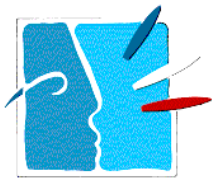

ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE LA SANTÉ PUBLIQUE
RENNES

Inspecteur des Affaires Sanitaires et Sociales

Promotion 1999-2001

Date du Jury : **26, 27 et 28 Février 2001**

LE ROLE DE L'HOPITAL DANS L'ACCES AUX SOINS DES PERSONNES EN SITUATION DE PRECARITE : LES PERMANENCES D'ACCES AUX SOINS DE SANTE EN REGION CENTRE

Vincent CAILLIET

REMERCIEMENTS

Je souhaite remercier :

- Mme Paule LOISY, directeur-adjoint de l'Agence régionale de l'hospitalisation du Centre et **maître de stage,** pour son soutien et ses encouragements, la liberté d'initiative accordée et la confiance octroyée dans l'organisation de mon travail. Facilitateur et guide, notamment au moment de la définition du sujet du mémoire, elle a su partager mon intérêt pour l'aspect social de la prise en charge sanitaire et m'inciter à étudier la mission sociale de l'hôpital,

- tous les établissements hospitaliers m'ayant accueilli, donné accès à toutes les informations utiles et permis de remplir ma mission,

- toutes les personnes rencontrées au cours de ces quatre mois pour leur disponibilité et leur compétence,

- M. Patrice LEGRAND, directeur de l'ARH et tous les personnels de l'Agence, qui ont facilité la tâche qui m'était confiée autant qu'il leur était possible, notamment Mmes Fabienne JOINT, chargée de mission et Carole VALESI, secrétaire de direction, dont le concours dans la réalisation matérielle du mémoire a été précieux,

- et la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales du Loiret pour avoir mis à ma disposition un véhicule de service sans lequel il m'aurait été impossible de silloner la région Centre à la rencontre des acteurs du dispositif PASS.

Enfin, je ne saurais omettre de remercier Sylvia, mon épouse, qui m'a assuré de son constant soutien dans cette entreprise et de son vif intérêt pour le sujet choisi.

S O M M A I R E

METHODOLOGIE

INTRODUCTION..... 1

1 – LES PERMANENCES D'ACCES AUX SOINS DE SANTE : L'OUTIL MIS A LA DISPOSITION DE L'HOPITAL AFIN DE REPONDRE AUX DIFFICULTES D'ACCES AUX SOINS DES PERSONNES EN SITUATION DE PRECARITE..... 9

1.1 La prise en charge par l'hôpital des personnes démunies avant la création des permanences d'accès aux soins de santé..... 9

1.1.1 Les dispositifs prévus par les textes..... 9

*1.1.2 Des dispositifs non satisfaisants et trop peu répandus *11

1.2 L'apport de la loi du 29 juillet 1998 de lutte contre les exclusions pour l'accès aux soins des personnes en situation de précarité à l'hôpital..... 12

*1.2.1 La santé constitue un aspect prioritaire de la loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions *12

*1.2.2 La déclinaison du volet santé de la loi contre les exclusions dans le domaine hospitalier : les PASS *13

1.3 La PASS : des objectifs précis pour des dispositifs variés devant s'insérer dans leur environnement juridique et institutionnel..... 15

*1.3.1 Des objectifs précis *15

*1.3.2 Des dispositifs variés *16

*1.3.3 La PASS : un dispositif non isolé devant s'insérer dans son environnement juridique et structurel *17

1.4 Une mise en place subordonnée à l'action de différents acteurs..... 19

*1.4.1 Le rôle des services de l'Etat *19

*1.4.2 Le rôle des acteurs hospitaliers *20

*1.4.3 Le rôle des partenaires institutionnels et associatifs *20

1.5 Un premier bilan d'étape relatif à la mise en place des PASS..... 21

*1.5.1 Au plan national *21

*1.5.2 Au plan régional *24

2 – LES PERMANENCES D'ACCES AUX SOINS DE SANTE EN REGION CENTRE : UNE MISE EN PLACE LENTE ET INEGALE, REFLET DE LA DIVERSITE DES CONCEPTIONS DU ROLE SOCIAL DE L'HOPITAL ET DES BESOINS DES USAGERS..... 25

2.1 L'état des lieux en région Centre : des situations disparates..... 25

2.1.1 Des établissements divers 25

2.1.2 Des situations démographiques, sanitaires et sociales variées 26

2.1.3 Un environnement sanitaire et social différent 27

2.1.4 Une pluralité d'organisation des PASS 29

2.2 La mise en place des PASS au regard des orientations stratégiques et des priorités d'action du schéma régional de l'organisation sanitaire du Centre en matière de prise en charge des personnes en situation de précarité..... 30

2.2.1 Le développement du rôle de l'hôpital en tant qu'acteur de santé publique dans une dynamique de réseaux : un objectif partagé pour une concrétisation embryonnaire 31

2.2.2 L'inclusion d'un projet d'action médico-sociale dans le projet d'établissement de l'hôpital : une formalisation inégale 32

2.2.3 L'intégration d'un volet formation spécifique dans le plan de formation des personnels de l'hôpital : une nécessité quasi-effective 33

2.2.4 L'organisation ou l'adaptation des consultations pluridisciplinaires à des horaires élargis et adaptés en dehors ou à l'intérieur de l'hôpital : un aspect essentiel se heurtant à des difficultés pratiques 33

2.3 Les difficultés auxquelles l'ensemble des PASS doit faire face..... 36

2.3.1 Une montée en charge lente de certains aspects du dispositif 36

2.3.2 Une communication insuffisante des établissements quant à l'existence même de leur PASS 37

2.3.3 Un faible nombre de patients ayant consulté dans le cadre du dispositif PASS 38

2.4 Les éléments facilitateurs de la mise en place des PASS..... 39

2.4.1 L'existence d'un texte fort légitimant le rôle social de l'hôpital 39

2.4.2 Une bonne implication des autorités de tutelle 39

2.4.3 Une organisation du travail hospitalier favorisant l'intégration de l'aspect social de la prise en charge 40

2.4.4 L'antériorité d'un réseau local formalisé et actif 40

2.4.5 Un volontarisme et une sensibilisation marqués de certains personnels 41

3 – LE FONCTIONNEMENT DES PERMANENCES D'ACCES AUX SOINS DE SANTE EN REGION CENTRE : APPORTS, DYSFONCTIONNEMENTS ET AMELIORATIONS A METTRE EN OEUVRE..... 42

3.1 Des apports encourageants mais à ce jour limités..... 42

3.1.1 Les apports pour l'usager 42

3.1.2 Les apports pour l'hôpital 44

3.2 Des dysfonctionnements encore nombreux..... 46

3.2.1 Un hôpital trop souvent éloigné de l'usager précaire 46

3.2.2 Une implication insuffisante des autres acteurs du système de santé 46

3.2.3 Un manque de pertinence du dispositif pour les établissements de proximité 47

3.3 Les améliorations préconisées par les acteurs concernés..... 49

3.3.1 Mettre l'accent sur la formation des personnels hospitaliers dans le domaine social 49

3.3.2 Développer le partenariat avec le secteur psychiatrique et la médecine libérale 50

3.3.3 Les autres améliorations envisagées 51

3.4 L'amélioration envisageable à partir d'une PASS de la région : l'exemple du centre hospitalier de Dreux pouvant servir de guide à destination des hôpitaux rencontrant des difficultés de mise en place..... 54

