



**ENSP**

ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

**RENNES**

---

**Inspecteur des Affaires Sanitaires et Sociales**

**PROMOTION 1999 - 2001**

***DATE : 26, 27 et 28 février 2001***

---

# **LES PERMANENCES D'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ EN PICARDIE**

---

**Karine TROUVAIN**

# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>1</b>
<b>METHODOLOGIE .....</b>	<b>8</b>
<b>1 - CHAPITRE I : LES PASS, UNE PRIORITE REGIONALE DE SANTE PUBLIQUE, OUTILS ET METHODOLOGIE POUR LA DETERMINATION DE LA LOCALISATION DES PERMANENCES D'ACCES AUX SOINS DE SANTE .....</b>	<b>10</b>
<b>1.1 Détermination de l'emplacement géographique des permanences d'accès aux soins de santé : .....</b>	<b>12</b>
1.1.1 Les outils : .....	12
1.1.2 La méthodologie.....	14
1.1.2.1 La création du groupe projet.....	14
1.1.2.2 Le choix et la hiérarchisation des nouveaux projets : .....	15
1.1.2.3 Les permanences financées au titre de l'année 2000.....	16
<b>1.2 Le suivi du dispositif .....</b>	<b>17</b>
1.2.1 un tableau de bord national.....	17
1.2.2 Un groupe de travail « mission sociale de l'hôpital ».....	17
1.2.3 Le plan de contrôle et d'analyse de l'activité des établissements .....	18
<b>2 - CHAPITRE II : LES PERMANENCES D'ACCES AUX SOINS DE SANTE, UNE MISE EN ŒUVRE HETEROGENE ET DIFFICILE .....</b>	<b>19</b>
<b>2.1 UN ENGAGEMENT DES ETABLISSEMENTS VARIABLE : D'UNE LONGUE REFLEXION SUR L'ACCES AUX SOINS A UNE REPONSE A UN APPEL A PROJET</b>	<b>19</b>
2.1.1 Une permanence d'accès aux soins de santé anticipée: l'expérience du centre hospitalier de Beauvais .....	20
2.1.2 Des réflexions engagées mais des premiers projets non réalisés .....	22
2.1.3 Investissement dans le projet, une opportunité : Hirson et Guise.....	23
<b>2.2 UNE MISE EN ŒUVRE QUI PRESENTE QUELQUES FAIBLESSES .....</b>	<b>24</b>
2.2.1 Une absence de réelle définition des permanences d'accès aux soins de santé .....	24
2.2.1.1 Une définition qui manque de clarté .....	25
2.2.1.2 Une mutation culturelle difficile à réalisée .....	25
2.2.2 L'absence de réalisation d'une analyse des besoins .....	26
2.2.3 Faiblesse du partenariat lors de la constitution du projet.....	27

<b>2.3</b>	<b>..... PARCE QU'ELLE SE HEURTE A DE MULTIPLES DIFFICULTES .....</b>	<b>27</b>
2.3.1	Appel à projet, travail en réseau et méthodologie : .....	28
2.3.1.1	Un calendrier trop restreint .....	28
2.3.1.2	Peu d'anticipation de la part des établissements.....	28
2.3.1.3	Des difficultés méthodologiques .....	29
2.3.2	Des difficultés de communication .....	29
2.3.3	La possible concurrence avec d'autres dispositifs .....	30
2.3.4	Un investissement variable des services déconcentrés .....	31
2.3.4.1	La multiplication des intervenants dans les services déconcentrés : un manque de lisibilité .....	31
2.3.4.2	Des investissements différenciés d'un département à l'autre.....	32
2.3.4.3	Des difficultés structurelles .....	32
2.3.5	Des problèmes structurels de recrutement de personnel hospitalier.....	33
<b>3</b>	<b>- CHAPITRE III : FONCTIONNEMENT DES PASS EN PICARDIE, MODES D'ORGANISATION, PLACE AU SEIN DES ETABLISSEMENTS, DIFFICULTES ET PARTENARIAT .....</b>	<b>34</b>
<b>3.1</b>	<b>LES PERMANENCES D'ACCES AUX SOINS DE SANTE AU SEIN DE L'HOPITAL .....</b>	<b>35</b>
3.1.1	Deux grands modes d'organisation .....	35
3.1.1.1	Des dispositifs généraux.....	35
3.1.1.2	Des consultations hospitalières avancées médico-sociales .....	37
3.1.2	Des personnels qui apportent un plus .....	39
3.1.2.1	L'accompagnateur social.....	39
3.1.2.2	La psychologue .....	40
3.1.3	La place de la PASS au sein de l'hôpital .....	40
3.1.3.1	Un manque de visibilité.....	40
3.1.3.2	L'intégration de la problématique de la précarité dans les projets d'établissement .....	41
3.1.3.3	La coordination avec des projets parallèles : .....	41
<b>3.2</b>	<b>DIFFICULTES ET RETICENCES .....</b>	<b>42</b>
3.2.1	une difficulté conjoncturelle : la méconnaissance de la convention relative à la délivrance gratuite de médicaments et de soins externes .....	42
3.2.2	une difficulté commune : le « repérage » des personnes en situation de précarité et l'éthique.....	42
3.2.3	Des difficultés d'accès aux soins .....	44
3.2.4	des difficultés « culturelles » .....	44

<b>3.3</b>	<b>DES RELATIONS PARTENARIALES.....</b>	<b>45</b>
3.3.1	De la ville vers l'hôpital, l'entrée des associations et des institutions dans les établissements.....	45
3.3.2	De l'hôpital vers la ville : le développement des réseaux.....	46
3.3.3	Une difficulté commune : trouver la place et le rôle de chacun .....	46
<b>4</b>	<b>- CHAPITRE IV : COMMENTAIRES ET PROPOSITIONS.....</b>	<b>48</b>
<b>4.1</b>	<b>INTERETS DU DISPOSITIF .....</b>	<b>48</b>
4.1.1	De l'accès aux droits à l'accès aux soins .....	48
4.1.2	Une révolution culturelle.....	49
<b>4.2</b>	<b>PROPOSITIONS .....</b>	<b>50</b>
4.2.1	Mission sociale de l'hôpital et permanences d'accès aux soins de santé.....	50
4.2.2	Diffusion de l'information.....	50
4.2.3	Mobilisation des partenariats .....	51
4.2.4	Investir le champ de l'évaluation.....	52
4.2.5	Encourager le développement des formations .....	53
4.2.6	Favoriser les liens avec les médecins libéraux .....	53
4.2.7	Améliorer la visibilité de la PASS.....	54
4.2.8	Favoriser les liaisons avec la psychiatrie.....	54
4.2.9	Redéfinir le champ de la convention relative à la délivrance gratuite de soins externes et de médicaments .....	54
4.2.10	Au niveau national :.....	55
	<b>CONCLUSION .....</b>	<b>56</b>
	<b>LISTE DES ABREVIATIONS.....</b>	<b>57</b>
	<b>LISTE DES ANNEXES .....</b>	<b>64</b>

## INTRODUCTION

Dans son avis adopté le 11 février 1998, le Haut Comité de Santé Publique (HCSP) estimait que le phénomène de précarisation touchait de « 20 à 25% de la population totale vivant en France soit de 12 à 15 millions de personnes ».<sup>1</sup>

Dans nos pays industrialisés, la pauvreté a longtemps été perçue comme un effet mal maîtrisé et transitoire de la croissance économique. L'euphorie de l'après guerre est cependant déjà marquée par des signes montrant les difficultés d'une population laissée à l'écart de la croissance. L'appel au secours de l'Abbé Pierre en 1954 puis l'action du Père Joseph Wresinski dès 1957 mettent à jour le dénuement de nombreuses personnes.

C'est au début des années quatre vingt que l'on redécouvre la pauvreté. Beaucoup d'individus, alors touchés par le chômage et progressivement exclus, entrent dans la catégorie des « nouveaux pauvres ». Une évolution sémantique a lieu au même moment, on parle alors de précarité, notion difficile à cerner avec précision car multidimensionnelle. Dans son rapport *Grande Pauvreté et Précarité économique et sociale* remis au Conseil Economique et Social en 1987, le Père Wresinski la définissait comme « l'absence d'une ou plusieurs sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux. La précarité conduit à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même dans un avenir prévisible. » Cette définition a été reprise par le HCSP. La précarité est un processus dynamique multifactoriel et éventuellement réversible où le cumul des différents handicaps est susceptible de plonger l'individu dans une pauvreté effective. Isabelle Parizot,

---

<sup>1</sup> Haut comité de la Santé Publique, *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*, éditions ENSP, février 1998, p X.

sociologue, souligne que les personnes touchées par la précarité « ne forment pas une communauté sociale, ni même un groupe statistique saisissable par des critères socio-économiques traditionnels. Elles sont confrontées à un ensemble hétérogène de situations instables, génératrices de difficultés diverses . »<sup>2</sup> Leurs situations se caractérisent bien souvent par des phénomènes de ruptures : chômage, perte du logement, ruptures familiales, surendettement, fins de droit, échec scolaire, toxicomanie, ... phénomènes qui peuvent toucher n'importe quel individu.

Or les processus de précarisation sociale vont de pair avec une dégradation de l'état de santé. Le HCSP souligne dans son rapport que cet état de fait est un problème majeur de santé publique. En effet la dégradation de l'état de santé d'une partie de la population pourrait entraîner la dégradation de l'état de santé de toute la population ; le HCSP définissant la santé selon les termes de l'Organisation Mondiale de la Santé comme « un état de complet bien être physique, mental et social ». La Charte d'Ottawa affirme de plus qu' « une bonne santé est une ressource majeure pour le progrès social, économique et individuel, tout en constituant un aspect important de la qualité de la vie. Les facteurs politiques, économiques, sociaux, culturels, environnementaux, comportementaux et biologiques peuvent tous intervenir en faveur ou au détriment de la santé. »

Ainsi en 1996, une étude du CREDES sur la santé et la protection sociale montre que 48.8% des chômeurs ont renoncé aux soins à cause de l'insuffisance des taux de remboursement ou de leur impossibilité à faire l'avance des frais. En 1999, malgré un fléchissement des chiffres, le CREDES aboutit toujours aux mêmes conclusions : 30% des chômeurs ont renoncé à des soins pour des raisons financières. Les femmes, les jeunes et les personnes en situation précaire sont particulièrement touchés par le phénomène. En 1998, un français sur sept n'a pu se soigner par manque d'argent.<sup>3</sup>

Face à ces difficultés, l'hôpital et en particulier les services d'urgence deviennent trop souvent la seule possibilité d'accueil et l'unique porte d'entrée vers les soins. L'hôpital constitue alors un recours pour toute personne précarisée qui n'a pas, pour divers motifs, la possibilité de consulter un médecin de ville.

---

<sup>2</sup> Isabelle Parizot, Trajectoires sociales et modes de relations aux structures sanitaires, dans *Précarité et Santé* de Jaques Lebas et Pierre Chauvin, Flammarion, avril 1998, p 33.

<sup>3</sup> Paul Benkimoun, Le renoncement aux soins médicaux, *Le Monde*, 18 décembre 1999.

Le rôle social de l'hôpital a été progressivement érudé au cours du XX ème siècle. Si la vocation historiquement première de l'hôpital était l'accueil et l'hébergement des pauvres, des invalides et des indigents, il est progressivement devenu un lieu de technologie et de spécialités. Cette évolution est illustrée par la création en 1958 de l'hôpital universitaire chargé de trois missions : le soin, l'enseignement et la recherche. Il a fallu des années pour que l'hôpital investisse à nouveau sa mission sociale. Ainsi depuis 1988, plusieurs circulaires<sup>4</sup> ainsi que la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière ont rappelé aux établissements assurant un service public leur obligation de garantir « l'égal accès de tous aux soins qu'ils dispensent. Ils sont ouverts à toutes les personnes dont l'état requiert leurs services (...) et tout particulièrement aux démunis pour lesquels le service public hospitalier est le seul recours ».<sup>5</sup>

Enfin la mission sociale de l'hôpital a été réaffirmée par la loi du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions (LCE) qui insère un 7<sup>ème</sup> alinéa à l'article L 711.3 du Code de la Santé Publique (CSP) selon lequel le service public hospitalier concourt « à la lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion, dans une dynamique de réseaux ». De plus, la loi complète également l'article L 711.4 en précisant que les établissements doivent s'assurer « qu'à l'issue de leur admission ou de leur hébergement, tous les patients disposent des conditions d'existence nécessaires à la poursuite de leur traitement. A cette fin, ils orientent les patients sortants, ne disposant pas de telles conditions d'existence, vers des structures prenant en compte la précarité de leur situation ». Enfin le nouvel article L711.7.1 du Code de la Santé Publique dispose que : « Dans le cadre des programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) (...) les établissements publics de santé et les établissements de santé privés participant au service public hospitalier mettent en place les permanences d'accès aux soins de santé, qui comprennent notamment des permanences d'orthogénie adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits .»

La permanence d'accès aux soins de santé (PASS) n'est ni une idée nouvelle, ni une pratique nouvelle. Sa création découle de diverses expériences locales mises en œuvre

---

<sup>4</sup> Circulaires : du 8 janvier 1988, n°33.93 du 17 septembre 1993, n°95.08 du 21 mars 1995.

<sup>5</sup> Circulaire DH/AF1/DAS/RV3 n°33.93 du 17 septembre 1993 relative à l'accès aux soins des personnes les plus démunies.

depuis plusieurs années et concomitantes avec l'émergence des SAMU sociaux. En effet, différents textes ont déjà précédemment mis en évidence l'importance de l'hôpital en tant que lieu de repérage et de prise en charge des populations en situation de précarité. L'hospitalisation ou la consultation est un moment de fragilité propice à l'établissement d'un contact privilégié avec une personne. En cas de besoin, cela peut permettre l'amorce d'une prise en charge globale d'une personne en situation de précarité.

Les circulaires de 1993 et 1995, précitées, prévoyaient la mise en place dans les locaux hospitaliers de cellules d'accueil spécialisées pouvant aider les personnes à faire valoir leurs droits. Seuls une centaine d'établissements, sur tout le territoire, avaient à l'époque créé de telles permanences. D'autre part, ces circulaires invitaient également les établissements à conclure avec l'état une convention permettant la délivrance gratuite de soins en consultations externes et de produits pharmaceutiques.

En février 1998, le rapport de Jacques Lebas *A l'épreuve de la précarité, une certaine idée de l'hôpital* propose la généralisation de tels dispositifs ainsi que le développement de consultations de médecine générale sans rendez-vous et à horaires élargis dans les établissements de santé. Cependant la création de ces permanences ne doit pas avoir pour conséquence la création au sein de l'hôpital d'une filière spécifique mais de permettre aux plus démunis d'avoir accès aux soins dans les mêmes conditions que l'ensemble de la population.

Créées par la Loi de lutte contre les exclusions, les PASS ont été définies dans la circulaire du 17 décembre 1998<sup>6</sup>: Les PASS sont définies comme « des cellules de prise en charge médico-sociale qui doivent faciliter l'accès des personnes démunies non seulement au système hospitalier, mais aussi aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social. Elles ont aussi pour fonction de les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits, notamment en matière de couverture sociale. Elles doivent également répondre à toutes demandes des jeunes femmes démunies qui sont à la recherche de mesures de prévention en matière de contraception ou d'interruption volontaire de grossesse ou d'accueil pour leur enfant ».

---

<sup>6</sup> CirculaireDH/AF1/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 hospitalier et à l'accès aux soins des personnes les plus démunies.



L'objectif poursuivi par la mise en place d'un tel dispositif est « la mise en réseau des professionnels du champ sanitaire et social, hospitalier, libéral ainsi que les professionnels chargés de l'insertion afin d'offrir aux populations des lieux visibles d'accueil, d'information, de prévention, d'orientation et de soins », ces cinq derniers points constituant les cinq grandes missions des permanences d'accès aux soins de santé.

Enfin, la LCE et la circulaire confirment le dispositif de convention relatif à la prise en charge des consultations externes, des actes diagnostiques et thérapeutiques ainsi que des traitements qui sont délivrés gratuitement aux personnes en situation de précarité. Cependant le recours à ces conventions doit être exceptionnel. Elles s'adressent uniquement aux personnes résidant habituellement en France sans y posséder ni domicile fixe, ni résidence stable. Elles couvrent les actes médicaux courants, les actes de radiologie ou de biologie et les produits pharmaceutiques. Ces actes sont en totalité remboursés au titre de l'aide médicale état.

Second volet majeur de la lutte contre les exclusions, la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création de la couverture maladie universelle (CMU), vient compléter les dispositions déjà adoptées par le LCE. Composée de deux "étages", elle vise à garantir l'accès effectif à l'assurance maladie de base d'une part et d'assurer une couverture complémentaire d'autre part. Sa mise en œuvre, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2000, devrait permettre de faciliter l'accès aux droits de près de six millions de personnes.

La montée en charge des PASS était prévue sur trois ans. 250 PASS devaient être installées fin 1999 et 50 nouvelles permanences devaient être créées en 2000. La Picardie ne disposait en 1998 d'aucune PASS, elle compte aujourd'hui douze dispositifs d'accès aux soins de santé. Ces dispositifs sont tous installés dans des établissements publics de santé.

⇒ Le département de la Somme compte trois dispositifs :

- Au centre hospitalier d'Abbeville
- Au centre hospitalier de Péronne
- Au Centre Hospitalier Universitaire d'Amiens.

⇒ Il y a quatre dispositifs dans le département de l'Oise :

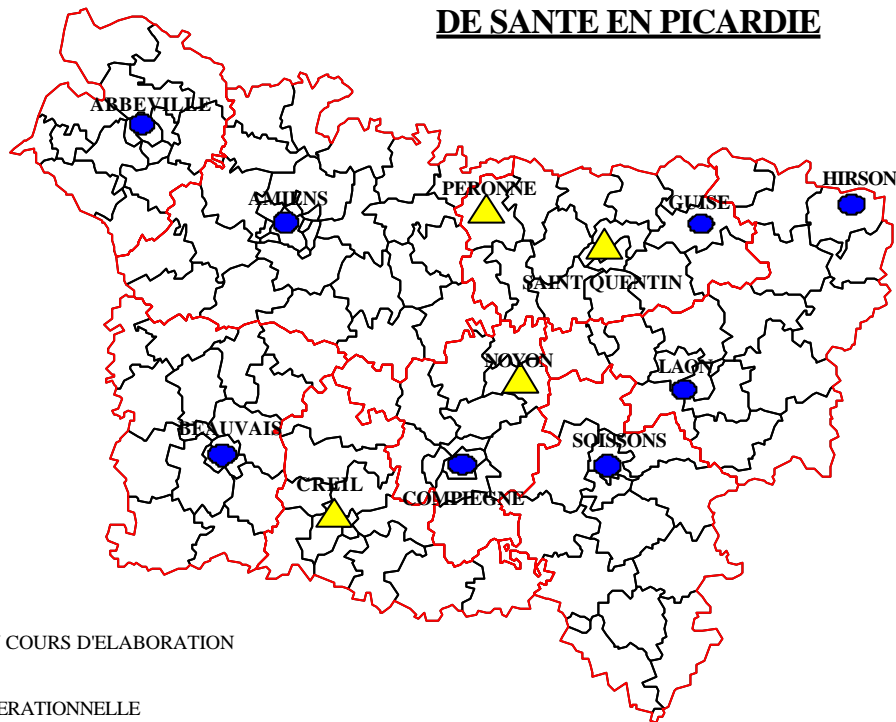
- Au centre hospitalier de Beauvais
- Au centre hospitalier de Creil
- Au centre hospitalier de Compiègne

- Au centre hospitalier de Noyon.

