique, Unions Départementales d'Associations Familiales, Femmes Relais, Centres de Cure Ambulatoires en alcoologie, associations de jeunes, d'anciens buveurs, d'aide aux toxicomanes, aux personnes atteintes du sida, de personnes âgées...). La liste est loin d'être exhaustive mais montre bien la richesse et la diversité de ce milieu associatif.
- ◆ Enfin, il serait souhaitable d'y associer des médecins libéraux. Il est à noter que peu d'entre eux s'investissent dans ces réseaux.

La DDASS quant à elle, a un rôle de moteur, de facilitateur, de financeur et d'évaluateur.

Ceci constitue le socle du travail en réseau de la PASS. Du degré d'implication des partenaires dépend la richesse du travail entrepris. Le CH de Beauvais a su mobiliser très tôt (depuis 1994) ces partenaires autour de sa cellule d'accueil des plus démunis, appelée «accueil Hôpital Solidarité ».

II. UNE PASS AVANT L'HEURE : L'ACCUEIL HÔPITAL SOLIDARITE DU CENTRE HOSPITALIER DE BEAUVAIS

Certains directeurs d'hôpitaux, profondément convaincus de leur mission sociale, ont placé l'accès aux soins pour tous comme une de leurs priorités, ainsi que la circulaire de 1993 de Madame Simone Veil le leur demandait. Il en est ainsi du Centre Hospitalier de Beauvais.

1. La création de «l'Accueil Hôpital Solidarité » dès 1994

Le dispositif d'accueil des personnes démunies du CH de Beauvais a débuté en 1994. Ce projet est parti des constatations suivantes :

- ◆ A l'occasion d'un accident de santé, des personnes très démunies arrivent au service des urgences de l'hôpital et présentent, outre des problèmes médicaux variables, des problèmes sociaux et administratifs. Ces personnes sont en nombre croissant, de plus en plus jeunes, elles ont peu ou plus de demandes en terme de soins, de réinsertion...
- ◆ La circulaire du 17 septembre 1993 relative à l'accès aux soins des plus démunis invitait les directeurs d'établissement à ouvrir une antenne des admissions dans les services d'accueil- urgence et à implanter une cellule d'accueil spécialisée en direction des plus défavorisés.
- ◆ Les directeurs pouvaient proposer aux Préfets de conclure des conventions permettant de délivrer des produits pharmaceutiques et des soins en consultations externes aux populations très mouvantes.

Dès la fin de l'année 1993, le Directeur du Centre Hospitalier a orchestré une large concertation sur ce projet, au sein de l'hôpital et avec des partenaires extérieurs.

Les partenaires internes étaient des représentants de la pharmacie, du service accueil-urgence, du service social, des admissions et des finances.

Les partenaires externes étaient la DDASS, la Municipalité de Beauvais dans le cadre du Contrat de Développement Urbain, la Préfecture et plusieurs associations dont l'UDAF, Emmaüs et l'ADARS.

Il en est résulté l'ouverture d'un dispositif d'accueil spécialisé, appelé «accueil Hôpital Solidarité » à la disposition des malades sans couverture sociale et sans domicile.

Les objectifs de l' « Accueil Hôpital Solidarité » étaient de porter les efforts sur :

- ◆ Le premier accueil, adapté à la personne démunie qui arrive aux urgences
- ◆ La prise en charge de l'accident de santé, ainsi qu'un bilan de santé
- ◆ Le suivi des pathologies longues et la délivrance gratuite de médicaments si besoin
- ◆ L'accueil social avec un bilan sur les conditions de vie et une évaluation des besoins
- ◆ L'accueil administratif pour une régularisation de la position civile et administrative
- ◆ Une proposition d'aide à la réinsertion adaptée et de suivi.

2. La mise en place d'actions spécifiques entre 1994 et 1998

2.1. L'accueil et le suivi des plus démunis

Dès 1994, l'Accueil Hôpital Solidarité (AHS) a fonctionné avec un médecin référent au service des urgences, une assistante sociale référente disponible pour les urgences, un référent au service des admissions, un référent pharmacie.

Il s'est d'abord fixé comme mission un accueil spécialisé pour les plus démunis. Cet accueil prévoyait :

- ◆ La disponibilité complète de l'assistante sociale : elle devait pouvoir se rendre disponible dès qu'une personne le nécessitait, car souvent le public le plus fragilisé, quand il accepte d'être aidé, doit recevoir une aide immédiate sinon il renonce
- ◆ L'écoute de la personne sur ses conditions de vie (logement, ressources, protection sociale, vêtements ...) plusieurs heures si nécessaire, l'important étant de redonner confiance à la personne, lui montrer qu'elle existe, qu'il se trouve des personnes que leur vie intéresse...
- ◆ D'établir un bilan de santé ou un « mini-bilan » de santé
- ◆ Dès 1994, l'embauche d'un coordonnateur (0,50 ETP d'éducateur) chargé de l'aide et de l'accompagnement des personnes.

Le financement était assuré par la Préfecture, par convention entre l'Etat et le CH, dans le cadre du Contrat de Développement Urbain de Beauvais (300 KF). Ce financement permettait de rémunérer l'éducateur, de couvrir les frais pharmaceutiques...Ce financement n'était pas pérenne puisque le Contrat de Développement Urbain se terminait fin 1998.

2.2. Un annuaire des associations

Partant du constat qu'il était essentiel à tous les partenaires de se connaître, de se faire connaître, de recenser l'existant dans le domaine de la santé et de la solidarité sur le département et notamment sur le Beauvaisis, le Centre Hospitalier de Beauvais, l'UDAF de l'Oise et la CPAM de Beauvais ont réalisé un annuaire des associations en 1995.

Cet annuaire a été actualisé en 1997. L'annuaire 2000 est en cours et fera l'objet d'une troisième édition à la fin de l'année 1999.

2.3. Des formations en direction des professionnels

Les problèmes rencontrés par les personnes fragilisées, les réponses à apporter, les partenaires à contacter doivent être connus de l'ensemble des acteurs.

Pour le personnel soignant, le public précaire est difficile à appréhender et ne fait pas toujours l'objet d'une attention particulière. Pour les travailleurs sociaux, les problèmes de santé sont parfois difficiles à aborder avec les personnes.

Le comité de pilotage et notamment la responsable du service social ont pu organiser des formations, aussi bien en interne qu'en externe. Ces formations étaient destinées, en interne, à sensibiliser les professionnels de santé et les administratifs de l'hôpital. En externe, il s'agissait d'une part de formations par thèmes destinées aux assistantes sociales des autres services sociaux hospitaliers du département, réunies en coordination, et, d'autre part, de formations rassemblant les représentants d'associations et d'institutions sociales locales avec du personnel hospitalier sur l'accueil des démunis.

2.4. Le travail en réseau

Le comité de pilotage est la base du travail en réseau. Un référent a été désigné dans chacune des structures associatives participantes mais aussi au sein de la DDASS, de la Préfecture, de la CPAM et dans plusieurs services de l'hôpital (Direction, Accueil urgence, Service social, Pharmacie).

2.5. Une enquête multipartenariale sur les difficultés d'accès aux soins

Partant du constat qu'une partie des personnes les plus fragilisées n'avait toujours pas recours aux soins malgré le dispositif mis en place, puisque certains patients arrivaient toujours dans un état de délabrement au service des urgences, le comité de pilotage de

l'AHS a lancé une grande enquête pour mieux en appréhender les motifs et les réponses possibles.

3. L'enquête sur les difficultés d'accès aux soins, prélude du fonctionnement et de l'organisation actuelle de la PASS

En janvier 1997, l'une des conclusions du comité de pilotage fut la nécessité d'évaluer plus précisément les besoins dans le domaine de la santé et les difficultés d'accès aux soins à Beauvais.

En effet, le dispositif « Accueil Hôpital Solidarité » était connu et utilisé par des personnes qui présentent un problème de santé, une absence de couverture sociale, de domicile stable et qui acceptent volontiers de venir à l'hôpital.

Il est apparu que le service social, le service accueil urgences, les partenaires institutionnels et associatifs de l'hôpital ont repéré des problèmes d'accès aux soins pour des personnes ne correspondant pas au public du dispositif : ainsi, des personnes qui ont une couverture sociale partielle et un domicile viennent consulter massivement au service accueil urgences car elles ne peuvent payer un médecin de ville. Par ailleurs, d'autres personnes pourraient utiliser le dispositif mais refusent de se rendre à l'hôpital pour des raisons psychologiques, culturelles, financières, etc...

Ainsi, l'idée d'envoyer un questionnaire d'évaluation des difficultés est née.

Il me paraît essentiel de présenter cette enquête afin de mieux appréhender les raisons profondes qui ont motivé les orientations et les choix des acteurs de la PASS de Beauvais.

Les partenaires consultés pour cette enquête ont été choisis en fonction de leur vocation à accueillir des publics socialement fragilisés, susceptibles d'être en difficulté d'accès aux soins. Il s'agit d'institutions qui, pour la plupart, orientaient déjà et de plus en plus souvent vers le dispositif.