3.4.1 Présentation du centre hospitalier de Dreux et du contexte local 55

3.4.2 L'existence d'un réseau ville-hôpital structuré et développé avant la mise en place de la PASS 56

3.4.3 Modalités de mise en place de la PASS du centre hospitalier de Dreux 58

3.4.4 Modalités de fonctionnement de la PASS du centre hospitalier de Dreux 58

3.5 Essai de définition d'une typologie des PASS..... 60

3.5.1 Typologie de fait 60

3.5.2 Typologie de recommandations 65

CONCLUSION.....67

BIBLIOGRAPHIE.....70

ABREVIATIONS.....76

ANNEXES.....78

METHODOLOGIE

❖ Recherches théoriques et bibliographiques

- Elles ont débuté en février 2000 lors du choix du sujet, pendant le stage filière à l'Agence régionale de l'hospitalisation du Centre,
- se sont poursuivies de mars à juillet 2000 lors de ma présence à l'ENSP,
- et se sont achevées lors du stage d'exercice professionnel (28 août au 22 décembre 2000).

❖ Investigations pratiques

- Prise de contact par courrier en avril 2000 avec les dix établissements concernés, pour les informer de mon thème de mémoire, leur annoncer ma venue à l'automne, leur demander de bien vouloir me recevoir et me transmettre toutes les informations utiles à l'accomplissement de mon travail (courrier de rappel fin juillet),
- Elaboration d'une grille d'entretien fin août 2000, destinée à être utilisée au cours des entretiens avec les acteurs du dispositif (voir annexes),
- Rencontre avec les acteurs du dispositif PASS (voir annexes) :

- en région Centre : déplacement dans chaque hôpital concerné et entretien avec les agents des services déconcentrés,
- l'administration centrale : Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS),
- le docteur Jacques LEBAS (auteur du rapport d'accompagnement de la mise en place des PASS, mai 2000).

❖ Participation à des réunions

- Comités de pilotage et de suivi de la PASS de Châteauroux, le 6 septembre 2000 et de Blois, les 15 septembre et 27 octobre 2000,
- Journée précarité et accès aux soins, Institut de formation en soins infirmiers du Centre hospitalier universitaire de Tours, Samedi 18 novembre 2000,
- Réunion du réseau santé de proximité à Dreux, le 28 novembre 2000.

INTRODUCTION

« *Les hôpitaux sont, en quelque sorte, la mesure de la civilisation d'un peuple* ».[1]

« Le service public hospitalier qui permet à chacun de bénéficier d'un égal accès aux soins apparaît comme le minimum qu'une société moderne doit mettre en oeuvre pour satisfaire les besoins en soins hospitaliers ».[2]

En juin 2000, une évaluation de l'Organisation Mondiale de la Santé a situé la France au premier rang - parmi 191 pays - en terme de performances de son système de santé.

Cependant, ce système est marqué par un phénomène préoccupant, devenu depuis quelques années un des problèmes les plus cruciaux que la société française ait à affronter : l'aggravation des inégalités face à la santé. Elle se caractérise notamment par un renoncement aux soins médicaux pour des raisons financières qui a concerné un français sur sept en 1998[3].

Le phénomène de précarisation est devenu aujourd'hui massif, puisque l'on peut estimer qu'il touche 20 à 25 % de la population totale, soit de 12 à 15 millions de personnes. On assiste donc à un véritable bouleversement de la société française qui creuse les inégalités sociales et menace à terme la cohésion nationale.[4]

De façon générale, la précarité peut être définie comme un état d'instabilité sociale caractérisé par « *l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales et de jouir de leurs droits fondamentaux. Elle conduit à la grande pauvreté quand*

---

[1] TENON, cité par IMBERT Jean, in «*Les hôpitaux en France* », éditions PUF, Que sais-je, 1994, page 5.

[2] PONCHON François, in « *Les droits des patients à l'hôpital* », éditions PUF, Que sais-je, décembre 1999, page 16.

[3] BENKIMOUN Paul, « *Le renoncement aux soins médicaux* », 18 décembre 1999, in Le Monde dossiers et documents « *L'exclusion en France* » n° 291, octobre 2000, page 2.

[4] Avis du Haut comité de la santé publique, «*La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé* », éditions ENSP, collection avis et rapports, février 1998, page IX et X.

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 ». [5]

On assiste aujourd'hui au paradoxe d'une pauvreté relative en diminution sur le long terme et le sentiment d'une exclusion croissante ainsi que la prise de conscience que la diminution de cette pauvreté peut coexister avec une aggravation des situations de pauvreté extrême, non recensées[6].

Le problème ne réside, sauf pour une partie de la population en situation de grande précarité, ni dans la rareté de l'offre, ni dans l'absence de prise en compte administrative, ni dans l'absence de possibilité de recours aux soins. Ce sont plutôt la complexité du système médico-social, l'éclatement des compétences et l'inadaptation du système aux différentes caractéristiques des populations qui expliquent les difficultés d'accès aux soins de ces personnes.

Or, faciliter l'accès de chacun au système de droit commun et assurer l'égalité de tous face au système de santé font partie des droits fondamentaux consacrés par le préambule de la Constitution du 27 octobre 1946[7] et repris dans la Constitution du 4 octobre 1958 qui reconnaît « *le droit à la protection sociale* ».

L'accès aux soins est le droit le plus fondamental de la personne malade, il forme l'ossature générale de tout le dispositif de prise en charge hospitalière et constitue la marque d'une organisation sanitaire qui place le malade au cœur des préoccupations des professionnels de santé.[8]

---

[5] WREZINSKI Joseph, «*Grande pauvreté et précarité économique et sociale* », rapport au Conseil Economique et Social, 1987.

[6] Rapport annuel de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale, 20 novembre 2000, cité par SARAZIN Isabelle in « *Un autre savoir sur la précarité ?* », Actualités Sociales Hebdomadaires, 24 novembre 2000, n° 2190, page 6.

[7] « *La nation garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs,* ***la protection de la santé*** (...) ».

[8] PONCHON François, « *Les droits du patient à l'hôpital* », éditions PUF, Que sais-je, décembre 1999, page 16.