⇒ Enfin l'Aisne totalise cinq dispositifs :

- Au centre hospitalier de Laon
- Au centre hospitalier de Saint-Quentin
- Au centre hospitalier de Soissons
- Au centre hospitalier d'Hirson
- Au centre hospitalier de Guise.

### PERMANENCES D'ACCES AUX SOINS DE SANTE EN PICARDIE



**Légende :**

- ▲ PASS EN COURS D'ELABORATION
- PASS OPERATIONNELLE
- LIMITES DES SECTEURS SANITAIRES

A l'heure actuelle, seuls deux dispositifs fonctionnent depuis plus d'une année : Beauvais et Hirson. Quatre dispositifs sont financés mais ne sont pas encore opérationnels : Creil, Saint-Quentin, Noyon et Péronne. Enfin, les six autres dispositifs ont été mis en œuvre au cours de l'année 2000.

L'objet de ce mémoire est dans un premier temps de recenser les différentes permanences d'accès aux soins de santé de la région et d'analyser comment leur

emplacement géographique a été déterminé (chapitre I). Il s'agira ensuite d'analyser les conditions de leur mise en place (chapitre II) et leurs modes de fonctionnement (chapitre III) avant d'évaluer la pertinence du dispositif et de formuler des propositions (chapitre IV). Parallèlement, tout au long du mémoire, une attention particulière sera portée sur le rôle de la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) et des Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) dans la mise en œuvre et le fonctionnement des permanences d'accès aux soins de santé.

## METHODOLOGIE

Le thème de ce mémoire et ses grands axes de développement ont été choisis en collaboration avec la DRASS de Picardie où j'avais participé lors d'un précédent stage à la rédaction du programme régional d'accès aux soins de santé (PRAPS) adopté le 16 mars 2000 et à la mise en œuvre de la couverture maladie universelle (CMU). Le développement des permanences d'accès aux soins de santé constitue en Picardie un point important du PRAPS. Il nous est alors apparu opportun, dans ce cadre, d'établir un panorama des dispositifs existants et de pouvoir comparer les modalités de leur mise en place et de leurs modes de fonctionnement afin de tenter d'établir un protocole visant à faciliter la mise en place et le développement de nouvelles permanences.

La méthodologie pour réaliser ce travail repose sur trois grands axes :

- Une recherche bibliographique et documentaire
- Un recueil des données
- L'observation directe d'une PASS

⇒ Tout d'abord, il s'agissait d'effectuer **une recherche bibliographique et documentaire**<sup>7</sup>. Celle-ci s'est déroulée pour la plus grande partie à l'Ecole Nationale de la Santé Publique.

La première étape consistait à rassembler tous les textes législatifs et réglementaires concernant l'accès aux soins des plus démunis en général, la mission sociale des établissements de santé et les permanences d'accès aux soins de santé en particulier.

La seconde étape consistait à réunir les rapports, mémoires, ouvrages et articles concernant ces sujets. Cette documentation s'est notamment appuyée sur le dossier PRAPS disponible sur Intranet, sur le rapport de Jacques Lebas de 1998 et sur le rapport de la mission PASS publié en mai 2000 ainsi que sur les mémoires réalisés pour l'ENSP par

---

<sup>7</sup> Cf. bibliographie.

des élèves des promotions d'Inspecteur des Affaires Sanitaires et Sociales et de Directeur d'Hôpitaux.

Cette recherche documentaire a ensuite été complétée sur place par la lecture et le recueil des documents locaux tels que le PRAPS, les programmes régionaux de santé (PRS), le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) ou les projets d'établissement des centres hospitaliers concernés par les PASS.

⇒ En Picardie, **le recueil des données** s'est déroulé en deux étapes :

La première consistait à envoyer dans chaque établissement, au moment de la prise de rendez-vous avec les responsables de la permanence, un document expliquant le but du mémoire et un résumé du guide d'entretien afin de leur permettre de connaître les grandes orientations de notre entretien.

Les entretiens ont constitué la seconde étape du recueil des informations. Ils se sont déroulés dans les différents établissements en présence des principaux responsables de chaque permanence sur la base d'un guide. Ce guide<sup>8</sup> et son résumé ont été élaborés en collaboration avec des professionnels des services déconcentrés du ministère de l'emploi et de la solidarité.

Des entretiens avec les inspecteurs et les médecins concernés par les PASS dans les trois DDASS et à la DRASS ont également eu lieu.

⇒ Enfin, à l'occasion d'un stage d'une semaine en établissement de santé, **une observation directe** du fonctionnement d'une permanence d'accès aux soins de santé a pu être réalisée.

---

<sup>8</sup> Cf. annexe n° 1.

# **1 - CHAPITRE I : LES PASS, UNE PRIORITE REGIONALE DE SANTE PUBLIQUE, OUTILS ET METHODOLOGIE POUR LA DETERMINATION DE LA LOCALISATION DES PERMANENCES D'ACCES AUX SOINS DE SANTE**

En Picardie , la problématique de la précarité et de l'accès aux soins des personnes démunies, bien qu'elle n'est pas fait l'objet d'un programme régional de santé (PRS) comme dans d'autres régions, est depuis plusieurs années une thématique de réflexion des différents acteurs locaux.

Ainsi dès 1996, une enquête réalisée auprès d'experts de chaque département dans le cadre de la préparation de la première conférence régionale de la santé (CRS) montrait que la pauvreté et la précarité des conditions de vie étaient identifiées comme un déterminant primordial de la santé.<sup>9</sup> L'année suivante, suite aux travaux de la deuxième CRS et notamment à l'exposé relatif au Schéma Départemental d'Accès aux Soins pour les plus démunis réalisé dans la Somme et la présentation du dispositif Accueil Hôpital Solidarité par le centre hospitalier de Beauvais, le jury notait déjà dans ses conclusions la nécessité de poursuivre le travail de recherche de solutions d'urgence face à la précarité pour permettre un meilleur accès aux soins et la nécessité de travailler en commun et de coordonner les actions. En 1999, la thématique santé-précarité et les permanences d'accès aux soins de santé sont à nouveau évoquées à la CRS dans le cadre des débats sur le PRAPS. En cette matière, le jury insiste dans sa conclusion sur la nécessaire sensibilisation de la population, sur un soutien accru à la formation, au développement de réseaux et à la poursuite du décloisonnement entre les acteurs ainsi que sur l'amélioration des communications vers les professionnels. La conférence du 13 décembre prochain devrait poursuivre ses travaux sur cette thématique.

---

<sup>9</sup> Taux de reconnaissance de la pauvreté – précarité comme déterminant primordial de santé dans les départements : Aisne 47%, Oise 41%, Somme 47%.

L'implication des différents acteurs locaux face à cette problématique s'est également fortement exprimée lors des travaux qui ont déterminé les grands axes d'orientation du PRAPS. Conformément à la LCE, les groupes projets ont fait de la nécessité de développer les permanences d'accès aux soins de santé un objectif stratégique indispensable à la réussite de la première des grandes orientations du PRAPS, à savoir : *Favoriser l'accès aux droits et aux soins des personnes en situation de pauvreté-précarité*. L'accès aux soins constitue également un des grands volets du SROS de Picardie.<sup>10</sup>

Enfin, de part la nature de leurs missions, les DDASS et la DRASS de Picardie sont fortement impliquées dans la mise en œuvre de la loi de lutte contre les exclusions et notamment dans le pilotage et la mise en œuvre du programme régional d'accès à la prévention et aux soins. Concernant les permanences, la Charte des objectifs régionaux et interdépartementaux (CORI) des services sanitaires et sociaux de Picardie fait apparaître « *l'élaboration du schéma régional des PASS dans les hôpitaux* » comme un objectif prioritaire pour les années 2000 à 2002. Au confluent entre le sanitaire et le social cet objectif apparaît d'ailleurs deux fois dans la CORI. En effet cet objectif est à la fois un des points relatifs au pilotage de la politique régionale de santé et un des points relatifs à l'optimisation de la coordination des actions de lutte contre les exclusions. La CORI précise également que la réalisation de cet objectif doit se faire dans le cadre du réseau ARH.

En effet la circulaire du 17 décembre 1998 stipule que « dans le cadre des PRAPS les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation déterminent dans quels établissements de santé participant au service public hospitalier seront installées les PASS. » C'est donc à l'ARH que revient d'établir la liste des établissements susceptibles d'accueillir une PASS. La circulaire précise cependant qu'il convient de tenir compte des cellules d'accueil des plus démunis installées avant le 1<sup>er</sup> janvier 1999 afin de leur assurer une prise en charge financière pérenne. Cette disposition ne concernait aucun établissement en Picardie puisque le seul dispositif alors existant, au centre hospitalier de Beauvais, n'était pas financé sur des crédits sécurité sociale mais relevait d'un financement contrat de ville.

---

<sup>10</sup> Cf. Annexe n°7.

## 1.1 DÉTERMINATION DE L'EMPLACEMENT GÉOGRAPHIQUE DES PERMANENCES D'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ :

Afin de déterminer les établissements où pouvaient être installées des PASS, le réseau ARH aurait pu s'appuyer sur différents outils.

### 1.1.1 Les outils :

Tout d'abord concernant le recueil des principales données épidémiologiques de Picardie, la région peut s'appuyer sur l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) qui publie régulièrement un recueil retraçant les situations épidémiologiques dans les huit secteurs sanitaires de la région<sup>11</sup>.

Ainsi les analyses effectuées par l'ORS de Picardie montrent que en 1996 plus de 9000 familles et personnes seules ont été accueillies par le Secours populaire et le Secours Catholique est venu en aide à plus de 18 500 familles. Les deux centres régionaux d'examen de santé de l'assurance maladie ont reçu 17 016 personnes en 1996 dont 2 644 personnes en situation de précarité. On observe également que pour la période de 1993-96 le taux de mortalité général de la population picarde est significativement supérieure à celui de la population française, il en est de même pour la mortalité par maladies cardiovasculaires.

Concernant l'ensemble des données sociales, la région dispose d'un Observatoire Social Picard (OSP) et de la publication annuelle du Croisement d'Informations Régionalisées (CIR) réalisé conjointement par la DRASS et les CPAM, CAF, URSSAF, MSA et CMR de Picardie. Le CIR est un recueil d'informations déclinées par canton. Il permet donc une analyse relativement fine des différents bassins de vie picards. Il recense notamment pour chaque canton les bénéficiaires des prestations familiales et des minima sociaux, la densité des différents professionnels de santé (médecins généralistes, spécialistes, dentistes, sages femmes, auxiliaires médicaux, laboratoires et pharmacies) ainsi que le taux de consommation de soins et les dépenses réalisées par grand type d'actes

---

<sup>11</sup> ORS, *La santé observée par secteur sanitaire en Picardie*, mise à jour 1999, ORS – ARH – Ministère de l'emploi et de la solidarité



(consultations, visites, radiologie, biologie, ...). Les mêmes informations sont ensuite synthétisées pour chaque département puis pour l'ensemble de la région.

Ainsi au 1<sup>er</sup> janvier 1998, la Picardie comptait par exemple 25 888 bénéficiaires du RMI dont 25% âgé de 25 à 29 ans, 21 772 allocataires de AAH et 6 195 allocataires de l'API. En tenant compte de la composition familiale, ces dernières prestations concernaient en fait 34 516 personnes pour AAH soit 2% de la population Picarde alors qu'en France cette proportion n'est que de 1% et 16 855 personnes pour API, là encore avec un taux nettement supérieur à la moyenne nationale. Elle comptait également pour 100 000 habitants, 91 médecins généralistes, 56 spécialistes, 42 dentistes et 1 sage-femme alors que la densité nationale est de 111 pour les médecins généralistes, 87 pour les spécialistes, 64 pour les dentistes.

Enfin, en 1999 dans le cadre du PRAPS une étude « Territoires, Santé, Précarité » a été réalisée par le CRESGE<sup>12</sup> en collaboration avec l'OSP. Cette analyse fondée sur une démarche diagnostique avait pour but « de décrire des zones d'intervention comportant des orientations concrètes et évaluables pour la mise en œuvre d'actions spécifiques dans le cadre du PRAPS. »<sup>13</sup>

Ensuite le réseau pouvait également s'appuyer sur les travaux qui existaient déjà tels que le schéma départemental d'accès aux soins de la Somme ou sur les travaux préparatoires du schéma régional d'organisation sanitaire, notamment dans son volet concernant les urgences. En effet, un groupe de travail régional avait alors proposé de doter chaque service d'urgence (SAU ou UPATOU) « d'un dispositif interne spécifique et adapté reposant sur une complémentarité – équipe médicale, équipe soignante, travailleur social et personnel administratif » en accord avec les propositions qui avaient été formulées en mars 1998 lors du forum national sur les urgences. La circulaire du 17 décembre 1998 précise par ailleurs que les PASS « pourront être situées à proximité ou dans le service d'urgence pour lesquels elles serviront de relais. » Ce dernier point a déterminé les premières orientations de la région. En effet, en mai 1999 le directeur de l'ARH propose de doter la région de 18 permanences et précise que « dans cette perspective, les établissements de santé pivots implantés dans les huit secteurs sanitaires, dont le CHU d'Amiens, seraient en priorité équipés de PASS, puis dans un second temps, les autres établissements de santé ayant

---

<sup>12</sup> centre de recherche économique, sociologique et de gestion

<sup>13</sup> PRAPS Picardie, L'état des lieux régional, p14.

pour vocation d'accueillir des urgences, dans le cadre du schéma régional relatif à cette activité, seraient à leur tour pourvus. »<sup>14</sup>

### 1.1.2 La méthodologie

Ces premiers choix n'ont pas posé de difficultés. Les orientations de la région ont été acceptées par l'administration centrale et la Picardie a reçu les crédits fin juillet 1999 pour financer les huit premières permanences au titre de l'exercice 1999. Le principe de l'affectation de ces crédits aux hôpitaux pivots a reçu un avis favorable de la commission exécutive de l'ARH le 12 octobre 1999. Parallèlement à la définition de ces premières orientations, le travail consistait également à déterminer les suites à donner au dossier, notamment en terme de planification, de programmation et d'évaluation.

#### 1.1.2.1 La création du groupe projet

La première étape a donc été la création d'une « mission PASS » à l'initiative de l'ARH. Elle a été confiée à un inspecteur de la DRASS en juillet 1999. La lettre de mission portait alors sur quatre objectifs essentiels :

- préparer un programme pluri-annuel de mise en place des PASS dans les établissements de santé de Picardie. (octobre 1999)
- Finaliser les dossiers déjà présentés par les huit établissements pour 1999 afin de s'assurer qu'ils répondent bien aux missions dévolues aux PASS. (septembre 1999)
- Proposer des critères de répartitions des enveloppes susceptibles d'être affectées à la création des permanences
- Mettre en place leur évaluation sur la base de la circulaire du 25 mai 1999 relative aux PASS et préparer le bilan.

Afin de répondre aux deux premiers objectifs, en août 1999 la DRASS a transmis aux DDASS deux « fiches projet » à faire compléter par les établissements. La première concernait uniquement les établissements pivots afin de finaliser les dossiers déjà présentés

---

<sup>14</sup> Lettre du 18 mai 1999, du DARH de Picardie à Madame la Ministre de l'emploi et de la solidarité, direction des hôpitaux .

au titre de 1999 ; elle devait être impérativement complétée pour le 15 septembre 1999. La seconde devait être adressée aux autres établissements assurant le service public hospitalier afin de les inviter à déposer un dossier dans le cadre d'un programme pluri-annuel de mise en place des PASS. Les dossiers et les fiches dûment complétées devaient être adressés à la DRASS pour le 30 septembre et permettre ainsi la réunion rapide d'un groupe de travail.

Le groupe mis en place en septembre, était dès l'origine composé d'un représentant de chaque DDASS ( les inspecteurs chargés des établissements de santé), de deux représentants de la DRASS (médecin et inspecteur) et d'un représentant de l'ARH. Aucun membre d'un pôle social d'une DDASS ou de la DRASS n'a participé à ce groupe. L'essentiel de leur travail a été la détermination d'une hiérarchisation par département des projets reçus.

#### 1.1.2.2 Le choix et la hiérarchisation des nouveaux projets :

Suite à l'appel à projet lancé en août, 20 établissements ont répondu et renvoyé la fiche éventuellement accompagnée d'un projet de permanence d'accès aux soins de santé. Le groupe s'est alors réuni et a procédé à une première évaluation des dossiers. Après avoir étudié les 17 projets adressés par les promoteurs, le groupe de travail a établi les priorités départementales en tenant compte des éléments sociaux des bassins de vie connus des membres du groupe. Les dix projets suivants ont donc été retenus en octobre 1999 :

- Aisne :
  - ⇒ Chauny
  - ⇒ Hirson,
  - ⇒ Guise
  - ⇒ Château-Thierry
  
- Oise :
  - ⇒ Noyon
  - ⇒ Méru
  - ⇒ Clermont-de-l'Oise
  - ⇒ Senlis
  
- Somme :
  - ⇒ Montdidier
  - ⇒ Doullens

⇒ Péronne

A ce stade, le groupe n'avait pas voulu établir une hiérarchisation des demandes retenues. Afin d'en établir éventuellement une, le groupe de travail avait alors décidé de recueillir auprès des pôles sociaux des DDASS les éléments suivants pour chaque bassin de vie :

- ⇒ le taux de chômage
- ⇒ le nombre de personnes percevant le RMI et d'autres minima sociaux
- ⇒ le nombre de jeunes âgés de 18 à 25 ans
- ⇒ les indicateurs concernant : l'alcoolisme, les toxicomanies, les tentatives de suicide
- ⇒ le taux de personnes immigrées
- ⇒ le nombre d'IVG
- ⇒ le nombre de grossesses pour les femmes âgées de moins de 18 ans

Le recueil de ces informations a permis au groupe d'établir la liste des bassins de vie prioritaires, à savoir Noyon, Péronne et Guise / Hirson.

### 1.1.2.3 Les permanences financées au titre de l'année 2000

La lettre-circulaire n°08240 du 27 juin 2000 relative à la délégation de crédits pour les permanences d'accès aux soins de santé créées en 2000 précise que « pour chaque région, le montant des crédits à déléguer est proportionnel au degré d'opérationnalité des PASS installées. » L'opérationnalité de la PASS est appréciée aux vues de quatre critères, deux critères quantitatifs : la date de notification des crédits, le nombre en équivalent temps plein des effectifs recrutés et opérationnels et deux critères qualitatifs : la mise en place d'un comité de pilotage réunissant la plupart des intervenants et l'élaboration de protocoles d'accueil et de suivi du patient démuné. Une PASS est considérée comme opérationnelle si du personnel a été recruté et si elle remplit l'un des deux critères qualitatifs.