Le questionnaire se décomposait en quatre parties :

- ◆ Le profil administratif des usagers (sexe, âge, couverture sociale),
- ◆ Les difficultés médicales auxquelles ils sont confrontés
- ◆ Les motifs pour lesquels ils ont des difficultés d'accès aux soins
- ◆ Les propositions des enquêteurs afin d'améliorer l'accès aux soins

32 institutions ont été destinataires de l'enquête

**PARTENAIRES DE L'ENQUETE :
32 INSTITUTIONS CONSULTEES**

INSTITUTIONS	VOCATION
CCAS MAIRIE DE BEAUVAIS	Accueil de toute personne en difficulté de 18 à 65 ans
SERVICE RMI MAIRIE	Accueil bénéficiaires RMI
SONACOTRA/REACTIF	Logement social hommes, femmes, couples
CHRS CAEPP	Hébergement hommes
CHRS ADARS	Hébergement hommes et couples
CHRS ABEJ	Logement femmes
FOYER JEUNES TRAVAILLEUSES	Hébergement femmes et enfants
CEDAME	Hébergement femmes et enfants
SATO PICARDIE	Accueil éducatif et psychologique des toxicomanes
CHAA BEAUVAIS	Accueil malades alcooliques
ASSOCIATION QUALI'FORM	Jeunes et adultes en demande de formation et
PAIO/SITE HORIZON	d'insertion
CPAI/REACTIF	Jeunes. Insertion et formation
LCI/REACTIF	Adultes. Insertion
UDAF/SERVICE RMI	Lutte contre l'illettrisme
CIO BEAUVAIS	Bénéficiaires RMI
SECOURS CATHOLIQUE	Public très large
ATD ¼ MONDE	Aide aux plus démunis
SECOURS POPULAIRE Français	Aide aux plus démunis
ASSOCAM	Aide aux plus démunis
BOUTIQUE SOLIDARITE	Aide aux familles en difficulté
AIDES PICARDIE	Accueil des personnes en difficulté
ASSOCIATION UTILE	Aide face au SIDA
ASSOCIATION ADELE	Développement local Soie Vauban/St Lucien
FOYER DE JEUNES TRAVAILLEURS	Développement local St Jean
7 LYCEES	Logement hommes
	Jeunes scolarisés

Résultats de cette évaluation

Sur les 32 institutions sollicitées, 17 ont répondu à l'enquête.

Aucun lycée ne s'est engagé dans l'enquête alors qu'ils sollicitent souvent le service social du Centre Hospitalier sur l'accès aux soins d'élèves en difficulté.

En revanche, il est noté une forte participation de la Mairie, des foyers d'accueil ou de logements sociaux comme SONACOTRA. Des enquêtes telles celles du CHAA ou du SATO étaient particulièrement riches et proposaient un suivi médico-social, avec une partie médicale plus développée.

346 questionnaires ont été renseignés, 301 réponses étant exploitables.

Les résultats sont très significatifs. Les voici, par thème :

PROFIL ADMINISTRATIF DES USAGERS EN DIFFICUTE D'ACCES AUX SOINS

AGE	SEXE	HOMMES	FEMMES	TOTAUX	%
Moins de 18 ans		3	4	7	2,3
18/25		33	65	98	32,5
26/35		44	35	79	26,5
36/45		52	22	74	24,5
46/60		27	4	31	10,2
+ de 60 ans		10	2	12	3,9
TOTAUX		169	132	301	
%		56%	44%		

Il s'agit en majorité d'hommes (56%) mais la proportion de femmes reste importante.

Les résultats mettent en évidence une tranche d'âge majoritaire : **32,5% ont entre 18 et 25 ans.**

SITUATION AU REGARD DE LA COUVERTURE SOCIALE

HOMMES

AGE	DROITS CPAM ou MSA		ADHERENT MUTUELLE	BENEFICIAIRE AIDE MEDICALE
	OUI	NON		
Moins de 18 ans	3	-	0	0
18/25	23	10	1	16
26/35	43	1	1	31
36/45	48	4	6	34
46/60	27	-	1	23
+ de 60 ans	10	-	1	6
TOTAL	154	15	10	110

FEMMES

Moins de 18 ans	3	1	2	-
18/25	55	10	9	31
26/35	33	2	2	21
36/45	22	-	3	16
46/60	4	-	1	3
+ de 60 ans	2	-	-	1
TOTAL	119	13	17	72

TOTAL GENERAL	273	28	27	182
%	90,6	9,4	9	60,4

- 90,6% des usagers ont une couverture sociale
- **69,4% sont totalement couverts** grâce à une mutuelle (9%) ou à l'aide médicale (60,4%)
- **9,4 % des usagers n'ont aucun accès administratif aux soins.** Les 18/25 ans sont les plus touchés. Pour certains, les dossiers d'assurance personnelle étaient en cours.

La lourdeur du réseau administratif, la complexité des démarches et le temps nécessaire pour obtenir une carte d'assuré social sont évoqués régulièrement par les enquêteurs.

- **21%** des personnes, faute de mutuelle ou d'aide médicale étaient confrontées au paiement du ticket modérateur. Leurs revenus ou leurs difficultés financières ne leur permettaient pas de l'assumer

Le service des urgences des Centres Hospitaliers constate régulièrement une demande de soins de la part de ces usagers, car il n'y a pas nécessité d'avancer les frais de soins ou d'exams.

La mise en place de la Couverture Maladie Universelle au 1^{er} janvier 2000 devrait permettre à une partie de cette population d'avoir accès à des soins autres qu'hospitaliers.

LES PROBLEMES DE SANTE EVOQUES

Les pathologies recensées sont multiples

PATHOLOGIES	SEXE		TOTAL	%
	HOMMES	FEMMES		
DIFFICULTES PSYCHOLOGIQUES OU PSYCHIATRIQUES	55	23	78	26
ALCOOLISME	59	7	66	22
TOXICOMANIES	29	19	48	16
PROBLEMES DENTAIRE	18	22	40	13
ISOLEMENT / SOLITUDE	14	4	18	6
HEPATITES / HIV	10	4	14	4,6
PROBLEMES ORTHOPEDIQUES	8	4	12	4
PROBLEMES GYNECO + MATERNITE	-	8	8	2,6
ALTERATION DE L'ETAT GENERAL	7	1	8	2,6
HYGIENE CORPORELLE	5	3	8	2,6
PROBLEMES NEUROLOGIQUES	5	2	7	2,3
PROBLEMES OPHTAMOLOGIQUES	4	3	7	2,3
HYGIENE ALIMENTAIRE	2	4	6	2
PROBLEMES PULMONAIRES	3	1	4	1,3
PROBLEMES CARDIOLOGIQUES	3	1	4	1,3
PROBLEMES DERMATOLOGIQUES	0	3	3	1
DIVERS	14	23	37	12

Les difficultés psychologiques ou psychiatriques

Elles apparaissent comme un problème majeur dans **26%** des situations. Un CHRS, le CAEPP, a souligné dans son enquête la **nécessité de consultations psychiatriques au sein même de l'établissement**. En effet, il s'agit d'un **public marginalisé qui n'a que peu de demande de soins** et se différencie par son instabilité.

L'alcoolisme : 22% des personnes

Cette pathologie est essentiellement évoquée pour les hommes et est souvent liée à l'isolement et/ou à l'exclusion. Une grande part des difficultés d'insertion est liée à l'alcoolisme.

L'enquête fait ressortir que le CHAA (maintenant le CCAA) est un lieu de soins bien connu, mais le suivi n'est pas toujours envisageable compte tenu de l'absence de demande, de l'autodépréciation en tant que malade alcoolique, du déni et des difficultés de transport.

Les toxicomanies : 16 % des personnes

Sont comprises les toxicomanies médicamenteuses, intraveineuses et autres.

Cette pathologie concerne 5,3% des 18/25 ans et 9% des 26/35 ans, donc une population jeune.

Le SATO a recensé 21 toxicomanes en difficulté d'accès aux soins. Là encore, les usagers ont du mal à entamer ou à maintenir la démarche de soins.

Les problèmes dentaires :

La difficulté d'accès aux soins n'est pas liée à la motivation mais à la charge financière que cela représente. Les soins dentaires ne sont pas remboursés intégralement, notamment l'appareillage. Les non bénéficiaires de l'aide médicale sont les plus pénalisés en matière de santé dentaire. Les hôpitaux sont souvent contactés pour ce type de soins, ainsi que pour l'ophtalmologie.

Il est à noter que les difficultés de santé semblent mal repérées par les travailleurs sociaux.

- les intervenants n'ont pas souhaité répondre à des questions d'ordre médical, a priori pas de leur compétence
- les usagers n'évoquent pas systématiquement leurs problèmes médicaux et il paraît difficile de leur demander
- A l'inverse, les travailleurs sociaux et bénévoles hésitent à aborder des sujets comme l'alcoolisme, la toxicomanie ou l'hygiène.

La question de la formation des intervenants sociaux semble cruciale quant à l'approche médicale des usagers.

MOTIFS DES DIFFICULTES D'ACCES AUX SOINS

Ces motifs ont été regroupés selon 5 critères

MOTIFS	HOMMES	FEMMES	TOTAL	%
PSYCHOLOGIQUES				35
• REFUS SOINS ET/OU MALADIE	25	2	27	9
• PAS DE DEMANDE OU MOTIVATION	16	8	24	8
• PEUR DE SE SOIGNER	3	13	16	5,3
• GENE/HONTE	7	7	14	4,6
• INSTABILITE	11	0	11	3,6
• NEGLIGENCE DE LA SANTE	3	2	5	1,6
• DEPRECIATION DE SOI	0	5	5	1,6
• REcul DU SEUIL DE SOUFFRANCE	4	0	4	1,3
ADMINISTRATIFS-FINANCIERS				26,4
• REVENUS INSUFFISANTS	28	37	65	21,5
• PAS DE COUVERTURE SOCIALE	3	5	8	2,6
• PAS D'AIDE MEDICALE	6	1	7	2,3
INFORMATIONS-COMPREHENSION				9,8
• MAUVAISE INFORMATION	0	11	11	3,6
• DIFFICULTE A FAIRE DES DEMARCHES	4	7	11	3,6
• MAUVAISE COMPREHENSION	2	6	8	2,6
SOCIAUX-RELATIONNELS				18,8
• ISOLEMENT/SOLITUDE/EXCLUSION	35	8	43	14,2
• PRIORITE AUX ENFANTS	3	8	11	3,6
• PROBLEMES DE TRANSPORT	0	3	3	1
MEDICAUX				1,6
• PAS DE MEDECIN TRAITANT OU DE SPECIALISTE	2	1	3	1
• MULTIPLICITE DES INTERVENANTS MEDICAUX	2	0	2	0,6

Cette enquête démontre à l'évidence ce que les services sociaux presentaient : la difficulté d'accès aux soins est certes souvent due à un problème d'ordre financier, mais la plus grande barrière est d'ordre psychologique.

On constate que dans 69,4% des situations, la couverture sociale est complète et, donc, l'accès aux soins facilité. Malgré cela, ces usagers ne disposent pas d'un suivi médical régulier. La raison semble d'ordre psychologique.

En effet, la souffrance psychologique amène 35% des usagers à se soigner « en pointillé », en urgence, voire à refuser les soins (9%).