« *Les corrélations entre santé et précarité sont prouvées (...) mais qui dit corrélation ne dit pas forcément causalité* ».[9] Ainsi, le risque sanitaire lié à la précarité constitue un enjeu essentiel : la souffrance psychique est actuellement, dans le domaine de la santé, le symptôme majeur de la précarité.[10]

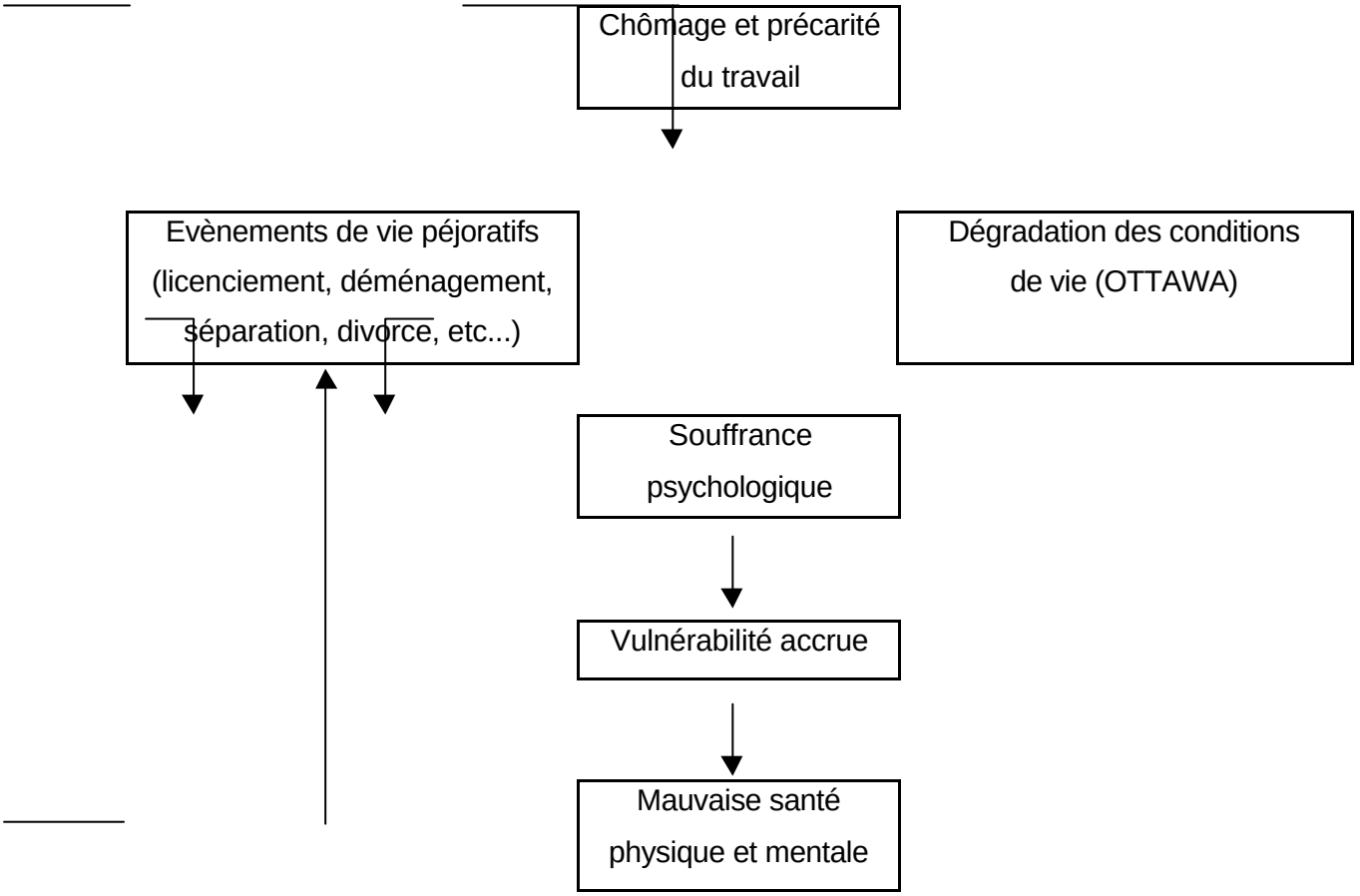

Schéma des enchaînements causaux de la mauvaise santé en situation de précarité.[11]

Cet enjeu est pris en compte par les pouvoirs publics et s'est traduit par la mise en œuvre récente d'une politique en faveur de l'égalité d'accès à la santé au sens large, intégrant les droits, les soins et la prévention.

[9] Préparation du PRAPS région Centre, document de synthèse, novembre 1999, page 4.

[10] Avis du Haut comité de la santé publique, «*La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé* », éditions ENSP, collection avis et rapports, février 1998, page X.

[11] Avis du Haut comité de la santé publique, op. cit., page 103.

Celle-ci s'est notamment concrétisée par l'adoption de deux lois d'une grande portée sociale :

- la loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions,
- et la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle.

A travers l'article L 6112-1-7° du Code de la santé publique, la première fait de l'hôpital l'un des acteurs engagé dans la prévention et la lutte contre les exclusions[12] et étend les missions du service public hospitalier à la lutte contre l'exclusion sociale.
La seconde vise à garantir l'accès effectif à l'assurance maladie de base et à assurer une couverture complémentaire aux six millions de personnes ayant renoncé, faute de ressources suffisantes, à se soigner. Son objectif est de garantir l'accès aux droits existants et non d'en instituer de nouveaux puisqu'elle « *doit permettre de passer du droit juridiquement affirmé à la santé, au droit, réellement exercé, de se soigner* »[13].

Cette mission sociale consacrée par la loi constitue en réalité un retour aux sources pour l'hôpital et une réaffirmation d'un rôle originel qu'il avait semble-t-il délaissé depuis un demi-siècle pour se consacrer aux soins et à la technique médicale.

Au XVIème siècle, le premier règlement intérieur des hôpitaux prévoyait de recevoir le malade comme un «*maistre de maison* ». Lutter contre toute forme d'exclusion est l'éthique même du métier hospitalier, l'hôpital est « *dans le monde* », et son activité dépend étroitement de l'évolution de notre société et de ses maux.

Ainsi, « *les conséquences d'une société à deux vitesses, les maux de l'exclusion sont venus bousculer la tranquille assurance de certains qui pensaient que tout était dit par les progrès de la médecine et par la rigueur de la gestion* ».[14]

---

[12] Article L 6112-1-7°, anciennement L 711-3, 7°, du Code de la Santé Publique : le service public hospitalier concourt *« à la lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professionnels et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui oeuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion, dans une dynamique de réseaux »,* in annexe à l'ordonnance n° 2000-548 du 15 juin 2000, journal officiel, n° 143, 22 juin 2000.

[13] BOULARD Jean-Claude, cité par JACQUOT Sophie, *« La couverture maladie universelle : vers un droit à la santé pour tous »*, in Actualités sociales hebdomadaires, supplément au n° 2171 du 16 juin 2000, page 5.

[14] CORDIER Alain, article «*L'hôpital et les patients démunis* », in «*Santé et précarité* » de LEBAS Jacques et CHAUVIN Pierre, Mai 1998, Paris, éd. Flammarion, pp 225-233.

Trois périodes se distinguent dans l'histoire des hôpitaux.[15]

Tout d'abord, une période s'étendant des origines ***jusqu'au XVIème siècle*** durant laquelle l'hôpital constitue une œuvre de charité et pour lequel le «*pauvre* » est la raison d'être. L'hôpital n'accueille alors que des personnes incapables d'assurer leur propre subsistance.

Ensuite, une deuxième période allant ***du XVIème au XIXème siècle*** pendant laquelle l'hôpital sera une œuvre de bienfaisance, cette évolution résultant à la fois de l'affaiblissement de la foi, des dissensions internes de l'Eglise et des progrès de la médecine.

Enfin, ***à partir du XXème siècle***, l'hôpital devient un centre de soins dans lequel la charité et la bienfaisance passent au second plan, l'évolution des techniques médicales ayant permis d'améliorer la qualité des soins et donné au médecin une place prépondérante : l'hôpital ne doit plus être ouvert aux seuls indigents.