Le montant de la délégation de crédits pour l'année 2000 a donc été déterminé en fonction du suivi du tableau des PASS transmis par messagerie en décembre 1999<sup>15</sup>. Ce tableau fait apparaître tous les items cités ci-dessus. En mai 2000, il montrait que seuls deux sur huit dispositifs financés étaient opérationnels, soit 25%. Par conséquent au titre de

---

<sup>15</sup> Cf. Annexe n°8.

l'année 2000 la Picardie a reçu les crédits nécessaires au financement de 25% de ses demandes, soit trois permanences sur les dix demandées. Ces crédits ont ensuite été attribué aux établissements en fonction des travaux du groupe de travail PASS et de l'avis de chaque DDASS et ils ont été notifiés aux centres hospitaliers de Noyon, Guise et Péronne dans le courant de l'été.

## **1.2 LE SUIVI DU DISPOSITIF**

Le suivi du dispositif doit être aujourd'hui assuré sous trois formes.

### **1.2.1 un tableau de bord national**

Tout d'abord, la DRASS assure un suivi des crédits ainsi que le suivi de l'opérationnalité des PASS grâce au tableau transmis par le ministère. Ce tableau est mensuellement mis à jour par les DDASS. La DRASS assure la centralisation de ces informations et transmet tous les mois un récapitulatif à l'administration centrale.

### **1.2.2 Un groupe de travail « mission sociale de l'hôpital »**

Ensuite, depuis mai 2000, un groupe de travail consacré à la mission sociale de l'hôpital a été constitué. En effet, la mission sociale de l'hôpital a été retenue par la commission exécutive comme un des axes du programme de travail de l'ARH pour l'année 2000. L'objectif de ce groupe de travail est d'élaborer pour la fin de l'année des propositions concrètes en terme d'organisation, de prestations et de complémentarités pour chaque type d'établissement (CHU, CH, centres hospitaliers de proximité). La directrice de l'agence recommande que ce travail soit mené en coordination avec le programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies et plus particulièrement avec la mise en place des permanences d'accès aux soins de santé. Par conséquent, ce groupe assurera en collaboration avec le groupe de travail PASS le suivi de la mise en place des PASS notamment à travers l'élaboration éventuelle d'un plan de formation du personnel hospitalier.

### **1.2.3 Le plan de contrôle et d'analyse de l'activité des établissements**

Enfin, la mise en place des PASS est un des thèmes du plan de contrôle et d'analyse de l'activité des établissements de l'ARH Picardie pour l'année 2000. Sa mise en œuvre a été confiée à la DRASS. L'objectif est la vérification de leur mise en place et la réalisation d'un état des lieux notamment en terme de recrutement des effectifs et de modes de fonctionnement.

## **2 - CHAPITRE II : LES PERMANENCES D'ACCES AUX SOINS DE SANTE, UNE MISE EN ŒUVRE HETEROGENE ET DIFFICILE**

En s'ouvrant à l'ensemble de la population en 1941, l'hôpital a renforcé sa mission de service public mais a oublié de s'adapter à l'accueil et aux besoins des plus démunis. « En se spécialisant la médecine a souvent perdu la connaissance des pathologies les plus anciennes ou tout simplement des gestes les plus élémentaires. Or les personnes en situation de précarité ont besoin que l'on réponde à de nombreux petits problèmes de santé primaire. »<sup>16</sup> L'évolution de l'hôpital au cours du XXème siècle lui a permis de devenir un haut lieu de technologie mais a également gommé son passé millénaire d'assistance au point de rendre difficile aujourd'hui la prise en compte du social à l'intérieur de l'hôpital. La loi hospitalière de 1970 et les lois de 1975 ont formalisé la séparation des secteurs sanitaire et social. Or la vocation uniquement sanitaire de l'hôpital ne correspond pas à la réalité. Les aspects médicaux et sociaux sont souvent indissociables. Les circulaires de 1993 et 1995 relatives à l'accès aux soins des personnes les plus démunies rappelaient le rôle essentiel de l'hôpital en cette matière de même que la loi hospitalière de 1991 puis la LCE qui a réaffirmé la mission sociale de l'hôpital notamment à travers la mise en place des permanences. Afin de répondre à cette mission, les établissements se sont différemment investis dans les projets de cellules d'accueil pour les plus démunis puis de PASS.

### **2.1 UN ENGAGEMENT DES ETABLISSEMENTS VARIABLE : D'UNE LONGUE REFLEXION SUR L'ACCES AUX SOINS A UNE REPONSE A UN APPEL A PROJET**

Les missions de l'hôpital sont aujourd'hui de plus en plus difficiles à assumer. En effet, selon les propos du Professeur Didier Sicard, on demande aujourd'hui à l'hôpital de résoudre la quadrature du cercle en étant à la fois « un Hilton, un centre d'hébergement, un lieu de

---

<sup>16</sup> Dominique Farge-Bancel et Danièle Jourdain-Menninger, *Hôpital public, le retour à l'hôtel Dieu*, collection Santé et politiques sociales, Hermes, Paris, 1997.

haute technologie et un lieu d'écoute. »<sup>17</sup> Répondre à ces missions face à un patient en situation de précarité est d'autant plus difficile que l'hôpital ne s'y est pas toujours préparé.

C'est pourquoi certains établissements de Picardie se sont investis très tôt dans la réflexion concernant l'accès aux soins des personnes démunies. Pour certains, la réflexion fait suite à la circulaire de 1993. Pour d'autres, elle découle du constat des difficultés auxquelles l'hôpital doit faire face pour assurer sa mission sociale.

En effet l'accueil des personnes en situation de précarité n'est pas sans incidence sur le fonctionnement de l'hôpital. Celui-ci doit entre autres gérer des problèmes comme le poids des créances irrécouvrables, l'augmentation de la durée moyenne de séjour ou l'encombrement des urgences pour des motifs non urgents ou des problèmes qui ne nécessitent pas uniquement des solutions médicales.

Ainsi la mise en place de cellules d'accueil ou de PASS n'est pas sans intérêt pour l'établissement et pour les professionnels. En effet de tels dispositifs permettent d'accueillir plus facilement les personnes en difficultés et de les aider à récupérer leurs droits le plus tôt possible ou à trouver rapidement des solutions à leurs problèmes. Plus ce dispositif est efficace pour la personne, plus il est efficace pour l'hôpital lui-même. Les PASS permettent également à l'hôpital de participer aux politiques la santé publique.

En Picardie si la mise en place des PASS avait été anticipée par certains établissements, elle a constitué pour d'autres une véritable opportunité.

### **2.1.1 Une permanence d'accès aux soins de santé anticipée: l'expérience du centre hospitalier de Beauvais**

Le dispositif « Accueil Hôpital Solidarité » du CH de Beauvais a été créé en 1994. Ce projet était la conséquence directe des constats observés au sein de l'hôpital concernant l'accès aux soins des personnes démunies. Il a été encouragé à l'époque par la parution de la circulaire du 17 septembre 1993 qui invitait les directeurs d'établissement à ouvrir des cellules d'accueil pour les personnes les plus défavorisées et à conclure avec l'Etat des conventions permettant la délivrance gratuite des produits pharmaceutiques et de soins en consultation externe aux personnes sans domicile stable.

---

<sup>17</sup> Edouard Couty, Le rôle de l'hôpital aujourd'hui, dans *Hôpital public, le retour à l'hôtel Dieu*, op. cit.



La réflexion a débuté dès la fin de l'année 1993 à l'initiative du directeur du centre hospitalier. Elle a réuni dès le début du projet non seulement des membres de différents services de l'hôpital (urgences, service social, pharmacie, admission, finances) mais également des partenaires extrahospitaliers : DDASS, municipalité, préfecture et plusieurs associations dont l'UDAF<sup>18</sup> et Emmaüs.

L'objectif majeur était de faciliter l'accès aux soins des personnes démunies. Pour ce faire, l'ensemble des acteurs ont mis en place un comité de pilotage chargé de préciser les objectifs et les actions à mettre en œuvre. Au niveau du soin, il s'agissait d'adapter l'accueil des urgences aux personnes démunies, d'assurer la prise en charge des soins, de proposer un bilan de santé, d'assurer le suivi des différentes pathologies, notamment grâce à la délivrance gratuite de médicaments. D'un point de vue administratif et social, il s'agissait de favoriser un bilan multipartenarial sur les conditions de vie et l'évaluation des besoins, de régulariser la situation administrative des personnes en particulier la question de l'accès aux droits et de leur proposer un suivi.

La mise en œuvre de ce dispositif reposait sur quatre actions.

Tout d'abord la mise en place d'un accueil spécifique à l'hôpital qui s'appuyait essentiellement sur la désignation de référents au sein des principaux services concernés par les personnes démunies, à savoir les urgences (un médecin), le service social (une assistante sociale à disposition en cas d'appel), la pharmacie et le service des admissions. Le dispositif a été complété par l'embauche d'un éducateur, coordonnateur du dispositif, chargé de l'aide et de l'accompagnement des personnes.

Le deuxième point était la constitution d'un annuaire des associations permettant à tous les partenaires de se connaître. Cet annuaire a été édité pour la première fois en 1995. Il est le résultat de la collaboration du centre hospitalier avec l'UDAF et la CPAM de Beauvais.

Le troisième élément consistait à améliorer la formation et la sensibilisation des professionnels vis-à-vis de l'accueil des publics précaires. Des formations ont donc été organisées par le comité de pilotage et la responsable du service social de l'hôpital.

---

<sup>18</sup> Union départementale des associations familiales.

Enfin, le travail en réseau étant la pierre angulaire d'un tel dispositif, un référent a été désigné dans chacune des institutions ou associations participant à cette PASS de la première heure.

Si le dispositif de Beauvais était le seul à réellement fonctionner lors de la mise en place des PASS en 1998, d'autres établissements s'étaient cependant eux aussi engagés dans des projets destinés à faciliter l'accès aux soins des personnes en situation de précarité.

### **2.1.2 Des réflexions engagées mais des premiers projets non réalisés**

C'est par exemple le cas du Centre Hospitalier Universitaire d'Amiens. En effet, en 1995, suite à la circulaire n° 95.08 du 21 mars 1995 relative à l'accès aux soins des personnes les plus démunies, les services de l'Etat étaient invités à organiser dans chaque département une concertation multipartenariale afin d'établir un bilan :

- de la mise en œuvre de la réforme de l'aide médicale
- du suivi de la protection sociale des plus démunis
- de l'accès au dispositif de soins
- des initiatives locales en cette matière
- des carences du dispositif actuel d'accès aux soins

puis d'élaborer un plan départemental d'accès aux soins.

Dans ce cadre des groupes de travail ont été mis en place à l'initiative de la DDASS de la Somme. Un de ces groupes travaillait alors sur les dispositifs existants. La dynamique de ce groupe ne s'est pas arrêtée après la rédaction du schéma départemental et il s'est transformé en « réseau amiénois d'accès aux soins des plus démunis. » Ce réseau était composé de membres du CHU, de la DDASS, du CCAS, de la CPAM, de la CRAM, du secours catholique, d'Emmaüs, de divers CHRS de la ville et d'un représentant des médecins généralistes entre autres.

Ce groupe a travaillé sur différentes thématiques dont les créances irrécouvrables et la prévention des dettes ainsi que sur un projet d'équipe mobile chargée de mettre en place dès l'arrivée à l'hôpital la vérification des droits des patients et de faciliter leur ouverture en cas de besoin. Il était également prévu de mettre en place une « plate-forme » constituée de différentes institutions (CHU, CAF, CPAM, Conseil Général) pour favoriser une étude

commune des dossiers difficiles. Cependant, suite à des mouvements de personnels dans les différentes institutions concernées par le projet celui-ci n'a pas pu se mettre en place et le réseau s'est progressivement dissout. La mise en place des PASS a permis au CHU de mettre en œuvre ce projet.

Enfin, pour certains établissements, l'appel à projet concernant les PASS a constitué une véritable opportunité dans le sens où il a permis de mettre en place un service social dans les hôpitaux qui en étaient dépourvus.

### **2.1.3 Investissement dans le projet, une opportunité : Hirson et Guise**

Deux établissements sont particulièrement concernés. Il s'agit des centres hospitaliers de Guise et de Hirson situés dans le nord de l'Aisne. Ces deux établissements sont des hôpitaux de proximité, isolés dans une région particulièrement défavorisée, la Thiérache, avec une densité des professionnels médicaux et paramédicaux faible.

Le projet d'Hirson est né à la suite de la mobilisation des soignants qui constatent quotidiennement les situations parfois dramatiques de nombre de leurs patients dues notamment à la situation économique et sociale très difficile de la Thiérache. De plus les médecins de ville locaux souhaitaient également une amélioration de la prise en charge et le CCAS était particulièrement dynamique avec la création d'un point info santé et l'organisation de rencontres mensuelles associant tous les partenaires concernés par la prise en charge des personnes en situation de précarité. Le CH d'Hirson ne disposant alors pas d'assistante sociale, il a déposé en 1998 auprès de l'ARH une demande de création d'une cellule d'accueil. Le financement du projet est intervenu en 1999, hors crédits PASS, et la cellule a démarré en novembre au moment de la prise de poste de l'assistante sociale puis de la psychologue.

De même, l'appel à projet concernant les PASS a permis au CH de Guise de créer un poste d'assistante sociale là où il n'y en avait pas et de permettre ainsi une prise en charge globale du patient. Ce projet s'est développé en collaboration avec un établissement voisin, l'hôpital – maison de retraite de Vervins. L'assistante sociale assure le suivi des patients de ces deux établissements. Le projet, mis en œuvre en novembre 2000, repose sur deux éléments : la mise en place d'un point d'accueil social à l'hôpital puis et la constitution d'un réseau Ville – Hôpital. L'établissement envisage également, dans le cadre de son activité de

proximité, de développer les actions de prévention en partenariat avec les CCAS des communes voisines notamment afin de prendre en charge la difficile question des grossesses chez les adolescentes.

La mise en place des PASS a permis à ces petits établissements de se doter d'un service social et d'organiser ainsi la prise en charge globale et le suivi des patients en s'intégrant dans une dynamique locale d'aide aux personnes en situation de précarité.

Enfin, pour d'autres établissements, la circulaire de 1998 est directement à l'origine de leurs réflexions sur les permanences d'accès aux soins. Certains ont trouvé là une occasion de structurer plus ou moins ce qui existait de façon informelle en leur sein ou de recruter du personnel.

Malgré la bonne volonté de la plupart des acteurs rencontrés, la mise en œuvre des différents projets de PASS présentent quelques faiblesses parce qu'elle se heurte à de multiples difficultés.

## **2.2 UNE MISE EN ŒUVRE QUI PRESENTE QUELQUES FAIBLESSES .....**

La mise en œuvre des permanences d'accès aux soins de santé présente trois types de faiblesses :

- l'absence d'une réelle définition des PASS qui ne facilite pas leur mise en place.
- l'analyse des besoins réalisée par les établissements est souvent succincte voire absente, ainsi les publics auxquels s'adresse le dispositif ne sont pas clairement.
- l'hôpital est souvent la seule institution à l'origine du projet de PASS, ce qui ne facilite pas, par la suite, la constitution d'un réseau Ville – Hôpital.

### **2.2.1 Une absence de réelle définition des permanences d'accès aux soins de santé**

La généralisation des PASS grâce à la LCE a permis à de nombreux établissements de réinvestir leur mission sociale. Beaucoup d'entre eux se sont trouvés eux-mêmes démunis face à la difficulté de définir précisément ce qu'est une PASS.

### 2.2.1.1 Une définition qui manque de clarté

En effet, la définition donnée par la circulaire de 1998 est relativement floue : « cellules de prise en charge médico-sociale qui doivent faciliter l'accès des personnes démunies non seulement au système hospitalier, mais aussi aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social. » Si les objectifs visés par la mise en place d'une PASS sont clairs, les moyens d'y parvenir ne sont précisés par aucun texte. Chaque établissement est libre d'imaginer un dispositif de son choix. La circulaire précise seulement que les PASS comprennent « soit des travailleurs sociaux qui leur sont affectés et couvrant une plage horaire journalière plus ou moins étendue, soit des professionnels du service social de l'hôpital qui assurent, à tour de rôle, une permanence. »<sup>19</sup>

D'un côté cette absence de définition permet à l'établissement de créer un dispositif qui s'adapte aux réalités et aux contraintes locales. Mais cela oblige les établissements à un effort supplémentaire en matière de recherche de l'information et à un effort d'imagination. Les premiers écrits disponibles concernant les PASS sont pour l'essentiel des comptes-rendus des diverses expériences parisiennes (Espace Baudelaire de l'hôpital Saint-Antoine, Consultation Verlaine de l'hôpital Saint-Louis) ; expériences difficilement transposables en province, en particulier dans le monde rural.

D'un autre côté, les PASS ont cinq grandes missions : l'accueil, l'information, la prévention, l'orientation et les soins. Or souvent les projets mis en place s'attachent essentiellement à l'amélioration de l'accès aux soins et de l'accès aux droits et occultent les aspects liés à l'information et à la prévention plus difficiles sans doute à mettre en œuvre.

### 2.2.1.2 Une mutation culturelle difficile à réaliser

Le dernier point d'achoppement lié à la définition des PASS réside dans la difficulté de compréhension de la « philosophie » d'une PASS. En effet, une permanence ne doit pas être une structure ni un nouveau service mais bien un nouveau mode de fonctionnement, une nouvelle approche de la personne qui concernent à la fois l'hôpital et ses partenaires. Ce dispositif est en même temps à l'intérieur et à l'extérieur de l'hôpital. Il doit permettre de faire

---

<sup>19</sup> cf. annexe 6.

le lien entre les deux. Pour le construire, il est donc absolument nécessaire d'instaurer un travail en partenariat entre l'hôpital et les autres institutions ou associations locales œuvrant pour améliorer l'accès aux soins et aux droits des personnes démunies. Ce travail en partenariat est particulièrement efficace quand il est mis en place dès l'origine du projet et notamment lors de la réalisation de l'analyse des besoins.

## **2.2.2 L'absence de réalisation d'une analyse des besoins**

Bien souvent l'analyse des besoins est une étape du projet qui a été occultée. Parmi les douze établissements dotés d'une PASS, seuls quatre déclarent avoir réalisé une analyse des besoins préalablement au projet. D'autres ont également entrepris une analyse des besoins de leur secteur dans le cadre de la rédaction de leur projet d'établissement. Or ces analyses ne constituent pas réellement une évaluation précise des besoins de l'établissement. Il s'agit pour l'essentiel d'un recueil des données socio-économiques du bassin de vie auquel appartient l'établissement. Compte tenu des résultats, la mise en œuvre des PASS est tout à fait justifiée dans l'ensemble de la Picardie mais ces données ne permettent pas de définir précisément les populations qui sont concernées en priorité par chacun de ces dispositifs. Comme il a été dit précédemment, la mise en place d'un tel dispositif doit être adaptée aux réalités locales, elle ne peut être standardisée. Or comment mettre en place un dispositif adapté quand une analyse des besoins n'a pas été réalisée ?

Il est vrai que la connaissance des publics n'est pas inconnue du personnel de l'hôpital mais elle reste cependant empirique. De plus comme le fait remarquer Jacques Lebas, l'image de la personne en situation de précarité aujourd'hui est symbolisée par les personnes sans domicile fixe alors qu'elles n'en constituent que « le paradigme », le sommet de l'iceberg. Les publics touchés par la précarité sont beaucoup plus divers. Pour cerner les phénomènes de précarité dans un bassin de vie il semble nécessaire de travailler en collaboration avec tous les partenaires locaux qui œuvrent dans ce domaine.