Le critère d'isolement et d'exclusion, qui touche particulièrement les hommes et représente 14% des situations, peut être assimilé aux difficultés psychologiques.

Les motifs financiers et administratifs (environ 27%) paraissent moindres face à l'ampleur de l'appréhension médicale des usagers. Cependant, le parallèle entre précarité financière et accès aux soins apparaît nettement.

Quant aux motifs médicaux, ils semblent quasi-inexistants. Les enquêteurs (travailleurs sociaux principalement) ont-ils su approfondir la prise en charge médicale de leurs usagers ? Il ne ressort pas de l'enquête les éléments suivants : les personnes interrogées ont-elles un médecin traitant ? Ont-elles fait récemment un bilan de santé ? Certes le secret médical ne doit pas être trahi mais ces notions sont importantes et peuvent être évoquées dans certains cas (dans un contrat d'insertion, par exemple).

Cette enquête est, malgré sa faiblesse méthodologique, particulièrement intéressante :

- ◆ Elle permet de faire le point sur ce qui est, à Beauvais, un frein à l'accès des personnes fragilisées
- ◆ Elle donne des pistes de réflexion quant au travail à effectuer pour atteindre les objectifs fixés
- ◆ Elle mobilise tous les partenaires. En se mobilisant sur un travail commun, ils acquièrent un langage commun, des objectifs communs. Cette enquête a eu un rôle particulièrement fédérateur. Elle a été essentielle en terme de partenariat.

SOLUTIONS PROPOSEES POUR AMELIORER L'ACCES AUX SOINS

L'échantillon des propositions est relativement large. Les réponses ont été répertoriées en 4 items.

PROPOSITIONS	TOTAL	%
MEDICALES		
• BILAN DE SANTE	54	18
• PREVENTION/INFORMATION	42	14
• HOSPITALISATIONS	11	3,6
• SUIVI MEDICAL REGULIER	13	4,3
MULTIPARTENARIALES		
• MEILLEURE COORDINATION DU RESEAU DE SOINS	8	2,6
• SERVICE DE PROXIMITE/CONSULTATIONS AVANCEES	72	24
PSYCHO/SOCIALES		
• SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE/MOTIVER	15	5
• SUIVI SOCIO/EDUCATIF REGULIER	29	9,6
• ACCOMPAGNEMENT SUR LE LIEU DE SOINS	5	1,6
• ELOIGNEMENT DU CONTEXTE EXISTANT	3	1
• ACTIVITES SPORTIVES	3	1
FINANCIERES/ADMINISTRATIVES		
• REGULARISER LA COUVERTURE SOCIALE	5	1,6
• OBTENTION DE L'AIDE MEDICALE	78	26
• MUTUELLES MOINS ONEREUSES	2	0,6
• AIDES FINANCIERES (CPAM...)	7	2,3
• PRISE EN CHARGE SECU A 100%	9	3
• PEC A 100% POUR LES DENTS ET L'OPHTALMOLOGIE	8	2,6

LES PROPOSITIONS MEDICALES :

- Un bilan de santé semblait nécessaire aux partenaires dans 18% des situations. Le CPES (le Centre de Prévention et d'Examens de Santé) se situe à Creil, à environ 40 kms de Beauvais, or, être suivi par un médecin traitant proche est, déjà, une étape difficile à surmonter pour un public socialement fragilisé.
- Améliorer la prévention et l'information: 14%. L'enquête ne fait hélas pas ressortir dans quels domaines il y aurait besoin de prévention. Un enquêteur de la Mairie a proposé de mettre en place des vidéos d'informations dans les salles d'attente.

LES PROPOSITIONS MULTIPARTENARIALES

Les consultations avancées, le service de proximité, représentent 24% des propositions. Ce chiffre évoque la nécessité d'aller au-devant des usagers, l'existence dans l'établissement de consultations médicales permettant, de par la proximité, une facilité d'accès aux soins et la régularité du suivi.

Les compétences sont envisagées comme multidisciplinaires (médicales, paramédicales et sociales), afin d'assurer un bilan d'accès aux soins global et une orientation adéquate.

La demande et l'utilité des consultations avancées peuvent aussi être liées aux difficultés psychologiques recensées:

- 10 % ne se soignent pas, par peur, par gêne ou par honte,
- 8% n'ont pas de demande en matière de santé ou de motivation à prendre soin d'eux-mêmes

Des structures comme SONACOTRA, le CAEPP (un CHRS) ou le Foyer de Jeunes Travailleuses ont pointé la difficulté culturelle et relationnelle d'accès aux soins.

Le rôle du service de proximité est alors de mettre en confiance.

LES SOLUTIONS PSYCHO/SOCIALES

Dans 14,6% des situations, les enquêteurs ont estimé qu'il fallait renforcer le suivi éducatif et le soutien psychologique que cela implique. Mais la charge de travail était déjà importante...

De plus il ressortait que, dans le cadre de la santé, pour qu'un suivi éducatif soit constructif, il fallait s'associer à d'autres partenaires médicaux ou paramédicaux (CHAA, SATO, CMP, médecin traitant, PMI...). Il apparaissait nécessaire qu'il y ait une coordination entre les intervenants, qui pouvait se faire sous forme d'un accompagnement sur le lieu de soins ou de fiche de liaison.

LES SOLUTIONS ADMINISTRATIVES OU FINANCIERES

L'accès aux soins pourrait être administrativement facilité grâce à l'obtention de l'assurance personnelle ou de l'aide médicale. Mais l'ensemble de l'enquête démontre que la négligence de la santé n'est pas essentiellement liée à une couverture sociale incomplète ou inexistante. Les motifs psychologiques restent majoritaires. La portée de la prochaine CMU reste donc toute relative.

Les structures d'accueil d'urgence (CAEPP, ADARS) ont regretté la disparition des bons d'aide médicale qui permettaient de répondre à l'urgence au quotidien. La carte santé a, certes, la même fonction, mais les plus démunis sont rarement en sa possession et n'ont pas de quoi payer le ticket modérateur d'une consultation.

Cette enquête est riche d'enseignements. Elle n'est pas restée sans suite, puisque, peu à peu, pas après pas, le dispositif « Accueil Hôpital Solidarité » s'en est inspiré pour devenir ce qu'il est actuellement, une PASS efficace. Ce fut aussi le début d'un partage de l'information.

4. La PASS du CH de Beauvais : Les actions mises en place, à la suite de l'analyse des besoins

S'appuyant sur cette enquête qui faisait ressortir les motifs psychologiques comme premier facteur de non-accès aux soins, le dispositif « Accueil Hôpital Solidarité » a réfléchi aux moyens de surmonter ces difficultés.

il s'agit d'abord de rassurer ces personnes, de les accompagner dans leurs démarches, d'écouter, de tolérer les raisons de leurs appréhensions.

La notion de temps est primordiale, que ce soit pour faire vivre les réseaux ou pour être à l'écoute, des heures s'il le faut, de personnes qui ont surtout besoin d'être entendues et reconnues.

Pour cela, il était impératif de souder le réseau social/médical afin que l'utilisateur se sente en confiance. Cela passait par une nouvelle organisation de la PASS.

4.1. Présentation de la nouvelle PASS du CH de Beauvais.

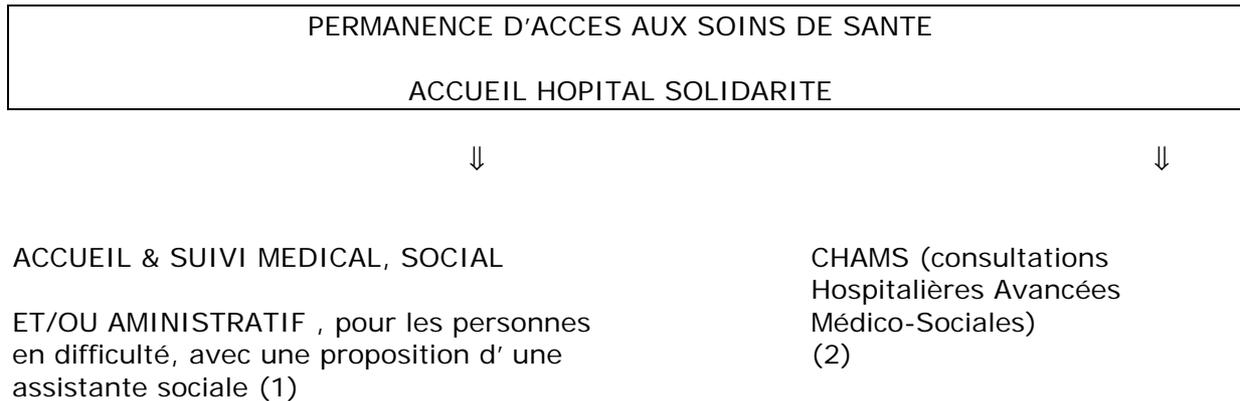
Depuis janvier 1999, avec la prise en compte de la loi de lutte contre l'exclusion et du PRAPS, l'Accueil Hôpital Solidarité est reconnu comme une PASS à part entière. Elle est à présent organisée en 2 parties :

- la première, issue du dispositif antérieur
- la seconde, en fonction depuis le 12 janvier 1999

A la suite de l'enquête de 1997, la DDASS et les autres partenaires du comité de pilotage réfléchissaient à la façon la plus appropriée de répondre aux besoins des personnes n'ayant pas recours aux soins, en prenant notamment en compte l'aspect psychologique et la problématique de l'accès aux droits. La conclusion a été que l'Accueil Hôpital Solidarité devait aller au-devant des personnes, faire le lien entre les partenaires et s'ouvrir sur la cité.

Il a donc été décidé l'embauche d'un emploi-jeune, afin de transformer le poste d'éducateur à mi-temps en temps plein avec une amplitude horaire permettant une disponibilité plus tard le soir, l'ouverture de consultations avancées et de permanences CPAM et CCAS au sein de l'hôpital.

