



Directeur des soins

Promotion : **2008**

Date du Jury : **septembre 2008**

**Permanences d'accès aux soins de
santé et population étrangère en
situation irrégulière : quels enjeux
pour le directeur des soins ?**

Sylvie LAVOISEY

Remerciements

Je souhaite par ces quelques mots adresser mes plus sincères remerciements aux enseignants de l'école et aux collègues de la promotion qui par leur écoute, leurs conseils, leurs encouragements, leur patience, leur accompagnement, m'ont permis de réaliser ce travail.

Je retiendrai une motion d'intense gratitude pour les professionnels qui se sont rendus disponibles pour répondre à mes questions, permettant des échanges très riches et un regard pluri - professionnel emprunt d'une grande humanité sur le sujet choisi.

Sommaire

Introduction	1
1 Quatre points pour définir le cadre :	5
1.1 Le dispositif des PASS : une réponse construite depuis dix ans	5
1.2 Quelques aspects concernant l'immigration irrégulière :	6
1.3 L'accès aux soins des immigrés en situation irrégulière : Pour quoi ? Comment ?	7
1.3.1 Des problèmes de santé reconnus :	7
1.3.2 Des modalités de prise en charge établies :	8
1.4 Le nouveau contexte financier des hôpitaux :	9
2 Les réalités du terrain : des professionnels face à leurs missions	11
2.1 La méthodologie de l'enquête :	11
2.2 Les PASS : un dispositif connu ?	12
2.2.1 Par les étrangers en situation irrégulière ?	12
2.2.2 Par les autres professionnels ?	13
2.3 Une coordination suffisante ?	15
2.3.1 Quelle situation à l'intérieur de l'hôpital ?	15
2.3.2 Quel accompagnement et valorisation au niveau territorial ?	16
2.4 Soignants, policiers : l'impossible coopération ?	18
2.5 Budget et fonctionnement des PASS : des professionnels sensibilisés ? ..	19
2.6 L'accès aux soins des plus démunis par les PASS : une mission de santé publique garantie ?	21
3 Enjeux pour un directeur des soins, préconisations d'action :	23
3.1 Des idées pour l'action intra hospitalière :	24
3.1.1 L'action envers les PASS :	24
A) Un soutien dans la formation :	24
B) Faciliter l'accès aux informations :	25
C) Faciliter l'expression des usagers :	25
3.1.2 L'action envers les soignants des autres services :	26
3.1.3 Au côté de l'équipe de direction :	26

3.2	Des idées pour l'action extra hospitalière :	27
3.2.1	Un partenariat avec les autres intervenants du territoire :	28
3.2.2	La place des collectivités locales :	28
3.2.3	Partenaires incontournables, les professionnels de la santé mentale :	29
3.2.4	Un support d'information repéré :	29
3.2.5	Le centre de rétention administrative, un acteur à associer :	29
3.3	L'ouverture au niveau régional :	30
3.4	L'éthique comme soutien de la réflexion à l'action :	31
Conclusion		33
Bibliographie		35
Liste des annexes		I

Liste des sigles utilisés

- A.M.E.** : aide médicale de l'Etat
- A.N.A.E.M.** : agence nationale d'accueil des étrangers et des migrations
- A.R.H.** : agence régionale de l'hospitalisation
- A.R.S.** : agence régionale de santé
- C.C.N.E.** : Comité consultatif national d'éthique
- C.D.A.G.** : centre de dépistage anonyme et gratuit
- C.M.U.** : couverture maladie universelle
- C.N.C.D.H.** : commission nationale consultative des droits de l'Homme
- C.N.R.S.** : centre national de la recherche scientifique
- CO.MED.E.** : comité médical pour les exilés
- C.R.A.** : centre de rétention administrative
- C.R.P.P.** : compte de résultat prévisionnel principal
- D.R.A.S.S.** : Direction Régionale de l'Action Sanitaire et Sociale
- E.P.R.D.** : état prévisionnel des recettes et des dépenses
- F.H.F.** : Fédération Hospitalière de France
- H.C.S.P.** : Haut comité de santé publique
- I.N.S.E.E.** : l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
- L.A.T.** : lutte anti tuberculeuse
- M.C.O.** : médecine chirurgie obstétrique
- M.I.G.** : mission d'intérêt général
- M.I.G.A.C.** : mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
- O.D.S.E.** : observatoire du droit à la santé des étrangers
- O.R.S.** : observatoire régional de la santé
- P.A.S.S.** : permanence d'accès aux soins de santé
- P.R.A.P.S.** : programme régional d'accès à la prévention et aux soins
- P.R.S.P.** : plan régional de santé publique
- SO. NA.CO.TRA.** : Société Nationale de Construction pour les Travailleurs (devenue ADOMA en 2006, du latin ad = vers et domus = maison)
- T.2 A.** : tarification à l'activité

Introduction

Dans ma pratique professionnelle, j'ai été amenée à suivre la prise en charge sanitaire de personnes étrangères en situation irrégulière. Deux expériences m'ont particulièrement marqué quant à leur impact sur l'accès aux soins de ces personnes et les contextes environnementaux associés.

Ce fut d'une part, la prise en charge d'un ressortissant zaïrois puis quelques mois plus tard d'un jeune algérien, dans un traitement par hémodialyse. Ces deux patients sans couverture sociale en France ont occasionné alors pour l'établissement de santé une très importante facture de soins inscrite aux créances irrécouvrables, ces deux situations ayant eu lieu avant la mise en œuvre de la circulaire ouvrant des droits à l'AME¹ (aide médicale de l'Etat). Les hôpitaux alors financés par la dotation globale de financement, le directeur de l'établissement avait indiqué au chef de service, que la prise en charge de ces deux patients représentait pour l'hôpital un coût équivalent à quarante quatre transplantations rénales qui pouvaient encore être réalisées pour l'année.

D'autre part, j'ai été de nouveau confrontée à ces situations lors de mon exercice comme cadre supérieur de santé du pôle de médecine d'urgence dans un autre hôpital. Cette nouvelle expérience concernait deux personnes étrangères en situation irrégulière venues à l'une des PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé) et présentant une pathologie grave impliquant des soins coûteux ne pouvant être différés. Si dans ces situations, l'AME a pu être ouverte, le délai de réponse et de prise en compte ne comportant pas de rétroactivité, une partie des soins a, là encore, occasionné des créances irrécouvrables.

Ces situations, bien que survenues dans des contextes différents, m'ont fait prendre conscience de l'incidence financière pour les établissements de santé de la prise en charge de ces patients, les établissements ayant par ailleurs pleinement rempli leur mission d'accueil et de soins due à toute personne en ayant besoin. Néanmoins, dans un contexte budgétaire particulièrement tendu pour les hôpitaux, ces prises en charge de soins, en raison de la situation spécifique de ces patients, retient l'attention des équipes de direction dont celle du directeur des soins. Elles requièrent la mobilisation de toutes les ressources possibles permettant à l'hôpital de remplir sa mission d'accès aux soins au coût le plus juste et le moins pénalisant sur un plan budgétaire.

¹ Circulaire n°DGAS/DSS/DHOS/2005/407 du 27 septembre 2005 relative à l'aide médicale de l'Etat (abrogeant la précédente circulaire n° 2000-14 du 10 janvier 2000)

Si la mise en place des PASS à partir de 1999², l'instauration de couvertures sociales minimales pour les personnes en situation de grande précarité, plus précisément la couverture maladie universelle (CMU)³, l'AME, complétées récemment par la mise en place d'un fonds pour les soins urgents et vitaux, ont permis des progrès certains pour leur accès aux soins, le contexte des personnes étrangères en situation irrégulière implique une approche propre à leur particularité. Les études menées par des professionnels de la santé ou du secteur social, mais aussi par des représentants du monde associatif, ou des auteurs sensibilisés par ce thème, montrent que ces dispositifs ne répondent pas à toutes les situations et que leur mise en œuvre demeure complexe.

Dans le cadre de ses missions, le directeur des soins contribue à l'organisation des soins permettant la prise en charge de ces patients spécifiques. Il est donc essentiel qu'il puisse favoriser les conditions de cette prise en charge au mieux des intérêts des patients, mais aussi des professionnels soignants et sans oublier l'intérêt financier de l'hôpital. Dans cette approche, trois points retiennent plus fortement l'attention : le rôle de coordination du directeur des soins permettant de garantir à toute personne un accès aux soins, son implication dans la promotion de la santé publique, sa contribution dans la maîtrise des dépenses financières de l'établissement de santé. Il appartient alors au directeur des soins, pour tendre vers ces buts, de mobiliser et d'optimiser les moyens dont il dispose déjà et si besoin d'en rechercher d'autres avec les professionnels concernés par cette thématique.

Ainsi, est-il possible d'optimiser le fonctionnement des PASS et de renforcer les capacités d'action des professionnels y travaillant pour répondre aux besoins des personnes étrangères en situation irrégulière ? Quelles ressources sont mobilisables pour couvrir l'impact financier pour l'hôpital indépendamment des couvertures sociales minimales ? Œuvrer dans ce sens contribue-t-il à une promotion de la santé publique ?

En outre, comment conduire ces actions dans le respect du travail mené par ailleurs, par les autorités de police dans le cadre de la lutte contre l'immigration clandestine ?

La conduite du travail de recherche présenté ici a pour objectif de tenter de répondre à ces quelques interrogations. Aussi, la relecture des situations évoquées précédemment m'a conduite à rechercher les champs d'action du directeur des soins, en essayant d'en comprendre les enjeux. A partir de ces points d'ancrage, s'est construite une réflexion et

² Circulaire DH/AF1 n° 05 – 960 du 25 mai 1999 relative à la mise en place des permanences d'accès aux soins de santé (PASS)

³ Loi n° 99 - 641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle

un questionnement pour mieux cerner les facteurs intervenant dans cette thématique avec une question centrale :

Pourquoi le dispositif des PASS ne semble pas suffisamment optimisé pour assurer l'accès aux soins des personnes étrangères en situation irrégulière ?

A partir de cette question, s'est menée une première exploration livresque du thème afin de faire un état des lieux, complétant les expériences vécues. De cette première étape et de la réflexion qui en a découlé, sont nées quelques hypothèses à confronter sur le terrain auprès de professionnels concernés par le thème de l'étude et rencontrés au cours d'entretiens :

Les PASS sont insuffisamment repérées dans le territoire de santé et leurs missions sont méconnues des autres professionnels de santé hospitaliers ou extra hospitaliers occasionnant une méconnaissance du dispositif par les personnes étrangères en situation irrégulière ;

L'accompagnement et la valorisation des actions des professionnels travaillant dans les PASS et l'intérêt de leur positionnement au sein du territoire de santé sont insuffisamment coordonnés

Le cloisonnement des actions des professionnels entre services de police et services sanitaires ne permet pas de faciliter un accès aux soins pour les personnes étrangères en situation irrégulière, notamment dans le cadre d'un centre de rétention administrative ;

L'évolution du contexte budgétaire des hôpitaux, la nécessité de viser l'équilibre financier, fragilisent le fonctionnement des PASS et leur capacité d'assurer leurs missions, enjeu financier que les professionnels des PASS perçoivent difficilement ;

Les contraintes budgétaires, notamment de réduction des dépenses, imposées aux hôpitaux risquent d'accroître les difficultés d'accès aux soins des personnes étrangères en situation irrégulière sur le territoire français et d'être contre productive en matière de préservation et de promotion de santé publique.

Cette étude a pour objet d'apporter un éclairage sur une situation particulière de prise en charge conjuguant le sanitaire et le social. L'immigration irrégulière est une réalité qui vient solliciter les professionnels de la santé quand un besoin de soins survient. Si la réponse au besoin est une évidence, il convient néanmoins de porter un regard attentif sur la complexité du contexte qui l'entoure et dans lequel ces professionnels mènent leur action. L'une des voies d'accès aux soins pour cette population spécifique emprunte les PASS. Dans une réforme profonde de l'univers hospitalier, ces structures ont-elles trouvé leur place dans le cadre d'une réorganisation en pôles ? Les nouvelles modalités de

financement des hôpitaux impactent-elles le fonctionnement des PASS ? Quelle contribution peut apporter le directeur des soins dans cette situation ?

L'étude menée n'a pas pour objet d'apporter des réponses généralisables à des situations de terrain très hétérogènes et complexes, mais de repérer sur le territoire de santé dans lequel se situe l'hôpital où je vais exercer, les potentiels mobilisables pour permettre aux professionnels travaillant dans les PASS de répondre au mieux aux missions qui sont les leurs. L'appréhension de ce repérage passe au préalable par une observation plus large, allant au-delà de l'existant du territoire permettant de mieux comprendre les enjeux liés à l'accès aux soins des personnes étrangères en situation irrégulière.

Le directeur des soins est concerné en premier lieu au sein de son établissement à travers la coordination des activités de soins, leur organisation avec les professionnels soignants mais aussi par sa capacité à faciliter l'articulation du travail des professionnels des PASS avec l'ensemble des partenaires institutionnels et/ou associatifs présents sur le plan local et également concernés par la thématique ; enfin au niveau territorial dans une approche plus large en tant que professionnel relais du conseiller technique régional dans la mise en œuvre des politiques de santé publique.

L'étude devrait ainsi permettre de repérer des moyens mobilisables pour apporter une réponse à ces différents niveaux en gardant à l'esprit les impératifs économiques de l'hôpital, impératifs qui ne doivent pas occulter une approche éthique de la question.

Afin de progresser dans la l'étude entreprise, je reprendrai brièvement dans une première partie les principaux éléments de cadrage de celle-ci, puis les résultats et l'analyse des entretiens réalisés sur le terrain apporteront dans une deuxième partie des éléments de réponse aux hypothèses émises, pour terminer dans la dernière partie par l'émission de quelques préconisations sur lesquelles pourraient s'appuyer un directeur des soins pour répondre aux différents enjeux de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes étrangères en situation irrégulière accueillies dans les PASS.

1 Quatre points pour définir le cadre :

Je présenterai dans ce chapitre les principaux éléments permettant de mieux saisir le sujet de l'étude : le dispositif des PASS entre genèse et fonctionnement, ce que recouvrent la notion de population étrangère en situation irrégulière dans ses grandes caractéristiques, les modalités d'accès aux soins de cette population et l'état des lieux sur les réponses existantes et enfin le nouveau contexte du financement des hôpitaux avec ses répercussions éventuelles sur le sujet de l'étude. Ces quatre points concourent à définir le cadre de l'étude et à repérer des éléments pouvant orienter ultérieurement l'action d'un directeur des soins.