Seuls deux établissements ont essayé d'évaluer les besoins de la population en collaboration avec les autres acteurs de terrain. Cette évaluation a été entreprise en 1997 par le CH de Beauvais par le biais d'un questionnaire envoyé à 32 institutions partenaires du dispositif. Cette enquête a permis au centre hospitalier de réorienter le fonctionnement de dispositif mis en place en 1994 en tenant compte des nouvelles populations en situations de précarité ainsi identifiées. Cette démarche a également été mise en œuvre par le CH de

Creil en 1999 dans le cadre de la réflexion des différents membres du comité de pilotage du dispositif, le but étant alors d'identifier précisément les difficultés d'accès aux soins existant dans l'agglomération creilloise. Aujourd'hui trois autres établissements s'apprêtent à engager cette démarche.

Ainsi l'absence de réalisation d'une analyse des besoins en général et d'un bilan partagé et accepté avec les partenaires extrahospitaliers en particulier ne favorise pas le développement d'un partenariat lors de la constitution d'un projet de permanence d'accès aux soins de santé.

### **2.2.3 Faiblesse du partenariat lors de la constitution du projet**

Cette faiblesse du partenariat lors de la constitution du projet s'observe à la fois au niveau interne et au niveau externe de l'hôpital.

Sur le plan interne, lors de la rédaction du projet le service des urgences et le service social ont souvent été associés à la l'équipe de direction pour en définir les grandes orientations. Cependant des services tels que la pharmacie, les admissions, les consultations externes, la facturation voire certains services de soins ont la plupart du temps été laissés de côté alors qu'ils sont directement concernés par la mise en œuvre d'une PASS.

Sur le plan externe, deux établissements, Beauvais et Creil, ont mis en place un comité de pilotage au moment de la constitution et de la définition du projet. D'autres (Abbeville, Hirson et Compiègne) pouvaient s'appuyer sur les réseaux locaux « précarité » mis en place dans chacune de ces villes. D'autres encore (Soissons et Guise) envisagent aujourd'hui la mise en œuvre d'un comité de pilotage dans le cadre de l'évaluation et de la réorientation éventuelle des dispositifs mis en place.

## **2.3 ..... PARCE QU'ELLE SE HEURTE A DE MULTIPLES DIFFICULTES**

La mise en place des permanences a ainsi souvent eu lieu par " tâtonnements" . L'absence de définition des PASS, l'absence de réalisation d'une analyse des besoins et la

faiblesse initiale du partenariat n'ont pas favorisé cette mise en place qui de plus se heurte à de multiples difficultés d'ordre méthodologique, conjoncturel et structurel.

### **2.3.1 Appel à projet, travail en réseau et méthodologie :**

#### 2.3.1.1 Un calendrier trop restreint

Tout d'abord, il faut rappeler que dans le cadre de la mise en place des permanences d'accès aux soins, les établissements ont du répondre à un appel à projets. A l'exception des projets des huit hôpitaux pivots qui ont été mis en œuvre dès le début du second trimestre 1999 à la suite des décisions prises par l'ARH, l'appel à projet pour les autres établissements concernant les PASS 2000 a été lancé au milieu du mois d'août 1999. Les projets devaient être renvoyés à la DRASS pour le 30 septembre. Les établissements ont donc eu au mieux six semaines pour mettre en forme les projets qui ont ensuite été soumis au groupe de travail. Ainsi à la décharge des établissements, le calendrier défini pour la détermination des PASS n'a pas facilité la mise en place d'un partenariat.

Le projet a souvent été rédigé, soit par un petit groupe de personnes internes à l'hôpital, soit par une seule personne appartenant en général à la direction. Par conséquent l'appropriation du projet, après coup, par les autres membres du personnel, et a fortiori par les partenaires extrahospitaliers, est beaucoup plus difficile.

#### 2.3.1.2 Peu d'anticipation de la part des établissements

Il faut également signaler que l'incitation à la mise en œuvre au niveau local des réseaux existe depuis 1993<sup>20</sup>. De plus la loi de lutte contre les exclusions a été l'objet d'un travail de plus de vingt mois et des pré-projets envisageaient déjà la création des permanences. Le développement d'un réseau local d'accès aux soins ou ville-hôpital n'avait pas besoin de la parution de la LCE pour se développer. Or très peu de réseaux se sont constitués à l'initiative de l'hôpital ou d'une autre institution avant la mise en œuvre effective

---

<sup>20</sup> Cf. les premiers discours de Mme Simone Veil relatifs à l'accès aux soins des personnes les plus démunies.



des PASS, via les textes et les délégations de crédits. Ces éléments montrent d'une manière générale le manque d'anticipation des établissements, l'intérêt tardif que suscite la prise en charge des problèmes liés à la précarité au sein de l'hôpital et la nécessité d'une loi pour mettre en œuvre un tel projet.

Or la réussite d'un projet comme les PASS dépend pour beaucoup de la dynamique locale. Si un réseau n'est pas constitué avant la création des permanences, alors, leur mise en œuvre effective prend plus de temps. D'autant plus que ce mode de fonctionnement « heurte la culture hospitalière »<sup>21</sup> peu habituée à un travail en réseau. Au sein de l'hôpital, seul le service social, quand il existe, a l'expérience d'un travail quotidien en collaboration avec des partenaires extérieurs.

### 2.3.1.3 Des difficultés méthodologiques

De tout ceci, il résulte des difficultés d'ordre méthodologique concernant la définition des besoins et le travail en réseau. Les établissements sont dans l'ensemble assez démunis face à une démarche de santé publique nécessitant la définition et l'utilisation d'outils leur permettant d'évaluer des besoins dans un domaine social qu'ils ne maîtrisent pas. De même les modalités du travail en réseau sont encore méconnus par la majorité des personnels hospitaliers, qu'il s'agisse de constituer des réseaux internes à l'hôpital ou externes.

### 2.3.2 Des difficultés de communication

Tout d'abord on peut observer que concernant la mise en place des PASS il existe des difficultés de communication au sein même de l'hôpital. Elles peuvent résulter de la mise en œuvre initiale du projet. Souvent les personnes qui n'ont pas été associées dès le départ au projet ont du mal à se l'approprier et à y trouver un intérêt.

En cette matière « l'effet de taille » des établissements est déterminant. En effet, dans les petites structures le passage de l'information se fait d'autant plus facilement que la plupart des intervenants se connaissent et se rencontrent relativement facilement. Cette

---

<sup>21</sup> *Les permanences d'accès aux soins de santé heurtent la culture hospitalière*, ASH n°2172, 23 juin 2000, p27.

facilité de communication n'est plus envisageable au sein d'une grande structure, hôpital pivot ou CHU où il est alors nécessaire de vraiment mettre en place une campagne de communication et de sensibilisation interne pour faire connaître la permanence d'accès aux soins de santé.

Ensuite, les difficultés de communication résultent également du fait qu'un travail en réseau, quand il existe, perturbe inévitablement le fonctionnement hiérarchique propre à une structure hospitalière. Il est alors nécessaire de définir clairement quel est le rôle et le mandat de chacun face aux négociations à mener et aux décisions à prendre avec les partenaires extrahospitaliers.

Enfin, il existe des difficultés relatives à la détention de l'information. Les équipes chargées de mettre en place le projet sont souvent coupées de l'information disponible sur les PASS, soit parce que les informations ne sont accessibles que par la direction de l'établissement qui ne les communique pas ou pas assez rapidement, soit parce que l'information n'a pas atteint l'établissement lui-même. Ainsi, le rapport Lebas sur les PASS, paru en mai 2000 devait être diffusé aux différents établissements de la région par les DDASS. Il ne leur est pas encore parvenu.

### **2.3.3 La possible concurrence avec d'autres dispositifs**

Les établissements peuvent également avoir à faire face à un troisième type de difficulté : la possible concurrence avec d'autres dispositifs existants. Ce phénomène est présent pour au moins trois villes de la région : Abbeville, Amiens et Saint-Quentin.

Ces trois villes ont déjà développé des dispositifs permettant l'accès aux soins des plus démunis, soit à l'initiative d'une association qui organise des consultations gratuites, soit à l'initiative de la mairie. La mise en place d'une PASS n'est alors pas forcément facilitée.

Dans un premier cas, l'existence des deux dispositifs ne semble pas poser de problème particulier. Ils seraient même complémentaires dans la mesure où l'hôpital a une vocation de prise en charge généraliste alors que l'association développe essentiellement son action envers les publics jeunes.

Dans un deuxième cas, l'existence d'un dispositif connu en ville ralentit le développement de la PASS au sein de l'hôpital. En effet, du fait de son existence, les différents acteurs ne ressentent pas d'urgence à mettre en place un dispositif parallèle à l'hôpital, qu'ils considèrent comme redondant alors qu'ils pourraient être complémentaire.

Enfin dans un troisième cas, il semble y avoir une réelle concurrence entre les deux dispositifs et une grande difficulté de dialogue.

### **2.3.4 Un investissement variable des services déconcentrés**

#### 2.3.4.1 La multiplication des intervenants dans les services déconcentrés : un manque de visibilité

Les PASS étant à la confluence entre le sanitaire et le social, il en résulte un certain manque de visibilité pour les établissements. La multiplicité des intervenants qui peuvent intervenir d'une manière ou d'une autre dans le dossier entraîne une certaine confusion. En effet, l'ARH, la DRASS et les DDASS sont toutes les trois compétentes pour intervenir dans le dossier. Ensuite, au sein de chaque institution plusieurs professionnels peuvent prendre part au dossier. Au sein de la DRASS, quatre personnes au moins sont compétentes : l'inspecteur chargé du suivi de la campagne budgétaire, chef du projet PASS, un médecin membre du groupe de travail, l'inspecteur chargé du suivi de PRAPS et la conseillère technique régionale en travail social chargée d'un groupe de travail relatif à la mission sociale de l'hôpital. Ensuite, théoriquement trois personnes sont compétentes, chacune dans leur domaine, pour suivre ce dossier dans les DDASS : le médecin, l'inspecteur chargé du pôle social et l'inspecteur chargé du suivi des établissements. En comptant la personne chargée du suivi du dossier à l'ARH, cela ne fait pas moins de 14 intervenants possibles pour toute la région.

Cette multiplication des intervenants s'explique par la nature même des PASS, dossier relevant à la fois du domaine sanitaire et donc de la compétence des directeurs d'ARH et du domaine social qui relève lui de la compétence du préfet. Il est parfois difficile pour les

agents des services déconcentrés de passer de l'un à l'autre et de devoir travailler pour deux institutions à la fois sur un même dossier.

#### 2.3.4.2 Des investissements différenciés d'un département à l'autre

D'un autre côté, l'investissement dans le projet par les services déconcentrés a été très inégal d'un département à l'autre.

Dans l'Oise cet investissement a été particulièrement positif et s'est construit depuis plusieurs années autour de la dynamique du centre hospitalier de Beauvais. Trois personnes étaient particulièrement concernés : le médecin et l'inspectrice du pôle social qui ont particulièrement aidé l'établissement à mettre en œuvre une démarche de santé publique et un travail en réseau et l'inspectrice chargée des établissements qui a permis de trouver les premiers financements nécessaires au projet. Ces trois personnes participaient également au comité de pilotage. Cette expérience a ainsi pu être mise à profit pour les autres permanences du département, Creil notamment.

#### 2.3.4.3 Des difficultés structurelles

Cette dynamique est plus difficile à mettre en œuvre dans les autres départements pour des raisons structurelles : ces départements sont particulièrement concernés par le déficit chronique d'inspecteurs des affaires sanitaires et sociales et de médecins inspecteurs de santé publique.

Enfin, le suivi du dossier depuis deux ans n'a pas non plus été facilité par un « turn over » important des cadres. Ainsi, à l'heure actuelle tous les membres composant le premier groupe de travail consacré aux PASS ont changé, suite à des mutations hors région ou à des changements de fonctions.

### **2.3.5 Des problèmes structurels de recrutement de personnel hospitalier**

Enfin la région doit également faire face à un important déficit de praticiens hospitaliers en général et d'urgentistes en particulier. Par conséquent, quelques établissements ne s'estiment pas capables d'assumer pour le moment l'organisation d'une réelle permanence d'accès aux soins de santé avec la mise en œuvre de consultations médicales spécifiques.

D'un autre côté, la région doit également faire face à un déficit du nombre d'assistantes sociales. Ainsi le STATISS 2000 constate que seul 47 diplômés d'assistants de service social ont été délivrés en 1998. La majorité des établissements signalent de graves difficultés de recrutement dans ce domaine. De plus en cette matière, les postes offerts à l'hôpital sont concurrencés par ceux du Conseil Général. Or d'un point de vue statutaire et financier (salaires et primes) il est beaucoup plus intéressant de travailler pour la fonction publique territoriale que pour la fonction publique hospitalière, notamment dans l'Oise. De plus la fonction publique hospitalière ne permet la titularisation qu'au bout d'un an, les assistantes sociales ne touchent alors aucune prime pendant cette première année. Enfin, les établissements ont souvent mis en place une permanence du service social sur place le samedi, contrainte supplémentaire qui n'existe pas au Conseil Général. Le déficit du nombre d'assistante sociale est un problème crucial, en effet un établissement comme le Centre Hospitalier de Creil déclare ne pas pouvoir faire fonctionner sa PASS faute de pouvoir recruter une assistante sociale. Dans cet établissement la vacance du poste est publiée depuis plus de six mois et personne n'a encore posé sa candidature.

Cependant malgré les difficultés de mise en œuvre des permanences d'accès aux soins, huit établissements de la région ont aujourd'hui des PASS opérationnelles.

### **3 - CHAPITRE III : FONCTIONNEMENT DES PASS EN PICARDIE, MODES D'ORGANISATION, PLACE AU SEIN DES ETABLISSEMENTS, DIFFICULTES ET PARTENARIAT**

A l'heure d'aujourd'hui huit permanences d'accès aux soins de santé fonctionnent en Picardie<sup>22</sup>. Dans la plupart des établissements, les crédits délégués au titre de la PASS ont permis l'embauche d'une nouvelle assistante sociale ainsi que d'une personne recrutée sur un emploi jeune en tant qu'aide éducateur, médiateur social ou accompagnateur social. Trois établissements ont également recruté une psychologue.

Les modes de fonctionnement des différentes permanences sont assez semblables et reposent dans un premier temps essentiellement sur l'amélioration de la communication entre les différents services de l'hôpital. Le rapport de la Mission PASS rendu en mai 2000 distinguait trois types de dispositifs :

- les PASS internes situées au sein des établissements permettant à la suite d'une consultation sociale la délivrance de bordereaux de circulation permettant l'accès à l'ensemble des consultations de l'hôpital ainsi qu'au plateau technique et à la délivrance gratuite de médicaments;
- les PASS externes situées en dehors des murs de l'hôpital, avec un personnel mis à disposition par l'hôpital et où le fonctionnement est comparable à un réseau de proximité en étroite collaboration avec les associations.
- les PASS qualifiées d'internes / externes, généralement très ciblées sur les sans abris lors de leur création où l'hôpital est utilisé par les personnes comme un lieu d'hébergement.

Toutes les permanences de Picardie reposent sur le principe des PASS internes .

---

<sup>22</sup> Cf. annexe 2 : fiches de synthèse par établissement

## **3.1 LES PERMANENCES D'ACCES AUX SOINS DE SANTE AU SEIN DE L'HOPITAL**

### **3.1.1 Deux grands modes d'organisation**

En Picardie deux types d'organisation peuvent être observés, le premier est commun à toutes les permanences existantes, le second n'a jusqu'à présent été mis en œuvre que par un seul établissement :

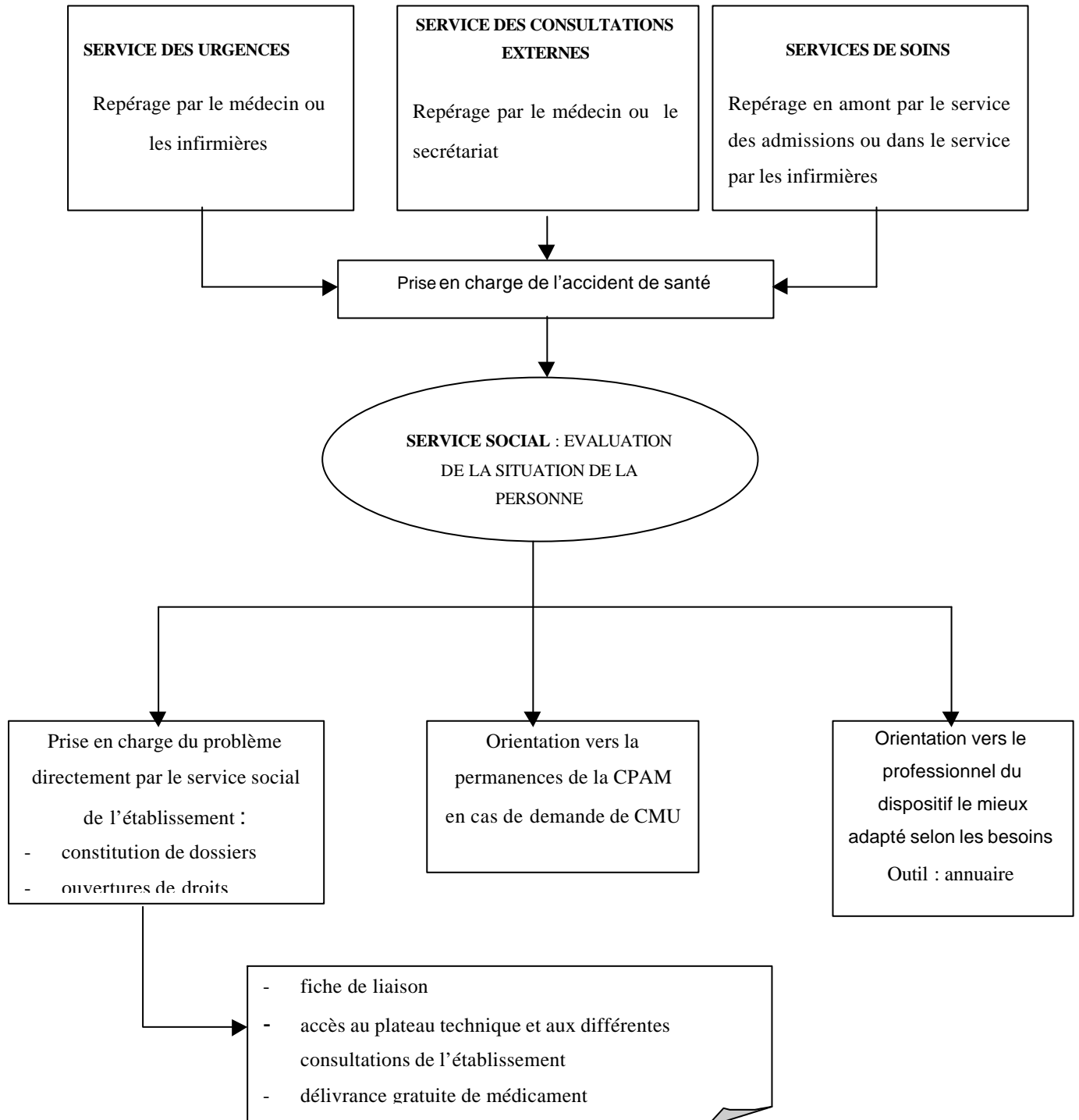
- tout d'abord des dispositifs généraux destinés à améliorer la prise en charge globale du patient et à faciliter sa circulation au sein de l'hôpital.
- ensuite la mise en œuvre d'un dispositif spécifique qui repose sur une étroite collaboration avec les partenaires extrahospitaliers et sur l'organisation de consultations spécifiques.