La nouvelle organisation est donc la suivante :



un local situé près du Service Accueil Urgences a été aménagé pour le suivi du public

4.1.1. Renforcement du service social à l'Hôpital

Lors de la création du dispositif AHS, le service social de l'hôpital de Beauvais disposait de 3 assistantes sociales. La volonté de l'hôpital de prendre en compte les plus démunis a conduit celui-ci à renforcer petit à petit ce service. A présent, il est composé de 5 assistantes sociales et d'un coordonnateur (emploi jeune). Les assistantes sociales interviennent chacune dans 1 ou plusieurs services de l'hôpital où les professionnels de santé leur signalent les personnes en difficulté, qu'elles rencontrent ensuite. Le service social fonctionne 6 jours sur 7.

Quoique faisant partie intégrante du service social, le coordonnateur et une assistante sociale sont exclusivement attachés à la PASS (l'assistante sociale pour 0,50 ETP, les autres 0,50 ETP étant consacrés au service des urgences).

La responsable du service social anime par ailleurs le réseau et consacre une grande partie de son temps et de son énergie au fonctionnement de la PASS. Par ailleurs, elle représente l'hôpital dans différentes instances, telles le groupe santé du Contrat de Développement Urbain, la prévention de la délinquance, le réseau périnatalité, le réseau alcool, le groupe de travail départemental puis régional PRAPS sur l'accès aux soins. Elle a été nommée récemment membre du jury de la Conférence Régionale de Santé. Elle est

donc une des pierres angulaires des dispositifs santé-précarité sur le département de l'Oise.

4.1.2. L'embauche d'un emploi-jeune « coordonnateur »

La circulaire DSS61A/DH-AF2/N°98-700 du 26 novembre 1998 relative à la campagne budgétaire pour 1999 des établissements sanitaires financés par dotation globale prévoyait en mesures nouvelles, la poursuite du programme de création d'emplois-jeunes.

Le CH de Beauvais a saisi cette opportunité et a obtenu, pour l'AHS, un emploi-jeune, sur le poste de coordonnateur, en remplacement du poste à mi-temps de l'éducateur qui avait quitté ce poste entre temps.

Celui-ci est chargé d'informer les personnes fragilisées, de les orienter, de les accompagner d'un lieu à un autre. Il peut leur livrer les médicaments, assurer le suivi de leurs démarches, aller nourrir le chat pendant une hospitalisation, aller chercher les enfants à l'école, les emmener faire des photos pour obtenir la carte d'identité... en fait, lever les obstacles qui pourraient être un frein à l'accès aux droits et aux soins.

Ainsi, il fait le lien entre l'hôpital, les associations et les personnes qui en ont besoin.

4.1.3. Création de consultations hospitalières avancées médico-sociales (CHAMS)

Partant du constat que :

- ◆ le service des urgences de l'hôpital est trop souvent mobilisé pour des personnes qui ne nécessitent pas de soins urgents mais qui restent cependant quelquefois pour y dormir, faute de logement
- ◆ l'hôpital de Beauvais est situé en dehors de la ville
- ◆ l'hôpital est très mal desservi par les transports en commun
- ◆ le service des urgences ne peut pas assurer le suivi médico-social dont les personnes ont besoin
- ◆ il ne peut accueillir ces personnes fragilisées dans des conditions de proximité (en prenant le temps de l'écoute)
- ◆ la notion même d'hôpital fait souvent peur à ce public,

à l'initiative du médecin inspecteur de la DDASS et avec l'aide de l'inspectrice du pôle social, la création des CHAMS a été envisagée pour que l'hôpital puisse être au plus près de ceux qui en ont besoin et ne peuvent se déplacer.

Celle-ci a pu se concrétiser lorsque les moyens spécifiques ont pu être alloués dans le cadre des mesures nouvelles pour 1999 dans la dotation globale de l'établissement sur les crédits Assurance Maladie, alloués par la DDASS/ARH.

Les locaux de l'OPHS, situés en centre ville et donc facilement accessibles, ont pu être destinés aux CHAMS dès le 12 janvier, parallèlement avec un local situé aux urgences de l'hôpital.

Le CHAMS fonctionne à raison de 2 demi-journées par semaine à l'OPHS et d'1 demi-journée à l'hôpital. Un médecin hospitalier et l'assistante sociale reçoivent, séparément, sur rendez-vous. Ce système de rendez-vous a été choisi afin d'éviter que plusieurs personnes arrivent en même temps et se voient obligées d'attendre leur tour. Si les personnes attendent, bien souvent elles ne reviennent pas. Cela permet également de disposer de tout le temps nécessaire à consacrer à la personne. La notion de disponibilité est primordiale dans ce type de consultation.

Les CHAMS sont accessibles à tous, que ce soit par l'intermédiaire d'une association ou spontanément. Le bouche à oreille fonctionne bien. La montée en charge du nombre de consultations mensuelles tout au long de l'année le démontre bien.

Les personnes peuvent être orientées vers le CPES (Centre de Prévention et d'Examens de Santé) de Creil, qui propose des bilans très approfondis. Le CPES demandait un médecin référent. Les deux médecins qui interviennent aux CHAMS sont devenus médecins référents des personnes démunies de Beauvais et de ses environs et assurent le suivi médical des personnes tant qu'elles ne sont pas suivies par un généraliste de la médecine libérale.

Lors de la création des CHAMS, une large information a été diffusée aux médecins généralistes. Leur participation était souhaitée notamment au niveau du réseau. Jusqu'à ce jour, la mobilisation des médecins s'est révélée faible.

4.1.4. Présence de la cité dans l'hôpital (permanences CPAM, CCAS, associations...)

Il a été montré dans plusieurs études dont celle de la DDASS et de la CPAM de Paris⁸, que l'accès total et permanent aux droits reste limité. Les parcours chaotiques entraînent de nombreuses ruptures de droits et les démarches entreprises pour les récupérer se révèlent longues et difficiles : trois mois pour une ouverture de droits à l'aide médicale, six mois pour une immatriculation à la CPAM. Sans compter que seulement 70 à 80% des dossiers instruits permettent une ouverture de droits.

⁸ Mission accès aux soins et précarité -DDASS et CPAM de Paris - Décembre 1998

L'accès aux droits étant la première porte d'entrée pour garantir l'accès aux soins, il a été décidé d'ouvrir l'hôpital par le biais de permanences de la CPAM de Beauvais et du CCAS. Les délais d'instruction sont ainsi considérablement raccourcis puisque la CPAM peut procéder à des immatriculations et ouvertures des droits immédiates, ou au plus tôt, si d'autres problèmes administratifs restent à régler pour l'ouverture de ces droits.

Là encore le partenariat démontre son efficacité grâce à des liaisons régulières.

4.2. Le rôle tenu par la DDASS : Impulsion, Financement, Evaluation

4.2.1. L'impulsion :

Impulsé simultanément par le médecin inspecteur de la DDASS et l'inspecteur du pôle social, le dispositif « PASS Accueil Hôpital Solidarité » du CH de Beauvais s'est attaché à créer un réseau élargi, à développer la réflexion sur les moyens d'atteindre les objectifs (à savoir la prise en charge médico-sociale la plus large possible des personnes précaires), à innover (en créant les CHAMS, par exemple). Cela a impliqué et implique toujours des compétences pluridisciplinaires et du temps.

4.2.2. Le financement nécessaire au fonctionnement de la PASS de Beauvais

La circulaire budgétaire du 26 novembre 1998, en prévoyant le renforcement des moyens des hôpitaux pour leur permettre de s'inscrire dans le cadre de la loi contre l'exclusion, a rendu possible, pour le CH de Beauvais, le relais du financement de l'AHS par le Contrat de Développement Urbain qui arrivait à son terme fin 1998 et ne pouvait être reconduit.. Un nouvel acteur de ce dispositif est alors intervenu : l'inspectrice chargée de la tutelle hospitalière de l'établissement au sein de la DDASS/ARH.

La circulaire du 17 décembre 1998 créant les PASS a conforté la mission sociale des hôpitaux.

L'inspectrice chargée de la tutelle hospitalière, l'inspectrice du pôle social et le médecin inspecteur de la DDASS ont ainsi travaillé ensemble aussi bien sur l'aspect qualitatif de la PASS que sur son aspect budgétaire. C'est donc sur les crédits de l'Assurance Maladie que la PASS de Beauvais est financée depuis début 1999, en mesures nouvelles.

Les crédits alloués sont ainsi répartis :

NATURE DES MESURES NOUVELLES	GROUPE	CREDITS
• 0,5 assistante sociale	1	125 000 F
• 3 vacations de médecin généraliste attaché par semaine	1	59 887 F
• 1 poste de psychologue	1	250 000 F
• vacations de soins odontologiques	1	30 000 F
• formation	1	37 134 F
• médicaments	2	22 300 F
• imprimés, téléphone, entretien et fonctionnement d'un véhicule et frais divers	3	40 200 F

Ceci a permis à la PASS d'envisager un renforcement de son activité et la réalisation de projets émanant de l'enquête préalablement citée et qui tenait à cœur au comité de pilotage et à l'ensemble des acteurs de terrain.

4.2.3. L'évaluation

Comme pour toute action mettant en œuvre des fonds publics alloués par ses services ou par l'Assurance maladie, la DDASS se doit de procéder à une évaluation du dispositif mis en place.

5. Evaluation des actions des PASS

5.1. Quelle évaluation ?

En fait, la PASS a fait l'objet de plusieurs évaluations cette année.

D'abord, au niveau national, à l'aide des grilles-type jointes aux lettres-circulaires du 25 mai 1999 et du 4 octobre 1999 qui émanaient de la Direction des Hôpitaux⁹.

Au niveau local, la lecture de ces grilles n'a pas apporté d'éléments supplémentaires de connaissance de la PASS du CH de Beauvais, seule PASS déjà créée.

Par ailleurs, une Mission est actuellement mise en place au niveau national pour une durée de 9 mois (de septembre 1999 à juin 2000) pour évaluer les PASS existantes et apporter une aide méthodologique pour l'installation de nouvelles PASS. Cette Mission interviendra en Picardie en mars 2000.

Enfin, comme tous les ans, la PASS du CH de Beauvais a fait l'objet d'une évaluation, lors d'un comité de pilotage spécifique. Celui-ci a eu lieu mi-novembre 1999.