1.1 Le dispositif des PASS : une réponse construite depuis dix ans

Le dispositif des PASS trouve sa genèse dans la loi du 29 juillet 1998⁴ d'orientation relative à la lutte contre les exclusions. La lutte contre les exclusions est annoncée comme un impératif national fondé sur le respect de l'égalité de tous les êtres humains. Elle décline au long de ses différents articles les grands principes d'accès aux droits fondamentaux dont la protection de la santé. Concernant l'accès aux soins, apparaît l'établissement de programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS). C'est dans leur cadre que les hôpitaux mettent en place des permanences d'accès aux soins de santé (PASS). L'objectif est de faciliter l'accès au système de santé des personnes en situation de précarité et de les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits. La loi intègre également la lutte contre l'exclusion sociale qui doit être menée en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations œuvrant dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion, dans une dynamique de réseau. Ainsi la loi intègre une notion de territorialité à travers les PRAPS, une notion de pluri professionnalité dans les intervenants, et de réseau associant tous les interlocuteurs œuvrant dans la prise en charge de ces personnes. La même année, une circulaire vient préciser la mission de lutte contre l'exclusion sociale des établissements de santé participant au service public hospitalier⁵. Il y est indiqué que la précarité et la pauvreté exigent des adaptations structurelles, des changements de mentalités et de pratiques professionnelles. Il est rappelé que l'hôpital doit veiller à la bonne prise en charge des personnes qui se présentent auprès de ses services ou qui lui sont signalées, quelle que soit l'origine de ce signalement. Les directeurs des établissements ont pour mission de sensibiliser le personnel hospitalier pour qu'il exerce une vigilance particulière facilitant

⁴ LOI n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions. JO n° 175

⁵ Circulaire DH/AF1/DGS/SP2/DAS/RV3 n° 98-736 du 17 décembre 1998

l'accueil des plus démunis. Par ailleurs, la circulaire précise les missions, le fonctionnement et les modalités de financement des PASS. Les PASS sont présentées comme des cellules de prise en charge médico-sociale facilitant l'accès des personnes les plus démunies au système hospitalier, mais aussi aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social. Les PASS peuvent être situées à proximité des services des urgences ou hors de l'hôpital. Une circulaire spécifique à la mise en place des PASS prévoit pour 1999 un objectif de 250 structures ouvertes (hors AP-HP) et précise la répartition quantitative par région⁶.

Sur l'objectif des 500 PASS prévues initialement par la loi, seules 369 existent et seulement 100 répondent au cahier des charges initial⁷. Les PASS présentent une réalité polymorphe : elles sont diverses en terme d'implantation locale (rural/urbain), de publics (migrants, rural, sans domicile fixe, salariés, jeunes...), de locaux (intra ou extra hospitalier), de partenariat développé⁸. Il apparaît donc une variabilité entre les régions et au sein même de chacune d'elles sur la mise en place et le fonctionnement des PASS.

1.2 Quelques aspects concernant l'immigration irrégulière :

Il semble important pour comprendre les particularités de cette population et l'appréciation de ses besoins de la connaître un peu mieux. La définition d'un simple dictionnaire ne saurait suffire à illustrer la complexité qui se dessine derrière le mot. La définition de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) montre un peu mieux cette complexité : « est immigrée toute personne née étrangère, dans un pays étranger, qui vit en France ». Comme le souligne déjà en février 2000 Lord PONSONBY dans un rapport destiné au conseil de l'Europe, « *l'ampleur accrue des mouvements migratoires dans le monde entier soulève des questions de santé spécifiques, aussi bien dans les pays d'origine que dans les pays d'accueil* »⁹. Les immigrés, même s'ils sont issus d'un pays ou d'une communauté identiques, regroupent des individus différents. Ils ne constituent pas une population homogène mais au contraire un groupe très hétérogène en perpétuelle transformation. Les catégories et trajectoires sociales, les caractéristiques socio démographiques, l'origine géographique, la communauté ou l'ethnie, la date d'arrivée et les raisons de la venue en France, sont autant de facteurs qui constituent l'histoire individuelle du migrant.

⁶ Circulaire DH/AF1 n° 05-960 du 25 mai 1999 relative à la mise en place des permanences d'accès aux soins de santé (PASS)

⁷ ROUFF Katia « la prise en charge médico-sociale pour les personnes en difficulté » article dans LIEN SOCIAL n°861 du 15 novembre 2007- p 14

⁸ Issu du rapport relatif à l'évaluation des PASS réalisé par GRES Médiation santé commandé par la DHOS en octobre 2003

⁹ Lord PONSONBY, 2001, Conditions sanitaires des migrants et des réfugiés en Europe, in Migrations Santé, n°107, p 73

Ainsi selon une étude de l'INSEE de 2005, depuis 1975 la part des migrants dans la population générale en France est restée stable, mais les formes de l'immigration se sont transformées. Les entrées pour motif familial ont augmenté, la population immigrée s'est féminisée et les migrants proviennent de pays de plus en plus lointains¹⁰. Ces notions statistiques ne doivent pas occulter une réalité difficile pour l'immigration irrégulière. On comprend mieux à cet éclairage le caractère complexe de la prise en charge de la population immigrée, a fortiori quand celle-ci est présente illégalement sur le territoire. Cette présence dite clandestine recouvre différentes situations : un immigré arrivé en toute illégalité encore appelé primo arrivant, ou un immigré arrivé avec un titre de séjour mais dont le non renouvellement conduit la personne à une présence illégale sur le territoire. Dans les deux cas, ces personnes vivent souvent dans la crainte d'une arrestation par les autorités de police visant à les reconduire hors des frontières nationales. Cette immigration clandestine est aujourd'hui un enjeu au niveau européen. Des instruments juridiques au niveau européen et au niveau national, permettent l'intervention des autorités de police et notamment celle de la police aux frontières¹¹. Dans ce contexte les possibilités d'un accueil légal sont plus difficiles à obtenir (60 000 demandes d'asile refusées en 2005). Ainsi les personnes déboutées d'un droit de séjour peuvent à tout instant être interpellées et amenées dans un centre de rétention administrative (CRA). La complexité de ces situations permet de mieux percevoir le caractère vulnérable de ces personnes (vulnérabilité psychologique, socio juridique, médicale notamment), autant de facteurs devant être intégrés par les professionnels travaillant dans les PASS. C'est toute une histoire individuelle qu'il faut prendre en compte et dont les conséquences sont visibles sur l'état de santé et le comportement de ces personnes, notamment concernant l'accès aux soins.

1.3 L'accès aux soins des immigrés en situation irrégulière : Pour quoi ? Comment ?

Même si l'accès aux soins des populations précaires, et plus largement à la santé, est « *un parcours semé d'embûches* » comme le souligne Yvette RAYSSIGUIER¹², les moyens disponibles doivent être mobilisés par les professionnels pour y parvenir.

1.3.1 Des problèmes de santé reconnus :

En effet, les problèmes de santé des personnes étrangères en situation irrégulière requièrent souvent une prise en charge médico-sociale et/ou psychothérapeutique ; elle

¹⁰ INSEE Première, n°1042, septembre 2005 in guide pratique du COMEDE

¹¹ Intervention de Mr DEBAERE de la Direction Centrale de la Police Aux frontières. Sessions inter écoles. Mars 2008. Ecole Nationale des Douanes - Tourcoing

¹² RAYSSIGUIER Y., Accès aux droits et inégalités sociales de santé : des savoirs pour l'action, site documentaire de l'EHESP

est aussi un accueil et un soutien. La multiplicité des risques qui fragilisent l'état de santé des migrants en situation précaire justifie souvent une prise en charge globale et reposant sur des intervenants multiples. Pour ces personnes isolées et itinérantes, la consultation médicale reste une opportunité d'échange autour des questions de santé et de prévention. Pour les soignants c'est l'opportunité de réaliser un bilan de santé de dépistage révélant parfois un problème de santé important à traiter. Ainsi, une étude réalisée par l'observatoire régional de la santé (ORS) du Languedoc-Roussillon¹³ présente les principaux problèmes de santé rencontrés dans la population migrante. Ce sont des pathologies d'importation comme le paludisme ou autres parasitoses, la drépanocytose ; des maladies infectieuses et transmissibles telles que la tuberculose, le SIDA ou encore des hépatites, les infections sexuellement transmissibles ; des pathologies environnementales liées à la précarité des conditions de vie comme le saturnisme infantile ; des pathologies d'adaptation touchant la santé mentale ou des conduites addictives ; mais aussi des problèmes tels que des affections bucco-dentaires, un handicap, et chez les femmes, des grossesses non suivies avant l'approche du terme de la naissance. Face à ces multiples problèmes de santé dont la prise en charge peut s'avérer essentielle en matière de traitement et de prévention de santé publique, le pour quoi il est nécessaire d'apporter une réponse permettant l'accès aux soins prend toute son importance en terme sanitaire.

Les difficultés d'accéder au système de santé pour les personnes étrangères en situation irrégulière sont régulièrement dénoncées, notamment par le monde associatif intervenant auprès de ces populations. Les critiques peuvent également venir d'institutions nationales comme la commission nationale consultative des droits de l'Homme (CNCDH - avis du 20.09.2007) ou l'observatoire du droit à la santé des étrangers (ODSE – analyse du projet de réforme de l'immigration du 27/01/2007). Pourtant il existe des dispositifs permettant de répondre au comment accéder aux soins.

1.3.2 Des modalités de prise en charge établies :

La prise en charge financière des dépenses de santé repose sur trois acteurs : les systèmes de protection maladie de base, les systèmes de protection maladie complémentaire et enfin les usagers eux-mêmes. Dans la situation spécifique des étrangers en situation irrégulière, l'accès au système de santé est possible par l'AME. Celle-ci assure une protection médicale aux personnes qui ne remplissent pas les conditions requises pour bénéficier de la CMU. Cependant, pour bénéficier de l'AME, il faut répondre à certaines conditions. A la fin juin 2005, on dénombrait 170 000

¹³ ORS du Languedoc-Roussillon, janvier 2006, Etat de santé et accès aux soins des migrants en France, p 9 à 19

bénéficiaires de l'AME¹⁴. Si les droits à l'AME ne peuvent être ouverts pour une personne en situation irrégulière, elle peut bénéficier du dispositif de prise en charge par l'Etat des frais liés aux soins urgents¹⁵ et vitaux. Ce n'est pas un mécanisme de protection maladie, mais un nouveau système de remboursement de l'hôpital public limitant le risque de créances irrécouvrables. Il existe enfin une AME dite « humanitaire ». Elle permet de prendre en charge au titre de l'AME, les frais de santé d'une personne présente sur le territoire français sans y résider (suivant le Code de l'Action Sociale et des Familles)¹⁶. La prise en charge et le traitement d'une pathologie plus ou moins lourde peut justifier la demande d'un titre de séjour. Le dossier préparé par un médecin, est étudié par le médecin inspecteur de santé publique qui émet un avis favorable (ou pas) avec une durée de séjour recommandée, la décision finale relevant de la compétence du préfet. Au-delà de ces aspects financiers, il convient de retenir bien sûr les structures existantes comme les PASS, mais aussi des unités apportant une réponse particulière comme celle des maladies tropicales et infectieuses de l'hôpital Avicenne en Seine Saint Denis assurant une prise en charge globale aux patients migrants¹⁷, et toutes les structures gérées par des associations ou des organismes non gouvernementaux. Enfin, il faut mentionner les structures de soins présentes dans les CRA et rattachées à des centres hospitaliers. Les voies d'accès aux soins pour les personnes étrangères, même en situation irrégulière, existent mais ne sont peut-être pas toujours bien maîtrisées et optimisées par les professionnels hospitaliers qui sont aujourd'hui fortement soumis aux impératifs d'équilibre financier compte tenu des nouvelles modalités de financement des hôpitaux.

1.4 Le nouveau contexte financier des hôpitaux :

La part des dépenses de santé atteignait en 2005 en France, 11,1% du produit intérieur brut (PIB). Pour la même année, les dépenses courantes de santé s'élevaient à 190,5 milliards d'euros, soit 2452 euros par personne et par an. L'essentiel du financement de l'activité des hôpitaux provient de l'assurance maladie. En 2004, la réforme de l'assurance maladie a modifié le mode de financement de l'hôpital, jusqu'alors assuré par une dotation globale forfaitaire. Une part importante des ressources hospitalières dépend maintenant du nombre et de la nature des actes et des séjours réalisés, notamment par les activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO). Les coûts sont détaillés, afin d'identifier les différentes activités de l'hôpital. Certaines d'entre elles - comme les activités d'urgence ou les prélèvements d'organes - bénéficient d'une part forfaitaire.

¹⁴ Dossiers thématiques de la Société Française de Santé Publique, VIH / SIDA sur site internet

¹⁵ Circulaire DHOS/DSS/DGAS n° 141 du 16 mars 2005 relative à la prise en charge des soins urgents délivrés à des étrangers résidant en France de manière irrégulière et non bénéficiaire de l'aide médicale de l'Etat

¹⁶ Eléments extraits du guide 2008 du COMEDE

¹⁷ BOUCHAUD O., 2007, Prise en charge des migrants en situation de précarité p 48 à 58

Ce nouveau mode de financement des hôpitaux s'appelle la "tarification à l'activité" (T2A), car il s'appuie sur l'activité réalisée. La notion de budget est remplacée par l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD), car ce sont les produits de l'activité qui déterminent les ressources de l'hôpital. Il s'agit d'un changement qui marque le passage d'une logique de moyens à une culture du résultat. Dans ce nouveau contexte, la conciliation entre la performance sanitaire et les valeurs éthiques sous-tendues par la santé publique est un des enjeux des réformes de santé actuelles. Le financement des PASS est quant à lui assuré par l'enveloppe des missions d'intérêt général (MIG), cette enveloppe budgétaire distincte étant prévue pour permettre aux hôpitaux d'assurer leur missions de service public. Mais avec une évaluation de base réalisée en 2003, l'évolution annuelle de cette enveloppe est insuffisante pour couvrir l'évolution du coût de ces MIG. Ce constat est également relevé par la Fédération Hospitalière de France (FHF) qui estime que l'augmentation envisagée des dépenses hospitalières qui leur sont consacrées pour 2008 est très insuffisante compte tenu des besoins de financement nouveaux liés à la mise en place des différents plans de santé publique (plan Alzheimer, plan solidarité grand âge, plan urgences, plan maladies rares, plan douleur, plan addictions...)¹⁸. Malgré l'objectif de la réforme de mieux maîtriser l'évolution des dépenses de santé pour s'orienter clairement vers une maîtrise alliant efficacité et qualité, le déficit répété des hôpitaux sur ces dernières années montre que sa mise en œuvre est difficile au regard du résultat escompté. Ainsi, une sous-évaluation de l'enveloppe dédiée aux MIG ne peut que contribuer à creuser encore la situation déficitaire des hôpitaux. Les MIG, qui sont dans leur quasi-totalité assurées par les hôpitaux publics, sont mal évaluées dans les bilans d'activité. Certaines sont insuffisamment prises en compte, d'autres ne le sont pas du tout. Comme le souligne le rapport de F. AUTAIN pour le Sénat¹⁹, l'hôpital assure une mission de service public qui implique l'accueil de tous les patients sans discrimination aucune. Dans ce contexte budgétaire tendu, les équipes de direction des hôpitaux et les professionnels qui y travaillent doivent s'assurer de la pertinence des dépenses engagées lues à la lumière du résultat obtenu. Les éléments apportés dans ce premier chapitre montrent combien la prise en charge des personnes étrangères en situation irrégulière s'inscrit dans un cadre complexe. Pourtant, il convient de leur garantir un accès aux soins, notamment par les PASS. Mais cette prise en charge doit s'envisager à la lecture des enjeux pesant sur les hôpitaux et donc ses dirigeants dont le directeur des soins est un des membres. Aussi, comment les professionnels concernés par la thématique assurent-ils leur mission ?