L'approche essentiellement biomédicale et curative qui a été jusqu'ici celle du système de soins français s'est traduite par une organisation centrée sur l'hôpital.[16] Cette approche s'intéresse aux maladies plutôt qu'aux malades et ce qui relève de la prise en compte de la situation sociale dépasse en général cette approche.

Ainsi, la montée de la pauvreté et de la précarité place l'hôpital devant cette contradiction apparente : il constitue le lieu d'excellence en ce qui concerne les techniques de diagnostic et les thérapeutiques les plus innovantes, mais il demeure, dans le même temps, le lieu de recours auquel s'adressent les exclus de notre société. Son rôle d'accueil et d'hébergement des indigents, longtemps assumé et revendiqué tout au long de son histoire, a fortement marqué les mentalités, tant des hospitaliers que des usagers potentiels et des citoyens en général. Il reste constitutif de sa vocation et assure symboliquement la sécurité pour chacun de pouvoir être soigné à égalité avec tous.

---

[15] IMBERT Jean, « *Les hôpitaux en France* », éditions PUF, Que sais-je, 1994.

[16] IMBAULT-HUART Marie-Josée, « *Médicalisation et fonction sociale de l'hôpital : convergences et contradictions* », Musée de l'AP-HP, éditions « *Depuis cent ans, la société, l'hôpital et les pauvres* », Paris, Doin, 1996, in LEBAS Jacques, « *A l'épreuve de la précarité, une certaine idée de l'hôpital* », document de synthèse remis à Mme Martine AUBRY et M. Bernard KOUCHNER, 26 février 1998, page 11.

La réaffirmation de ce rôle social est importante dans une période de précarisation massive[17] comme celle à laquelle nous assistons actuellement.

Afin que l'hôpital assume de nouveau sa mission sociale, l'article 76 de la loi du 29 juillet 1998 prévoit la création des Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS)[18] dont l'objectif est de mettre en réseau les professionnels du champ sanitaire et social, hospitalier, libéral ainsi que les professionnels chargés de l'insertion afin d'offrir aux populations des lieux visibles d'accueil, d'information, de prévention et d'orientation, voire de premiers soins.

Cette collaboration est d'autant plus importante qu'une partie des publics en situation précaire nécessite une prise en charge simultanée des aspects sanitaires et sociaux, et que les actions de santé ne se limitent pas aux soins mais accordent une place essentielle à la prévention.

Cette volonté de mettre en place une politique globale et non spécifiquement destinée à une population déterminée trouve son premier fondement dans le Code de déontologie médicale [19] et le Code de la Santé Publique. [20]

Les pouvoirs publics assignent aux PASS une mission essentielle : « *le service public hospitalier joue déjà un rôle fondamental pour favoriser l'accès aux soins des personnes en situation de précarité et l'hôpital est un lieu d'accueil pour les personnes en difficulté mais il est essentiel que se développe une prise en charge qui ne soit pas exclusivement sanitaire.*

---

[17] LEBAS Jacques, «*A l'épreuve de la précarité, une certaine idée de l'hôpital* », document de synthèse remis à Mme Martine AUBRY et M. Bernard KOUCHNER, 26 février 1998, page 12.

[18] Article L 6112-6, anciennement L 711-7-1, du Code de la Santé Publique.

[19] Code de déontologie médicale, article 7 : *« le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard ».*

[20] Code de la santé publique, article L 6112-2, anciennement L 711-4 : «*les EPS garantissent l'égal accès de tous aux soins qu'ils dispensent. Ils sont ouverts à toutes personnes dont l'état requiert leurs services. Ils doivent être en mesure de les accueillir de jour et de nuit, éventuellement en urgence, ou d'assurer leur admission dans un autre établissement. Ils dispensent aux patients les soins préventifs, curatifs ou palliatifs que requiert leur état et veillent à la continuité de ces soins, à l'issue de leur admission ou de leur hébergement. Ils ne peuvent établir aucune discrimination entre les malades en ce qui concerne les soins ».*

La vocation des PASS est de faciliter leur intégration dans le système hospitalier et plus largement dans le système de soins. De même, l'hôpital doit, au-delà de ses missions de soins, contribuer au dépistage des souffrances sociales, et s'attacher à établir un premier contact médical avec des populations qui ne peuvent ni n'osent venir vers lui.

L'ouverture de l'hôpital à la cité sera ainsi une priorité, avec d'une part, la possibilité pour les institutions sociales et les associations de malades, sociales, humanitaires, d'être plus souvent et plus systématiquement présentes à l'hôpital, et d'autre part, le développement de la participation de l'hôpital à des réseaux sanitaires et sociaux, y compris à titre pilote, grâce à des unités mobiles hospitalières ».[21]

L'instauration des PASS intervient à un moment de forte précarisation et correspond à la prise de conscience qu' « *aucun progrès médical ne vaudra si un homme – un seul – ne peut recevoir les soins d'urgence et généraux que suppose son état. Voilà la responsabilité, sans limite, de quiconque travaille dans un hôpital* ».[22]

En région Centre, l'égalité d'accès aux soins constitue l'une des orientations stratégiques retenues par le Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire de deuxième génération (1999), et l'Agence Régionale de l'Hospitalisation a fait de l'accès aux soins des plus démunis une de ses priorités de santé publique : « *l'Hôpital doit s'insérer dans la cité et donc pleinement participer à la politique de prévention et à la prise en charge de la précarité* ».[23]

Dans ce cadre, la mise en place des dix PASS financées au 1er janvier 2000 revêt une grande importance et doit être évaluée afin de vérifier si l'hôpital remplit effectivement la mission sociale qui lui est assignée et s'il permet une amélioration effective de l'accès aux soins des personnes en situation de précarité.

Or, l'accomplissement de cette mission s'avère difficile car le bon fonctionnement des PASS nécessite la mise en place de « *dispositifs appropriés, le développement de savoir-*

---

[21] AUBRY Martine, discours introductif des Assises de l'hospitalisation, 30 mars 1998.

[22] CORDIER Alain, article « *L'hôpital et les patients démunis* », in « *Santé et précarité* » de LEBAS Jacques et CHAUVIN Pierre, Paris, éd. Flammarion, Mai 1998, pp 225-233.

[23] MARROT Bernard, directeur de l'ARH du Centre, conclusion de l'allocution relative au bilan d'activité de l'ARH lors de la Conférence régionale de santé du 11 janvier 2000.

faire qui ne sont pas encore communs dans nos hôpitaux et l'adaptation à des demandes souvent vécues comme contradictoires avec l'organisation hospitalière traditionnelle »[24].

La région Centre n'échappe évidemment pas à cette réalité nationale et rencontre également ce type de difficultés.

Ainsi, à l'instar du constat posé sur le plan national par le docteur LEBAS et malgré le net affichage de cette priorité dans la région, la montée en charge du dispositif des PASS est inégale. Force est de constater que leur mise en place et leur fonctionnement connaissent des disparités alors même que les sommes qui y sont consacrées sont identiques.

En conséquence, il paraît d'abord nécessaire de rechercher les raisons qui expliquent les inégalités existant dans le fonctionnement des PASS en région Centre en effectuant une étude comparée des dix permanences de la région.