⁹ cf annexes n°1

Il s'agit pour la DDASS et pour l'hôpital de faire connaître les actions de la PASS, mais aussi d'entendre toutes les critiques des partenaires institutionnels ou associatifs. Ceci doit permettre d'améliorer le fonctionnement de l'ensemble du réseau.

Ainsi tous les partenaires sont amenés à exprimer leur sentiment, à faire connaître les difficultés ponctuelles ou structurelles rencontrées,

- ◆ que ce soit en interne : le service social, certes, mais aussi des autres services hospitaliers (service des urgences, service des admissions, autres services)
- ◆ ou en externe : les différents partenaires qui ont eu recours à la PASS.

S'agissant d'un nouveau fonctionnement, l'organisation mise en place en 1999 a été présentée aux institutionnels, qui ne participent pas directement à la PASS, avant l'évaluation proprement dite.

5.2. Evaluation quantitative et statistique

Pour la période de référence (du 1^{er} janvier au 31 octobre 1999, soit 10 mois), la permanence du CH a reçu 143 personnes, la CHAMS 117 (32 personnes ont été vues en consultations chez un spécialiste hospitalier).

32 personnes ont bénéficié des 2 dispositifs.

Le fonctionnement et le public de la permanence étant similaires aux précédentes années, c'est essentiellement sur l'activité de la CHAMS qu'a porté l'évaluation.

Les CHAMS sont scindées en 2 lieux géographiques : à l'OPHS, en centre ville et à l'accueil urgence du CH.

Consultations mensuelles des CHAMS 1999

	Janv.	Fév.	Mars	Avril	Mai	Juin	Juill.	Août	Sept	Oct.
Accueil Urgence	1	8	11	2	3	3	5	8	3	3
OPHS	10	12	24	23	25	22	16	7	24	27

L'ouverture des consultations avancées à l'OPHS le 12 janvier explique la lente montée en charge des 2 premiers mois, qui ont surtout été consacrés à se faire connaître des partenaires et du public.

MOYENNE D'AGE DES PERSONNES RECUES

AGE	0/18 ans	19/24 ans	25/59 ans	+ 60 ans
NOMBRE	12	19	72	14

La moyenne d'âge pour les hommes est de 41 ans, celle des femmes est de 32 ans.
6 enfants âgés de 1 à 6 ans ont bénéficié d'une consultation CHAMS.

QUI ORIENTE VERS LES CHAMS

STRUCTURES	Nombre de personnes
ABEJ (assoc. Accueil démunis)	16
CAEPP (CHRS)	8
ADARS (assoc. insertion)	4
SONACOTRA(foyer trav.migrants)	7
FOYER JEUNES TRAVAILLEURS	1
BOUTIQUE SOLIDARITE	16
MAIRIE	13
CIRCONSCRIPTIONS	12
UDAF	4
CPAI	3
HOPITAL	12
DEMANDE SPONTANEE	15
AUTRE	6

A été prise en considération la première demande de consultation vers les CHAMS

CONDITIONS DE VIE

SITUATION AU REGARD DU LOGEMENT

MODE DE LOGEMENT	DOMICILE PERSONNEL	CHEZ UN TIERS	EN STRUCTURE D'ACCUEIL	A LA RUE
NOMBRE DE PERSONNES	37	22	43	7

SITUATION AU REGARD DE LA PROTECTION SOCIALE

SITUATION	NOMBRE DE PERSONNES
SANS PROTECTION SOCIALE	37
AIDE MEDICALE EN COURS	3
ASSURANCE MALADIE EN COURS	9
CARTE SANTE EN COURS	44
CARTE SANTE	8
ASSURANCE MALADIE	71
ASSURANCE MALADIE + MUTUELLE	9

Les raisons de l'orientation vers la PASS sont principalement d'ordre financier ou psychologique.

Les médecins de la PASS ont présenté les pathologies rencontrées (essentiellement une alcoolisation chronique, des problèmes psychiatriques, une toxicomanie, un problème traumatologique de coups et blessures...). Parmi ces pathologies, 7 ont conduit à une hospitalisation (une en psychiatrie) dont 4 ayant un caractère de gravité (1 décès).

Les médecins ont rencontré 2 types de consultants :

- ◆ ceux qui ont un problème passager (de santé le plus souvent, mais aussi ceux qui ont besoin d'un certificat, que ce soit pour le sport, le permis, les actions en justice ou pour des personnes en situation irrégulière...)
- ◆ les patients réguliers, parmi lesquels ils rencontrent notamment beaucoup de problèmes psychiques ou psychiatriques et un éthyisme chronique sévère.

Ils notent par ailleurs des difficultés à orienter vers le CMP car les patients refusent de s'y rendre. Par contre, ils orientent fréquemment vers les dentistes. Le médecin attaché aux urgences estime qu'environ la moitié des hommes admis aux urgences a un problème avec l'alcool.

5.3 Evaluation qualitative

Les différents partenaires de la PASS ont procédé à leur propre évaluation de la PASS

- ◆ Les associations, à l'unanimité, ont évalué le travail du coordonnateur comme un plus, devenu indispensable : sans tomber dans l'assistanat, il permet de conduire les personnes les plus fragilisées aux consultations, de les ramener chez elles ou dans leur lieu d'hébergement, de les conduire à la pharmacie...

En cas de manque de ressources ou de protection sociale, ces consultations permettent aux personnes d'être soignées sans les astreindre à se rendre à l'hôpital, ce qu'elles refusent souvent. Les CHAMS sont un cadre neutre. Les personnes y sont rassurées. Les associations apprécient la souplesse des conditions d'accueil.

Les CHAMS sont perçues comme permettant un gain de temps et une orientation plus simple. Quand une personne est hospitalisée, il suffit d'un appel téléphonique au service social hospitalier pour que cette personne bénéficie d'un suivi.

Elles soulignent également l'importance des permanences avancées de la Sécurité Sociale et de la Mairie.

Parmi les choses à améliorer, une d'entre elles demande que les ordonnances soient plus explicites ou soient accompagnées d'une explication (sur la façon de faire les pansements, par exemple). Une autre signale le cas d'une personne reçue aux urgences un soir et ressortie avec une prescription alors qu'elle aurait eu besoin des

médicaments immédiatement et qu'à compter de 17h30/18h, les traitements sont habituellement fournis par le service des urgences.

L'instauration d'une fiche de liaison proposée par une association a soulevé un débat : en effet, la fiche de liaison pour des personnes fragilisées aurait pour effet néfaste et contre-productif d'entraîner une stigmatisation de ces personnes. Il est jugé plus pertinent d'utiliser le téléphone, ce qui, en plus, permet de maintenir des contacts étroits entre la PASS et les associations.

- ◆ Les médecins hospitaliers de la PASS apprécient de pouvoir travailler en lien direct avec l'assistante sociale et le coordonnateur. Le fait de recevoir les patients sur rendez-vous leur permet de disposer du temps nécessaire à l'écoute de ces derniers (une demi-heure, parfois plus, ce qu'ils ne peuvent pas faire aux urgences).

Un médecin pensait qu'en tant que généraliste, elle ne pouvait pas adresser le patient à un confrère de la médecine libérale (ce qui s'est avéré faux après vérification auprès du Conseil de l'Ordre). Sans attendre cette vérification, le comité de pilotage a estimé qu'il était possible de fournir une liste des médecins relevant du quartier du patient sans pour autant trahir la déontologie médicale. Il n'est hélas pas très facile de mobiliser les généralistes de la médecine libérale. A cette fin, il a été décidé de relancer le Conseil de l'Ordre.

- ◆ Le service des admissions estime que le travail réalisé au niveau de la PASS et, notamment la présence au sein de l'hôpital de la permanence de la Sécurité Sociale a considérablement allégé le travail dans la mesure où, s'il détecte un problème administratif, celui-ci est généralement réglé dans la semaine. Il reste quelques problèmes au niveau de la mairie pour l'aide sociale.

Par ailleurs, les personnes admises durant la nuit et qui, auparavant partaient le matin suivant, font désormais l'objet d'une prise en charge administrative.

Le constat est indiscutable: les impayés ont considérablement diminué. Ceci constitue un avantage indéniable pour l'hôpital en terme de gains économiques.

- ◆ la CPAM apprécie également que sa présence au sein de l'hôpital permettent de régler immédiatement les dossiers les plus simples et très rapidement les autres. Elle note la bonne coopération avec l'hôpital, facilitée par la démarche du coordonnateur et du service social. Toute l'étape préalable à l'ouverture des droits est préparée en amont par le service social.

L'accès à la permanence va être élargi : pour les plus démunis, pour toute personne hospitalisée, pour permettre tout travail avec le service des admissions et avec des associations.

- ◆ Le CCAS, dont la permanence hebdomadaire n'a pas réellement bien fonctionné, envisage un accueil plus large que l'aide médicale (état-civil, loisirs...) et ouvert à tous (patients, familles, personnel de l'hôpital, visiteurs.). Les passerelles restent à mettre en place. Le CCAS regrette la difficulté à travailler en partenariat avec le CMP : les délais pour un rendez-vous sont très longs. Il n'y a pas de retour, compte tenu du secret médical.
- ◆ Le médecin référent en alcoologie estime qu'il y aurait des liens plus étroits à tisser entre le réseau santé-précarité (PASS) et le réseau alcool de Beauvais créé cette année à l'initiative du médecin inspecteur de la DDASS et qui regroupe aussi un grand nombre de partenaires. Par ailleurs, elle note une meilleure articulation entre la PASS et le service des urgences.
- ◆ La Préfecture et la DDASS font unanimement une évaluation positive de la PASS: les modes de prise en charge des personnes précaires correspondent bien à l'esprit de loi de lutte contre l'exclusion :
 - Prise en charge globale de la personne.
 - Travail en réseau médico-social
 - Proximité (en ville et au service des urgences, aller au-devant de la personne, prendre le temps de l'écouter, l'accompagner)
 - Ouverture sur la cité (permanences au sein de l'hôpital)
 - Délivrance de médicaments
 - La PASS s'assure bien que patient puisse bénéficier d'un suivi médico-social et d'un logement à sa sortie de l'établissement...

D'autres partenaires ont rejoint la PASS : le Comité Régional d'Education pour la Santé, la Fondation Agir contre l'Exclusion (FACE).