¹⁸ F.H.F. communiqué du 11 février 2008

¹⁹ AUTAIN F. Pour une gestion responsable de l'hôpital. Rapport pour le Sénat. 2008

2 Les réalités du terrain : des professionnels face à leurs missions

La confrontation des éléments du cadre et de mon expérience professionnelle avec les réalités vécues par les professionnels dans la mise en application quotidienne de leurs missions doit contribuer à apporter une réponse aux différentes hypothèses émises précédemment. Toutefois, la rencontre de quelques uns d'entre eux et le contenu des échanges ne peuvent être pris comme une source de généralisation au niveau des conclusions émises. Les résultats obtenus représentent un constat recueilli auprès de quelques professionnels impliqués dans la thématique de l'étude. En outre, le caractère polymorphe des PASS évoqué par le rapport de 2003 est toujours une réalité : selon les lieux, un seul professionnel travaille dans la structure ou ils peuvent être cinq (médecin, infirmière, assistante sociale, agent d'accueil, psychologue) travaillant à temps plein ou à temps partiel, inclus dans un pôle ou rattachés directement à une direction, au sein même de l'hôpital ou bien en ville. Les éléments apportés par ces rencontres pluri professionnelles illustrent à quel point les PASS sont des structures à la charnière d'une prise en charge intra et extra hospitalière et l'importance d'une coordination claire et efficace paraît essentielle. L'analyse des entretiens confirme la complexité du sujet et le fait qu'il n'y a pas de frontière précise sur l'appréhension du thème par les différentes catégories professionnelles rencontrées ou leur lieu d'exercice. Il semble que la réponse à leur mission soit à la fois un respect du service ou travail à rendre mais aussi une approche plus personnelle de la façon de le faire. Ainsi, les réponses obtenues aux hypothèses émises viennent les confirmées ou infirmées en partie ou totalement. Après une présentation de la méthodologie d'enquête choisie, un exposé des résultats sera fait pour chacune des hypothèses permettant de repérer les éléments des pratiques et du vécu des professionnels et de confrontés ces résultats aux éléments du cadre.

2.1 La méthodologie de l'enquête :

Le choix s'est porté sur des entretiens semi directifs²⁰. Ce sont au total vingt-deux entretiens qui ont été réalisés entre les mois de mars et juillet 2008. Afin de ne pas arrêter les conclusions uniquement sur la région dans laquelle je vais exercer, j'ai choisi de diversifier les terrains en réalisant les entretiens sur trois régions différentes : Haute Normandie, Ile de France et Nord – Pas de Calais. Les lieux recouvrent différentes structures : PASS, CRA, directions de centres hospitaliers et Direction Régionale de l'Action Sanitaire et Sociale (DRASS). Quant aux professionnels rencontrés, la diversité a été retenue autant que possible suivant la présence ou la disponibilité des interlocuteurs

²⁰ Voir guide d'entretien en annexe 1

sollicités : ainsi les entretiens ont eu lieu auprès de directeurs d'hôpital, de directeurs de soins, de médecins, d'infirmières, de cadres, d'assistantes sociales, d'un psychologue et de lieutenants de police²¹. Sur le plan matériel, l'entretien s'est déroulé soit par une rencontre directe de la personne ou par un rendez-vous téléphonique. Les professionnels se situent très majoritairement dans une tranche d'âge entre 30 et 50 ans et ont entre 10 et 20 ans d'expérience dans leur métier actuel. Le travail d'enquête s'est également enrichi des échanges qui ont eu lieu lors de ma participation à la session inter-écoles du service public sur le thème : « L'administration française et l'Union Européenne face à l'immigration clandestine : quelle politique mener ? » et par ma participation aux travaux du module inter professionnel de santé publique de l'EHESP sur le thème : « Favoriser le partenariat pour mieux prendre en charge la souffrance psychique associée aux situations de précarité : Pourquoi ? Comment ? ». C'est à partir de cet ensemble que ressortent les constats suivants pour les différentes hypothèses explorées.

2.2 Les PASS : un dispositif connu ?

2.2.1 Par les étrangers en situation irrégulière ?

Les professionnels des PASS estiment que leur structure est plutôt bien connue des personnes étrangères en situation irrégulière. Ce constat repose sur les échanges qu'ils ont avec ces personnes qui arrivent majoritairement par des réseaux organisés qui leur donnent déjà des informations sur les structures vers lesquelles elles peuvent se tourner pour les aider sur le territoire français. Dans un rapport d'activité d'une des PASS, le suivi du mode d'adressage montre que les personnes sont venues à 56,10 % par elles-mêmes. Par ailleurs le meilleur moyen de communication reste le « bouche à oreille ». C'est celui qui semble aux immigrants concernés le plus fiable car déjà utilisé par d'autres sans problème ; les informations transmises par la communauté sont essentielles (dans le même rapport d'activité l'adressage familial ou amical représente 13,40%). C'est une des raisons qui motive les professionnels pour organiser régulièrement des interventions dans les foyers d'hébergement d'urgence ou les foyers de la société nationale de constructions pour les travailleurs (SONACOTRA - devenue ADOMA). Ces réunions permettent de présenter les services proposés, dans quel cas y recourir et les moyens pour en bénéficier. Des brochures explicatives sont remises et laissées. Celles-ci sont diffusées en différentes langues afin de toucher le mieux possible les différents publics et de faciliter la compréhension des informations contenues. Pour une meilleure efficacité, les professionnels soulignent qu'il est important de bien connaître le profil de la population étrangère présente et ses origines communautaires, pour le secteur géographique

²¹ Voir répartition par structures en annexe 2

couvert par la PASS. Ainsi, pour deux PASS distantes seulement de 15 Km, il existe des différences notables : population majoritairement masculine et d'origine maghrébine et subsaharienne pour l'une et population mixte homme-femme et plutôt d'origine proche et moyenne-orientale pour l'autre. Cela tient essentiellement aux réseaux communautaires en place et aux possibilités d'accueil et d'hébergement. Aussi, connaître mieux les caractéristiques de la population permet d'adapter les informations à transmettre et de solliciter plus facilement les relais communautaires notamment pour de l'interprétariat et pour un accompagnement dans les démarches administratives et la compréhension des documents nécessaires à fournir et remplir. De plus cet accompagnement communautaire favorise l'instauration d'une relation de confiance pour ces personnes qui vivent surtout dans la crainte d'une arrestation par les autorités de police. Cette relation de confiance est d'autant plus importante que les migrants sont davantage préoccupés par d'autres problèmes que celui de leur santé. L'acquisition ou le renouvellement de leur statut et les problèmes administratifs sont pour eux prioritaires. Aussi, ils abordent les soins de manière curative et rarement préventive. C'est la maladie qui les contraint à accéder aux soins ou bien une grossesse parvenue à son terme comme cela se voit encore souvent pour les femmes présentes sur le territoire de façon irrégulière. Pour les infirmières rencontrées, ce n'est pas tant la méconnaissance de l'existence des PASS qui retarde la venue des personnes pour accéder aux soins que des obstacles plus culturels à franchir. La prédominance dans certaines communautés de savoirs et de modèles étiologiques centrés sur des causes naturelles (position sociétale inférieure de la femme), personnelles (karma ou destin) ou surnaturelles (sorcellerie) entraîne parfois des conséquences sur le choix du thérapeute consulté (facteur facilitant quand un médecin femme est présente au PASS) et sur le choix d'une observance au traitement prescrit. Dans certains cas, les personnes vont privilégier des croyances et des thérapeutiques propres et se tourner vers leurs thérapeutes traditionnels. Pour les professionnels des PASS, avoir établi une relation de confiance avec les référents communautaires permet de limiter ces difficultés. Cela implique une reconnaissance mutuelle de ce que chacun peut apporter pour aider la personne en difficulté. A ce titre les professionnels expriment un besoin de formation pour mieux appréhender les différences culturelles et adapter leur approche et leur pratique aux particularismes rencontrés dans leur exercice quotidien.

2.2.2 Par les autres professionnels ?

Concernant la connaissance des PASS et leurs missions par les autres professionnels, les réponses sont plus nuancées.

Au niveau hospitalier, si les PASS sont repérées en tant que structures de l'établissement, le travail qui y est mené est moins bien connu : néanmoins la prise en charge des personnes démunies en situation de grande précarité est bien identifiée. Pourtant, le relais d'une prise en charge de soins entre un service de l'hôpital et la PASS

n'est pas toujours systématique. Le relais le plus opérationnel se fait bien entre les services des urgences et les PASS, mais de façon plus aléatoire avec les autres services cliniques. Les infirmières et les assistantes sociales des PASS constatent que leurs collègues des services cliniques ne se préoccupent pas suffisamment de la possibilité pour une personne en situation de précarité de poursuivre son traitement à la sortie de l'hôpital. Ainsi, des ordonnances datant de plusieurs jours, voire semaines, sont parfois apportées au médecin de la PASS sans avoir été utilisées faute d'en avoir les moyens : pas de couverture sociale ouverte ou suffisante, pas de possibilités financières propres couvrant les frais. Il ne s'agit pas en la matière d'un désintérêt de la situation individuelle de la personne mais plus d'un problème de sensibilisation : quand une intervention des professionnels des PASS est faite auprès des équipes dans les services, le réajustement se fait très rapidement dans les pratiques. Mais cette vigilance accrue se délite dans le temps et les difficultés resurgissent alors. Pour les intervenants des structures extra hospitalières impliquées dans l'accompagnement et la prise en charge des personnes étrangères en situation irrégulière, les PASS sont bien connues dans le territoire où elles sont présentes. Ces partenaires couvrent des champs différents tels que les structures de l'assurance maladie, l'agence nationale pour l'emploi (ANPE), les missions locales, les centres communaux d'action sociale, les services de police ou de justice, l'agence nationale d'accueil des étrangers et des migrations (ANAEM), les associations caritatives. Quand une personne étrangère peut avoir besoin des services de la PASS, les partenaires orientent la personne vers celle-ci. Pour les situations difficiles, des informations sont partagées dans le respect des règles professionnelles propres à chacun mais en ayant en préoccupation première l'intérêt de la personne aidée. Les professionnels des PASS participent, quand elles existent, aux réunions locales de coordination de santé publique ce qui permet d'enrichir la connaissance des partenaires du territoire et de se faire connaître eux-mêmes. C'est un réseau informel qui s'instaure et permet d'améliorer l'orientation précoce vers la PASS, des personnes étrangères en situation de précarité et présentant des problèmes de santé non urgents.

Il apparaît que l'existence de la PASS par cette population spécifique est bien connue dans son territoire d'attractivité. Cette connaissance repose avant tout sur leur propre réseau personnel et communautaire. Le recours à la structure se fait plutôt bien par ce canal. Les liens entretenus avec les partenaires présents sur le territoire permettent également une orientation adaptée. Le maillon le plus faible en termes de relais d'information sur l'existence de la PASS semble venir des services hospitaliers en raison d'une sensibilisation insuffisante récurrente des personnels soignants. De ce fait, un retard ou une rupture dans la continuité des soins est possible, la personne ne sollicitant pas les professionnels de la PASS dès sa sortie de l'hôpital. Il y a là un paradoxe alors que la PASS est l'un des services de l'hôpital et que la sensibilisation de ses personnels

est expressément inscrite dans la circulaire du 17 décembre 1998. Si le canal d'information intra hospitalier paraît améliorable, il y a surtout derrière sa faiblesse un enjeu en termes d'amélioration de la qualité de la continuité des soins, continuité dont le directeur des soins se doit d'être garant. Une articulation entre les différents intervenants est incontournable pour optimiser les capacités d'action de chacun dans son champ.

Dans cette articulation intra et extra hospitalière, quel est le niveau de coordination ?

2.3 Une coordination suffisante ?

La coordination des professionnels s'envisage tant en interne qu'en externe de l'hôpital.

2.3.1 Quelle situation à l'intérieur de l'hôpital ?

En interne, sur les quatre équipes de PASS rencontrées, la configuration de rattachement dans l'organisation hospitalière est variable : deux PASS (d'un même établissement) sont intégrées dans un pôle clinique (celui de la médecine d'urgence) avec un référent médical chef de service des urgences et un référent soignant, cadre supérieur de santé du pôle. Cette intégration était déjà existante avant la réorganisation en pôles, cet établissement étant organisé en fédérations. Pour les deux autres PASS, l'une est rattachée au pôle de santé publique de l'hôpital mais sans référent médical, aucun praticien n'ayant souhaité prendre en charge la structure et sans cadre de santé référent, c'est l'un des directeurs de soins qui est le référent pour l'infirmière seul agent de cette PASS ; l'autre PASS qui était avant la réorganisation en pôles rattachée à la filière psychiatrique, est maintenant rattachée à la direction des affaires générales et de la qualité de l'établissement sans référent médical ni soignant directs pour les agents. Les entretiens réalisés avec les professionnels de ces PASS ont montré combien cet isolement les affectait avec un sentiment clairement exprimé de ne pas intéresser les médecins ni la direction « *j'ai l'impression de me débattre toute seule* » déclare une infirmière, « *on se demande si nous existons pour l'hôpital* » indique une assistante sociale. Pour l'une de ces deux PASS, le fait d'avoir un lien direct avec un directeur des soins de l'hôpital est ressenti comme un réel soutien, celui-ci suivant avec attention les actions réalisées par l'infirmière et facilitant son travail auprès des partenaires extérieurs du territoire.