Ensuite, la détermination des modalités d'amélioration envisageables - en particulier par l'exemple d'une PASS donnant satisfaction et réunissant a priori toutes les conditions afin que le dispositif soit pertinent, susceptible d'être transmis aux autres sites hospitaliers afin de les aider à surmonter certaines difficultés rencontrées - devant faciliter, sinon la disparition, tout au moins la réduction de ces disparités initiales.

La PASS apparaît comme un outil majeur dont les hôpitaux avaient besoin pour répondre aux difficultés d'accès aux soins des personnes en situation de précarité (1).

Pourtant, si ce dispositif paraît adapté pour répondre à leurs besoins, sa mise en place en région Centre est assez inégale, et semble refléter à la fois la diversité des conceptions du rôle social de l'hôpital et des besoins des usagers (2).

Par ailleurs, les apports des PASS sont - à ce jour - limités et les dysfonctionnements encore nombreux. Il convient donc de remédier à ces insuffisances en proposant des améliorations nécessaires, notamment à l'aide de l'exemple concret d'une PASS de la région (3).

[24] LEBAS Jacques, rapport relatif à la mission d'accompagnement à la mise en œuvre des PASS, Mai 2000, page 1.

1 - LES PERMANENCES D'ACCES AUX SOINS DE SANTE : L'OUTIL MIS A LA DISPOSITION DE L'HOPITAL AFIN DE REPONDRE AUX DIFFICULTES D'ACCES AUX SOINS DES PERSONNES EN SITUATION DE PRECARITE

La création de la PASS est récente, mais il existait précédemment des dispositifs de prise en charge hospitalière des personnes démunies (1.1).

L'adoption de la loi de luttre contre les exclusions a constitué une avancée importante par la généralisation à tous les établissements publics de santé ou participant au service public hospitalier de la mise en place d'un dispositif véritablement transversal réunissant la participation d'acteurs très divers (1.2).

Nous le verrons en définissant la PASS, ses objectifs et ses modalités pratiques (1.3), l'action des acteurs concernés dans sa mise en place (1.4) avant de procéder à un premier bilan d'étape de la mise en place des PASS, à la fois sur le plan national et régional (1.5).

1.1 LA PRISE EN CHARGE PAR L'HOPITAL DES PERSONNES DEMUNIES AVANT LA CRÉATION DES PERMANENCES D'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ

Au début des années quatre-vingt dix, la prise de conscience relative à la nécessité d'apporter une réponse adaptée aux problèmes des personnes démunies se présentant aux portes de l'hôpital s'est faite jour. Des dispositifs ont été prévus par les textes (1.1.1) mais ils ne se sont pas révélés satisfaisants et étaient trop peu répandus (1.1.2).

1.1.1 Les dispositifs prévus par les textes

Avant l'édiction de normes légales ou réglementaires, le premier dispositif destiné à l'usage des personnes en situation de précarité a été la consultation Baudelaire, ouverte par le docteur LEBAS à l'hôpital Saint-Antoine (Paris), en février 1992.

Puis, la circulaire du 17 septembre 1993 relative à l'accès aux soins des personnes les plus démunies à l'hôpital a prévu la mise en place de « *cellules d'accueil spécialisées* ». Elle demandait aux directeurs des hôpitaux, dont la taille le justifiait, « *d'ouvrir une antenne du service des admissions dans les services d'urgence ou les services de porte* », afin que ces services dirigent les personnes dépourvues de prise en charge vers les organismes compétents.

Il leur était demandé de prendre contact avec le représentant de l'Etat dans le département, les services du conseil général, les centres communaux d'action sociale, les organismes de sécurité sociale « *et, le cas échéant, des associations afin de créer, par voie de conventions, et d'implanter dans les locaux hospitaliers, une cellule d'accueil spécialisée pouvant aider les personnes les plus défavorisées à faire valoir leurs droits à un régime de base ou à un régime complémentaire d'assurance maladie ainsi qu'à l'aide médicale* ».

Toutefois, seulement une centaine d'hôpitaux ont créé de telles permanences[25], d'où la volonté récente du législateur d'en faire une obligation légale.

Par ailleurs, la circulaire du 21 mars 1995 relative à l'accès aux soins des personnes les plus démunies avait prévu la mise en place, pour le 1er octobre 1995, d'un plan départemental d'accès aux soins, qui s'articulerait autour de quatre thèmes principaux :

- coordination des actions de santé et mobilisation de tous les acteurs du système de santé,
- acquisition d'une bonne connaissance des personnes concernées et de leurs difficultés,
- augmentation du nombre de places d'hébergement et amélioration de la qualité de l'accueil des plus démunis,
- meilleure accessibilité des dispositifs (renforcement et extension des SAMU, création d'un téléphone vert sans-abri, mise en place d'une structure d'accueil de jour dans chaque chef-lieu de département).

Par ailleurs, le Haut comité de santé publique avait souhaité que chaque hôpital créé « *les conditions pour que toute personne qui se présente, quels que soient son âge et son statut par rapport au droit, puisse bénéficier de tous les soins nécessaires avant même que sa situation ne soit régularisée* ».[26]

[25] J.O.A.N. n° 47 du 15 Mai 1998, page 3891.

[26] Rapport du Haut comité de santé publique, « *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé* », recommandations, éditions ENSP, collection avis et rapports, page 326.

1.1.2 Des dispositifs non satisfaisants et trop peu répandus

Avant la création des PASS, plusieurs obstacles compliquaient la prise en charge des personnes précaires par l'hôpital.[27]

D'une part, l'accueil par les urgences de la personne démunie privilégiait le problème médical ou chirurgical par rapport au problème social. D'autre part, l'activité de l'hôpital dans le domaine de la prise en charge de ces personnes n'était pas reconnue dans ses impératifs de gestion : très peu d'actes techniques, majorité de soins externes peu valorisés et activité très consommatrice en personnel. Enfin, l'action de l'hôpital était rarement coordonnée à celle des autres structures de soins et notamment, à la médecine de ville.

Si la création de cellules d'accueil des plus démunis au sein des établissements de santé était prévue, tous ne l'ont pas concrétisé en pratique. En région Centre, seuls 30 % des établissements concernés par la mise en place des PASS avaient mis en place de telles cellules avant l'entrée en vigueur de la loi de lutte contre les exclusions : les centres hospitaliers de ***Chartres*** (en 1995), de ***Dreux*** et le centre hospitalier universitaire ***de Tours***.
A titre d'exemple, ce dernier avait organisé cette prise en charge autour de deux axes :

- d'une part, une consultation gratuite pour les personnes démunies, ouverte de 8 à 18 heures 30, prévoyant un accueil immédiat, sans rendez-vous, et une délivrance directe des traitements prescrits,
- d'autre part, la signature d'une convention avec l'Etat en 1996 pour les soins externes aux personnes sans résidence stable prévoyant des prestations gratuites limitées aux actes médicaux courants, aux actes de radiologie ou de biologie, à l'acquisition de produits pharmaceutiques remboursables par l'assurance maladie avec une demande de remboursement trimestriel à la DDASS d'Indre-et-Loire.

La loi du 29 juillet 1998 a créé les PASS. Le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité a prévu l'installation de 300 PASS d'ici fin 2000, financées sur la base d'un coût unitaire de 250.000 F.