III. ANALYSE DE LA PERTINENCE DE LA CREATION DES PASS ET PROPOSITIONS

3.1. ANALYSE

Les objectifs des PASS sont de permettre l'accès aux soins et au suivi médico-social à toute personne se présentant à l'hôpital en mettant en réseau, à partir de cet hôpital, les professionnels du champ sanitaire et social.

3.1.1. l'accès aux soins passe par l'accès aux droits.

Les PASS, pour garantir l'accès aux soins, doivent simultanément s'assurer que les personnes ont bien une couverture sociale. Les permanences de la CPAM et des CCAS ont pour but d'aider à l'ouverture de ces droits, soit directement à l'Assurance Maladie, soit par le biais de l'assurance personnelle ou de l'aide médicale. La création de la Couverture Maladie Universelle simplifiera bien des dossiers.

3.1.1.1. La CMU qui sera mise en place au 1^{er} janvier 2000 représente une avancée sans précédent dans l'accès aux droits.

L'article 1^{er} garantit à tous une prise en charge des soins par l'Assurance Maladie. Cet article affirme, en outre, le droit à une couverture complémentaire pour les personnes dont les revenus sont les plus faibles, et la garantie qu'elles n'auront pas à faire l'avance des frais.

L'accès à la couverture de base sur simple critère de résidence devrait permettre d'affilier 150 000 personnes exclues actuellement de toute couverture sociale. Le deuxième étage constitué par la couverture complémentaire santé sera accessible gratuitement pour 6 millions de personnes dont les revenus sont inférieurs à un plafond (3500 F pour une personne seule, 5250 F pour deux personnes). Au-delà de ce seuil, le montant de la cotisation due sera proportionnel aux ressources.

3.1.1.2.L'universalité...pas pour tous

L'universalité (prévue dès la création de la Sécurité Sociale en 1945), ne bénéficiera hélas pas à tous. En effet, le seul critère de résidence stable et régulière, qui garantit l'affiliation au régime général, exclut encore une frange de la population. Afin de pallier cette exclusion, les sans domicile fixe pourront se faire domicilier dans une association, un CHRS... Encore faut-il en faire la demande (de domiciliation et de CMU)... Pour des personnes grandement marginalisées, ces notions seront complètement abstraites. Elles expriment rarement leur demande de soins, car leur priorité est ailleurs (manger, avoir un toit, pouvoir se laver, s'habiller...)... alors penser qu'elles vont faire une demande de couverture maladie serait utopique voire en dehors des réalités, si elles ne bénéficient pas d'un soutien. Quant à ceux qui ne pourront justifier de cette résidence stable et régulière ! ...

3.1.1.3. Accès aux soins primaires mais pas au suivi médico-social

Après les premiers soins, la CMU permettra le suivi sanitaire du patient, si la seule raison de son non-recours aux soins était d'ordre financier ou administratif. En effet, souvent un malade sortant de l'hôpital, abandonnait les soins nécessités par son état de santé, même s'il bénéficiait de l'Assurance Maladie, dès lors qu'il devait faire l'avance des frais ou régler le ticket modérateur. C'est donc un progrès très important. dans la prise en charge des personnes démunies.

Par contre, en aval, il restera pour ces personnes un besoin en suivi social qui ne sera pas assuré.

3.1.2. Public précaire et recours aux soins

Le premier souci des partenaires de la PASS est l'accès aux soins pour tous.

Or, il ne suffit pas d'améliorer le dispositif d'accès aux droits et d'accès aux soins pour que le recours aux soins des personnes fragilisées soit d'un niveau satisfaisant.

Le décalage est important entre l'accès théorique et le recours aux soins : la sensibilisation de ce public est trop faible pour une démarche de santé voire une démarche de soins, ce qui peut se révéler dramatique, notamment pour les enfants. Il est à noter que ce manque de démarche de santé peut se retrouver dans tous les milieux mais que celui-ci est aggravé dans les milieux économiquement faibles où le manque d'argent ou de couverture sociale est un handicap à l'accès aux soins. Résoudre ces

problèmes permet alors une grande avancée pour ces personnes vers une démarche de soins.

Il demeure néanmoins une frange de la population qui, ayant les moyens financiers de se faire soigner, une couverture sociale, un domicile, ne bénéficie toujours pas des soins dont elle aurait besoin. Les travailleurs sociaux n'ont pas connaissance de ces personnes avant qu'elles soient amenées aux urgences de l'hôpital. Le plus souvent ce sont des personnes qui rencontrent des problèmes psychologiques, légers ou graves ou qui, ayant un niveau de culture relativement faible, ont un manque d'information tant aux regards de leurs droits qu'à l'égard de leur santé.

Les PASS, grâce aux réseaux créés, sont une possible réponse en terme d'accès aux soins. Le public des PASS va donc bien au-delà des personnes les plus démunies. Les personnes «précaires » ont besoin d'être aidées, d'être orientées. Elles ont besoin d'une écoute et d'un suivi médico-social. Ce suivi sera même beaucoup plus lourd que pour quelqu'un pour lequel il s'agira, par exemple, d'ouvrir les droits à l'assurance maladie.

3.1.3. Organisation de la PASS et travail en réseau :

3.1.3.1. Le travail en réseau

Le travail en réseau a permis à la PASS de Beauvais de pouvoir rencontrer le public qui n'avait pas recours aux soins malgré les dispositifs mis en place auparavant. Au fil des années le réseau s'étend, même s'il est perfectible (manque de relations avec la psychiatrie et les généralistes, partenariat à développer avec le réseau alcool, avec le SATO, le service d'aide aux toxicomanes).

Pour les personnes en difficulté, la santé ne constitue pas une priorité. La question de l'accès aux soins ne se pose qu'après d'autres (emploi, logement...). Quant à la prévention, elle n'est pas évoquée. Au-delà du curatif, ce travail en réseau permet d'entrevoir l'espoir d'œuvrer dans le domaine de la prévention.

C'est pour cette raison que le Comité Régional d'Education pour la Santé (CRES) s'est intégré à cette démarche et fait désormais partie du comité de pilotage.

3.1.3.2. l'organisation de la PASS

La PASS est l'élément essentiel du dispositif, puisque l'élément fédérateur.

Cependant, la PASS n'est que la partie visible de ce dispositif qui comprend :

- ◆ Une partie externe, composée des associations et des institutions sanitaires et sociales, et qui, en amont et en aval de la prise en charge par la PASS, effectue l'essentiel du travail d'accompagnement et de suivi
- ◆ Une partie interne à l'hôpital, qui comprend l'ensemble des services. Le lien effectué quotidiennement par les assistantes sociales du service social entre la PASS proprement dite et les services de soins(et les services administratifs), concourt à un meilleur repérage du public hospitalisé et fragilisé.

Sans être transposable dans toutes les PASS compte tenu des configurations locales, l'organisation mise en place par la PASS du CH de Beauvais peut servir de référence. L'ensemble des partenaires, lors de l'évaluation, s'est accordé à reconnaître que les personnes bénéficient d'un réel accompagnement adapté, à la carte, en réseau.

Les consultations avancées et le travail du coordonnateur sont des réponses adéquates pour les personnes à qui l'hôpital fait peur et qui n'ont pas les moyens de consulter chez un généraliste.

Grâce aux permanences CPAM et CCAS, bien souvent les problèmes d'accès aux droits peuvent être résolus très rapidement.

La proximité des uns et des autres est l'élément essentiel de cette organisation avec le travail en réseau.

3.2. PROPOSITIONS

L'étude ci-dessus présentée et l'analyse qui en découlait m'amènent à faire les propositions suivantes :

3.2.1. Généraliser les PASS dans tous les établissements de santé

Afin de permettre à tous les établissements de santé de pouvoir assumer leur mission sociale et d'être un élément moteur des réseaux sanitaires et sociaux, il faudrait envisager la généralisation des PASS à tous les établissements hospitaliers.

Il ne s'agit pas de créer les mêmes PASS partout, d'imposer un modèle unique de prise en charge : rien n'est modélisable mais les expériences sont exploitables. Le type de fonctionnement de la PASS du CH de Beauvais peut servir de référence à d'autres PASS en cours de création.

Lorsque plusieurs hôpitaux œuvrent dans un secteur géographique proche, il est possible d'imaginer une interactivité entre hôpitaux, une complémentarité, afin de pouvoir, grâce aux réseaux mis en place, atteindre le maximum de personnes (consultations avancées dans certains endroits, soins spécialisés dans d'autres, permanences de la sécurité sociale réparties sur plusieurs lieux...).

Ceci permettrait également une mutualisation des expériences, du savoir faire, des moyens financiers et humains.

3.2. Financer, mais pas nécessairement avec des montants importants, pour créer les PASS.

La création d'une PASS ne nécessite pas toujours d'importants moyens financiers. La mutualisation des moyens peut permettre une économie importante pour un même service rendu. Par ailleurs, compte tenu du poids financier des hôpitaux, la création d'une PASS peut avoir lieu sans attendre que les moyens financiers soient effectivement débloqués sur leur compte, dès lors que la notification des crédits leur a été faite. Il s'agit essentiellement, pour créer une PASS, de mobiliser la volonté du directeur, de la CME..., leur implication, par la conscience de leur mission sociale. Il est possible pour l'hôpital d'obtenir une enveloppe en mesures nouvelles, si le projet fait partie des priorités de l'établissement, ce qui a l'avantage de fournir des crédits pérennes.

La pérennité de ces moyens serait, bien évidemment, soumise à une évaluation quantitative et qualitative des actions de ces PASS.

3.3. Financer des vacations de dentistes et d'ophtalmologistes dans les consultations avancées.

Les soins les moins bien remboursés par l'Assurance Maladie sont ceux concernant l'optique et les dents.

Les personnes nécessiteuses y ont rarement recours. Or, il a été montré que des problèmes de réinsertion pouvaient être liés à des problèmes de vue, qu'une simple paire de lunettes pouvait corriger. La PASS de Beauvais a recours à l'association « Lunettes sans frontières » qui propose des lunettes de récupération moyennant la modique

somme de 15 Francs. Mais pour une meilleure efficacité, il serait nécessaire de financer des vacations de dentistes et d'ophtalmologistes dans les consultations avancées.