Pour les deux PASS intégrées dans un pôle, le vécu est totalement différent. L'équipe se sent pleinement intégrée dans le pôle, le cadre supérieur de santé est très présent et vient au moins une fois par semaine rencontrer l'équipe. Quant aux médecins vacataires qui assurent les consultations médicales de ces PASS, ils savent pouvoir compter sur le soutien et la collaboration du chef de service des urgences, les urgentistes assurant eux mêmes les remplacements des congés de leurs collègues vacataires. De ces deux types de situation, il ressort d'un côté un isolement qui ne facilite pas la coordination interne avec les autres professionnels de l'établissement en raison d'un manque de relais opérationnel et surtout une valorisation du travail mené et de son intérêt pour les patients

concernés et l'hôpital quasi inexistante. Dans l'autre situation, les équipes ont l'appui du cadre supérieur de santé, du chef de service des urgences et du responsable médical du pôle pour relayer leurs actions au sein de l'hôpital. La coordination est assurée par le cadre de santé avec le directeur des soins notamment auprès des cadres soignants des autres pôles et auprès des différentes directions de l'hôpital. Cette coordination facilite la réalisation des interventions de l'équipe des PASS dans les unités de soins pour organiser le relais dans la prise en charge d'un patient relevant d'un suivi auprès de la PASS. Cela permet également de faciliter la participation des PASS dans des actions de prévention et de promotion de la santé (participation à la journée mondiale anti tabac ou la journée mondiale du SIDA par exemple). Toutefois, les équipes de ces PASS regrettent une valorisation encore trop confidentielle de leur travail : le rapport annuel d'activité de la PASS est peu diffusé en interne et la réunion annuelle du comité de pilotage des PASS est toujours difficile à organiser. Hors cette réunion est l'occasion de la présentation du bilan annuel d'activité et d'échanges entre les membres de l'équipe de direction de l'hôpital concernés par le fonctionnement des PASS, les équipes des PASS, les représentants des partenaires locaux du territoire d'intervention des PASS et les représentants des services déconcentrés de l'Etat. C'est le moment privilégié de coordination de tous les acteurs impliqués dans le fonctionnement des PASS et de la valorisation de l'articulation entre l'action intra et extra hospitalière. Si cette réunion annuelle est primordiale pour les équipes des PASS, celles-ci souhaiteraient pouvoir rencontrer plus souvent les interlocuteurs de la DRASS pour optimiser leurs actions dans le cadre des priorités retenues par les PRAPS. Il apparaît que les actions menées par les professionnels des PASS ne peuvent s'envisager sans regarder le niveau de coordination mis en place au niveau territorial.

2.3.2 Quel accompagnement et valorisation au niveau territorial ?

Si la coordination des actions entre les différents intervenants présents sur un même territoire est bien opérationnelle, elle repose surtout sur les professionnels eux-mêmes qui organisent régulièrement leurs rencontres en privilégiant un accueil alterné des réunions dans leurs différents locaux. Cette coordination est d'autant plus importante qu'elle permet de faire le point sur des situations individuelles difficiles ce qui limite la gestion en doublon des dossiers. En effet, par méconnaissance ou incompréhension du système de santé français, crainte de dévoiler les démarches déjà entreprises, il n'est pas rare qu'une personne étrangère en situation irrégulière soit suivie en parallèle par des structures différentes. Les rencontres régulières permettent de bien connaître tous les interlocuteurs et leur champ d'action et donc, en fonction de l'histoire individuelle racontée par le migrant, de se solliciter les uns les autres pour s'assurer qu'un dossier n'a pas déjà été initié. Quant à la coordination au niveau régional, cette référence correspondant au niveau de mise en œuvre des PRAPS, elle apparaît inégale selon les régions : dans l'une, une

réunion semestrielle rassemblant toutes les PASS de la région et les interlocuteurs de la DRASS permet de faire un point régulier sur les actions menées, les résultats obtenus et les difficultés rencontrées par les professionnels. Dans les deux autres régions, les réunions ont lieu à un rythme plus aléatoire et souvent à la demande des professionnels des PASS eux-mêmes. Cela est vécu comme un manque d'intérêt pour leur travail, une interrogation sur le soutien des interlocuteurs de la DRASS aux missions des PASS. Pour les interlocuteurs des DRASS, le soutien aux missions relève en premier lieu de la préoccupation des établissements hospitaliers support des PASS, les directeurs pouvant toujours les solliciter si besoin. Néanmoins, un suivi plus assidu des actions réalisées, de leur impact sur les populations ciblées et le partage régulier organisé sous leur égide contribuerait, de leur propre avis, à une meilleure coordination et valorisation du travail mené par les professionnels notamment en termes d'optimisation avec les partenaires hors champ sanitaire, également concernés par la prise en charge de ces mêmes populations. En outre, ce regard attentif de la DRASS montrerait aux directeurs des hôpitaux que leur participation à la mission de lutte contre les exclusions demeure une préoccupation constante. Par ailleurs, le bilan de la mise en œuvre des PRAPS passe par une évaluation des actions conduites et de leurs résultats au regard des priorités initialement arrêtées ; si les professionnels du terrain sont sollicités pour la réalisation de cette évaluation, ils devraient selon le conseiller technique régional être plus associés au rendu de son résultat.

Il apparaît que la coordination de l'accompagnement des actions des professionnels des PASS et la valorisation de leur positionnement, tant au sein de l'hôpital que du territoire de santé, est variable. Cela dépend en premier lieu de l'affirmation de la position des PASS dans l'organisation de l'hôpital. Ainsi, malgré les dix années passées depuis la promulgation de la loi, l'intégration des PASS comme un des services de l'hôpital ne semble pas totalement acquise dans l'esprit de tous. La réorganisation en pôles a parfois cassé le fil ténu de cette intégration dans l'hôpital. Assurer une coordination dans ce contexte est d'autant plus difficile que les interlocuteurs médicaux et soignants sont éloignés du fonctionnement des PASS. L'implication du directeur des soins sera alors d'autant plus déterminante. Au niveau territorial, le rôle de coordination attendu de la DRASS par les professionnels des PASS est clairement exprimé. Si celle-ci existe, elle semble insuffisante et reposant sur une sollicitation répétée des professionnels eux-mêmes. Toutefois, cela n'empêche pas les intervenants d'un même territoire local de mener de concert leurs actions. Aussi, au regard de ce constat, la coordination peut s'entendre tant dans une approche descendante qu'ascendante. Il conviendrait alors d'optimiser la valorisation de ce partenariat opérationnel et de le mettre en lumière quant à l'intérêt des résultats obtenus en matière de prise en charge des personnes étrangères en situation irrégulière en termes de bénéficiaires au niveau santé publique, de moindre

dépenses pour l'hôpital grâce à l'efficacité et l'opérationnalité d'une prise en charge ambulatoire. Le niveau de coordination peut être amélioré tant au niveau intra qu'extra hospitalier. Cette amélioration pourrait conduire à mieux valoriser l'intérêt de l'existence des PASS au sein d'un territoire. Un éclairage complémentaire sur la prise en charge sanitaire assurée au sein des CRA peut donner un autre aperçu de la coordination entre professionnels de santé et l'articulation avec les autorités de police.

2.4 Soignants, policiers : l'impossible coopération ?

Professionnels des services de police ou de santé ont chacun des missions à remplir, missions qui peuvent sur le thème de l'étude être difficiles à mener. Pourtant, les entretiens menés font apparaître une situation plus nuancée. Au niveau des équipes des PASS, deux contextes ont été observés : dans un cas, équipe de la PASS et équipe sanitaire du CRA sont rattachées au même hôpital ; dans l'autre cas les équipes sont rattachées à des établissements différents. Dans le premier cas, les échanges d'informations concernant la continuité des soins et de la prise en charge d'une personne étrangère en situation irrégulière sont organisés avec un support commun entre les deux équipes, au cas où..... En effet, il est rare que le relais puisse se faire entre les deux équipes en raison du caractère « volatile » de cette population. Une personne retenue, vue au cabinet médical du CRA, est informée de l'existence des PASS sur le secteur pour solliciter ses professionnels si elle bénéficie d'une mesure de libération. Mais, il est rare de revoir cette personne qui va plutôt fuir le secteur pour éviter d'être à nouveau appréhendée par les autorités de police. Ainsi, bien qu'un problème de santé ait été identifié, voire un traitement débuté, la prise en charge des soins s'interrompt avec le départ de la personne. Cette situation n'est pas rare et met les soignants dans une position d'impuissance à poursuivre leur mission de soins et suscite une véritable préoccupation quand le problème de santé concerne une maladie infectieuse et/ou transmissible comme une tuberculose, une hépatite ou même une gale. Par ailleurs, une continuité de prise en charge dans le sens PASS vers CRA demeure exceptionnelle. Dans le deuxième cas, il n'y a aucun échange entre équipe du CRA et les équipes des PASS. Les professionnels de ces PASS le regrettent mais admettent aussi qu'ils n'ont pas non plus cherché à établir un partenariat même minimum avec leurs collègues du CRA.

Concernant les autorités de police, les lieutenants rencontrés dans les CRA sont attentifs aux besoins de santé des personnes retenues. Chaque arrivant est informé de la présence d'une équipe soignante au sein du CRA et de la possibilité de la solliciter à tout moment durant ses heures de présence. Ce sont parfois les policiers eux-mêmes qui signalent aux soignants une personne souffrante. Il y a chez les personnes retenues souvent une crainte à solliciter eux-mêmes les soignants qui sont vus avec méfiance car travaillant aux côtés des policiers. En outre, même si un problème de santé est repéré par

les policiers durant le temps de la rétention, si la personne bénéficie d'une mesure de libération rapide, l'équipe soignante n'a pas le temps de voir ce patient potentiel. Cette situation se rencontre souvent le week-end quand la personne est déclarée sortante dans les premières 48 heures de son arrestation. Les lieutenants de police estiment faire pour le mieux : ils facilitent autant que possible le travail des soignants au sein du CRA dans le respect des missions de surveillance qui sont les leurs. Les professionnels soignants rencontrés apprécient la coopération établie avec les policiers et reconnaissent les aides apportées par le responsable du CRA pour faciliter leur travail au sein des locaux. Toutefois, policiers et soignants indiquent que cette coopération n'est pas toujours aussi facile dans tous les CRA, les raisons pouvant en être structurelles ou individuelles.

Il s'instaure parfois entre équipes des PASS et référents des préfectures, des échanges d'informations visant à permettre un accès aux soins de personnes étrangères en situation irrégulière : ce sont les personnels de la préfecture qui orientent la personne vers la PASS la plus proche pour bénéficier de soins.

Même si le contexte actuel entourant la situation des personnes étrangères en situation irrégulière est difficile, une coopération entre professionnels de santé et policiers peut exister. Avoir une vision manichéenne de la situation serait injustifiée. L'accès aux soins des personnes concernées est facilité autant que possible, y compris par les autorités de police, les limites rencontrées tenant avant tout aux limites mises par les personnes elles-mêmes en disparaissant du secteur géographique où elles avaient commencé à être prises en charge pour leurs soins.

Parler d'un cloisonnement serait impropre. Au-delà du respect de ses missions propres, chaque acteur aborde l'accès aux soins, en premier lieu sous l'angle humain de la situation. Néanmoins, le constat de terrain, montre que des améliorations en termes d'échange d'informations pour renforcer le maillage entre équipes des PASS et celles des CRA sont envisageables.

2.5 Budget et fonctionnement des PASS : des professionnels sensibilisés ?

Tous les professionnels rencontrés au niveau des PASS connaissent le mode de financement de leur structure. Ils savent que les PASS relèvent de l'enveloppe de financement des missions d'intérêt général mais sont beaucoup moins précis quant au bilan financier annuel de la PASS. Pour certains, ils en ont connaissance lors de la réunion annuelle du comité de pilotage. Dans ce cas, ils ont retenu que le bilan faisait apparaître un déficit, dont la survenue est plutôt récente (déficit apparu depuis deux ans pour un bilan qui était jusqu'alors à l'équilibre, voire positif). Afin de préciser ces indications, un établissement a fourni les informations suivantes :

	2007	2006
C.R.P.P. de l'établissement	91 726 000 €	87 130 000 €
Budget de fonctionnement PASS N° 1	157 000 € (déficit de 10 000 €)	135 000 €
Budget de fonctionnement PASS N° 2	179 000 € (déficit de 16 500 €)	152 000 €

Dans le cadre d'une comptabilité analytique, le budget des PASS est intégré dans le compte de résultat prévisionnel principal (CRPP). Les éléments chiffrés montrent une stabilité de la part du budget PASS dans le budget de l'établissement (entre 0,15% et 0,19%). Le déficit s'explique par une augmentation du coût personnel non compensée par l'augmentation de l'enveloppe MIG du même exercice budgétaire annuel.

Pour le même établissement, la part de créances irrécouvrables, s'élevait en 2007 à 8951,11 € (1773,16 € en 2006), part imputable à hauteur d'environ 80% à l'activité des PASS ; les soins couverts au titre d'une prise en charge « soins urgents » s'élevait toujours en 2007 à 36 880,74 €. Dans un autre établissement, le directeur général adjoint rencontré indique que l'enveloppe MIG couvre seulement à hauteur de 50% le coût de fonctionnement des structures de l'hôpital relevant de ce mode de financement.