Ainsi, la création des PASS est l'occasion de faire de la prise en charge des personnes démunies une priorité des établissements hospitaliers et de permettre à l'hôpital de répondre aux besoins de santé de l'ensemble de la population. Elle s'inscrit dans le cadre plus large d'un important volet santé contenu dans la loi de lutte contre les exclusions.

[27] Avis du Haut comité de la santé publique, op. cit., pp 149-150.

1.2 L'APPORT DE LA LOI DU 29 JUILLET 1998 D'ORIENTATION RELATIVE A LA LUTTE CONTRE LES EXCLUSIONS POUR L'ACCES AUX SOINS DES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITE À L'HOPITAL

Au sein de la loi de lutte contre les exclusions, la santé tient une part significative (1.2.1). Ce volet santé se décline sur le versant hospitalier au travers de la mise en place des PASS (1.2.2).

1.2.1 La santé constitue un aspect prioritaire de la loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions

Le chapitre III de la loi de lutte contre les exclusions est consacré à l'accès aux soins. L'article 67 de la loi énonce que l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies constitue « *un objectif prioritaire de la politique de santé* ».

Cette priorité est confirmée par l'effort financier engagé par l'Etat qui représente 7,7 milliards de francs en trois ans pour la santé et la couverture maladie[28]. Afin de concrétiser cet objectif prioritaire, l'article 71 de la loi prévoit l'établissement d'un PRAPS (Programme Régional pour l'Accès à la Prévention et aux Soins) dans chaque région, dont l'élaboration et la mise en œuvre sont coordonnées par le Préfet de région avec la collaboration des collectivités territoriales, des organismes de protection sociale, des institutions et établissements de santé, des professionnels et des associations qui y participent.

Le PRAPS contient des actions de promotion de la santé, d'éducation pour la santé, de prévention, de soins, de rééducation et de réinsertion.

En région Centre, l'objectif général du PRAPS est d'améliorer en trois ans l'accès à la prévention et aux soins des populations les plus démunies, notamment

- en communiquant mieux avec les publics concernés pour qu'ils soient acteurs de leur santé,
- en adaptant l'offre de soins aux besoins des populations les plus démunies,
- enfin en soutenant et en renforçant l'offre de services en réponse à des besoins identifiés.

[28] ELGUIZ Florence et SARAZIN Isabelle, « *La lutte contre les exclusions sort de l'exception* » in Actualités Sociales Hebdomadaires, n° 2180, 15 septembre 2000, page 5.

1.2.2 La déclinaison du volet santé de la loi contre les exclusions dans le domaine hospitalier : les permanences d'accès aux soins de santé

1.2.2.1 La définition légale et réglementaire de la PASS

L'article L 6112-6 du Code de la santé publique, anciennement L 711-7-1 (article 76 de la loi du 29 juillet 1998) énonce que «*dans le cadre des PRAPS prévus (…), 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. Ils concluent avec l'Etat des conventions prévoyant, en cas de nécessité, la prise en charge des consultations externes, des actes diagnostiques et thérapeutiques ainsi que des traitements qui sont délivrés gratuitement à ces personnes* ».

Suite à l'entrée en vigueur de la loi de lutte contre les exclusions, plusieurs circulaires sont venues préciser les modalités de mise en place des PASS :

- celle du 17 décembre 1998 relative à la mission de lutte contre l'exclusion sociale des établissements de santé et à l'accès aux soins des personnes les plus démunies qui définit la participation des établissements publics de santé et des établissements privés participant au service public hospitalier à la lutte contre l'exclusion sociale et décrit les PASS,
- celles des 25 mai et 4 octobre 1999 relatives à la mise en place et à l'évaluation des PASS installées en 1998 et 1999.

1.2.2.2 La PASS en pratique

En pratique, la PASS s'articule autour de quatre éléments[29] :

- <u>La consultation médicale</u>

C'est une consultation de médecine générale à proximité du service d'accueil des urgences ou des consultations externes, si possible sans rendez-vous, ouverte à tous, consultation de 1er recours en soins primaires, sans impératif de temps et permettant une approche globale du patient.

[29] ARH-infos spécial PASS, journal d'informations de l'ARH du Centre, juillet 2000, pp 3-4, réalisé par un groupe de travail réunissant des représentants du CH de Dreux, du CHR d'Orléans, de la DDASS du Loiret, de la DRASS du Centre et de l'ARH.

Elle a pour objectifs :

- de répondre aux symptômes allégués par le patient,
- de repérer et dépister des pathologies graves ou urgentes,
- d'évaluer le risque lié à la situation économique du patient et à sa trajectoire de vie,
- de dépister des pathologies associées (dépendances : alcool, drogues illicites, psychotropes,etc…),
- de dépister des pathologies chroniques : sida, hépathites B ou C, tuberculose, etc…,
- d'identifier les situations de violence conjugale,
- d'évaluer les stratégies thérapeutiques à mettre en œuvre,
- et de permettre au patient de s'impliquer dans une démarche de prévention et d'éducation pour la santé.

Il est souhaitable que cette consultation soit à même d'évaluer la capacité du patient à se prendre en charge, à consulter, à comprendre la prise en charge et le recours aux spécialistes, à observer une thérapeutique et une prescription médicale.

- La consultation sociale

Elle comprend

- une évaluation de la situation de précarité,
- une évaluation de la situation et de l'environnement en matière de logement, ressources, travail, réseaux familial, amical, culturel et social,
- une évaluation de la couverture sociale existante - obligatoire et complémentaire - en vue, le cas échéant, d'une réouverture des droits,
- une évaluation de la capacité de prise en charge par le patient de sa situation sociale,
- une définition d'un plan d'action en fonction de la personne, adapté tant à la ou aux pathologies qu'elle présente ainsi qu'à sa situation de précarité et qu'au type de traitement nécessaire (ce plan d'action doit nécessairement inclure les coordinations à établir avec les partenaires externes).

- Le bordereau de circulation

Il permet d'accéder au plateau technique de l'hôpital et aux différents examens complémentaires, et à la délivrance gratuite des médicaments. Tout ceci nécessite la coopération étroite avec les biologistes, les radiologues et les pharmaciens de l'hôpital.

- L'évaluation

Elle doit comporter une évaluation de l'activité sous forme de bilans périodiques quantifiés (nombre de consultations, délivrances pharmaceutiques, etc...), une évaluation du

fonctionnement du dispositif PASS, notamment sous l'angle qualitatif (utilisation possible d'enquêtes auprès des partenaires).

Il est intéressant de décrire ici les modalités d'intervention médicale et sociale de la PASS. Nous prendrons pour exemple la PASS du ***CH de Blois*** :

- présence d'un travailleur social aux urgences, du lundi au vendredi, de 9 à 20 heures,
- chaque membre de l'équipe sociale sera chargé en permanence de recueillir ou de rechercher des signalements sur l'ensemble de l'établissement,
- une procédure de signalement est en place : un intervenant social vient systématiquement toutes les heures et identifie – parmi les patients s'étant rendus aux urgences – ceux présentant potentiellement une fragilité sociale. Si aucun acte social urgent n'est à effectuer, ce signalement est présenté en staff du service social le lendemain matin. La procédure prévoit un bilan de la situation de la personne, avec notamment une vérification de l'existence éventuelle d'autres interventions sociales extra-hospitalières,
- chaque intervenant social sensibilisera les soignants à l'identification des fragilités sociales en apportant des éléments méthodologiques notamment sous forme de fiches réflexes,
- de plus, un répondeur téléphonique sera disponible pour que les patients, leurs proches ou les soignants puissent effectuer leurs demandes en dehors des heures d'ouverture de secrétariat.