3.4. Valoriser en points ISA l'activité des PASS

Une des raisons avancées par les directeurs d'établissement pour ne pas mettre en place une PASS ou un service social développé est que l'activité de ceux-ci n'est pas reconnue par le PMSI : ce sont donc des moyens financiers qui sont mobilisés, sans retombée pour l'hôpital en terme de comparaison entre établissements. La Conférence Nationale des Directeurs de Centre Hospitalier demande la création d'un Groupe Homogène de Malades médico-social. Valoriser l'activité des PASS en points ISA est donc un gage pour les établissements de la reconnaissance du travail effectué qui faciliterait « l'intérêt » des professionnels pour leur mission sociale. La difficulté consiste à trouver comment attribuer ces points ISA. Il faudrait pouvoir comptabiliser l'admission aux urgences, l'accueil des personnes les plus démunies, la prise en charge sociale, l'écoute que nécessite certaines situations.

3.5. Renforcer la formation des personnels hospitaliers et des médecins dans le domaine social

Des efforts ont déjà été entrepris dans ce domaine mais les personnels hospitaliers sont nombreux à côtoyer des personnes fragilisées. Des formations spécifiques pourraient être développées à la fois dans les établissements hospitaliers mais aussi dès la formation initiale de ces personnels.

Dans le cursus des médecins, ces problématiques sont très peu abordées. Là aussi la formation durant leurs études de médecine pourrait être profitable.

En ce qui concerne les directeurs d'hôpitaux, l'Ecole Nationale de la Santé publique aborde peu les problèmes des usagers et encore moins des publics précaires. La formation est semble-t-il essentiellement technique et budgétaire. L'interfiliarité, si elle était renforcée, pourrait être un moyen de sensibiliser les directeurs d'hôpitaux à la lutte contre l'exclusion.

3.6. Réfléchir à la création de consultations avancées en zone rurale

Développer des consultations avancées hors de l'hôpital, c'est aller au-devant des malades, en ville. , mais dans les zones rurales Mais la précarité existe aussi dans les zones rurales (et notamment en Picardie) difficilement accessibles par les transports en

commun. Or les réponses apportées sont essentiellement urbaines. Pour aller au-devant de ces personnes et afin d'éviter que des consultations avancées soient mises en place pour un trop petit nombre de personnes, il pourrait être créé des unités mobiles légères (consultations avancées mobiles) qui sillonnaient les communes rurales après concertation avec les CCAS et les associations locales, qui auraient repéré par avance les personnes potentiellement concernées. Selon l'orientation proposée par le médecin de cette unité mobile légère, un coordonnateur pourrait alors se charger d'acheminer les personnes vers les services de médecine libérale (éventuellement, hospitalière) ou vers l'association ou l'institution adéquate.

3.7. Développer le partenariat avec le secteur psychiatrique et les généralistes

Actuellement les réseaux mis en place (notamment les réseaux précarité et alcool) ont du mal à mobiliser le secteur psychiatrique et les généralistes. Les raisons évoquées sont liées au manque de temps. Le secteur psychiatrique est demandeur de ce travail en réseau, mais le sous-effectif dans ce secteur conduit à ne laisser que peu de disponibilités aux professionnels. Quant aux généralistes, contrairement aux autres membres des réseaux qui puisent leur disponibilité sur leur temps de travail, c'est leur temps de repos qu'il faudrait abréger pour travailler en réseau. En effet, ils ne seront pas rémunérés pendant ce travail.

Pourtant, ils sont des maillons incontournables de la lutte contre l'exclusion. Une plus grande implication pourrait être envisagée par l'intermédiaire d'associations régionales de médecins. Le Groupe Technique Régional PRAPS y réfléchit.

En milieu rural notamment, il serait essentiel de créer un réseau médico-social où les généralistes pourraient avoir un rôle pivot, pour une proximité plus grande.

3.8. Dégager du temps pour pouvoir mener à bien les missions qui sont les nôtres

En tant qu'inspecteur, il me semble primordial de dégager suffisamment de temps pour expliquer les objectifs et convaincre les directeurs d'établissements de leur mission sociale, pour créer au plus tôt les Pass dans un plus grand nombre d'établissements de santé, pour être moteur du développement du réseau grâce à la connaissance du terrain, pour suivre régulièrement les actions entreprises et les faire connaître.

Conclusion

La loi de lutte contre l'exclusion a réaffirmé la mission sociale de l'hôpital, tombée en désuétude depuis 1941 lorsque la grande loi hospitalière rend l'hôpital payant (auparavant il était gratuit et réservé aux démunis).

En 1993, une circulaire de Simone Veil rappelle la mission sociale de l'hôpital et demande la création de cellules d'accueil des plus démunis, antennes médico-sociales animées par des assistantes sociales, surtout destinées à aider à l'ouverture des droits à l'assurance maladie.

Issues de la loi de lutte contre l'exclusion, les Permanences d'accès aux soins de santé ont pour vocation de « faciliter l'accès des personnes démunies non seulement au système hospitalier, mais aussi aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social ».

Le Centre Hospitalier de Beauvais a mis en place ce type de dispositif depuis 1994, grâce à la volonté de sa direction et de l'ensemble des partenaires (en interne, le service social, le service des urgences, des admissions et la pharmacie, en externe, la DDASS, les associations...), réunis en comité de pilotage.

Les objectifs et les critères d'évaluation ont été déterminés dès le départ, ainsi que le public auquel le dispositif s'adresserait : ce sont les personnes présentant un problème de santé d'intensité variable et/ou une absence de domicile stable, et/ou un défaut de couverture sociale.

Les personnes peuvent ainsi bénéficier d'un accueil médical (éventuellement avec un bilan et la délivrance gratuite de médicaments), d'un accueil social, d'un accueil administratif. Ces différents accueils aboutissent à une proposition d'orientation, d'accompagnement et de suivi.

Ce dispositif est intégré depuis cette année au PRAPS et reconnu comme Permanence d'Accès aux Soins de Santé.

La mise en place, début 1999, de consultations hospitalières avancées médico-sociales en deux lieux, près des urgences et en centre ville contribue à mieux adapter cet accueil aux besoins et aux contraintes locales (l'hôpital est excentré par rapport à la ville de Beauvais et mal desservi). Ce service de proximité est composé d'un médecin hospitalier et d'une assistante sociale, qui peuvent recourir au coordonnateur pour accompagner les personnes, acheter les médicaments, faire le lien entre les associations, la personne et l'hôpital.

Le dispositif s'est également enrichi de formations spécifiques à l'accueil des plus démunies s'adressant au personnel hospitalier, au personnel associatif, de la mise en

place au sein de l'hôpital de permanences de la CPAM et du CCAS de Beauvais, d'un annuaire des associations locales au service de la santé et de la précarité mis à jour tous les 2 ans.

Les différentes évaluations réalisées, aussi bien quantitatives que qualitatives démontrent que ce dispositif remplit bien les objectifs définis au départ: permettre l'accès aux soins tout en favorisant la résolution des autres problèmes, grâce au réseau créé.

Il démontre que l'hôpital peut se trouver, s'il le désire, au cœur d'un réseau qui permet la prise en charge globale des personnes en situation de précarité.

Dès lors, il convient de s'interroger sur les freins qui persistent à l'installation de ces permanences. Ceux-ci sont de deux ordres :

- ◆ la direction de l'hôpital ne se reconnaît pas de mission sociale, ou si elle la reconnaît, ne la place pas parmi ses priorités
- ◆ elle demande en contrepartie des moyens financiers conséquents et la valorisation de cette activité dans le PMSI.

Or, les services administratifs font le constat que grâce à l'activité des PASS, les impayés diminuent considérablement. Ceci constitue un avantage indéniable pour l'hôpital en terme de gains économiques.

L'accès aux soins des personnes en situation de précarité est un enjeu majeur pour notre société. L'hôpital public ou participant au service public hospitalier se doit de participer à la lutte contre l'exclusion sociale. Il importe donc pour les inspecteurs des affaires sanitaires et sociales de faire le lien entre le sanitaire et le social, de convaincre les établissements hospitaliers de leur mission, de les aider à devenir la pierre angulaire des réseaux santé-précarité, tout en les soutenant financièrement. L'exemple de la PASS de Beauvais est la preuve qu'en mobilisant la volonté de tous les partenaires autour de la prise en charge globale de la personne précarisée, il est possible de lutter efficacement contre l'exclusion.

BIBLIOGRAPHIE

I. TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

- ◆ Circulaire DH/AF1/DAS/RV3 N°33-93 du 17 septembre 1993 relative à l'accès aux soins des personnes les plus démunies
- ◆ Loi N° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions
- ◆ Circulaire DGS/DAGPB/DAS N°98/568 du 8 septembre 1998 relative à la mise en œuvre de la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions sur les exercices 1998 et 1999 : action sociale et santé publique -programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins
- ◆ Circulaire DH/FH/98-575 du 17 septembre 1998 relative aux orientations et axes de formation prioritaires, à caractère pluriannuel, concernant l'ensemble des fonctionnaires hospitaliers des établissements publics de santé
- ◆ Circulaire DGS-SP1-SQ/DH-EO-AF/98/674 du 17 novembre 1998 relative aux priorités de santé publique à prendre en compte pour l'allocation de ressources aux établissements de santé pour 1999
- ◆ Circulaire DSS-1A/DH-AF2 N°98-700 du 26 novembre 1998 relative à la campagne budgétaire pour 1999 des établissements sanitaires financés par dotation globale
- ◆ Circulaire DH/AF1/DGS/SP2/DAS/RV3/98/736 du 17 décembre 1998 relative à la mission de lutte contre l'exclusion sociale des établissements de santé participant au service public hospitalier et à l'accès aux soins des personnes les plus démunies
- ◆ Décret 98- 1216 du 29 décembre 1998 relatif aux programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins et modifiant le code de la santé publique
- ◆ Circulaire DAGPB-MSD/BF N° 99/15 du 28 janvier 1999 relative aux objectifs et aux ressources 1999 des directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales
- ◆ Circulaire DGS/SP2 N° 99-110 du 23 février 1999 relative à la mise en place de programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins pour les personnes en situation de précarité
- ◆ Lettre-circulaire DH-AF1-AS du 25 mai 1999 relative à la mise en place des permanences d'accès aux soins de santé