Bien qu'ils n'aient pas connaissance avec précision de ces éléments chiffrés, les équipes des PASS, sont vigilantes sur l'aspect dépenses liées à la prise en charge des personnes soignées à la PASS. Les soignants assurent autant que possible les soins en ambulatoire et limitent aux soins les plus importants la nécessité d'une hospitalisation. Les médecins des PASS retardent les examens non urgents dans l'attente de l'ouverture aux droits de l'AME. Si la situation clinique de la personne l'impose, il est fait recours à une prise en charge au titre de soins urgents. Par ailleurs, ils sont attentifs à la durée de prise en charge des soins par la PASS : dès qu'une couverture d'assurance maladie est acquise, la personne est orientée vers la médecine de ville pour la continuité de ses soins et son suivi de santé. 78% des personnes prises en charge par le pôle médical de la PASS sont insérées dans le droit commun à moins de 3 mois²². Cette insertion peut être plus longue dans le cas d'un suivi psychologique voire psychiatrique : le psychologue rencontré indique que ce suivi peut durer de 6 à 12 mois en raison d'une situation individuelle très complexe et fragile. L'instauration d'une relation de confiance avec le migrant peut demander du temps et quand celle-ci a pu être établie, la conformation à l'observance thérapeutique mise en place repose sur un accompagnement plus long de la personne. Sans connaître dans le détail le bilan financier de la PASS, les professionnels qui y travaillent sont parfaitement sensibilisés aux problèmes financiers de leur hôpital et

²² Extrait du rapport d'activité 2007 d'une des PASS de Haute Normandie

assurent leur mission d'accueil et de soin en ayant à l'esprit cet aspect. Toutefois, ils sont unanimes à défendre la nécessité de préserver ce type de structure pour accueillir les plus démunis, arguant que cela coûterait plus cher à l'hôpital car les personnes arriveront dans un état de santé plus dégradé avec donc une nécessité de soins plus intenses et coûteux. Dans les propos reviennent alors le côté « militant » souvent rencontré parmi les professionnels qui travaillent dans les PASS.

Pour les directeurs rencontrés (y compris les directeurs des soins), les positions sont plus nuancées. Si pour tous, la mission de l'hôpital d'assurer la prise en charge des personnes les plus précaires est indiscutable, sa préservation n'est pas garantie dans le contexte de tension budgétaire actuelle. Si pour certains la mobilisation de moyens doit permettre d'y répondre a minima, pour d'autres, l'hôpital n'a plus les moyens « *d'assurer ses bonnes œuvres* » et des choix devront être faits. Pour ces derniers, sans revalorisation suffisante de l'enveloppe des MIG, l'hôpital ne pourra poursuivre toutes ses missions. Cette appréciation de la situation rejoint la position d'alerte tenue par la FHF.

Si la remise en cause de l'existence des PASS n'est pas d'actualité, la réduction du coût de leur fonctionnement est envisageable par les directeurs d'hôpital dans le cadre d'un équilibre budgétaire à atteindre ou à maintenir. Si les professionnels travaillant dans les PASS sont parfaitement sensibilisés aux difficultés budgétaires des hôpitaux, une réduction trop sévère des dépenses liées au fonctionnement de la PASS fragiliserait l'accomplissement de leurs missions, notamment si une réduction du coût agent est envisagée : avec une présence moindre de temps agent le niveau de réponse ne pourra être maintenu à l'identique. Avant de retenir une telle évolution, il serait intéressant d'évaluer la moindre dépense pour l'hôpital du fait des prises en charge assurées par la PASS. Dans les établissements supports de l'enquête de terrain, aucun interlocuteur n'a pu fournir une information dans ce sens.

2.6 L'accès aux soins des plus démunis par les PASS : une mission de santé publique garantie ?

Sur ce point, les entretiens auprès des professionnels ont apportés des éléments plus exprimés en termes de craintes pour l'avenir compte tenu des contraintes budgétaires appliquées aux hôpitaux. Pour les professionnels des PASS, entre la crainte accrue d'une arrestation suivie d'une reconduite à la frontière et le retard pris pour accéder aux soins faute de trouver une structure répondant à leur besoin, les personnes étrangères en situation irrégulière risquent d'arriver avec un problème de santé plus grave à gérer. Pourtant comme l'indique le médecin chef de service des urgences, d'un point de vue strictement économique, il est bien plus rentable de soigner des personnes en amont de leur maladie, dès les premiers signes, d'ouvrir largement l'accès aux soins préventifs plutôt que d'attendre que la maladie évolue vers un stade avancé. Sa prise en charge ne

peut plus alors être retardée, elle nécessite une hospitalisation qui aurait pu, plus tôt, être évitée. Au final, cela coûte beaucoup plus cher au système de santé. Ce point de vue rejoint celui exposé par I. PARIZOT²³, chercheur au centre national de la recherche scientifique (CNRS) et sociologue de la santé. Les professionnels précisent qu'il serait regrettable en termes de santé publique, de perdre le bénéfice des partenariats construits par les équipes des PASS avec des collègues des centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG), de la lutte anti tuberculeuse (LAT) entre autres. Une assistante sociale précise que le droit au séjour pour les résidents étrangers gravement malades n'est plus automatiquement acquis (appui sur des chiffres transmis par le COMEDE : si ces demandes sont accordées à 100% en 2000, elles le sont à 60% en 2006). Pour elle, cette situation implique que des personnes ayant une grave maladie, entrent dans la clandestinité après avoir été déboutées de leur demande de titre de séjour, avec un risque au niveau santé publique si elles sont porteuses d'une maladie transmissible. Un directeur d'hôpital admet ce risque et voit là une évolution qui serait contre productive en matière d'économie de la santé dans une période où toutes les mesures visent à en réduire le coût au niveau national. Une infirmière décrit la position de la PASS sur le territoire comme « *un poste avancé, une sorte de sentinelle* » pour repérer la survenue de cas de pathologies contagieuses. La PASS apparaît comme une structure pouvant à la fois mener une action préventive et être le relais d'un suivi ambulatoire pour la continuité des soins, ce qui dans les deux cas œuvre plutôt dans le sens d'une économie pour l'assurance maladie.

Si des arguments peuvent être trouvés pour appuyer l'aspect contre productif d'un accès limité aux soins, celui-ci est à démontrer au niveau de cette étude. Cela nécessiterait un travail de recherche spécifique. Néanmoins, le risque potentiel en termes de prévention et de promotion de santé publique ne peut être occulté. Pour une économie à court terme sur les dépenses de santé, le risque de dépenses accrues à moyen ou long terme pour faire face à des maladies plus graves est à prendre en considération. Le côté « sentinelle » évoqué par une infirmière est à retenir dans un contexte où toutes les craintes concernant la survenue d'une pandémie grippale conduisent à prendre des mesures d'organisation anticipées au sein des hôpitaux. Hors, au regard des flux migratoires des populations venant de zones à risque pandémique, la probabilité d'avoir un cas de grippe chez un migrant n'est pas nulle.

A l'éclairage des éléments apportés par les professionnels rencontrés, quelle peut être l'action d'un directeur des soins ayant une PASS dans l'établissement où il exerce ?

²³ I. PARIZOT dans revue Lien Social- le forum social du jeudi, novembre 2007, n°861, p 10

3 Enjeux pour un directeur des soins, préconisations d'action :

Si le choix du thème de cette étude repose dans un premier temps sur une expérience professionnelle, il est aujourd'hui la source d'une réflexion et d'une projection avec ma future fonction de directeur des soins. L'établissement dans lequel je vais exercer comprend deux PASS réparties sur deux départements en raison de l'intercommunalité de l'hôpital. La conduite de ce travail est une opportunité de mieux me préparer à l'accompagnement des équipes travaillant dans ces structures, de mieux cerner les enjeux qui entourent l'activité des PASS. En outre, sur le même territoire de santé, est présent un centre de rétention administrative, d'où l'intérêt porté à l'articulation avec ce type d'établissement. Aussi, les préconisations évoquées prennent une dimension de mise en application envisagée à moyen terme.

Au-delà de cette perspective prochaine, s'inquiéter des possibilités d'accès aux soins et à la santé pour les personnes étrangères en situation irrégulière, est une préoccupation légitime pour un directeur des soins. Cette légitimité repose sur ses missions (coordination de l'organisation et mise en œuvre des activités de soins infirmiers²⁴), mais aussi en tant qu'acteur au sein de l'hôpital, de la mise en œuvre des actions de la politique de santé publique. Ainsi il est concerné par les orientations de la loi du 9 août 2004²⁵ définissant les principaux axes d'actions à conduire en matière de santé publique, et concernant plus spécifiquement les missions des PASS, par les orientations définies par la dernière circulaire relative aux PRAPS²⁶.

Par ailleurs, la nouvelle architecture de l'organisation hospitalière liée à la mise en place des pôles, fait évoluer la position et le champ d'action du directeur des soins. La place des responsables médicaux de pôles, des cadres soignants de pôles et le niveau de délégation de gestion contractualisé, influent sur la coordination et l'organisation des activités de soins. Cette évolution offre au directeur des soins une opportunité de réorienter son champ d'action : un nouvel équilibre entre action menée en interne et ouverture de l'hôpital et de ses professionnels soignants vers son environnement extérieur, représente un enjeu dans lequel le directeur des soins peut pleinement apporter sa contribution. Hors les PASS se situent à cette charnière de l'intra et de l'extra hospitalier.

Le directeur des soins est également membre de l'équipe de direction et doit au côté de ses collègues se préoccuper aussi de l'équilibre budgétaire de l'hôpital.

²⁴ Décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeurs des soins de la fonction publique hospitalière

²⁵ Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique

²⁶ Circulaire N° DGS/2007/430 du 7 décembre 2007 relative au programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS)

Son action doit prendre en compte cette dimension. Sa contribution doit aider à la prise de décision dans l'intérêt des patients concernés, en fournissant des propositions argumentées, celles-ci pouvant aussi s'appuyer sur le champ de l'éthique. Les quelques préconisations (non exhaustives) formulées se situeront à trois niveaux : celui interne à l'hôpital, son environnement de proximité et celui de la région.

3.1 Des idées pour l'action intra hospitalière :

L'action est à envisager autant vers les équipes des PASS que vers les collègues de l'équipe de direction et les soignants des autres services, dans une approche d'acculturation commune des missions et impératifs des uns et des autres.

3.1.1 L'action envers les PASS :

Pour commencer, il convient de faire un état des lieux. L'étude de terrain a montré que la position des PASS dans l'organisation hospitalière est variable : intégration dans un pôle ou pas, encadrement soignant de proximité ou pas, praticien hospitalier référent ou pas. L'action du directeur des soins prendra donc en compte ces différents paramètres pour associer les interlocuteurs impliqués. Si un encadrement soignant est présent auprès de l'équipe de la PASS, le rôle essentiel du directeur des soins sera de permettre à ce cadre de remplir sa mission auprès de l'équipe. Cela passe par un suivi régulier de la réglementation intervenant dans l'activité des PASS, un accompagnement dans l'élaboration de projets, l'accès à des formations sur des thématiques liées aux PASS, une diffusion des données chiffrées d'activité, et du bilan financier de la structure ; c'est faciliter aussi l'articulation avec les autres services de l'hôpital. Pour l'équipe de la PASS et le cadre quand il est présent, le directeur des soins doit être un soutien sur lequel compter pour faciliter leur travail au sein de l'hôpital.

A) Un soutien dans la formation :

Les professionnels travaillant dans les PASS doivent être formés à la prise en charge spécifique des différentes populations qui se présentent dans la structure. Pour les populations étrangères, la prise en charge se complexifie, les professionnels ne comprenant pas toujours leurs comportements ou leurs attitudes. Une formation à l'approche des cultures apporte une meilleure compréhension des comportements de l'autre mais aussi elle permet de mieux se situer face à lui. L'enjeu d'une telle formation n'est pas seulement d'informer mais aussi de former à de nouvelles compétences, de réaliser une adaptation de l'exercice professionnel dans un contexte ciblé. Une formation à l'approche interculturelle, peut aider les professionnels à mieux communiquer avec les personnes, à mieux repérer l'ensemble de normes qui composent une culture et donc à aborder le soin en prenant en considération les particularités propres à chaque culture.

La formation doit aussi aider le professionnel à ne pas mettre le migrant dans une situation de victimisation. Elle doit l'aider à garder une écoute attentive, mais aussi lui apprendre à se protéger, les situations individuelles rencontrées et les témoignages d'évènements vécus pouvant être particulièrement difficiles à entendre. A ce titre, il est intéressant de retenir la formation organisée par l'Université Paris – Nord 13 (UP13) qui propose un diplôme universitaire de psychiatrie transculturelle, animé par un praticien hospitalier, chef de service à l'hôpital Avicenne de Bobigny, formation allant au-delà de l'ethnologie psychiatrique, et dont les intervenants sont en très grande majorité des migrants eux-mêmes, apportant par leur témoignage une réalité concrète du parcours de la personne immigrée.

La formation peut aussi passer par un stage d'immersion dans des structures ayant particulièrement développé la prise en charge des personnes étrangères, comme la consultation transculturelle mise en place à l'hôpital Avicenne à Bobigny ou l'unité Baudelaire de l'hôpital Saint Antoine à Paris. Ces options sont à inscrire au plan de formation continue pour en prévoir une budgétisation.

B) Faciliter l'accès aux informations :

Prévoir un accès permanent aux informations liées à l'activité des PASS est aussi le moyen de maintenir les équipes dans une bonne connaissance de leur contexte de travail. Le suivi de l'actualité du champ réglementaire est important ; l'évolution rapide du droit doit être connue des professionnels des PASS afin d'apporter une réponse et un accompagnement adapté à chaque cas. L'accès à ces informations peut s'envisager à partir du secrétariat de la direction des soins qui s'occupe de la veille réglementaire.

Les informations peuvent également être apportées par un accès à la presse professionnelle : prévoir avec l'équipe un abonnement à une revue en envisageant un ajustement chaque année en fonction de leurs attentes. L'information concerne aussi l'actualité de l'hôpital et l'équipe de la PASS doit en être destinataire comme l'ensemble des autres services de l'hôpital. Elle doit donc être intégrée dans les listes internes de diffusion.

L'information doit aussi concerner le bilan financier annuel de la PASS. C'est une façon de sensibiliser les professionnels aux enjeux liés à l'équilibre financier global de l'hôpital, et de les acculturer à une approche économique du fonctionnement de leur structure.

C) Faciliter l'expression des usagers :

Les personnes accueillies dans les PASS ne sont pas intégrées dans les enquêtes de satisfaction de clientèle. Hors l'évolution des textes sur le fonctionnement des hôpitaux va dans le sens d'une expression directe des usagers de la santé. Mais qui peut parler pour les personnes étrangères en situation irrégulière ? Celles-ci ne sont pas présentes dans les associations d'usagers pouvant prétendre à une représentation au sein des conseils

d'administration. Alors il appartient aux soignants de permettre l'expression de ces usagers particuliers. Cette préoccupation est d'ailleurs commune aux professionnels intervenants auprès de populations en situation d'exclusion et c'est une attente des institutions impliquées dans les actions de santé publique.