L'étude du volet santé de la loi de 1998, et plus précisément de la définition des PASS dans celui-ci, doit être complétée par celle des objectifs assignés au dispositif, des types de PASS susceptibles d'être mis en place et de son positionnement dans l'environnement sanitaire et social.

1.3 DES OBJECTIFS PRECIS POUR DES DISPOSITIFS VARIES DEVANT S'INTEGRER DANS LEUR ENVIRONNEMENT JURIDIQUE ET INSTITUTIONNEL

Le dispositif PASS doit remplir des objectifs précis (1.3.1), qui peuvent s'exprimer au sein de dispositifs variés (1.3.2), tout en s'insérant dans leur environnement (1.3.3).

1.3.1 Des objectifs précis

L'article 76 de la loi du 29 juillet 1998 assigne aux PASS un double objectif :

- faciliter l'accès des plus démunis au système de santé
- et les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits,

le tout en partenariat avec les acteurs sociaux, les organismes de sécurité sociale, les travailleurs sociaux, les associations et les organismes chargés de la domiciliation au titre de l'aide médicale.

Les PASS seront situées dans les services d'urgence ou à leur proximité et pourvues de moyens de circulation faciles avec les divers services de consultations, d'examens et de soins. Ces cellules de prise en charge médico-sociale 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.

Dans ce cadre, le rôle de l'hôpital en tant qu'acteur social au cœur de la cité et des autres acteurs sanitaires et sociaux est primordial et réaffirmé fortement.

De façon synthétique, la mise en place des PASS doit s'appuyer sur quelques principes fondateurs [30] :

- tout d'abord, il s'agit de ne pas créer une filière spécifique pour les plus démunis mais plutôt de garantir à tous l'accès à l'ensemble des services de l'hôpital,
- ensuite, il convient de favoriser le retour vers le droit commun tant du point de vue social que médical : ouverture des droits, orientation vers la médecine de ville et continuité des soins,
- en outre, il faut adapter la démarche diagnostique et la conduite thérapeutique au contexte social,
- enfin, il paraît indispensable d'établir un mode de fonctionnement avec le service des urgences permettant une bonne circulation des patients.

1.3.2 Des dispositifs variés

Le rapport rédigé par le docteur Jacques LEBAS a recensé, sur le terrain, trois types de dispositifs :

- des ***PASS internes***

En général, elles sont distinctes de l'activité d'urgence proprement dite et sont caractérisées par une forte composante sociale et administrative.
L'activité de ces structures n'est pas affichée ni revendiquée par l'établissement car elle n'est pas dans la logique de l'hôpital de haute technologie.

- des ***PASS externes***

Ce type de dispositifs se rencontrent lorsque les hôpitaux sont situés à distance de la ville. Les PASS sont établies au niveau du centre ville dans des locaux partagés avec des associations. Pour les plus élaborées, un multipartenariat réunit l'établissement, les

[30] Journée nationale « *Santé-précarité : permanences d'accès aux soins à l'hôpital* », 24 mai 2000, table ronde n°1 consacrée au rôle des médecins.

associations caritatives et la municipalité : le travail s'effectue véritablement en réseau avec une forte implication locale.
L'important ici est l'existence d'un réseau fonctionnel au plus près des personnes malades en situation de difficulté et qui permet d'établir un véritable lien, tant en amont qu'en aval avec l'établissement hospitalier, ses services et son plateau technique.

- des ***PASS internes/externes***.

Elles correspondent aux situations où l'hôpital est utilisé par les personnes sans-abri comme hébergement de jour voire même de nuit. La composante sociale y est prédominante avec un service social adapté et des médiateurs assurant la continuité de suivi des personnes.

1.3.3 La PASS : un dispositif non isolé qui doit s'intégrer dans son environnement juridique et institutionnel

La loi de lutte contre les exclusions a prévu que la PASS découle de la mise en place du PRAPS, lui-même institué par cette même loi. Mais, elle prévoit aussi une articulation entre les PRAPS et les programmes régionaux de santé existants.

En région Centre, un programme régional de santé (PRS) intitulé « *accès aux soins des populations en situation de précarité* » est formalisé depuis 1996. Le jury de la Conférence régionale de santé a validé le PRAPS et a prévu qu'il prenne le relais du PRS[31].
La logique du PRAPS n'est pas différente de celle du PRS (il comprend un état des lieux, un comité de pilotage, des objectifs généraux et opérationnels ainsi que des actions de santé publique), il n'est donc pas étonnant qu'il se substitue à lui[32]. Il comprend des actions sanitaires et sociales ainsi que la mise en place d'actions de prévention de l'exclusion des caisses primaires d'assurance maladie. Son financement se chiffre à 6,3 millions de francs en 1997 pour un total de 62 actions mises en oeuvre.

Concernant les PASS, le PRAPS constate d'une part, que les services hospitaliers ne sont pas équipés du point de vue des structures, ni de celui des personnels, ni, enfin, du mode de fonctionnement des services, pour l'accueil des populations en situation de précarité. D'autre part, les liens entre le secteur hospitalier et le secteur social restent faibles. Par ailleurs, plusieurs actions mises en place concernent les PASS : à titre d'exemple, nous citerons la mise en place de consultations adaptées à l'intérieur de l'hôpital ainsi que le

[31] Recommandations et actions prioritaires retenues par le jury de la Conférence régionale de santé, in Actes de la quatrième Conférence régionale de santé, Bourges, le 11 janvier 2000.

[32] Rencontre avec M. LECLERC, coordonnateur du pôle santé à la DRASS du Centre, le 26 septembre 2000.

soutien et le développement des relais de santé pour les personnes en situation d'exclusion[33].

L'articulation des PASS avec le schéma régional de l'organisation sanitaire urgences est prévue par le schéma de deuxième génération de la région Centre.

En effet, il retient comme priorité le développement des prises en charge spécialisées en matière d'urgence et, parmi elles, l'urgence sociale. Chaque établissement (siège d'un service d'accueil des urgences ou d'une unité de proximité) devra organiser des réunions régulières avec les partenaires de la prise en charge de soins des plus démunis qui auront notamment pour but de lister les possibilités de réorientation des personnes en difficulté sociale (hébergement, services sociaux, aide à la vie quotidienne), de connaître les heures d'accueil et les conditions durant lesquelles les personnes pourront être reçues, de favoriser les relations ville-hôpital et d'optimiser les réorientations à partir du site d'urgence.

La mise en place des PASS devra également s'articuler avec l'objectif de garantir l'égalité d'accès aux soins hospitaliers et les priorités d'action relatives aux personnes en situation précaire, notamment par la «*définition d'une conception et d'une organisation du réseau ville-hôpital qui assure une prise en charge globale (médico-psycho-sociale) et continue de la personne en situation de précarité ainsi qu'une mise en œuvre effective et rapide de ses droits* »[34].

Enfin, un des grands principes dégagés par la Conférence régionale de santé du 11 janvier 2000 est le nécessaire lien entre le sanitaire et le social, lien que la PASS doit mettre en place afin de mener à bien la mission qui lui est dévolue.