#### **3.1.1.1 Des dispositifs généraux**

Ces modes d'organisation reposent essentiellement sur le rôle pivot du service social de l'hôpital. La permanence s'appuie sur les différents services de l'établissements chargés de l'accueil des personnes. Ce sont ces services qui ont la charge du premier accueil des personnes en situation de précarité au moment de leur accident de santé. Cet accueil peut avoir lieu à l'arrivée de la personne dans les services d'urgences, à l'occasion d'une consultation médicale ou d'une hospitalisation. Il n'y a pas d'organisation de consultations médicales spécifiques. C'est l'accident de santé proprement dit qui va permettre à la personne de bénéficier du dispositif.

En premier lieu la personne bénéficie des soins pour lesquels elle est venue à l'hôpital. C'est le médecin, l'infirmière ou un autre professionnel de l'hôpital qui évalue la situation globale de la personne et l'oriente éventuellement vers le service social de l'établissement. La personne peut également demander elle-même à rencontrer les professionnels de son choix (assistante sociale, médecin, psychologue).

La personne est adressée au service social et reçue par une assistante sociale qui établit le diagnostic de la situation et les besoins. Le cas échéant, le service social prend en charge le problème ou fait le lien avec l'institution ou association appropriée.



D'une manière générale, toutes les assistantes sociales de l'établissement ont vocation à intervenir dans le dispositif. Souvent l'assistante sociale « PASS » s'occupe de la



coordination du dispositif et prend particulièrement en charge les personnes accueillies par le services des urgences. Les autres assistantes sociales se répartissent la charge de travail soit en fonction des services hospitaliers demandeurs, soit en fonction de l'âge de la personne.

Quand cela existe, le service social remet à la personne une fiche de liaison spécifique<sup>23</sup> qui lui permet d'avoir accès gratuitement à l'ensemble des consultations de l'établissement ainsi qu'au plateau technique, radiologie ou biologie par exemple. Le service social peut également faire bénéficier la personne de la délivrance gratuite de médicaments.

Cependant il faut noter que peu d'établissements ont mis en place une fiche de liaison spécifique. Ainsi si l'accès aux soins est facilité par l'existence de procédures internes, le problème de la facturation des soins n'est toujours pas réglé. Seuls deux établissements ont mis en œuvre un système permettant la « rétention » des factures jusqu'à la régularisation des droits de la personne. De plus, le repérage des personnes étant fait essentiellement par des soignants, cela nécessite la mise en œuvre d'une campagne de formation ou du moins de sensibilisation spécifique. En effet, un tel mode de fonctionnement nécessite notamment la définition et la reconnaissance par tous les agents de l'établissement des situations où le service social de l'établissement doit impérativement être sollicité.

### 3.1.1.2 Des consultations hospitalières avancées médico-sociales

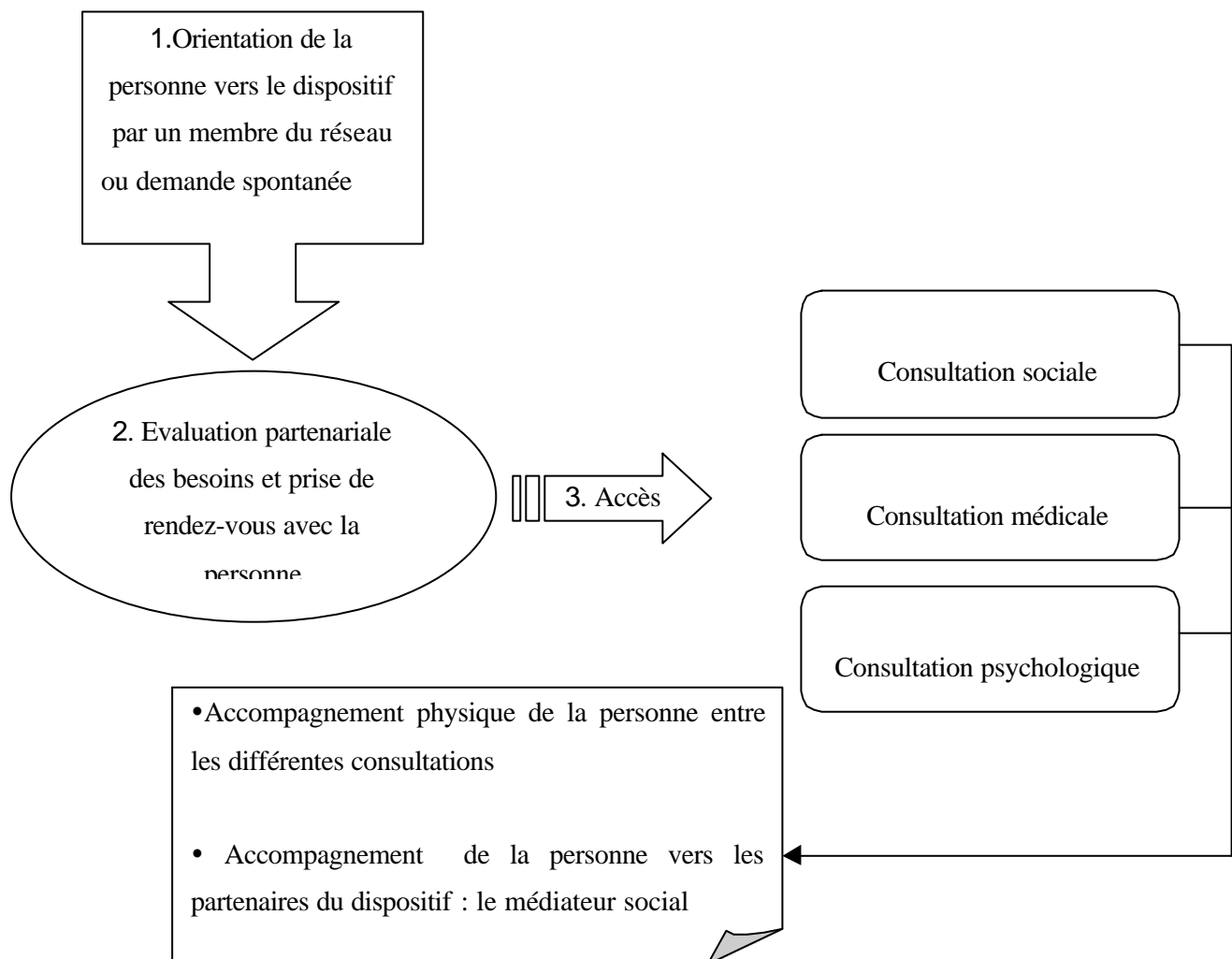
Les consultations hospitalières avancées médico-sociales (CHAMS) ont été mise en place par le centre hospitalier de Beauvais au début de l'année 1999 en complément du premier dispositif.

Ce renforcement du dispositif est intervenu après la constatation de différentes difficultés que la précédente organisation n'avait pas pu complètement résoudre. Tout d'abord l'hôpital est situé en dehors de la ville et mal desservi par les transports en commun. Ensuite il fallait trouver une solution permettant de désengorger les urgences trop souvent mobilisée pour des motifs non urgents. Enfin, l'hôpital fait encore peur à de nombreuses personnes qui n'osent pas s'y rendre. La solution trouvée consistait donc à « délocaliser » les consultations en centre ville et à offrir un service de proximité.

---

<sup>23</sup> cf. annexe n°9.

Les CHAMS fonctionnent trois demi-journées par semaine, en centre ville dans des locaux loués à cet effet et à l'hôpital au sein du service des urgences. Les personnes qui le souhaitent peuvent y être reçues sur rendez-vous par un médecin, par une assistante sociale et depuis novembre 2000 par une psychologue. Les rendez-vous sont pris de préférence en collaboration avec le membre du réseau qui a orienté la personne vers l'hôpital. Les demandes spontanées sont également prise en charge mais elles sont de plus en plus rares.



L'accueil est systématiquement fait par l'assistante sociale qui évalue les besoins et fait le point sur la situation administrative et sociale de la personne. Elle l'accompagne ensuite physiquement jusqu'au lieu de la consultation médicale. Si la personne le souhaite elle pourra voir la psychologue dans un troisième temps. Enfin si cela est nécessaire l'accompagnateur social pourra guider la personne dans différentes démarches :

accompagnement vers les partenaires du dispositif ou vers la pharmacie de l'hôpital si la personne peut bénéficier de la délivrance gratuite de médicament.

### **3.1.2 Des personnels qui apportent un plus**

Dans les différentes PASS observées, on peut constater que outre le rôle déterminant des médecins et des assistantes sociales, deux types de professionnel apportent véritablement un plus au dispositif, il s'agit des accompagnatrices sociales et des psychologues.

#### **3.1.2.1 L'accompagnateur social**

Le rôle de l'accompagnateur social, du médiateur social ou du coordinateur en soins relationnels<sup>24</sup> (emploi jeune) se révèle être tout a fait déterminant dans le fonctionnement quotidien de la permanence d'accès aux soins de santé. En effet, l'accès aux soins des personnes en difficulté ne se résume souvent pas à une simple ouverture de droit. Quand les difficultés sont liées par exemple à une barrière culturelle, à une mauvaise compréhension des informations ou à des problèmes de transport, le rôle de l'accompagnateur social est tout a fait positif. Une fois les problèmes identifiés par les assistantes sociales, il peut physiquement prendre en charge les personnes et leur permettre réellement d'accéder aux soins même en dehors de l'hôpital : transport des personnes grâce à un véhicule mis à disposition par l'établissement, aide aux démarches administratives, constitution d'un vestiaire. Sa disponibilité lui permet d'être à l'écoute des besoins des personnes, de les informer, de les orienter, de les amener d'un lieu à un autre, à l'intérieur ou à l'extérieur de l'hôpital et de créer ainsi du lien social.

Cette fonction est également un élément déterminant qui facilite les relations avec tous les partenaires de la PASS. En effet de part son action il est amené à rencontrer presque quotidiennement les différents acteurs du réseau (CHRS, associations) et ce qui permet de dynamiser les lien déjà créés.

---

<sup>24</sup> cf. fiches de postes, annexe n°10.

### 3.1.2.2 La psychologue

La psychologue peut également avoir un rôle déterminant à jouer même si une évaluation est aujourd'hui difficile puisque ce type de professionnel est nouveau dans les dispositifs existants. Cependant, les établissements font remarquer que les personnes précarisées sont souvent en situation de souffrance psychique. Or bien souvent cette souffrance n'est pas prise en charge car elle ne relève pas de soins psychiatriques. De plus même avec une couverture sociale complète, le recours à un psychologue de ville est difficile puisque ces consultations ne sont pas prise en charge par l'assurance maladie. La présence d'un psychologue dans un dispositif tel que les PASS semble donc être pertinente.

### 3.1.3 La place de la PASS au sein de l'hôpital

D'une manière générale, au sein de l'établissement la PASS manque encore de visibilité et de lisibilité. Son rôle et ses missions sont souvent encore méconnus. Cependant les établissements font une place de plus en plus large à la mission sociale de l'hôpital en général et aux PASS en particulier dans la rédaction de leur projet d'établissement. De plus un lien est souvent établi entre les PASS et d'autres projets transversaux.

#### 3.1.3.1 Un manque de visibilité

D'une manière générale les PASS opérationnelles aujourd'hui manquent de visibilité. Elles sont souvent encore peu connues, même à l'intérieur de l'établissement. C'est principalement dû au fait que les dispositifs sont récents. La majorité d'entre eux a été mise en œuvre dans le courant de l'année 2000 et peu de personnes ont participé à la définition du projet initial.

Afin de faire connaître l'existence d'un tel dispositif, le principal outil employé par l'établissement est l'écriture d'un article, décrivant la PASS et ses missions, dans son journal interne<sup>25</sup>. L'information est parfois rappelée à travers une campagne d'affichage dans les services. Ponctuellement, à l'occasion la constitution d'un vestiaire à destination des plus

---

<sup>25</sup> cf. annexe n°11 .

démunis ou de son renouvellement, le service social de l'établissement sollicite souvent le personnel, ce qui contribue à faire connaître le dispositif. Enfin, la circulation quotidienne de l'accompagnatrice sociale et des assistantes sociales dans les services de soins participe activement à la visibilité de la PASS et du service social en général.

### 3.1.3.2 L'intégration de la problématique de la précarité dans les projets d'établissement

Les centres hospitaliers, grâce aux PASS notamment, font peu à peu une place à leur mission sociale en général au sein de leurs projets d'établissements. Ainsi les permanences d'accès aux soins de santé font partie intégrante du projet d'établissement du centre hospitalier de Compiègne et de celui du CHU<sup>26</sup>. La mission sociale générale de l'hôpital est quant à elle inscrite dans les projets d'établissements de Beauvais, Saint-Quentin et Laon entre autres.

### 3.1.3.3 La coordination avec des projets parallèles :

Enfin, les services sociaux des centres hospitaliers sont de plus en plus sollicités par leurs établissements afin de participer à des projets transversaux<sup>27</sup>, ce qui favorise la coordination des différents dispositifs mis en place avec les PASS. Ils sont notamment sollicités pour toutes les démarches relatives à la périnatalité, à l'enfance ou à la maltraitance mais également sur toutes les réflexions concernant la prise en charge des dépendances tabagiques, alcooliques, toxicomaniaques ou la prévention et l'éducation pour la santé. Enfin ils sont également pertinents pour intervenir dans le domaine de la gérontologie et notamment dans les projets de CLIC (Centres locaux d'information et de coordination en gérontologie). Par conséquent les établissements réalisent souvent des liens entre ces différents projets et de nombreux professionnels exerçant au sein de la PASS sont également amenés à travailler pour d'autres services. C'est par exemple le cas à Hirson où la psychologue travaille à la fois dans le cadre de la PASS et dans le cadre du Point Ecoute Toxicomanie. Cet établissement a également postulé pour accueillir un centre d'examen de la CPAM.

---

<sup>26</sup> cf. Annexe n°13.

<sup>27</sup> cf. Annexe n°14 .

## **3.2 DIFFICULTES ET RETICENCES**

Les fonctionnements des permanences mises en œuvre souffrent malgré les bonnes volontés de difficultés et de réticences diverses. Comme le faisait déjà remarquer Jacques Lebas, si les préjugés continuent de prévaloir et si l'énergie et la volonté manquent, il ne se passe rien<sup>28</sup>.

### **3.2.1 une difficulté conjoncturelle : la méconnaissance de la convention relative à la délivrance gratuite de médicaments et de soins externes**

Un des premières difficultés réside dans la méconnaissance de la convention. Ainsi cinq établissements signataires de cette convention ne l'utilisent pas, tandis que d'autres ne l'utilisent que pour la délivrance de médicaments. De plus les services sociaux des centres hospitaliers soulignent parfois la réticence des pharmacies hospitalières à délivrer ces médicaments, gratuitement, sur le seul avis du service social. La peur de l'abus est encore très présente.

### **3.2.2 une difficulté commune : le « repérage » des personnes en situation de précarité et l'éthique**

La question se pose sur la nécessité de définir des critères permettant à une personne de bénéficier de ce dispositif et des moyens dont disposent les différents intervenants pour « repérer » ces personnes.

Le premier aspect de ce problème concerne l'éthique. D'un côté, le respect de la personne, de ses choix et de son mode de vie est primordial. C'est la personne qui doit décider elle-même, si elle veut ou non être prise en charge, d'une manière ou d'une autre par la PASS. D'un autre côté il est nécessaire aux intervenants de pouvoir définir un cadre

---

<sup>28</sup> Les permanences d'accès aux soins de santé, une première évaluation, *Journal des actions PRAPS* n°3, mars 2000.

et des procédures d'accueil, de suivi adaptés aux personnes en situation de précarité et de permettre à ces intervenants de reconnaître les personnes en difficulté afin de les informer de l'existence du dispositif. Les PASS sont avant tout destinées à améliorer l'accès aux soins des personnes démunies. Les usagers sont leur principal centre d'intérêt. Cependant pour être efficaces, les PASS doivent impérativement être connues des usagers. Par conséquent, il est nécessaire d'une part, d'améliorer leur lisibilité aux yeux des usagers eux mêmes et des partenaires extrahospitaliers ; d'autre part, que les professionnels s'entendent sur les éléments, les critères et les moyens qui doivent leur permettre de repérer les personnes et de leur proposer une orientation dans le cadre de la PASS.

Or les professionnels se sentent dans l'ensemble assez démunis face à la nécessité de définir des critères. Ils redoutent que cette définition soit le premier pas vers la création d'une filière spécifique si elle aboutit à créer des procédures de repérage systématique. D'un autre côté, l'absence de critères rend l'accès au dispositif flou et aléatoire puisqu'il dépend alors du bon sens de chaque intervenant. Les services sociaux soulignent que les PASS s'adressent à tous les usagers mais que cependant il existe des éléments particuliers, des indicateurs dans la trajectoire des personnes en situation de précarité qui doivent servir de clignotants et alerter les professionnels. Ces signaux sont en général relativement bien identifiés par les professionnels du travail social mais pas par les soignants, ni par les agents administratifs des caisses par exemple. Or dans le fonctionnement actuel des PASS, ce sont eux qui orientent la personne vers le service social. Par conséquent il est nécessaire qu'ils soient spécifiquement formés à cette nouvelle fonction.

Certains établissements ont tenté de définir des procédures de repérage. Ainsi le centre hospitalier de Hirson demande aux accompagnatrices en soins relationnels, présentes dans chaque service de soins, de rencontrer tous les patients hospitalisés et de remplir avec eux une « fiche d'habitude de vie »<sup>29</sup>. Cette fiche est très proche de celles que l'on trouve d'ordinaire dans les dossiers de soins infirmiers. Elle permet d'établir, entre autres, les capacités de la personne à suivre son traitement à la sortie de l'hôpital. En cas de souci, le service social peut très vite être averti et prendre avec l'accord de la personne les dispositions nécessaires.

---

<sup>29</sup> Cf. annexe n°15.

### **3.2.3 Des difficultés d'accès aux soins**

A l'exception du centre hospitalier de Beauvais, aucun autre établissement, dont la PASS fonctionne, n'a mis en place aujourd'hui de consultation spécifique. Par conséquent, les personnes en se rendant à l'hôpital, ont effectivement un accès facilité aux consultations des spécialistes présents dans l'établissement. A contrario, seule l'arrivée par les urgences permet, dans la majorité des cas, l'accès à des consultations de généralistes.

D'un autre côté, si tous les établissements possèdent des consultations d'ophtalmologie, les soins dentaires sont encore peu développés à l'hôpital. A moins de convention avec des praticiens libéraux, l'accès à ses soins restent difficiles.

Enfin, l'accès à certains examens est également difficile. C'est particulièrement le cas pour des analyses biologiques réalisées en dehors de l'hôpital par des laboratoires privés ou pour un scanner quand celui-ci est exploité dans le cadre d'un groupement d'intérêt économique.