Aussi un travail peut être conduit avec l'équipe de la PASS pour réaliser un support adapté permettant de recueillir le niveau de satisfaction des usagers de la PASS. Les résultats obtenus pourraient être ajoutés aux résultats de l'enquête de satisfaction de la clientèle. Un support de recueil plus léger, à l'image du questionnaire de sortie, pourrait être élaboré pour un suivi plus régulier dans l'année. Les résultats pourraient alors être intégrés dans le bilan annuel d'activité de la PASS.

3.1.2 L'action envers les soignants des autres services :

La prise en charge des migrants en situation irrégulière n'est pas une exclusivité de la PASS. Il est donc important de maintenir la sensibilisation des professionnels soignants des autres services à l'approche spécifique de cette population. Cela peut passer par des présentations régulières de travaux menés par l'équipe de la PASS lors des réunions de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, ou réunions institutionnelles des cadres de santé, ou proposé aux cadres de pôles lors des réunions des conseils de pôles. Le recours à différents canaux permet de toucher différents niveaux de publics. Le maintien de cette sensibilisation des personnels hospitaliers est explicitement demandé dans la circulaire du 17 décembre 1998 relative à la mission de lutte contre l'exclusion des établissements de santé.

La sensibilisation peut aussi passer par une diffusion élargie du rapport annuel d'activité de la PASS aux responsables médicaux et cadres des pôles. Les informations contenues dans ce rapport sont susceptibles d'intéresser les autres soignants de l'hôpital pour améliorer leur pratique et qui prennent aussi en charge des migrants.

L'élaboration d'un outil spécifique de transmissions soignantes pour assurer au mieux la continuité des soins et de la prise en charge de la personne entre unités d'hospitalisation et PASS et vice et versa est à encourager.

3.1.3 Au côté de l'équipe de direction :

La contribution du directeur des soins s'exprime là en termes de propositions formulées pour optimiser les moyens mis à la disposition de la PASS. Ainsi, comme cela peut se voir par endroits, un partage des locaux avec d'autres activités ouvertes sur la ville au niveau offre de soins, peut permettre de réduire le coût de fonctionnement. Cela peut concerner des activités telles que la lutte anti tuberculeuse, une consultation d'éducation thérapeutique pour le diabète, ou des créneaux hebdomadaires pour une activité de CDAG. Cela peut aller jusqu'à une mise à disposition de temps personnel comme l'agent d'accueil ou l'infirmière. Dans ces hypothèses, l'instauration d'une convention avec les

établissements supports de ces activités peut intégrer une contribution financière partagée.

Lorsque la PASS bénéficie d'une subvention annuelle accordée par le conseil général au titre de la participation aux actions d'insertion conduites par le département (comme le suivi d'un nombre défini de bénéficiaires du revenu minimum d'insertion par l'assistante sociale de la PASS), le directeur des soins veille à la transmission des informations auprès de la direction concernée (affaires générales ou finances) pour compléter dans les délais prévus la demande de renouvellement de la subvention.

Le directeur des soins peut présenter en comité de direction les projets élaborés par l'équipe de la PASS pour participer aux actions de promotion de santé publique mise en place sur son territoire. Il lui appartient alors d'apporter les arguments permettant de recueillir un avis favorable à cette participation. Le coût financier est à étudier avec précision.

Selon la composition du comité de pilotage de la PASS, le directeur des soins peut présenter à l'équipe de direction le rapport annuel d'activité et mettre l'accent sur les apports bénéfiques de l'existence d'une telle structure en termes de service rendu aux populations accueillies dans la PASS et de moindre coût de cette prise en charge ambulatoire (coût moindre pour l'assurance maladie entre soins externes et hospitalisation). Pour cela, s'appuyer sur des données de suivi d'activité puisées auprès de la PASS, des services de la direction des finances, et du département d'information médicale pour le coût selon les pathologies, peut apporter une illustration concrète du propos en mettant en parallèle le coût de la prise en charge d'une pathologie traitée en unité d'hospitalisation et en ambulatoire en soins externes comme cela est réalisable à la PASS. Une telle démarche implique d'organiser avec l'équipe soignante de la PASS un relevé précis des pathologies traitées auprès des personnes prises en charge et les principaux moyens utilisés pour assurer leurs soins.

Sur l'aspect financier, il est essentiel d'effectuer avec l'équipe de la PASS un suivi précis de leur activité en fonction des services proposés au sein de la PASS : accueil ouvert pour un accès aux locaux d'hygiène corporelle (douche, laverie), service social, consultations soignantes et médicales, consultation psychologique par exemple. Selon l'activité réalisée par chacun, il convient de s'engager dans un ajustement des quotités de temps de travail des professionnels : en fonction du bilan réalisé, le directeur des soins peut proposer ces ajustements qui concerneront différentes directions quant à la mise en application.

3.2 Des idées pour l'action extra hospitalière :

De par leur activité, les professionnels de la PASS travaillent avec des partenaires variés présents sur le même territoire. Le directeur des soins doit donc entretenir à son niveau le

partenariat existant et faciliter l'instauration de nouvelles collaborations en fonction des projets développés localement et auxquels la PASS peut s'associer.

3.2.1 Un partenariat avec les autres intervenants du territoire :

Le partenariat se construit avec les services déconcentrés de l'Etat, les acteurs sociaux, ceux du tissu associatif, les réseaux de santé, la médecine de ville, d'autres services comme les centres de cure ambulatoire en alcoologie, les collectivités locales.... Renforcer le travail avec ces différents partenaires permet d'établir un maillage territorial optimisant l'accompagnement des personnes étrangères dont les besoins, ne se situent pas uniquement au niveau de l'accès aux soins, mais aussi l'accès aux droits sociaux, à un logement, à un emploi, la formation, ... tous les droits inscrits dans la loi de juillet 1998.

Il est donc important de les solliciter pour participer comme invités au comité de pilotage. Le directeur des soins peut en proposer la liste au directeur général qui adresse les convocations à la réunion de ce comité de pilotage.

En fonction des thèmes abordés lors des réunions de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, ou les réunions des cadres de santé, le directeur des soins, en accord avec le directeur général, peut inviter certains de ces partenaires dont l'expertise dans leur domaine peut être un plus dans la connaissance du thème abordé.

Si une coordination de santé publique est présente sur le territoire, la participation de l'équipe de la PASS aux actions thématiques doit être encouragée. Cela peut toucher une action de prévention de lutte contre l'alcoolisme, la journée mondiale du SIDA, la nutrition, les femmes en situation de précarité et grossesse...autant de thèmes où les acteurs de la PASS apportent leur expérience et leur contribution.

3.2.2 La place des collectivités locales :

Le partenariat peut aussi se construire avec les élus locaux : des actions en faveur de la lutte contre les exclusions et la précarité sont de plus en plus souvent menées par les élus des communautés d'agglomération, se faisant par là le relais de la politique conduite au niveau du département ou de la région. Encourager et faciliter la participation des professionnels de la PASS à ces actions est un autre moyen d'ouvrir l'hôpital sur son environnement de proximité. Une telle approche est pleinement en cohérence avec une préconisation du rapport LARCHER, qui précise en introduction de son premier chapitre « *la coordination entre la ville et l'hôpital est importante pour tous les patients, mais sans doute encore plus pour les patients fragilisés, que ce soit en raison de leur âge, d'un handicap ou d'une **situation sociale précaire*** ». ²⁷

²⁷ Extrait du rapport de la commission dite « LARCHER », juin 2008, p 9

3.2.3 Partenaires incontournables, les professionnels de la santé mentale :

Il est essentiel d'organiser le partenariat avec les collègues des services de santé mentale. En effet, les troubles psychologiques, voire psychiatriques ne sont pas rares dans les populations migrantes. Qu'il s'agisse d'exclusion ou de précarisation juridique, ces phénomènes ont tout à la fois des répercussions sur la santé physique comme sur la santé mentale. Il n'y a pas de présence de psychologue dans toutes les PASS, et quand un temps de psychologue est disponible, celui-ci ne peut assurer tous les types de prises en charge. Le directeur des soins, en se rapprochant de son collègue de l'établissement de santé mentale de secteur, peut faire un état des lieux sur les dispositifs présents dans le secteur de la PASS (comme un centre médico-psychologique, une unité de liaison de pédopsychiatrie ou un service d'hôpital de jour). Il peut ainsi proposer au directeur de l'hôpital la mise en place d'une convention de partenariat établie avec son homologue du centre hospitalier de santé mentale, prévoyant les modalités de recours à leurs services. Comme cela s'est construit pour la PASS rencontrée en Ile de France, le partenariat peut aussi se mettre en place avec des référents de psychiatrie libérale, permettant ainsi des relais de ville, plus faciles d'accès de proximité pour les patients.

3.2.4 Un support d'information repéré :

Faire connaître la PASS sur le territoire et les services qu'elle propose, passe aussi par un support d'information mis à disposition des usagers au sein même de l'hôpital, mais aussi des principaux relais partenariaux locaux. Des points d'entrées de l'hôpital comme l'accueil général, l'accueil du service des urgences, les salles d'attentes de consultations, sont autant de points où la mise à disposition d'une plaquette d'information est utile. Il convient alors de veiller au renouvellement régulier de la disponibilité de la plaquette d'information et de l'actualisation de son contenu.

3.2.5 Le centre de rétention administrative, un acteur à associer :

La présence d'un centre de rétention administrative (CRA) sur le territoire de l'hôpital est à inclure dans la dynamique d'association du contexte extra hospitalier. L'association doit se faire en premier lieu avec l'équipe sanitaire présente dans le CRA, en termes de mise à disposition de la plaquette d'information de la PASS afin qu'elle puisse être remise aux personnes retenues si elles bénéficient d'une mesure de libération ; aussi en facilitant les rencontres entre les deux équipes afin de travailler ensemble sur les relais pouvant être construits pour proposer une continuité des soins aux immigrés. L'information et la sensibilisation doit aussi se tourner vers les policiers du CRA. L'étude a montré que les personnes pouvaient être rapidement libérées, et qu'en l'absence de l'équipe sanitaire, un problème de santé pouvait être non géré. Rencontrer le responsable du centre pour lui expliquer les missions d'une PASS et son intérêt pour une personne immigrée, peut contribuer à ouvrir l'accès aux soins pour le migrant s'il reste dans le secteur. Même si

cette hypothèse est fragile, l'enjeu en matière de santé publique mérite de mobiliser tous les moyens et canaux disponibles pour associer tout interlocuteur amener à côtoyer ces personnes. Dans ce sens, remettre également des plaquettes informatives au responsable du CRA peut contribuer à cette sensibilisation autour du domaine de la santé publique.

3.3 L'ouverture au niveau régional :

Avec les ateliers santé-ville, les PASS sont les dispositifs les plus visibles de la mise en œuvre des PRAPS. La circulaire du 7 décembre 2007 prévoit la poursuite de la mise en œuvre de ces programmes régionaux, après l'arrivée à échéance de ceux dits de 2^{ème} génération qui couvraient la période 2003-2006. La poursuite des PRAPS, s'inscrit dans le cadre des plans régionaux de santé publique (PRSP). Ces plans, définissent les orientations visant à lutter contre les conséquences de la précarité, dont la définition donnée par le Haut comité de la santé publique (HCSP) correspond aussi aux personnes étrangères en situation irrégulière « *la précarité, c'est la fragilité, l'instabilité des situations. Elle englobe la notion de pauvreté. Elle fait référence aux incertitudes et aléas qui pèsent sur les individus* ». Le cadre d'intervention de la circulaire précise les publics et problématiques prioritaires : dans les publics, les populations étrangères immigrées ou issue de l'immigration sont mentionnées ; dans les problématiques apparaissent la garantie d'un accès aux soins pour les personnes disposant de ressources faibles et l'ouverture dans les meilleurs délais au bénéfice de l'aide médicale de l'Etat aux personnes qui remplissent les conditions fixées par la loi. Une annexe apporte des précisions sur les mesures et recommandations prioritaires concernant les publics retenus, avec une liste d'éléments et dispositifs aidant à conduire les actions au niveau régional.

A partir de ces points d'ancrage, le directeur des soins doit être à même de favoriser avec l'équipe de la PASS, l'élaboration de projets répondant aux orientations de santé publique pour les populations visées. Aujourd'hui les projets ne doivent plus s'envisager au niveau du seul établissement hospitalier. Il convient de les construire en partenariat avec des associations concernées par la thématique, ou encore les missions locales, pour préserver l'offre de soins sur le territoire. La consultation du site de la DRASS permet de prendre connaissance des appels à projet et des thèmes retenus. S'inscrire dans ces appels à projet représente une opportunité d'obtenir des subventions complémentaires aux MIG pour le fonctionnement de la PASS. Les thématiques des projets proposés doivent correspondre aux priorités définies au niveau régional.

Pour optimiser le travail mené avec l'équipe de la PASS, le directeur des soins peut solliciter le conseiller technique régional pour mieux consolider la construction des projets. Dans la fiche de poste du conseiller technique, ses domaines d'exercice incluent entre autres, la santé publique et la prévention, les politiques hospitalières et médico-sociales.

Dans ses différentes activités et actions, la collaboration au suivi d'appel à projet est indiquée.

La participation aux réunions régionales de directeurs de soins organisées par le conseiller technique est aussi l'occasion de faire remonter les problématiques de terrain et d'échanger sur les réponses pouvant y être apportées.

Au niveau de l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH), les hôpitaux adressent chaque année un dossier de demandes de financement de mesures nouvelles au titre des MIG essentiellement. Dans la phase préparatoire de l'élaboration de ce dossier, le directeur des soins apporte sa contribution en organisant le recueil de demandes auprès des équipes soignantes concernées et prépare l'argumentaire à joindre à la demande. En prenant appui sur des éléments chiffrés d'activité de la PASS, une demande de moyens complémentaires au titre des MIG peut être transmise par ce canal. Pour les MIG, il est important de suivre dans les prochains mois le résultat des travaux relatifs aux critères de leur financement, comme cela est indiqué dans le rapport LARCHER. Le directeur des soins aura à ajuster sa contribution en conséquence et y associer les professionnels concernés.

Au-delà de ces quelques préconisations présentées ici, l'action du directeur des soins peut aussi s'appuyer sur le champ de l'éthique.