- ◆ Circulaire DH/FH/99-342 du 14 juin 1999 relative aux orientations et aux axes de formation prioritaires, à caractère pluriannuel, concernant l'ensemble des fonctionnaires hospitaliers des établissements publics de santé
- ◆ Loi N°99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle
- ◆ Lettre-circulaire DH-AF1-AS du 4 octobre 1999 relative à l'évaluation des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) installées en 1998 et 1999 et mise en place des PASS en 2000

II. OUVRAGES

- ◆ GEVAUDAN Thierry, Dr SORIA Jacques, « *Santé et Précarité : du droit à la réalité* », Rennes, éditions ENSP, Collection ODAS, décembre 1991
- ◆ HARDY Jean-Pierre, « *Le guide de l'action sociale contre les exclusions* », Paris, Editions DUNOD, Collection GUIDES, 1999, 352 pp.
- ◆ JOIN-LAMBERT Marie-Thérèse, « *Politiques sociales* », Paris, Presses de la FNSP et Dalloz, 1994
- ◆ PAUGAM Serge, « *La société française et ses pauvres* », Paris, PUF, collection Recherches politiques, 1993

III. RAPPORTS

- ◆ DE GAULLE-ANTHONIOZ Geneviève, « *Evaluation des politiques publiques de lutte contre la grande pauvreté* », Conseil Economique et Social, JO du 27 juillet 1995
- ◆ LEBAS Jacques, « *A l'épreuve de la précarité une certaine idée de l'hôpital* », 26 février 1998
- ◆ NICOLLE Robert, « *La santé en Picardie* », Conseil Economique et Social, 15 juin 1998
- ◆ WRECZINCKSI Joseph, « *Grande pauvreté et précarité économique et sociale* », rapport au Conseil Economique et Social, JO du 28 février 1987

IV. ARTICLES

- ◆ BOUTILLIER Daniel, « *Présentation de la région picarde* » in IASS LA REVUE N°25, juin 1999
- ◆ BRIXI Saïda, « *Ramener les exclus de la santé vers le système de soins* », in LE JOURNAL DE L'ACTION SOCIALE, février 1998, pp 19
- ◆ COEN Abram, « *un comité d'éthique hospitalier confronté à l'exclusion* » in GESTIONS HOSPITALIERES N°341, décembre 1994, pp 794-796
- ◆ CORDIER Alain, « *La politique de l'AP-HP face aux plus démunis* » in GESTIONS HOSPITALIERES N°341, décembre 1994, pp 779-782

- ◆ DAUPHINE Marie, « *La couverture maladie universelle pour plus de solidarité* » in VIES DE FAMILLES, novembre 1999, pp 22-23
- ◆ DEBIONNE François-Paul, « *Quart Monde et Hôpital : d'une rencontre difficile à un dialogue nécessaire* » in GESTIONS HOSPITALIERES N°341, décembre 1994, pp 771-775
- ◆ DUNKEL Danièle, « *Le dispositif « Arc-en-ciel », une expérience du Groupe Hospitalier Lariboisière-Fernand Widal-Saint-Lazare* » in GESTIONS HOSPITALIERES N°341, décembre 1994, pp 783-784
- ◆ ELGHOZI B, « *De l'insertion et de la santé : les réseaux de solidarité ville-hôpital* » in GESTIONS HOSPITALIERES N°341, décembre 1994, pp 790-793
- ◆ EMMANUELLI Xavier, « *Les miroirs sans tain* » in GESTIONS HOSPITALIERES N°341, décembre 1994, pp 769-770
- ◆ FAYET Catherine, MAGDA Joël, « *L'observatoire social de Picardie* » in IASS LA REVUE N°25, JUIN 1999, pp 31-39
- ◆ GIRARD Jean-François, « *Renouer la prise en charge sanitaire et la préoccupation sociale* », in GESTIONS HOSPITALIERES N°341, décembre 1994, pp 776-778
- ◆ HELFTER Caroline, « *Psychiatrie et exclusion, Apprendre à travailler ensemble* », in ACTUALITES SOCIALES HEBDOMADAIRES N° 2018, 7 mai 1999, pp 23-24
- ◆ LEGROS Michel, « *Santé et pauvreté aux rendez-vous de la formation, Face à la pauvreté, la diversité des métiers de l'Etat et de la fonction publique hospitalière* », in LA LETTRE DE L'ENSP, 1998
- ◆ LEONARD Jean-Louis, DUPUIS BELAIR Nicole, « *Le sanitaire et le social, assises identitaires de l'hôpital public* » in GESTIONS HOSPITALIERES N°341, décembre 1994, pp 806-808
- ◆ MANDRAUD Isabelle, « *La couverture maladie universelle bénéficiera à six millions de personnes* » in LE MONDE, 4 mars 1999, pp8
- ◆ MOUCHARD Agnès, « *Garantir l'accès aux soins pour tous, la mission de l'hôpital* », in ECHANGES SANTE-SOCIAL N°92, décembre 1998, pp 37-39
- ◆ POINDRON Pierre-Yves, « *Accès aux soins : les inégalités persistent en France* », in ESPACE SOCIAL EUROPEEN, 15 septembre 1995, pp 26
- ◆ RAVELO DE TOVAR Antoine, « *Le centre d'accueil et de soins hospitaliers de Nanterre, le pari d'une réunion du sanitaire et du social* » in GESTIONS HOSPITALIERES N°341, décembre 1994, pp 785-789
- ◆ ROCHAIX Maurice, « *L'hôpital et l'exclusion : une perspective historique* », in GESTIONS HOSPITALIERES N°341, décembre 1994, pp 804-805
- ◆ SARAZIN Isabelle, « *Psychiatrie et grande exclusion, la DDASS du Val d'Oise s'engage* », in ACTUALITES SOCIALES HEBDOMADAIRES N°2017, 4 avril 1997, pp 23-24

VI. MEMOIRES D'ELEVES DE L'ECOLE NATIONALE DE LA SANTE PUBLIQUE

- ◆ BERMANN Béatrice – *Le rôle de l'hôpital dans l'amélioration de l'accès aux soins des personnes en situation de précarité* – Mémoire EDH – Promotion 1993-1995
- ◆ SCANDELLA Anne, *Améliorer l'accueil et le suivi sanitaire et social des plus démunis dans le nord Seine – et – Marne : le C.H.G. de Meaux au cœur du dispositif de lutte contre l'exclusion* – Mémoire EDH – Promotion 1995-1997
- ◆ TREGUENARD Sébastien- *L'accueil des populations démunies à l'hôpital : quels enjeux et quelles solutions ? Analyse et discussion de l'expérience des hôpitaux universitaires de Strasbourg*- Mémoire EDH - Promotion 1997-1998
- ◆ VILAIN Frédérique – *Les réponses institutionnelles aux difficultés d'accès aux soins et à la santé des personnes démunies de Seine-et-Marne* – Mémoire IASS – Promotion 1993-1995

VII. AUTRES

- ◆ ACTION PRAPS Le volet santé de la loi sur l'exclusion N°1, mars 1999, journal interne édité par le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité
- ◆ ACTION PRAPS Le volet santé de la loi sur l'exclusion N°2, septembre 1999, journal interne édité par le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité
- ◆ Croisement d'Informations Régionalisées N°2, Août 1999, Observatoire Social de Picardie
- ◆ Lettre LCE, lettre d'information des programmes de lutte contre les exclusions en Picardie, octobre 1999, DRASS de Picardie
- ◆ Discours prononcé par Madame Simone Veil aux journées d'études sur les réseaux de santé de proximité, 13 mars 1995
- ◆ Document de présentation de conférence « *Précarité, état de santé et accès aux soins* » de Mrs Jacques LEBAS et Pierre CHAUVIN
- ◆ Avis du Haut Comité de la Santé Publique « *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé* », février 1998
- ◆ Document présenté au Conseil des ministres, « *La Couverture Maladie Universelle, une véritable égalité d'accès à des soins de qualité* », Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 3 mars 1999

Liste des abréviations

AHS	: Accueil Hôpital Solidarité
ARH	: Agence Régionale de l'Hospitalisation
CCAA	: Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie (ex CCAA)
CCAS	: Centre Communal d'Action Sociale
CHAA	: Centre d'Hygiène Alimentaire et d'Alcoologie
CPAM	: Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CH	: Centre Hospitalier
CHAMS	: Consultations Hospitalières Avancées Médico-Sociales
CHRS	: Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CMP	: Centre Médico-Psychologique
CMU	: Couverture Maladie Universelle
CPES	: Centre de Prévention et d'Examens de Santé
CRES	: Comité Régional d'Education pour la Santé
DAS	: Direction de l'Action Sociale
DDASS	: Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DGS	: Direction Générale de la Santé
DH	: Direction des Hôpitaux
DRASS	: Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DSS	: Direction de la Sécurité Sociale
ENSP	: Ecole Nationale de la Santé Publique
GHM	: Groupe Homogène de Malades
IASS	: Inspecteur des Affaires Sanitaires et Sociales
ISA	: Indice Statistique d'Activité
LCE	: (loi de) Lutte Contre les Exclusions
MSA	: Mutualité Sociale Agricole
OPHS	: Office Privé d'Hygiène Sociale
PASS	: Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PMSI	: Programmation Médicalisée des Systèmes d'Information
PRAPS	: Programme Régional d'Accès aux Soins de Santé
PRS	: Programme Régional de santé
SATO	: Service d'Aide aux Toxicomanes
SROS	: Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

Annexes

Annexe 1 : Grille d'évaluation des PASS jointe aux circulaires du 25 mai et du 4 octobre 1999
et participation de l'Oise à l'élaboration de cette grille
Projet de nouvelle grille d'évaluation

Annexe 2 : Indicateurs santé-précarité et PRAPS en PICARDIE

Annexe 3 : Cartographies d' Analyse de l'existant en Picardie en terme de :

- ♦ Accès aux soins
- ♦ Accès aux droits
- ♦ Prévention

Annexe 4 : Document de travail SROS Urgences

- ♦ Accès aux soins
- ♦ Urgences et précarité