### **3.2.4 des difficultés « culturelles »**

La philosophie des PASS est celle d'un travail en réseau, d'une meilleure concertation des différents professionnels du soins et de l'insertion social destinée à permettre une prise en charge globale de la personne. Or cette philosophie n'est pas celle de la médecine au sens où cette dernière résulte souvent d'une pratique et d'une responsabilité individuelle du médecin ; entre le patient et son médecin on parle d'ailleurs de « colloque singulier ». De plus, l'organisation de la médecine moderne à l'hôpital ne favorise pas la prise en charge globale du patient dans la mesure où elle le « segmente » en fonction des organes ou des types de pathologies. Le médecin hospitalier est, avant tout, un professionnel compétent, efficace et rompu à toutes les techniques de sa spécialité mais, parfois au détriment du contact humain et de la prise en charge sociale du patient qu'il ne considère pas de son ressort. Cette culture médicale dominante explique en grande partie la faible motivation des médecins dans la mise en œuvre du dispositif. Les médecins considèrent souvent que la PASS n'a pas de réelle utilité dans la mesure où l'hôpital a une obligation de recevoir tout patient et de le soigner. De même, les médecins s'engagent personnellement, en prêtant le serment d'Hippocrate le jour de la soutenance de la thèse, à donner des "soins gratuits à l'indigent". Le code de déontologie, dans son article 67 affirme également que le médecin



“est libre de donner gratuitement ses soins”. Par conséquent, peu de médecins sont intervenus dans la définition des PASS en Picardie, estimant qu’ils font déjà leur part du travail. Ils constituent pourtant un élément essentiel du réseau. Il est encore difficile de bouleverser les cultures et de faire accepter l’intervention de professionnels non médicaux dans les services de soins d’autant plus que la spécificité du travail social n’est pas toujours reconnu.

A l’extérieur de l’hôpital, les médecins libéraux attendent souvent la mise en œuvre concrète des dispositifs avant de s’y intégrer. Leur participation est pourtant absolument nécessaire puisque l’objectif du dispositif est de permettre aux personnes en situation de précarité de reprendre en charge leur santé et de leur permettre un retour vers la médecine de ville. Une meilleure collaboration entre médecins hospitaliers et médecins de ville restent à établir afin de pouvoir assurer le suivi des patients.

La réussite de la PASS nécessite une réelle collaboration entre les différents professionnels. L’établissement de ces nouvelles pratiques demandent du temps et l’investissement de tous les acteurs.

### **3.3 DES RELATIONS PARTENARIALES**

Les permanences d’accès aux soins de santé, quelque soit leur mode de fonctionnement, ne peuvent être efficaces que si elles s’appuient sur des partenariats avec les acteurs extrahospitaliers locaux intervenant dans le domaine de la santé ou du social. Il s’agit à la fois de faire sortir l’hôpital de ses murs et de permettre à ses partenaires d’y entrer.

#### **3.3.1 De la ville vers l’hôpital, l’entrée des associations et des institutions dans les établissements.**

A ce propos, le personnel hospitalier souligne le rôle positif des permanences d’association ou d’institution au sein de l’hôpital. Elles permettent d’offrir un véritable service de proximité aux personnes hospitalisées. La présence d’une permanence hebdomadaire de la CPAM est particulièrement appréciée, elle favorise en effet des ouvertures de droits

rapides. La plupart des établissements accueillent ainsi une permanence de la CPAM à raison d'une demi journée par semaine en moyenne.

### **3.3.2 De l'hôpital vers la ville : le développement des réseaux**

Le développement des réseaux est encouragé dans le domaine de la santé depuis de nombreuses années. Les réseaux de soins ou sociaux ont pour objectif de mobiliser les ressources sanitaires, sociales et autres, sur un territoire donnée, autour des besoins de la personne. Ils visent à assurer une meilleure orientation du patient, à favoriser la coordination et la continuité des soins et à promouvoir la délivrance de soins de proximité<sup>30</sup>.

Les permanences d'accès aux soins de santé participent à ce mouvement en favorisant la création d'un réseau santé – social quand elles possèdent un comité de pilotage ouverts aux partenaires extrahospitaliers. Elles participent également à cette dynamique quand à l'inverse, elles peuvent s'appuyer sur des réseaux déjà existants.

En Picardie, à l'heure actuelle très peu de PASS disposent d'un comité de pilotage ouvert à des partenaires extrahospitaliers. Seuls les PASS de Beauvais et de Creil disposent d'une telle organisation, cependant des dynamiques de réseaux peuvent exister sur le terrain malgré cette absence. C'est le cas à Hirson où l'hôpital s'est intégré à la dynamique locale initié par le CCAS ou à Compiègne. Ces dynamiques sont particulièrement favorisées par la connaissance des activités et des missions de chaque partenaire et donc de leurs complémentarités.

### **3.3.3 Une difficulté commune : trouver la place et le rôle de chacun**

La mise en place d'une permanence d'accès aux soins de santé n'est pas une opération facile. Elle nécessite la coordination à la fois des différents services de l'hôpital entre eux et la coordination de l'hôpital avec ses partenaires. Pour chacun de ces deux

---

<sup>30</sup> Circulaire n° 99-648 du 25 novembre 1999 relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux.

aspects, la principale difficulté réside dans la nécessité de définir la place et le rôle de chacun des intervenants. Cette difficulté, que ce soit à l'intérieur d'un établissement ou à l'extérieur, ne peut être résolue par la parution d'un texte ou l'obligation de mettre en œuvre un dispositif mais par le dialogue et la connaissance du domaine de compétence de chaque partenaire. Seule la volonté des différents acteurs peut initier une véritable dynamique locale.

## **4 - CHAPITRE IV : COMMENTAIRES ET PROPOSITIONS**

Deux ans après la circulaire définissant les permanences d'accès aux soins, on observe que malgré la bonne volonté des différents acteurs la mise en œuvre de tels dispositifs se révèle longue et difficile.

### **4.1 INTERETS DU DISPOSITIF**

#### **4.1.1 De l'accès aux droits à l'accès aux soins**

La mise en œuvre des différentes missions d'une permanence d'accès aux soins de santé, à savoir l'accueil, l'information, la prévention, l'orientation et les soins, doit permettre aux personnes en situation de précarité de retrouver rapidement leurs droits et d'accéder plus facilement aux soins. C'est la mise en œuvre de chacune de ces missions qui permettra l'amélioration de la prise en charge des personnes en situation de précarité. En effet aujourd'hui, pour la grande majorité des personnes l'accès aux droits est largement facilité par la mise en place de la couverture maladie universelle le 1<sup>er</sup> janvier 2000.

En Picardie, le nombre de bénéficiaires s'élevait au 1<sup>er</sup> novembre 2000, à 22 058 pour la CMU de base et à 142 560 pour la couverture complémentaire. La CMU participe à la réalisation de l'universalité des droits prévue lors de la création de la Sécurité sociale en 1945. Outre les critères financiers, son attribution n'est subordonnée qu'à deux conditions : une présence en France depuis plus de trois mois et une résidence stable. Encore faut il en faire la demande, ce qui n'est pas une chose facile pour des personnes démunies. La PASS peut les y aider, cependant cet accès aux droits n'est que la première étape vers l'accès aux soins et un réel suivi médical.

L'objectif des permanences d'accès aux soins de santé est d'offrir un véritable suivi médico-social aux personnes en situation de précarité, de faciliter leurs démarches en assurant une meilleure coordination des intervenants, d'éviter des prise en charge redondante ou des défauts de prise en charge. La réalisation de cet objectif nécessite un travail en réseau qui constitue aujourd'hui pour l'hôpital une véritable révolution culturelle.

#### 4.1.2 Une révolution culturelle

La mission de l'hôpital ne s'arrête plus aujourd'hui aux seuls soins. Les établissements sont également responsables du devenir de leurs patients après la sortie. Concernant les personnes en situation de précarité, ils doivent comprendre que la santé ne constitue pas pour eux une priorité. La question de la prise en charge de leur santé ne se pose qu'après la résolution des questions liées au logement, à l'emploi et aux moyens d'assurer leur vie quotidienne. Les obstacles entre la personne et l'accès aux soins peuvent être financiers mais également culturels.

La mise en œuvre des PASS, à travers une dynamique de réseau, tend à réduire la distance entre prise en charge médicale et prise en charge sociale. En sus de ce travail en réseau, sa réussite s'appuie sur quelques éléments fondamentaux, comme l'implication des équipes de direction et des différentes instances des établissements ainsi que l'engagement de l'ensemble du personnel.

La prise en charge médico-sociale des personnes en situation de précarité repose aujourd'hui trop souvent sur la bonne volonté de quelques personnes. La prise de conscience de l'intérêt d'un dispositif tel qu'une PASS nécessite la mise en œuvre de formations adaptées pour l'ensemble des personnels. Depuis plusieurs années, les formations sur le thème de l'exclusion et de la prise en charge des personnes démunies sont considérées par le ministère comme un axe prioritaire à caractère pluriannuel.<sup>31</sup> Des formations sont régulièrement organisées par l'ANFH<sup>32</sup> et l'ENSP sur cette thématique. En Picardie, une formation des travailleurs sociaux a été organisée en 2000 dans le cadre du PRAPS. Cette dernière a été particulièrement appréciée par les participants, il serait souhaitable de la reconduire en 2001.

Enfin, la mise en œuvre des PASS nécessite le soutien constant des administrations sanitaires et sociales, dont le rôle est fondamental en terme d'impulsion des projets, d'aide méthodologique, de mobilisation des partenaires et d'évaluation.

---

<sup>31</sup> Cir. DH/FH n°99-342 du 14 juin 1999 et cir. DH/FH n°2000-390 du 11 juillet 2000 relatives aux orientations et axes de formation prioritaires, à caractère pluriannuel, concernant l'ensemble des fonctionnaires hospitaliers des établissements publics de santé.

<sup>32</sup> Association nationale de formation hospitalière.

## **4.2 PROPOSITIONS**

### **4.2.1 Mission sociale de l'hôpital et permanences d'accès aux soins de santé**

Concernant le choix de la localisation des prochaines permanences d'accès aux soins de santé en Picardie. Il me semble aujourd'hui judicieux de s'intéresser aux petits établissements dépourvus de service social et souvent isolés, dans milieu rural, avec une population âgée qui rencontre de nombreuses difficultés.

En effet, dans le cadre général de la mission sociale de l'hôpital, il serait souhaitable d'étudier les opportunités permettant la création de postes d'assistante au sein de tels établissements. Compte tenu de leurs activités, cette création pourrait être envisagée de différentes manières :

- A travers la mise en place d'une PASS stricto sensu
- En liaison avec des projets parallèles comme l'addictologie ou les CLIC
- En partenariat avec le Conseil Général pour les établissements dotés d'un service d'hébergement pour personnes âgées ou d'une maison de retraite.

### **4.2.2 Diffusion de l'information**

Devant les difficultés que rencontrent les établissements pour définir les PASS, une plus large diffusion des informations disponibles est souhaitable.

Cette diffusion pourrait concerner les différents textes, rapports, comptes-rendus nationaux comme :

- Les textes législatifs et réglementaires
- Le rapport Lebas de 1998
- Le rapport de la mission PASS de mai 2000
- Le compte-rendu de la journée nationale du 24 mai 2000

Mais également des documents locaux, internes aux établissements ou aux réseaux afin de favoriser les échanges interdépartementaux :

- Fiches de liaisons

- Organisation du dispositif
- Formations proposées, etc.

### 4.2.3 Mobilisation des partenariats

Les DDASS et la DRASS ont un rôle important à jouer afin de favoriser la mobilisation des différentes institutions, associations investies dans la prise en charge et le suivi des personnes en situation de précarité. Si pour fonctionner un réseau a besoin d'une dynamique interne forte, il n'en demeure pas moins que les services déconcentrés peuvent impulser cette dynamique.

Pour cela quatre types d'action peuvent être proposées :

- Accompagner la mise en place des PASS
  - ⇒ par une aide méthodologique relative à la mise en œuvre d'une politique de santé publique, notamment en ce qui concerne l'analyse des besoins.
  - ⇒ par une aide méthodologique relative au travail en réseau.
- Participer aux comité de pilotage
- Favoriser les cofinancements : à l'instar par exemple du financement de l'annuaire des partenaires du réseau du Beauvaisis. En effet celui-ci est réalisé par le CH de Beauvais grâce à des fonds issus de l'UDAF et de la CPAM.
- Favoriser les projets cosignés : en effet, le succès d'un dispositif tel que la PASS reposant sur un fonctionnement en réseau, sa mise en œuvre effective est facilitée une volonté clairement affichée des principaux acteurs à travailler en partenariat.

#### 4.2.4 Investir le champ de l'évaluation

L'évolution des dispositifs mis en œuvre est un des rôles essentiels des DDASS et de la DRASS. Mais avant de se lancer dans l'évaluation des dispositifs proprement dite, il faut avant tout s'assurer que tous les intervenants parlent des mêmes choses dans les mêmes termes.

Dans un premier temps il s'agit donc de définir au niveau régional en collaboration avec les établissements hospitaliers et leurs partenaires les différents termes de la problématique. Il s'agit notamment de définir les critères de précarité qui doivent permettre aux personnes de bénéficier du dispositif et les moyens de repérage des populations ainsi définies afin de pouvoir établir une fiche d'activité standardisée, étape préalable indispensable avant toute évaluation. Une réflexion sur les critères d'évaluation et leurs indicateurs pourrait être proposée dans un deuxième temps.

Ces deux thèmes de réflexion pourraient par exemple faire l'objet d'ateliers de travail dans les trois départements. Les résultats de ces travaux seraient ensuite synthétisés au niveau régional.

**La fiche d'activité standardisée** pourrait par exemple faire apparaître les items suivants :

- ⇒ le nombre de personnes accueillies dans le dispositif
- ⇒ leur sexe, âge, situation administrative
- ⇒ l'état de leurs droits à l'entrée dans le dispositif
- ⇒ leur lieu de vie (domicile personnel, logement précaire, chez un tiers, structure d'accueil, rue)
- ⇒ le nombre de consultations médicales, sociales et psychologiques effectuées dans le cadre du dispositif
  - ⇒ le nombre de personnes qui a bénéficié de consultations ou d'actes gratuits, de dons de médicaments.
  - ⇒ le nombre de personnes orientées vers une consultation spécialisée et le nombre de personnes hospitalisées.
  - ⇒ l'évolution de l'état de leurs droits : obtention CMU (base et/ou complémentaire), obtention d'une mutuelle.
  - ⇒ le nombre de personnes orientées vers l'hôpital par un membre du réseau



⇒ le nombre de personnes orientées par l'hôpital vers un membre du réseau

**Les critères d'évaluation** pourraient porter sur :

⇒ les difficultés de repérage des personnes en situation de précarité. Le nombre de factures impayées après une consultation ou une hospitalisation pourrait servir d'indicateur. Cela permettrait de comprendre où le repérage n'a pas pu être effectué (urgences, consultations externes, admission, service de soins) et éventuellement de réorienter la formation du personnel.

⇒ le fonctionnement du réseau. Nombre de personnes orientées par un membre du réseau vers l'hôpital et inversement.

⇒ l'activité des urgences. Nombre de personnes accueillies par les services d'urgences et réorientées vers la PASS. Evolution du nombre des personnes qui se présentent aux urgences afin d'obtenir une consultation pour motif non urgent.

⇒ le nombre de personnes ayant interrompu les soins et pour quels motifs

⇒ le nombre de personnes qui se présentent aux urgences de façon chronique.

#### **4.2.5 Encourager le développement des formations**

Il est effet nécessaire de poursuivre la formation des personnels amenés à orienter les personnes en situation de précarité vers le dispositif de PASS. Ces formations concernent non seulement le personnel des urgences, mais également les personnels administratifs (admissions, facturation) et les services de soins.

#### **4.2.6 Favoriser les liens avec les médecins libéraux**

Pour permettre un suivi médical des personnes après leur passage dans le dispositif, il est nécessaire de mobiliser au niveau local les médecins libéraux. Leur rôle est en effet

décisif, notamment en milieu rural. La diffusion de plaquettes d'information relatif aux missions et à l'organisation du dispositif local ainsi que la diffusion de l'annuaire des partenaires nommément identifiés quand il existe permettraient peut être de sensibiliser ces professionnels et de les inciter à participer à ce travail en réseau.

#### **4.2.7 Améliorer la visibilité de la PASS**

La plupart des dispositifs existant restent peu connus à la fois à l'intérieur de l'établissement et a fortiori aux yeux des partenaires extrahospitaliers. Il est donc nécessaire de rendre la PASS visible par une sensibilisation constante des personnels hospitaliers, par une meilleure information des patients (livret d'accueil, affichage) et par une communication ciblée vers tous les acteurs extrahospitaliers concernés par le dispositif (médecins, associations, foyers d'hébergements, etc. ...) et vers les usagers en utilisant des spots télévisés dans les salles d'attentes des établissements par exemple.

#### **4.2.8 Favoriser les liaisons avec la psychiatrie**

Si la création de PASS dans des hôpitaux psychiatriques ne semble pas opportune, les liens entre les différents dispositifs existants et les secteurs psychiatriques sont à renforcer. Ce lien doit notamment être développé dans les établissements qui ne disposent pas, sur place, d'un service psychiatrique. Compte tenu de la démographie, faible, des médecins psychiatres et pédopsychiatres en Picardie, ce renforcement pourrait prendre, la forme d'une liaison permanente avec le secteur psychiatrique, à minima d'une liaison téléphonique, afin de permettre aux professionnels d'obtenir un avis médical 24h/24 et un accès facilité aux consultations psychiatriques. La prise en compte des souffrances psychiques pourrait également se faire par la généralisation de la présence d'infirmiers psychiatriques dans les services d'urgences.

#### **4.2.9 Redéfinir le champ de la convention relative à la délivrance gratuite de soins externes et de médicaments**

La plupart des établissements ont signé dès la fin de l'année 1993 une convention avec l'Etat permettant la délivrance gratuite de médicaments et la prise en charge des soins

externes au titre de l'aide médicale état. Cependant de nombreux établissements ne l'utilisent pas. En effet, du fait de changement de personnel, cinq établissements avait perdu la connaissance même de l'existence de cette convention. Compte tenu de cet état de fait et de la création de la CMU, il me semble opportun de redéfinir aujourd'hui avec les établissements l'étendue de cette convention et son domaine d'application.

#### **4.2.10 Au niveau national :**

- favoriser l'intégration de la mission sociale dans les données PMSI :  
Favoriser la reconnaissance du travail social dans le PMSI permettrait de valoriser cette activité au sein de l'établissement. Actuellement seule la consultation médicale de la PASS est valorisée en point ISA.
- redéfinir le contenu des formations initiales des professionnels de la santé :  
Il est nécessaire de faire une place dans les formations initiales des professionnels de la santé (médecins, infirmières, pharmaciens, etc. ) à la prise en charge des personnes en situation de précarité.
- Augmenter le nombre des assistantes sociales et rendre les postes plus attractifs.

## CONCLUSION

La constitution du 4 octobre 1958 affirme dans son préambule l'attachement du peuple français "aux Droits de l'homme et aux principes de la souveraineté nationale tels qu'ils sont définis par la déclaration de 1789, confirmée et complétée par le préambule de la constitution de 1946." Celui-ci proclame que "la Nation assure à l'individu et à sa famille les conditions nécessaires à leur développement. Elle garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs." Ainsi depuis 1946, l'Etat est responsable de la santé de la population française. La mise en œuvre de la Sécurité sociale en 1945 n'ayant pas atteint l'universalité des droits qu'elle s'était fixée, elle a été constamment améliorée au cours de la seconde moitié du XXème siècle.