3.4 L'éthique comme soutien de la réflexion à l'action :

Prendre appui sur l'éthique ne doit pas être vu comme un objet de chantage mais bien comme une aide à la réflexion avant d'arrêter un choix de décision. Conjuguer réponse aux besoins de santé de la population et atteinte de l'équilibre financier de l'hôpital peut s'avérer une tâche ardue dans le contexte actuel.

La préoccupation éthique n'est pas absente de la réflexion des directeurs d'hôpital sur qui repose la prise de décision. Ainsi, Mme R.M. VAN LERBERGHE, alors directrice de l'Assistance publique – hôpitaux de Paris, a-t-elle sollicité en 2007 le Comité consultatif national d'éthique (CCNE). Celui-ci s'est alors exprimé sur le sujet en mettant en garde contre des « *choix tragiques* »²⁸.

Le doute sur la pertinence de la décision à prendre est toujours possible. S'appuyer sur les fondements de nos textes législatifs et réglementaires tels que la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme, le préambule de la Constitution, mais aussi les recommandations formulées par le Conseil de l'Europe comme celle concernant le droit à la satisfaction des besoins élémentaires des personnes en situation d'extrême précarité²⁹,

²⁸ PIGANEAU K., le comité d'éthique et l'austérité budgétaire à l'hôpital – gare aux « choix tragiques », le quotidien du médecin, 12 novembre 2007

²⁹ Conseil de l'Europe, recommandation n° R(2000) 3, comité des ministres, 694^{ème} réunion des délégués des ministres, le 19 janvier 2000

renvoie aux fondements de solidarité de notre société. Cette solidarité est contenue dans la mission de service public de l'hôpital qui permet l'accès aux soins de tous y compris des plus démunis.

Penser le soin, inventer les conditions de son devenir, assumer les conséquences d'un choix, préserver les principes de justice dans l'accès aux soins, sont des missions de nature particulière.

Comme le souligne E. HIRSCH, l'approche éthique s'intègre naturellement au quotidien du soin, témoigne d'une présence, d'une attention et d'une conscience qui contribuent à restituer un sentiment de confiance et d'estime de soi lorsque les circonstances incitent à douter, voire à renoncer³⁰. L'accès aux soins ne devrait donc pas être conditionné par une caractéristique particulière de la personne. Pour C. LE PEN³¹, l'économie de la santé apporte un regard sur la collectivité qui n'appartient pas à la tradition médicale, centrée sur la personne et le tangible ; mais elle offre l'occasion de s'interroger sur le sens des actions de la médecine et sa finalité. L'éthique est censée jeter un regard transversal sur le débat. Dans une approche professionnelle, l'éthique nourrit la réflexion avant le choix et l'action. « *Toute action et tout choix tendent vers quelque bien à ce qu'il me semble* » extrait de l'Éthique à Nicomaque d'Aristote.

L'action du directeur des soins repose principalement sur sa mission de coordination permettant d'associer autour de la thématique tous les acteurs concernés. Cette coordination s'entend tout à la fois au niveau interne à l'hôpital mais aussi dans une ouverture à ses relais extérieurs dans toute leur diversité. L'action doit aujourd'hui systématiquement prendre en compte cette double approche. Le directeur des soins doit contribuer par son positionnement à impliquer les soignants de l'hôpital dans cette vision duale, mais aussi sensibiliser les partenaires extérieurs aux contraintes de l'hôpital. Au sein de l'équipe de direction, le directeur des soins contribue à l'atteinte des objectifs de l'hôpital. Cette contribution s'appuie sur l'apport d'explications, de critiques constructives, de propositions, ayant pour ancrage essentiel l'intérêt des patients.

³⁰ HIRSCH E. L'éthique au cœur des soins – un itinéraire philosophique, mars 2006, p 214

³¹ LE PEN C., SICARD D. Santé, l'heure des choix, avril 2004, p 29

Conclusion

Comme le rappelle la loi de santé publique de 2004, l'accès à la prévention et aux soins des populations fragilisées constitue un objectif prioritaire de la politique de santé. La promotion de la santé, l'accès aux soins et au diagnostic, sur l'ensemble du territoire doivent contribuer à la réduction des inégalités de santé. Indépendamment de leur statut administratif, l'accès aux soins des populations immigrées est une des priorités inscrite dans les PRSP et déclinée dans les PRAPS. Il serait erroné de penser que tous les migrants sont dans une situation précaire ; cependant ils sont nombreux à l'être et leur état de santé et les difficultés qu'ils ont pour accéder aux soins dépendent en partie de dimensions économiques et sociales. De fait le système de santé est peu adapté à la réalité pluriethnique de cette population spécifique et les intervenants ne sont pas toujours sensibilisés à l'influence de cette dimension sur les comportements liés à la santé. Il est donc primordial de prendre en compte cette hétérogénéité des populations immigrées pour adapter la réponse en termes de prise en charge sanitaire et sociale. Par ailleurs, il existe un décalage entre le droit d'accéder aux dispositifs de soins et l'utilisation de ces droits d'accès. De même, en raison des pathologies diagnostiquées, la question de la continuité et du suivi des soins est essentielle, même si le caractère volatile des migrants en situation irrégulière la rend complexe. Les PASS, de part leur mission sanitaire et sociale et leur rattachement à un hôpital, apparaissent comme le dispositif de terrain issu des PRAPS, le plus souple et adaptable aux besoins de cette population. Permettre l'accès aux soins de ces personnes n'est pas une exclusivité française, comme le montre une étude de législation comparative européenne faite par le Sénat³². En France, l'accès aux soins est accompagné financièrement par l'AME. Toutefois, celle-ci est attribuée sous certaines conditions que ne remplit pas toujours le migrant en situation irrégulière. Celui-ci peut bénéficier d'une prise en charge de « *soins urgents* » comme le prévoit la circulaire de mars 2005. Malgré ces possibilités, l'ensemble du dispositif mis en place semble aujourd'hui fragilisé. D'une part, les modifications envisagées pour l'attribution de l'AME peuvent remettre en cause les avancées constatées lors des bilans d'évaluation de la mise en œuvre des PRAPS I et II. D'autre part, les impératifs d'équilibre budgétaire des hôpitaux et le financement insuffisant des MIG, support financier des PASS, peuvent conduire à restreindre leur fonctionnement. De plus, les difficultés d'accès aux soins ne sont pas systématiquement résolues par la levée des obstacles administratifs ou financiers.

³² Bienvenu au Sénat. Etude de législation comparative - L'accès des étrangers en situation irrégulière au système de santé, étude n°160, mars 2006

Aussi la mise en œuvre d'actions de promotion et d'éducation à la santé conjuguée au développement du travail partenarial en réseau entre les professionnels de tous les champs concernés par cet enjeu, dans le cadre des PRAPS, peut contribuer à améliorer l'accès aux dispositifs de soins des personnes en situation de grande précarité.

L'étude a montré que l'équilibre entre impératifs de soins et impératifs de maîtrise financière étaient bien compris des différents acteurs concernés par la thématique. Aussi avoir une vision manichéenne du sujet avec une partition entre soignants et travailleurs sociaux d'un côté et directeurs d'hôpital de l'autre serait totalement injustifié. Il en va de même pour la situation rencontrée dans les CRA. Ces frontières très nuancées s'expliquent par l'approche à la fois professionnelle et humaine du sujet traité faite par les personnes rencontrées pour l'étude. Dans ce contexte, le rôle du directeur des soins a essentiellement pour objet de maintenir l'équilibre entre les impératifs en jeu. Son action doit être tournée vers les professionnels soignants, en particulier ceux des PASS, en prenant appui sur l'encadrement de santé, afin de leur permettre de remplir au mieux leur mission, dans une approche entre besoins de santé des patients et enjeux financiers de l'hôpital. Elle doit être aussi tournée vers une contribution au sein de l'équipe de direction pour optimiser les moyens disponibles dans un souci de maîtrise des dépenses. Mais son action ne devra pas se limiter à une approche uniquement intra hospitalière. Le directeur des soins doit contribuer à l'ouverture de l'hôpital vers les partenaires de son territoire impliqués dans l'accompagnement et la prise en charge des migrants en situation irrégulière. Son champ d'action doit s'étendre au niveau régional, en adéquation avec la dimension régionale du PRAPS et du PRSP. Dans cette perspective, le recours au conseiller technique régional dans un rôle de conseil pour l'élaboration de projets est une ressource à solliciter. Ainsi le rôle de pivot, de coordination, du directeur des soins entre action intra et extra hospitalière apparaît d'autant plus riche, dans le cadre de la recomposition des rôles et missions des différents acteurs de l'hôpital avec la nouvelle organisation en pôles.

Le choix du thème de l'étude a été l'opportunité d'une exploration « technique » des éléments qui y sont étroitement liés, mais aussi l'occasion de constater combien la dimension humaine du sujet retenait l'attention des professionnels certains y liant l'intérêt de la collectivité et la préoccupation économique vue à l'échelle de l'assurance maladie. Si l'accès aux soins comme enjeu de santé publique est bien perçu, l'incertitude d'avoir toujours les moyens pour le garantir interroge les équipes de direction d'hôpital sur les choix à faire, les décisions à prendre. Dans cette incertitude, tous les professionnels hospitaliers rencontrés se tournent vers la mission de service public de l'hôpital, accessible à tous, sans aucune distinction, mission dans laquelle le directeur des soins a pleinement son rôle en tant que coordonnateur capable d'associer tous les acteurs et toutes les compétences concernés.

Bibliographie

Textes :

ORGANISATION DES NATIONS UNIES (ONU). Déclaration Universelle des Droits de l'Homme. Résolution 217 A (III) de l'ONU, le 10 décembre 1948, PARIS, Palais de Chaillot [visité le 13.02.2008], disponible sur internet :

<http://www.un.org/french/aboutun/dudh.htm>

CONSEIL CONSTITUTIONNEL. Préambule de la Constitution Française de 1946 et article 1 de la Constitution de 1958. [visité le 13.02.2008], disponible sur internet :

<http://www.conseil-constitutionnel.fr/textes/p1946.htm>

PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE. Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Journal Officiel n°185 du 11 août 2004, p 14277. [visité le 10 juillet 2008], disponible sur Internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000787078&dateTexte>

PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE. Loi n° 99 - 641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle. Journal Officiel n°172 du 28 juillet 1999, p 11229

PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE. Loi n° 99 – 477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs. Journal Officiel n°132 du 10 juin 1999, p 8487

PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE. Loi n° 98 – 657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions. Journal Officiel n° 175 du 31 juillet 1998, p 11679

PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE. Loi n° 98 – 349 du 11 mai 1998 relative à l'entrée et au séjour des étrangers en France et au droit d'asile. Journal Officiel n°109 du 12 mai 1998, p 7087

PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE. Loi n°93 -1027 du 24 août 1993 relative à la maîtrise de l'immigration et aux conditions d'entrée, d'accueil et de séjour des étrangers en France. Journal Officiel n°200 du 29 août 1993, p 12196

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière. Journal Officiel n° 95 du 23 avril 2002, p 7187

PREMIER MINISTRE. Décret n° 95 – 1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale. Journal Officiel n° 209 du 8 septembre 1995, p 13305.

PREMIER MINISTRE. Décret n° 93 – 221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et des infirmières. Journal Officiel n°41 du 18 février 1993, p 2646

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE ET MINISTERE DE L'INTERIEUR. Arrêté du 8 juillet 1999 relatif aux conditions d'établissement des avis médicaux concernant les étrangers malades prévus à l'article 7-5 du décret n° 46 – 1574 du 30 juin 1946 modifié. Journal Officiel du 21 juillet 1999. Bulletin Officiel n° 99/29.

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS. Circulaire N° DGS/2007/430 du 07 décembre 2007 relative au programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS). Non parue au Journal Officiel

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS. Circulaire DGS/R12 n°2007-383 du 23 octobre 2007 relative à la politique nationale de prévention des infections par le VIH et les IST en direction des patients migrants/étrangers. Bulletin officiel N°2007-11, annonce N°69. [visité le 08.07.2008], disponible sur internet : <http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2007/07-11/a0110069.htm>

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Circulaire n°DHOS/F4/2007/200 du 15 mai 2007 relative à la facturation et au paiement des soins urgents délivrés en 2006 à des étrangers résidant en France de manière irrégulière et non bénéficiaires de l'Aide médicale d'Etat (Article L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles). Non parue au Journal Officiel

MINISTERE DE L'EMPLOI, DE LA COHESION SOCIALE ET DU LOGEMENT – MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Circulaire N°DGAS/DSS/DHOS/2005/407 du 27 septembre 2005 relative à l'aide médicale de l'Etat. Non parue au Journal Officiel

MINISTERE DE L'EMPLOI, DU TRAVAIL ET DE LA COHESION SOCIALE - MINISTERE DELEGUE A L'INTEGRATION, A L'EGALITE DES CHANCES ET A LA LUTTE CONTRE L'EXCLUSION – MINISTERE DES SOLIDARITES, DE LA SANTE ET DE LA FAMILLE. Circulaire DHOS/DSS/DGAS n°2005-141 du 16 mars 2005 relative à la prise en charge des soins urgents délivrés à des personnes étrangères résidant en France de manière irrégulière et non bénéficiaire de l'aide médicale de l'Etat (art. L 254-1 du code de l'action sociale et des familles, issu de l'art. 97 de la loi de finances rectificative pour 2003 du 30 décembre 2003). Bulletin Officiel n°2005-4 – annonce n°40

MINISTRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. SECRETAIRE D'ETAT A LA SANTE ET A L'ACTION SOCIALE. Circulaire DH/AF1 n° 05 – 960 du 25 mai 1999 relative à la mise en place des permanences d'accès aux soins de santé (PASS). Bulletin Officiel n°99/1 SP 3 313 45. [visite le 14.02.2008] disponible sur internet : <http://www.sante.gouv.fr:htm/pointsur/praps/346pr.htm>

DIRECTION DES HOPITAUX. DIRECTION GENERALE DE LA SANTE. DIRECTION DE L'ACTION SOCIALE. Circulaire DH/AF 1/DGS/SP2/DAS/RV3 n° 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. Bulletin officiel n° 99/1, SP 3 313 – 45. Bulletin Officiel n°99/1. [visité le 14.02.2008], disponible sur internet : <http://www.sante.gouv.fr:adm/dagpb/bo/1999/-99-01/a0010045.htm>

COMITE DES MINISTRES DU CONSEIL DE L'EUROPE. Recommandation n° R 2000-3 du 19 janvier 2000 sur le droit à la satisfaction des besoins matériels élémentaires des personnes en situation d'extrême précarité. RTDH 2000. 877-878. [visité le 13.02.2008], disponible sur internet : <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=3341851BackColorInternet>

Ouvrages :

BATIFOULIER P., GADREAU M., 2005, *Ethique médicale et politique de santé*, Paris : Economica, 219 p.

COMEDE. 2008, *Migrants/étrangers en situation précaire - prise en charge médico-psycho-sociale, guide pratique destiné aux professionnels*, Paris, 568 p.

FERIDA J.M., 2007, *L'horreur sécuritaire – les Trente Honteuses*, Paris : Editions Privé, 204 p.

HIRSCH E., 2006, *L'éthique au cœur des soins – un itinéraire philosophique*, Paris : Vuibert, 216 p.

LABAYE E. (coord.), 2004, *La FSU propose : Politique de santé – refonder la solidarité*, Paris : édition Syllepse et édition Nouveaux Regards, 142 p.

LE PEN C., SICARD D., 2004, *Santé, l'heure des choix*, Paris : Desclée de Brouwer, 290 p.

LORIOU M., 2002, *L'impossible politique de santé publique en France*, Ramonville Saint Agne : Erès, 159 p.

MABIALA GASCHY C. G., 2007, *La France et son immigration*, Paris : L'harmattan, 179 p.

SICARD D., 2006, *L'alibi éthique*, Paris : Plon, 238 p.

TISSON B., 2007, *Soins et cultures – formation des soignants à l'approche interculturelle*, Issy lès Moulineaux : Elsevier – Masson, 247 p.

Périodiques :

BOUCHAUD O., avril 2007, « Prise en charge des migrants en situation de précarité », *Revue trimestrielle du centre Laennec – Laennec santé médecine éthique*, tome 55, pp. 48 – 58

BREZOVSEK A., 2001, « L'accès aux soins des immigrés illégaux à Lyon : discrimination, analyse et recommandations », *Revue Migration Santé*, N° 107 2^{ème} trimestre, pp. 29 – 56

CARDE E., mars - avril 2007, « Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins », *la revue Société Française de Santé Publique*, volume n°19, n°2/2007, pp 99 – 109

CHARDIN C. 2001, « Accès aux droits sociaux et administratifs en France », *Revue Migration Santé*, N° 107 2^{ème} trimestre, pp. 57 – 72

CHAUDIEU E., avril 2006, « Travailler avec un public étranger », *La gazette Santé Social*, n°18, pp.18 – 26

DEVERS A., avril – juin 2001, « La protection de la santé de l'étranger en situation irrégulière », *Revue de Droit Sanitaire et Social*, 37^{ème} année, n° 2, pp. 241 - 263

EL MOUBARAKI M., 2001, « Précarité et santé », *Revue Migration Santé*, N° 107 2^{ème} trimestre, pp. 3 – 5

GREGG E., 2001, « La Précarité : un défi de santé publique », *Revue Migration Santé*, N° 107 2^{ème} trimestre, pp. 7 – 25

LANGLET M., ROUFF K., novembre 2007, « Dossier : Accès aux soins et précarité », *Lien Social – le forum social du jeudi*, n° 861, pp. 8 – 18

LORD PONSONBY, 2001, « Conditions sanitaires des migrants et des réfugiés en Europe », *Revue Migration Santé*, N° 107 2^{ème} trimestre, pp. 73 – 91

LORTHOLARY O., 2007, « Pathologies infectieuses et précarité en France », *Revue trimestrielle du centre Laennec – Laennec santé médecine éthique*, tome 55, n°4/2007, pp. 6 – 14

PIGANEAU K., novembre 2007, « Le comité d'éthique et l'austérité budgétaire à l'hôpital : Gare aux « choix tragiques » », *Le Quotidien du Médecin*, n° ??, p. ? [visité le 14.11.2007], disponible sur Internet :

<http://www.espacegeneraliste.info/Revue-de-presse-du-13-novembre>

SARAZIN I., LE BRIS M., MAEREL M.J., 28 septembre 2007, « Le difficile accès aux soins des sans-papiers : une incurie européenne, dénonce Médecins du monde », *Actualités Sociales Hebdomadaires*, n°2524, p 23 et p 51

VERSPIEREN P., BEAUFILS F., avril 2007, « Précarité et santé », *Revue trimestrielle du centre Laennec – Laennec santé médecine éthique*, tome 55, éditorial

Rapports :

PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE, PREMIER MINISTRE, MINISTRE DE LA SANTE , DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS. Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital, présidée par G. LARCHER. Juin 2008, 102 p.

Mémoires :

LAUNAY D., 1998, *Amélioration de l'accueil et de la prise en charge des patients d'origine étrangère : exemple des hôpitaux de Saint Denis*, mémoire de directeur d'hôpital, ENSP Rennes, 84 p.

Mémoire ENSP de Module Inter Professionnel (MIP), 2005, *L'impact des MIGAC sur les actions de santé publique*, ENSP Rennes, 60 p. [visité le 9.07.08], disponible sur Internet : <http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/Scripts/ShowA.bs?bqRef=345463>

Mémoire EHESP de Module Inter Professionnel (MIP) de santé publique, mai 2008, *Favoriser le partenariat pour mieux prendre en charge la souffrance psychique associée aux situations de précarité : Pourquoi ? Comment ?*, 30 p. plus annexes

Sites Internet :

ATTAC France. *Notion de service public et mission d'intérêt général, MIGAC ou part forfaitaire*, 2008. [visité le 9.07.2008], disponible sur internet : http://www.france.attac.org/spip.php?article6323#outil_sommaire_12

BIENVENUE AU SENAT. *L'accès des étrangers en situation irrégulière au système de santé - Etude de législation comparée n°160 – mars 2006*. [Visité le 6.06.2008], disponible sur Internet : http://www.senat.fr/lc/lc160/lc160_mono.html

BIENVENUE AU SENAT. *Pour une gestion responsable de l'hôpital, contribution de Mr AUTAIN F. rapport 2007*. [visité le 9.07.2008], disponible sur Internet : <http://www.senat.fr/rap/r07-403/r07-40323.htm>

CHAIGNON A. *L'asphyxie programmée des hôpitaux dénoncée*. L'Humanité du 15 avril 2008. [visité le 09.07.08], disponible sur Internet : <http://domikpcf.unblog.fr/2008/04/16/laxphyxie-programmee-des-hopitaux-denoncee/>

EL MOUBARAKI M. *Exclusion, discrimination, accès aux soins et aux droits des migrants*. Document sans nom. [visité le 08.07.2008], disponible sur internet : <http://www.unifr.ch/ipg/sitecrt/ARIC/XeCongres/auteurs/EIMoubaraki.htm>

Fédération Hospitalière de France, février 2008, *Hôpital : les missions d'intérêt général sacrifiées*, [visité le 10.07.2008], disponible sur internet : <http://www.fhf.fr/actualite/communiques-fiche.php?id=357>

Fiche de synthèse sur : *les études sur les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) menées par l'IGAS, l'ANAES, GRES-MEDIATION-SANTE – DHOS/E1/DW/Etudes PASS – 02-2004*. [visité le 12.07.2008], disponible sur Internet : <http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/pass/documents/synthese.pdf>

GRIMALDI A., TIMSIT J., *Hôpital entreprise contre hôpital public, une "contre réforme au nom de l'égalité des citoyens*, Le Monde diplomatique, septembre 2006. [visité le 9.07.08], disponible sur internet : <http://www.monde-diplomatique.fr/2006/09/GRIMALDI/13925>

HOPITAL. FR l'hôpital comment ça marche ? *Les dépenses de santé en France, la réforme de l'assurance maladie et la T2A*. [visité le 10.07.2008], disponible sur internet : http://www.hopital.fr/html/hopital/l_hopital_comment_ca_marche/le_fonctionnement_de_l_hopital/le_financement_de_l_hopital/index.html#article_0

MATTEI J.F. *L'hôpital entre le médicale et le social*, Revue Etudes, tome 407, juillet août 2007, pp 29 – 39. [visité le 08.07.08], disponible sur Internet : http://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=ETU_071_0029#

MEDECINS DU MONDE. *Impossibilité d'accès aux soins pour les étrangers en situation précaire à Mayotte : les associations interpellent la HALDE et la Défenseure des enfants*. Communiqué de presse du 22 février 2008. [visité le 30.03.2008], disponible sur Internet : http://www.medecinsdumonde.org/fr/communiques_de_presse.html

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS. Etablissements de santé – droits et accueil des usagers « organiser une permanence d'accès aux soins de santé – recommandations et indicateurs ». [visite le 12 juillet 2008], disponible sur Internet : http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/guides_recommandations/recommandations_pass.pdf

OBSERVATOIRE DU DROIT A LA SANTE DES ETRANGERS. *Projet de réforme du code de l'entrée, du séjour des étrangers et du droit d'asile – Etrangers malades ; analyse des modifications prévues par le gouvernement – version du 18 décembre 2005*. Analyse du projet de réforme de l'immigration – 27 janvier 2006. [visité le 30.03.2008], disponible sur Internet : <http://www.odse.eu.org>

RAYSSIGUIER Y., *Accès aux droits et inégalités sociales de santé : des savoirs pour l'action*, 6 février 2008, disponible sur base REAL, domaine Santé Publique – système de santé et de protection sociale, [visite le 20.02.2008] disponible sur Internet :

<http://www.ehesp.fr>

SIMONNOT N., direction générale de l'action humanitaire de Médecins du monde, *Migrants et VIH, l'accès aux soins des plus faibles remis en cause*, revue critique de l'actualité scientifique internationale sur le VIH et les virus des hépatites, n°114 février/mars 2004. [visité le 30.03.2008], disponible sur Internet :

http://www.pistes.fr:transcriptases:114_343.htm

SOCIETE FRANCAISE DE SANTE PUBLIQUE. Dossiers thématiques – VIH/SIDA, *L'accès des étrangers en situation irrégulière au système de santé*. [visité le 30.03.2008], disponible sur Internet : <http://www.sfsp.fr:dossiers.php?cdossier=1>

TESSIER B. *Hôpital public : sauve-qui-peut ! Actions traitements*, édito, IT 171 avril 2008, [visité le 08.07.08], disponible sur Internet :

<http://www.actions-traitements.org/spip.php?article1731>

Divers :

CIMADE. 2006, *Ni subie, ni choisie, 8 thèmes et 75 propositions pour une politique d'immigration lucide et réfléchie*, document 18 p. – non publié

CHAOUCHI S., CASU C., LEDESERT B., 2006, *Etat de santé et accès aux soins des migrants en France*, Rapport de l'Observatoire Régional de la Santé de Languedoc – Roussillon, janvier 2006, 74 p.

DRASS et A.R.H. de Haute Normandie. Mars 2006, *Cadre d'organisation et de fonctionnement – permanences d'accès aux soins de santé de Haute Normandie*, P.R.A.P.S. II 2004 – 2008.

SESSION INTER – ECOLES DE SERVICE PUBLIC, mars 2008, *L'administration française et l'union Européenne face à l'immigration clandestine : quelle politique mener ?*, dossier documentaire et interventions des différents intervenants de la session, Ecole Nationale des Douanes, Tourcoing du 3 au 7 mars 2008

Liste des annexes

ANNEXE N° 1 : Guide d'entretien semi directif

ANNEXE N° 2 : Répartition par structure des professionnels rencontrés

GUIDE D'ENTRETIEN POUR LE MEMOIRE

↳ Informations sur la personne rencontrée :

* Métier exercé :

* Tranche d'âge :

Moins de 30 ans 30 à 40 ans

40 à 50 ans plus de 50 ans

* Ancienneté de l'expérience professionnelle :

Moins de 10 ans de 10 à 20 ans

De 20 à 30 ans plus de 30 ans

↳ Premier temps :

S. LAVOISEY, directeur des soins stagiaire, actuellement en formation à l'EHESP.
Je travaille sur un mémoire ayant pour thème : l'accès aux soins des personnes étrangères en situation irrégulière et le recours aux PASS au sein d'un territoire de santé.

J'aimerais que vous m'expliquiez comment s'organise au sein de votre service (ou établissement) l'accès aux soins de cette population particulière ?

↳ Les thèmes à explorer : (à adapter selon l'interlocuteur rencontré)

- ✓ Modalités de communication / information sur les PASS auprès de cette population : supports de communication ? Canal de diffusion ? Quel est le mode d'arrivée au PAS des personnes concernées ? Comment ont-elles eu connaissance de la structure ? La communication avec les autres professionnels intra ou extra hospitaliers ? Position de la PASS dans l'organisation de l'hôpital ?

- ✓ Les relations partenariales au sein du territoire et positionnement des PASS : existe-t-il des réunions multi partenariales ? A l'initiative de qui ? Qui en assure la coordination ? La coordination entre les interlocuteurs du domaine sanitaire et du domaine social et repérage des PASS ? Comment se font les relais entre professionnels soignants et professionnels sociaux ?

- ✓ L'articulation entre services de police et services de santé : ont-ils un interlocuteur relais dans l'autre secteur ? Quelle connaissance ont-ils des contraintes de l'autre professionnel ? jusqu'où va le partage des informations pour assurer le relais en matière de prise en charge des soins ?

- ✓ Les difficultés budgétaires et les impératifs d'équilibre financier des hôpitaux : connaissent-ils le budget de fonctionnement des PASS ? Ont-ils des priorités en matière de prise en charge ? Les modalités d'accès aux couvertures sociales minimales ou d'urgence sont-elles bien connues et utilisées ? existe-t-il des difficultés pour la gestion de ces dossiers ?

- ✓ Contraintes budgétaires et accès aux soins de la population ciblée : des limites sont-elles apparues dans les pratiques ? D'autres pistes de financement sont-elles explorées ? Quelle articulation se fait entre la PASS et les services de facturation de l'hôpital ?

- ✓ Quel point non évoqué la personne souhaite-elle abordé ?

**REPARTITION DES PROFESSIONNELS RENCONTRES
SELON LES LIEUX ET LES METIERS**

Région →	Haute Normandie			Ile de France		Nord-Pas de Calais
Structures →	PASS 1	PASS 2	PASS 3	PASS 4	CRA A	CRA B
Métiers ↓						
DG / DGA			X	X		
DS			X	X X		
Médecins	X	X				
Cadres supérieurs de santé	X			X		
Infirmières	X	X	X	X	X	X
Assistantes Sociales	X	X	X			
Psychologue	X					
Lieutenant de police					X	X
Conseiller Technique Régional		X				