En 1998, la politique de lutter contre l'exclusion mise en œuvre par le gouvernement, s'appuyait dans son volet accès aux soins sur deux éléments fondamentaux :

- La mise en œuvre des PRAPS et des PASS
- La création de la CMU

Le bilan de la LCE, réalisé en septembre 2000, montre que la mise en œuvre de la CMU est un succès puisque 4.5 millions de personnes sont aujourd'hui bénéficiaires de la CMU complémentaire, soit 1.8 millions de bénéficiaires de plus que pour l'ancienne aide médicale. Tous les PRAPS ont été rédigés et sont actuellement en cours d'application et près de 300 PASS ont été financées. En Picardie, 12 permanences d'accès aux soins de santé ont été financées. Leur mise en œuvre malgré la bonne volonté des acteurs est cependant rendue difficile par de multiples difficultés et des réticences diverses. Les relever nécessite l'engagement de tous : établissements, partenaires extra-hospitaliers et services déconcentrés du ministère de l'emploi et de la solidarité. Adapter les structures, changer les mentalités et les pratiques professionnelles sont des étapes pour assurer ce "nouveau regard de l'hôpital sur son environnement" et lui permettre d'assurer pleinement sa mission de service public. Les valeurs de l'hôpital public aujourd'hui sont liées à cette notion. Au delà de la qualité des soins qu'il prodigue, la valorisation d'un hôpital public réside peut-être aujourd'hui dans la qualité de la prise en charge de sa mission sociale.

## LISTE DES ABREVIATIONS

AAH	Allocation adulte handicapé
ANFH	Association nationale de formation hospitalière
API	Allocation parent isolé
ARH	Agence régionale de l'hospitalisation
CAF	Caisse d'allocations familiales
CCAS	Centre communal d'action sociale
CH	Centre hospitalier
CHU	Centre hospitalier universitaire
CHAMS	Consultation hospitalière avancée médico-sociale
CHRS	Centre d'hébergement et de réadaptation sociale
CIR	Croisement d'informations régionalisées
CLIC	Centre locaux d'information et de coordination gérontologique
CME	Commission médicale d'établissement
CMR	Caisse mutuelle régionale
CMU	Couverture maladie universelle
COMEX	Commission exécutive
CPAM	Caisse Primaire d'assurance maladie
CRAM	Caisse régionale d'assurance maladie
CREDES	Centre de recherche, d'études et de documentation en économie de la santé
CRESGE	Centre de recherche économique, sociologique et de gestion
CSP	Code de la santé publique
DDASS	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DRASS	Directions régionales des affaires sanitaires et sociales
ENSP	Ecole nationale de la santé publique
HCSP	Haut comité de la santé publique
LCE	Loi de lutte contre les exclusions
MSA	Mutualité sociale agricole
ORS	Observatoire régional de la santé
OSP	Observatoire social picard

PASS	Permanence d'accès aux soins de santé
PRAPS	Programme régional d'accès à la prévention et aux soins
PRS	Programme régional de santé
RMI	Revenu minimum d'insertion
SAU	Service d'accueil d'urgence
SROS	Schéma régional d'organisation sanitaire
UDAF	Union départementale des associations familiales
UPATOU	Unité de proximité d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences
URSSAF	Union régionale

## BIBLIOGRAPHIE

### TEXTES OFFICIELS :

Loi n°98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions (loi LCE) (JO du 31 juillet 1998).

Loi n°99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle (CMU). (JO n°172 du 28 juillet 1999)

Décret n° 98-1216 du 29 décembre 1998 relatif aux programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins et modifiant le code de la santé publique. (Jo n°302 du 30 décembre 1998 p 19812)

Cir.DH/AF1/DAS/RV3 n°33-93 du 17 septembre 1993 relative à l'accès aux soins des personnes démunies.

Cir. DAS/DH/DGS/DPM/DSS/DIRMI/DIV n°95-08 du 21 mars 1995, relative à l'accès aux soins des personnes les plus démunies. (BO n°16 du 15 juin 1995)

Cir. DGS/DAGPB/DAS n°98-568 du 8 septembre 1998, relative à la mise en œuvre de la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions sur les exercices 1998 et 1999 : action sociale et santé publique – programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins. (intranet – dossier PRAPS)

Cir. DH-EO-AF/DGS-SP 1-SQ n°98-674 du 17 novembre 1998 relative aux priorités de santé publique à prendre en compte pour l'allocation de ressources aux établissements de santé pour 1999.(BO n°98/48)

Cir. DSS-1A/DH-AF2 n°98-700 du 26 novembre 1998 relative à la campagne budgétaire pour 1999 des établissements sanitaires financés par dotation globale. (BO n°99/2)

Cir. DH/AF 1/DGS/SP 2/DAS/RV 3 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. (BO n°99-1)

Cir. DGS/SP2 n°99-110 du 23 février 1999 relative à la place de programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins pour les personnes en situation de précarité. (Intranet – dossier PRAPS)

Cir. DH/AF1 n°05960 du 25 mai 1999 relative à la mise en place des permanences d'accès aux soins de santé (PASS). (Intranet – dossier PRAPS)

Cir. DH/FH n°99-342 du 14 juin 1999 relative aux orientations et axes de formation prioritaires, à caractère pluriannuel, concernant l'ensemble des fonctionnaires hospitaliers des établissements publics de santé. (BO n°99-26)

Cir. DH/AF1 n°427 du 29 juillet 1999 relative à la délégation de crédits pour les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) créées en 1999. (Intranet – dossier PRAPS)

Cir. DGS/SP1/SQ/DSS-1A/DH-EO-AF2 n°99-627 du 16 novembre 1999 relative à la campagne budgétaire pour 2000 des établissements sanitaires financés par dotation globale. (BO n°99-48)

Cir. DH/DGS/DREES/SEDF n°99-628 du 17 novembre 1999 relative à l'organisation et à la prise en charge des interruptions volontaires de grossesse (IVG) dans les établissements de santé publics et privés. (BO n°99-48)

Cir. DGS/SQ2/DAS/DH/DSS/DIRMI n°99-648 du 25 novembre 1999 relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux. (BO n°99-49)

Cir. DAGPB-MSD/BF3 n°2000-59 du 3 février 2000 relative à la directive nationale d'orientation relative aux priorités stratégiques et à l'allocation de ressources pour 2000.

Cir. DGS/SP2 n°2000-324 du 13 juin 2000 relative au suivi des actions de santé en faveur des personnes en situation précaire. (BO n°2000-25)

Cir. DH/AF 1/AS/CD n°08240 du 27 juin 2000 relative à la délégation de crédits pour les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) créées en 2000.



Cir. DH/FH n°2000-390 du 11 juillet 2000 relative aux orientations et axes de formation prioritaires, à caractère pluriannuel, concernant l'ensemble des fonctionnaires hospitaliers des établissements publics de santé. (BO n°2000-30)

#### **ARTICLES :**

Paul Benkimoun, *Le renoncement aux soins de santé*, Le Monde, 18 décembre 1999.

Cayla J-Simon, *L'accès aux soins et la politique de santé publique*, Revue de droit sanitaire et social n°2, avril-juin 1999, éd Dalloz.

Fayet Catherine et Joël Magda, *L'observatoire social en Picardie*, IASS La Revue, n°25, juin 1999, p31-39.

Guimonneau Thierry, *L'accès à la prévention et aux soins des personnes en situation précaire*, Echanges Santé Social n°92, décembre 1998.

Hélarlot Valentine, *Médiation sanitaire et hébergement : l'exemple d'un lieu d'hébergement médicalisé pour personnes sans domicile fixe*, Sociologie Santé n°16, juin 1997, p110-121.

Lang T, Davido A, Diakité B, Agay E, Flicoteaux B, Viel JF, *Motifs de recours aux services hospitaliers d'urgences médicales et à leur fonction «dispensaire »*, revue médicale de l'assurance maladie n°3, 1998, CNAM, Paris.

Mouchard Agnès, *Garantir l'accès aux soins pour tous, La mission de l'hôpital*, Echanges Santé Social, n°92, décembre 1998.

Tissot Frédéric et Mme Pascale Keusch, *Lutte contre les exclusion, affirmer le rôle social de l'hôpital*, intranet, dossier PRAPS.

*Le programme d'action pour le renforcement de la cohésion sociale*, Actualités Sociales Hebdomadaires (ASH) n°2013 du 7 mars 1997.

*Loi contre les exclusions, l'accès aux soins*, ASH du 2 octobre 1998, p13-16.

*La couverture maladie universelle*, supplément au n° 2171 des ASH du 16 juin 2000.

*Les permanences d'accès aux soins de santé heurtent la culture hospitalière*, ASH n°2172 du 23 juin 2000.

*Les permanences d'accès aux soins de santé*, Journal des actions PRAPS n°2, septembre 1999.

*Les permanences d'accès aux soins de santé*, dossier, Journal des actions PRAPS n°3, mars 2000.

*Santé et précarité*, Les cahiers de la FNARS, n°6, juin 1999.

*Les allocataires de Revenu minimum d'insertion : une population bénéficiaire de la CMU*, Questions de sécurité sociale n°11, novembre 1999, p12-14.

*L'hôpital, producteur de valeurs, hier et aujourd'hui*, Revue hospitalière de France, n°2 mars-avril 2000, p 12 à 18.

*Spécial Urgences, Picardie – Champagne Ardennes*, supplément régional, Sciences et Avenir, novembre 2000, p 123 à 141.

## **RAPPORTS :**

Jacques Lebas, *A l'épreuve de la précarité, une certaine idée de l'hôpital*, 26 février 1998.

Jacques Lebas, coordonnateur de la Mission PASS, *Les permanences d'accès aux soins de santé*, mai 2000.

Haut Comité de la Santé Publique, *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*, éditions ENSP, février 1998.

## **OUVRAGES :**

A. Farge-Bancel et D. Jourdain-Menninger, *Hôpital public, le retour à l'hôtel Dieu*, Hermes, 1997.

J. Lebas et P. Chauvin, *Précarité et Santé*, Flammarion, avril 1998.

## **DIVERS :**

La santé publique à l'épreuve du terrain, guide pratique en santé précaire, Ministère de l'emploi et de la solidarité, décembre 1997.

Actes de la journée Santé –Précarité : PASS à l'hôpital du 24 mai 2000, Paris.

Bilan de la LCE, communication de la ministre de l'emploi et de la solidarité au conseil des ministres du 13 septembre 2000. (document intranet)

## **MEMOIRES :**

Le Peuch Sylviane, *L'hôpital, acteur de la lutte contre l'exclusion à travers la mise en place des PASS : l'exemple de la PASS de Beauvais*, mémoire IASS, ENSP, décembre 1999.

Mocellin Marie-Cécile, *L'hôpital face à sa mission sociale : réflexions sur le dispositif de prise en charge des patients en situation précaire du CHI André Grégoire de Montreuil*, mémoire EDH, ENSP, décembre 1999

## **LISTE DES ANNEXES**

Annexe 1 : Guides d'entretien

Annexe 2 : Fiches de synthèse par établissement

## **Annexe 1 : Guides d'entretien.**

### **Guide D'ENTRETIEN**

Nom de l'établissement :

Date de notification des crédits PASS par l'ARH :

Le comité de pilotage s'est-il déjà réuni ?

Les protocoles de circulation, d'accueil et de suivi médical, social et administratif sont-ils déjà élaborés, diffusés et fonctionnels ?

Nombre et qualité d'agents PASS en ETP à recruter :

Nombre total et qualité des agents PASS en ETP déjà opérationnels ce jour :

Si la PASS est déjà opérationnelle au vu des critères précédents, depuis quelle date ? :

#### **Création de la PASS**

Comment vous est venue l'idée de créer une PASS ? phénomène initial ?

Comment a été réalisé le bilan et l'analyse des besoins qui ont déterminé la mise en place de la PASS au sein de l'établissement ?

Par qui ?

#### **Réflexion interne :**

Y a-t-il eu une évaluation interne à l'hôpital avant la création de la PASS ?

Par qui ?

Suivant quels indicateurs ?

Quels en ont été les résultats ?

#### **Réflexion externe :**

Y a-t-il eu une évaluation par des partenaires extérieurs à l'hôpital ?

Ville, association, CHRS, FNARS, autre ?

Financement

Quels sont les moyens financiers mis en œuvre ? Interne -Externe

Existe-t-il un partenariat financier ?

## Comité de pilotage

Y a-t-il un comité de pilotage ?

Qui en fait parti ?

Quel est son rôle ? Traite-t-il de l'organisation générale de la PASS et/ ou des cas individuels ?

## Effectifs

Qualité et Nombre total de personnes affectées à la PASS en ETP ?

Médecins :

Travailleurs sociaux :

Infirmiers :

Autre :

Le personnel a-t-il est spécialement formé ? Par qui ?

Quelle est l'organisation de la PASS au sein de l'hôpital ?

Comment est vécue la pluridisciplinarité par les agents travaillant au sein de la PASS ?

Quelles sont les difficultés – avantages rencontrés ?

La PASS est-elle connue au sein des autres services de l'hôpital ?

Les agents de ces services ont-ils été formés à la thématique de la précarité ? Par qui ?

Combien d'agents ?

Existe-t-il des référents « PASS » dans chaque service de l'établissement ?

## Situation et dispositions des Locaux

Où se situe géographiquement la PASS ?

Au sein de l'hôpital et/ou à l'extérieur ?

A proximité des urgences ?

Quelle est la taille des locaux ?

Disposition ?

## Fonctionnement de la PASS à l'hôpital

Sur quels principes fonctionne la PASS ?

Y a-t-il des consultations sans rendez-vous ?

Quelles sont les horaires d'ouverture ?

**Modalité d'accueil et de repérage :**

Par qui ?

Comment ? Quel sont les critères utilisés ?

Un entretien avec le travailleur social est-il proposé ? Systématiquement ?

Un examen médical est-il proposé systématiquement ?

**Organisation de la circulation de la personne à l'hôpital:**

Y a-t-il une fiche de circulation ?

Qui la délivre ?

Permet-elle d'accéder à tout ? Plateau technique. Examens complémentaires ? Produits pharmaceutiques ?

Par qui et comment ont été déterminées et mises en œuvre les différentes procédures internes à la PASS ? (accueil, suivi médical, social, administratif)

**Consultations :**

Quel lien entre la consultation sociale et la consultation médicale ? Existe-il une organisation spécifique ?

Ont-elles lieu le même jour ?

Qui définit le plan de travail avec la personne ?

Y a-t-il un dossier de suivi médico-social ? Comment se fait le partage de l'information ? Réunion de synthèse ?

Existe-il des actions particulières, individuelles ou collectives, quant à la prévention, l'information et l'éducation de la personne vis à vis de sa santé, mises en place dans le cadre de la PASS ? Partenariat ?

Comment évaluer la situation globale du patient ?

**Médicaments :**

Quel est le rôle des pharmaciens hospitaliers ?

Comment s'organise la délivrance ? Existe-t-il un dispositif particulier ?

Existe-t-il une délivrance gratuite de médicament ?

Combien de personnes en ont bénéficié ?

Comment s'organise la prise en charge médicamenteuse ? Qui fournit les explications relatives à la posologie, la conservation des médicaments ?

**Modalité d'accompagnement, d'orientation et de suivi :**

Par qui ? Comment ? Selon quels critères ?

La personne est-elle re-convoquée ?

**Ethique :**

Quelles précautions particulières ont été prises afin de ne pas stigmatiser les personnes et d'éviter la création de filière spécifique pour pauvres ?

**Divers :**

Existe-t-il d'autres prestations particulières ?

(un vestiaire pour fournir des vêtements aux personnes si cela est nécessaire, bons de transport, etc... )

## Réseau

Quel sont les partenaires de la PASS extérieurs à l'hôpital et parties prenantes dans l'organisation et le fonctionnement de la PASS?

Existe t-il un annuaire de ces personnes ?

Les relations ont-elles été formalisées dans le cadre d'une convention ?

Existe t-il dans le cadre de ce réseau un protocole de prise en charge et d'accompagnement social ? Y a t-il une fiche de liaison ?

Existe t-il un coordinateur au sein du réseau ?

Comment s'organise la diffusion de l'information entre les partenaires ?

Existe-t-il des permanences de ces partenaires (mairies, CPAM, autre) au sein de la PASS ?

Existe t-il un lien avec le secteur psychiatrique ?

## Evaluation

Un système d'évaluation a-t-il été mis en place ? Par qui ? De quel type est-il ?

Quels indicateurs ? Quantitatif – Qualitatif

Nombre de personnes reçues en première consultation ?

Nombre de personnes qui reviennent et sont suivies régulièrement ?

% de retour vers le droit commun au bout de 6 mois ? 1 an ?

Quelle est la place de la PASS dans le projet d'établissement et dans le contrat d'objectifs et de moyens ?

Comment la PASS s'insère-t-elle dans un dispositif plus large de lutte contre les exclusions ?

Quels sont les éléments qui vous permettent de dire que cette organisation répond aux besoins des personnes et des associations ?



## **GUIDE D'ENTRETIEN résumé**

### **Création :**

- Comment vous est venue l'idée de créer une Permanence d'accès aux soins de santé ?
- Quel a été le phénomène initial qui a déclenché votre décision ?
- Y a-t-il eu une analyse des besoins préalable ?
- Y a-t-il un comité de pilotage ? Quels en sont ses membres ? Quel est son rôle ?
- Quels sont les moyens financiers mis en œuvre ?
- Situation et disposition des locaux

### **Effectifs :**

- Quels sont les moyens humains mis en œuvre ?
- Qualité et nombre de personnes affectées à la PASS
- Ont-ils reçu une formation spécifique ?
- Existe-t-il des référents « PASS » dans chaque service de l'établissement ?

### **Organisation :**

- Quelles sont les modalités d'accueil, d'accompagnement, d'orientation et de suivi de la personne ?
- Organisation des consultations
- Quel est le lien entre la consultation médicale et la consultation sociale ?
- Partage de l'information entre les professionnels
- Organisation de la circulation de la personne au sein de l'hôpital
- Existe-il des dispositifs particuliers pour la délivrance des médicaments ?
- Quelles précautions particulières ont été prises afin de ne pas stigmatiser les personnes et de ne pas créer une filière spécifique ?

### **Réseau :**

- Quelles sont les modalités de travail avec les partenaires extérieurs à l'hôpital et parties prenantes dans l'organisation et le fonctionnement de la PASS ?
- Les relations ont-elles été formalisées dans le cadre d'une convention ?
- Comment s'organise la diffusion de l'information ?
- Comment s'effectue la coordination entre les différents partenaires ?

### **Evaluation :**

- Un système d'évaluation a-t-il été mis en place ? Par qui ? De quel type est-il ?
- Quels sont les éléments qui vous permettent de dire que cette organisation répond aux besoins des personnes démunies ?

## **ANNEXE 2 : FICHE PAR ETABLISSEMENT**

CENTRE HOSPITALIER D'ABBEVILLE

**Date de fonctionnement** : juin 2000

**Notification des crédits** : 3 novembre 1999

**Personnes attachées spécifiquement à la PASS** :

1 ETP assistante sociale

1 agent d'accueil (emploi jeune)

**Information générale du personnel concernant l'existence du dispositif** : par la diffusion d'un article dans le journal interne de l'établissement.

**Formation du personnel** :

**Locaux** : aux urgences et service social

**Réalisation d'une analyse des besoins** : non

**Comité de pilotage** : il n'existe pas de comité de pilotage, cependant le service social organise régulièrement (tous les deux mois) des réunions thématiques (cancers, pédiatrie, précarité) avec les partenaires locaux concernés.

**Procédures** : existence de fiches de liaison entre les services « hospitaliers » et le service social ; organisation de réunion de synthèse dans certains services.

**Organisation de consultations médicales spécifiques** : non

**Dispositifs de délivrance gratuite de médicaments** : non

**Permanences de partenaires extrahospitaliers au sein de l'établissement** : CPAM, une demi journée par semaine.

**Annuaire** :

**Dispositifs, projets, services parallèles** :

Planning familial

Cellule médico-judiciaire

Service de psychiatrie

Pôle de prévention des maladies cardio-vasculaire

Vestiaire

## CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE D'AMIENS

**Date de fonctionnement** : Février 2000

**Notification des crédits** : 12 novembre 1999

**Personnes attachées spécifiquement à la PASS** : 1 ETP assistante sociale, 0.3 ETP psychologue, participation des médecins urgentistes

**Information générale du personnel concernant l'existence du dispositif** : le dispositif n'est pas encore réellement visible. La réalisation d'un dossier spécifique devrait permettre la sensibilisation du personnel de l'hôpital et une amélioration du travail inter service.

**Formation du personnel** : le thème de la précarité est un axe prioritaire de la formation interne. La responsable du service social a été sollicitée par la direction de l'établissement pour l'organiser.

**Locaux** : établissement pavillonnaire, le service social est situé en face des urgences dans le même bâtiment que le service sortie – facturation. Il n'y a pas de local spécifique au sein des urgences.

**Réalisation d'une analyse des besoins** : réalisation d'une analyse générale des besoins du bassin de population lors de la définition du premier projet réalisé à la suite du schéma départemental d'accès aux soins. L'évaluation des besoins au niveau du service des urgences n'a pas encore pu être réalisée.

**Comité de pilotage** :

Il existe un comité de pilotage interne chargé de définir le projet et d'établir notamment un dossier spécifique.

Jusqu'à présent aucun partenaires extrahospitalier n'a été invité à participer à la définition du projet.

**Procédures** :

Il existe des procédures de liaisons entre les différents services hospitaliers et le service social ainsi qu'entre le service social et la CPAM notamment.

Recherche actuelle sur des critères de repérage des personnes en difficulté.

**Organisation de consultations médicales spécifiques** : non

**Dispositifs de délivrance gratuite de médicaments** : oui

**Permanences de partenaires extrahospitaliers au sein de l'établissement** : CPAM, 2 fois par semaine.

**Annuaire des partenaires** : en cours

**Dispositifs, projets, services parallèles** :

Vestiaire

Unité mobile d'alcoologie

**Divers :**

De part la taille même de l'établissement et de son organisation géographique (5 sites), il est difficile d'assurer la continuité des soins et une prise en charge globale du patient. Le travail des membres de la PASS n'est donc déjà pas facilité en interne. Pour eux la priorité est donc d'abord une amélioration des relations et de la communication au sein même de l'établissement.

Concernant la délivrance des médicaments, le service social souligne qu'une fois sur deux le personnel de la pharmacie refuse de délivrer car ils n'ont pas connaissance de la convention.

L'équipe souligne également le rôle positif de la permanence de la sécurité sociale qui facilite l'aboutissement rapide des dossiers.

**CENTRE HOSPITALIER DE BEAUVAIS**

**Date de fonctionnement :** 1994

**Notification des crédits :** 22 janvier 1999

**Personnes attachées spécifiquement à la PASS :**

1 coordonnateur – médiateur sociale (emploi jeune)

1 ETP assistante sociale

1 ETP psychologue

3 vacations de médecins

**Information générale du personnel concernant l'existence du dispositif :** à l'origine du dispositif une formation a été proposée à l'ensemble du personnel. Le personnel est régulièrement sensibilisé par des contacts quotidiens avec les différentes assistantes sociales de l'hôpital ainsi que par le rôle déterminant de la médiatrice sociale qui favorise des liens entre les différents services de l'établissement (services de soins, pharmacie, économat, cuisine) autour des problématiques liées à la précarité.

**Formation du personnel :** L'accès aux soins est un thème régulier de formation interne. Le personnel a également accès aux formations organisées dans le cadre du PRAPS (pauvreté précarité, souffrance alcoolique).

**Locaux :**

au sein du service des urgences : vestiaire et bureau de la psychologue

au service social

les CHAMS sont organisées soit en ville dans des locaux loués à l'OPHS, soit dans une salle des urgences réservée à cet effet.

**Réalisation d'une analyse des besoins** : oui, analyse générale des besoins du secteur en 1994 et réalisation d'une enquête auprès des différents partenaires en 1997 (32 institutions de Beauvais consultées).

**Comité de pilotage** : oui, il comprend un groupe de travail interne qui regroupe le service social, différents services de soins, la pharmacie et les services administratifs (direction, admissions, facturation) et un comité de pilotage associant tous les partenaires extra-hospitaliers.

**Procédures :**

Il existe des procédures de liaison entre les services de soins et le service social dans le cadre du dispositif « Accueil Hôpital Solidarité », formulaire spécifique pour la facturation.

Il existe des procédures dans le cadre des CHAMS (orientation par un membre du réseau, prise de rendez-vous)

**Organisation de consultations médicales spécifiques** : oui, trois fois par semaine dans le cadre des consultations hospitalières avancées médico-sociales (CHAMS).

**Dispositifs de délivrance gratuite de médicaments** : oui dans le cadre de la convention.

Une procédure est également établie avec un pharmacien de ville et le secours catholique : le pharmacien réalise un devis de l'ordonnance et l'association s'engage à la régler.

**Permanences de partenaires extrahospitaliers au sein de l'établissement** : CPAM, une demi journée par semaine, association Vie Libre (alcool) une fois par semaine.

**Annuaire** : oui

**Dispositifs, projets, services parallèles :**

Consultation en alcoologie et tabacologie.

Pôle de prévention cardio-vasculaire

**Divers :**

Rôle particulier du médiateur social qui peut réaliser à la demande un accompagnement physique des personnes. Son rôle est essentiel en terme d'accès aux soins (transport, lien social) et pour assurer un lien régulier avec les partenaires extra-hospitaliers.

Des difficultés dans la prise en charge des problèmes psychiatriques du fait de l'absence de médecins psychiatres dans l'établissement.

Actuellement deux projets en cours : développer une PASS en milieu rural et permettre un meilleur accès aux soins dentaires.

## CENTRE HOSPITALIER DE COMPIEGNE

**Date de fonctionnement** : avril 2000

**Notification des crédits** : 15 novembre 1999

**Personnes attachées spécifiquement à la PASS** :

1 ETP assistante sociale

**Information générale du personnel concernant l'existence du dispositif** : la prise en charge des problèmes liés à la précarité est un des points essentiels du projet de l'établissement. Il apparaît comme tel dans le projet médical. Le personnel soignant a été invité à assister aux réunions PRAPS.

**Formation du personnel** : seule l'assistante sociale a suivi une formation spécifique.

**Locaux** : pour le moment le bureau de l'assistante sociale chargée plus spécifiquement de la PASS est situé au sein du service social, à terme il sera situé aux urgences.

**Réalisation d'une analyse des besoins** : non

**Comité de pilotage** : non, mais il existe un réseau santé-précarité à Compiègne qui réunit l'ensemble des partenaires, notamment : CPAM, SATO, secours catholique, CCAA, PMI, AS responsables de circonscription, CHRS, PAIO etc. Les réunions ont lieu toutes les six semaines environs.

**Procédures** : il existe une fiche de liaison avec la CPAM

Quelques réunions de synthèse.

**Organisation de consultations médicales spécifiques** : non

**Dispositifs de délivrance gratuite de médicaments** : oui

**Permanences de partenaires extrahospitaliers au sein de l'établissement** : pas pour le moment, en attente de la réponse de la CPAM.

**Annuaire** : en cours

**Dispositifs, projets, services parallèles** :

Projet de réalisation d'un « sociophare » à usage interne.

Au sein de l'hôpital, réflexion sur la maltraitance et sur les accouchements sous X, participation chaque année au forum jeune.

Travail en partenariat sur les impayés à l'hôpital

Service alcoologie

**Divers** : création d'une double consultation médicale et sociale en projet.

## CENTRE HOSPITALIER DE CREIL

**Date de fonctionnement** : en projet

**Notification des crédits** : 25 novembre 1999

**Personnes attachées spécifiquement à la PASS** : le projet prévoit 1ETP assistante sociale, 1 médiateur social (emploi jeune), 1 agent d'accueil (emploi jeune), 6 vacations de médecins.

**Information générale du personnel concernant l'existence du dispositif** : Organisation d'une journée de sensibilisation en mai 1999. Depuis une sensibilisation régulière du personnel est effectué grâce à des articles dans le journal interne de l'établissement. Une nouvelle session d'information a eu lieu cette année en novembre.

**Formation du personnel** : formation de quatre jours organisée cette année sur le thème « accueil du public en précarité et travail en réseau ». 15 personnes inscrites.

**Locaux** : locaux spécifiques situés entre les urgences et les services de consultations externes.

**Réalisation d'une analyse des besoins** : oui

**Comité de pilotage** : oui, avec un groupe de travail interne réunissant un cadre de la direction, un PH des urgences, un cadre infirmier, le responsable du service des admissions et le service social et un comité de pilotage avec les partenaires extra-hospitaliers : mairie, associations, CHRS, etc.

**Procédures** : il existe des procédures de liaisons entre les différents services de soins de l'établissement et le service social.

**Organisation de consultations médicales spécifiques** : oui

**Dispositifs de délivrance gratuite de médicaments** : oui

**Permanences de partenaires extrahospitaliers au sein de l'établissement** : CPAM une fois par semaine, des locaux ont également été mis à la dispositions de diverses associations.

**Annuaire** : oui

**Dispositifs, projets, services parallèles** :

Vestiaire

**Divers** : l'établissement signale de graves difficultés de recrutement pour le poste d'assistante sociale or les médecins refusent de commencer les consultations avant son recrutement effectif.

## CENTRE HOSPITALIER DE GUISE

En partenariat avec le centre hospitalier de Vervins

**Date de fonctionnement** : novembre 2000

**Notification des crédits** : septembre 2000

**Personnes attachées spécifiquement à la PASS** : 1 ETP assistante sociale et 2/5<sup>ème</sup> IDE

**Information générale du personnel concernant l'existence du dispositif** : note de service, affiche récapitulative dans chaque service et présentation de l'assistante sociale à l'ensemble du personnel lors de son recrutement en novembre 2000.

**Formation du personnel** : participation à la formation organisée dans le cadre du PRAPS

**Locaux** : aux urgences, à terme les locaux seront situés dans le pôle des consultations de prévention.

**Réalisation d'une analyse des besoins** : recueil des données épidémiologiques générales du secteur, l'analyse des besoins en collaboration avec les partenaires locaux est en cours.

**Comité de pilotage** : en cours

**Procédures** : en cours de formalisation

**Organisation de consultations médicales spécifiques** : non

**Dispositif de délivrance gratuite de médicaments** : oui

**Permanences de partenaires extrahospitaliers au sein de l'établissement** : non

**Annuaire** : en cours

**Dispositifs, projets, services parallèles** :

Projet de CLIC

## CENTRE HOSPITALIER D'HIRSON

**Date de fonctionnement** : novembre 1999

**Notification des crédits** : 1999, hors crédits PASS

**Personnes attachées spécifiquement à la PASS** :

1 ETP assistante sociale

1 psychologue

2 agents d'accueil (emplois jeunes)

**Information générale du personnel concernant l'existence du dispositif** : dispositif organisé à la demande même des services de soins.

**Formation du personnel** : les agents d'accueil ont été spécifiquement formés en interne.

**Locaux** : local situé entre le service des urgences, les services administratifs et les consultations externes.



**Réalisation d'une analyse des besoins** : non

**Comité de pilotage** : non, mais des réunions associant tous les partenaires sont organisées mensuellement à l'initiative de la mairie.

**Procédures** : fiche de liaison avec les partenaires extrahospitaliers.

Procédure de repérage grâce à une fiche « habitudes de vie », cahier de liaison dans chaque service.

**Organisation de consultations médicales spécifiques** : non

**Dispositifs de délivrance gratuite de médicaments** : oui

**Permanences de partenaires extrahospitaliers au sein de l'établissement** : non

**Annuaire** : non

**Dispositifs, projets, services parallèles** :

Point écoute toxicomanie

Sevrage tabagique

Travail au sein de l'établissement sur les problèmes de maltraitance

Projet de création d'un centre de bilan de santé

**Divers** : il existe dans les services de soins des « coordinatrices en soins relationnels » (emplois jeunes) chargées entre autre de repérer les difficultés éventuelles des patients grâce à une fiche de renseignements relative aux habitudes de vie.

## CENTRE HOSPITALIER DE LAON

**Date de fonctionnement** : avril 2000

**Notification des crédits** : 1<sup>er</sup> décembre 1999

**Personnes attachées spécifiquement à la PASS** :

1 ETP assistante sociale

1 accompagnatrice sociale (emploi jeune)

**Information générale du personnel concernant l'existence du dispositif** : faite par l'assistante sociale quand elle s'est présentée dans les différents services.

**Formation du personnel** : pas envisagée sauf pour le personnel « PASS » qui a déjà participé à la formation organisée dans le cadre du PRAPS.

**Locaux** : service social

**Réalisation d'une analyse des besoins** : non

**Comité de pilotage** : non, mais des réunions de synthèse avec l'ensemble des intervenants peuvent être organisée pour résoudre un cas particulier.

**Procédures** : oui

**Organisation de consultations médicales spécifiques** : non

**Dispositifs de délivrance gratuite de médicaments** : non

**Permanences de partenaires extrahospitaliers au sein de l'établissement** : CPAM une demi journée par semaine

**Annuaire** : attente de l'annuaire PRAPS

**Dispositifs, projets, services parallèles** :

Unité de proximité en psychiatrie

**Divers** : L'établissement compte deux assistantes sociales en tout. Une s'occupe des dossiers des personnes hospitalisées et l'autre des dossiers de personnes de passages et des « services concernés par la PASS » comme les urgences, la pédiatrie, la maternité et le service de médecine.

CENTRE HOSPITALIER DE NOYON

**Date de fonctionnement** : en projet

**Notification des crédits** : 10 août 2000

**Personnes attachées spécifiquement à la PASS** : Le projet prévoit 0.5 ETP assistante sociale et 0.5 ETP secrétaire médicale.

**Information générale du personnel concernant l'existence du dispositif** :

**Formation du personnel** :

**Locaux** : service des urgences

**Réalisation d'une analyse des besoins** : non

**Comité de pilotage** : non, il n'est pas envisagé dans l'immédiat.

**Procédures** :

**Organisation de consultations médicales spécifiques** : non

**Dispositifs de délivrance gratuite de médicaments** : non

**Permanences de partenaires extrahospitaliers au sein de l'établissement** : Vie libre (alcool), association des diabétiques

**Annuaire** : non

**Dispositifs, projets, services parallèles** :

**Divers** :

L'établissement signale des difficultés de recrutement pour le poste d'assistante sociale.

Début de la réflexion sur le projet, des contacts avec les partenaires extrahospitaliers ont été pris.

## CENTRE HOSPITALIER DE PERONNE

**Date de fonctionnement** : en projet

**Notification des crédits** : septembre 2000

**Personnes attachées spécifiquement à la PASS** : le projet prévoit 0.5 ETP assistante sociale et 0.5 ETP aise soignante.

**Information générale du personnel concernant l'existence du dispositif** :

**Formation du personnel** :

**Locaux** :

**Réalisation d'une analyse des besoins** : non

**Comité de pilotage** : il existe un groupe de travail interne chargé de mettre en forme le projet mais aucun partenaires extra – hospitalier n'y est aujourd'hui associé.

**Procédures** : réflexion sur la création d'un dossier spécifique.

**Organisation de consultations médicales spécifiques** : non

**Dispositifs de délivrance gratuite de médicaments** : non

**Permanences de partenaires extrahospitaliers au sein de l'établissement** : CPAM, une demi journée par semaine.

**Annuaire** :

**Dispositifs, projets, services parallèles** :

Vestiaire

Service de psychiatrie

**Divers** :

L'établissement signale des difficultés de recrutement pour le poste d'assistante sociale.

## CENTRE HOSPITALIER DE SAINT - QUENTIN

**Date de fonctionnement** : en projet

**Notification des crédits** : 14 janvier 2000

**Personnes attachées spécifiquement à la PASS** : 1 ETP assistante sociale, recrutée depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2000.

**Information générale du personnel concernant l'existence du dispositif** :

**Formation du personnel** :

**Locaux** :

**Réalisation d'une analyse des besoins** :

**Comité de pilotage** : il existe uniquement un comité de pilotage interne qui associe la direction, le service des urgences, le service social et divers services de soins.

**Procédures** : non

**Organisation de consultations médicales spécifiques** : non

**Dispositifs de délivrance gratuite de médicaments** : oui

**Permanences de partenaires extrahospitaliers au sein de l'établissement** :

**Annuaire** :

**Dispositifs, projets, services parallèles** :

**Divers** :

Difficulté de coordination et d'organisation avec le service des urgences qui doit faire face à un « déficit démographique » des PH. De plus une assistante sociale est déjà affectée à ce service.

Il existe déjà en centre ville un centre de santé municipal.

## CENTRE HOSPITALIER DE SOISSONS

**Date de fonctionnement** : avril 2000

**Notification des crédits** : 1<sup>er</sup> décembre 1999

**Personnes attachées spécifiquement à la PASS** :

1 ETP aide éducateur (emploi jeune)

0.5 ETP secrétaire médicale

**Information générale du personnel concernant l'existence du dispositif** : par l'aide éducateur qui s'est présenté aux différents services à son arrivée en poste.

**Formation du personnel** : Une formation à l'accueil a été organisée, elle a principalement été suivie par du personnel soignant. Le personnel PASS a principalement été formé à l'accès aux droits (CMU)

**Locaux** : à proximité de l'entrée principale de l'établissement, de l'accueil, du service des admissions et des consultations externes.

**Réalisation d'une analyse des besoins** : non

**Comité de pilotage** : il existe un groupe de travail interne à l'établissement avec notamment la participation des surveillantes des services de soins et le bureau des admissions. La création d'un comité est envisagée dans le cadre de l'évaluation du dispositif par les partenaires extrahospitaliers.

**Procédures** : oui

**Organisation de consultations médicales spécifiques** : non

**Dispositifs de délivrance gratuite de médicaments** : oui

**Permanences de partenaires extrahospitaliers au sein de l'établissement** : CPAM, une demi journée par semaine

**Annuaire** : non, mais le service social dispose d'un fichier de tous les partenaires qui a été réalisé par l'aide éducateur. Les grands thèmes sont : les administrations, logements, maisons de retraite, œuvres caritatives, pompes funèbres et réseaux.

**Dispositifs, projets, services parallèles** :

Vestiaire

Consultations dentaires

Référent alcool dans l'hôpital

Existence d'un hôtel d'accueil dans les locaux de l'établissement

Point écoute drogue