Après avoir défini la PASS et l'avoir située dans son environnement, il convient de se pencher sur sa mise en place proprement dite.

[33] Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunies, région Centre, mars 2000, pp 24-27.

[34] Schéma régional de l'organisation sanitaire 2 du Centre, les orientations stratégiques, garantir l'égalité d'accès aux soins hospitaliers, juillet 1999, page 36.

1.4 UNE MISE EN PLACE SUBORDONNEE A L'ACTION DE DIFFERENTS ACTEURS

Elle nécessite l'action conjointe de plusieurs partenaires essentiels : celle des services de l'Etat (1.4.1), des services hospitaliers (1.4.2) et des partenaires institutionnels et associatifs (1.4.3).

1.4.1 Le rôle des services de l'Etat

Si elles ne constituent pas des acteurs directs de la prise en charge des populations démunies à l'hôpital, force est de constater que le rôle tenu par les autorités de tutelle - DDASS, DRASS, ARH - est fondamental dans le soutien méthodologique et financier apporté aux établissements. De façon générale, les services de l'Etat doivent expliquer le dispositif, inciter à le mettre en place dans les meilleures conditions notamment par la mobilisation des partenaires concernés, l'allocation des ressources nécessaires pour ce faire, le suivi et l'évaluation de son fonctionnement.

Toutefois, malgré l'action globalement positive des services déconcentrés de l'Etat, on peut se demander si l'organisation classique des DDASS (séparation en deux pôles : un sanitaire, un social) facilite vraiment le suivi du dossier PASS. En effet, les fiches de poste des agents affectés sur le secteur hospitalier ne prévoient généralement pas d'implication dans les politiques sociales, de même, celles concernant les agents en charge du PRAPS ne permettent pas, a priori, d'être au fait des réalités hospitalières. A contrario, à la DDASS du Loir-et-Cher, le fait que le dossier PASS soit confié au Médecin-inspecteur de santé publique peut permettre d'aboutir à une approche plus transversale du dossier.

En ce qui concerne la DRASS, un inspecteur est concerné par les PASS mais uniquement pour l'aspect budgétaire. Plus largement, la direction régionale est concernée par les PASS dans le cadre de la mise en oeuvre du PRAPS mais sa compétence est ici partagée avec l'ARH qui est en charge de l'ensemble des questions relatives au secteur hospitalier. Dans le cadre du PRAPS, le rôle assigné à la DRASS, mais aussi à l'échelon régional dans son ensemble, consiste à soutenir la mise en place des PASS afin d'éviter qu'elles ne représentent de simples postes d'assistants sociaux au sein des services d'urgence.

En conséquence, ce soutien doit revenir à favoriser un décloisonnement concret et effectif des secteurs sanitaire et social dans le cadre de la création d'une unité opérationnelle[35].

[35] Préparation du PRAPS, document de synthèse, DRASS du Centre, novembre 1999, page 30.

L'ARH, quant à elle, a mis sur pied un groupe de travail afin de réaliser une plaquette informative sur la PASS destinée aux acteurs du système de santé. De plus, l'accès aux soins des plus démunis est l'une des priorités retenues dans le cadre du SROS. Par ailleurs, l'Agence est chargée de la répartition des crédits alloués et de la sélection des sites devant mettre en place une PASS.

Enfin, accepter le sujet de mémoire proposé par un inspecteur sur ce thème témoigne également de l'intérêt de la structure pour la mission sociale de l'hôpital.

1.4.2 Le rôle des acteurs hospitaliers

Le rôle des personnels de direction est central, puisque d'eux dépend la concrétisation administrative du projet PASS au niveau du projet d'établissement et des autorités de tutelle. Mais bien plus que cela, le directeur d'hôpital doit faire prendre conscience à l'ensemble des acteurs de son établissement de l'importance de mettre en place la PASS, impulser la collaboration entre les services, puis faciliter les aspects logistiques (mise à disposition de locaux, par exemple).

Le rôle des personnels médicaux consiste notamment, au stade de la définition du projet, à s'interroger sur les modalités de travail avec le service social. Ensuite, dans la mise en place proprement dite, ils doivent mobiliser les médecins à l'hôpital et à l'extérieur de l'hôpital, proposer des adaptations nécessaires de la PASS en fonction des évolutions constatées, s'assurer de la bonne prise en compte des difficultés des patients et plus largement, ils sont les garants de la prise en compte de l'activité médicale de la PASS dans le projet d'établissement et le projet médical.

Le rôle des travailleurs sociaux, quant à lui, est double. A l'intrahospitalier, ils doivent travailler étroitement avec l'équipe médicale et paramédicale pour faire le bilan social de la situation de la personne, préparer sa sortie et l'orienter sur des structures compétentes. A l'extrahospitalier, ils doivent travailler pour formaliser les mises en réseaux médico-sociaux, en allant au-devant des acteurs de terrain, soignants et médicaux, pour s'assurer du suivi de l'orientation de la personne à sa sortie et organiser la globalité des approches.

Enfin, le rôle des personnels soignants consiste essentiellement à acquérir le réflexe de faire appel à l'assistante sociale de la PASS afin de recentrer leur travail sur leur mission première, le soin.

1.4.3 Le rôle des partenaires institutionnels et associatifs

Ces partenaires sont, outre les acteurs de la santé que sont les hôpitaux et les centres de soins notamment, le secteur social et associatif, les acteurs de la protection sociale (sécurité sociale et mutuelles) et les collectivités territoriales.

L'ensemble de ces acteurs est appelé à concourir, plus ou moins directement, au fonctionnement de la PASS. De leur volonté de s'investir dépendra en grande partie la réussite du dispositif. Dans la région Centre, les constats suivants ont été effectués[36] :

- concernant le *secteur social et associatif*, il convient de distinguer le secteur associatif parapublic (exemple : permanence d'accueil, d'information et d'orientation, missions locales...) des milieux associatifs locaux. Le premier secteur est le plus financé et le plus mobilisé dans les actions de prévention : c'est donc lui qui est le plus impliqué dans des réseaux formels ou informels. Toutefois, le développement d'actions locales est extrêmement dépendant de la structuration de l'offre et est rarement lié à une stratégie globale d'intervention.
- les *organismes de sécurité sociale* (mutualité sociale agricole et caisse primaire d'assurance maladie) sont, d'une manière générale, assez bien engagés dans le domaine de l'accès au droit. De plus, l'engagement des mutuelles a tendance à s'étendre et à se généraliser pour permettre aux populations d'accéder à une couverture sociale complète.
- enfin, les actions impulsées par les *collectivités territoriales* sont peu lisibles. Les départements ont des difficultés à sortir du cadre légal de leur action et sont rarement impliqués dans des réseaux de santé de proximité. Les municipalités, quant à elles, sont surtout impliquées au travers de leur centre communal d'action sociale et ce pour des interventions individualisées.

Environ deux ans après leur création, nous pouvons faire un premier bilan d'étape de la mise en place et du fonctionnement des PASS.

1.5 UN PREMIER BILAN D'ETAPE RELATIF A LA MISE EN PLACE DES PASS

Un point d'étape a été réalisé au plan national et a été l'objet du rapport remis par le docteur LEBAS à Mme la Ministre de l'Empoi et de la Solidarité, en mai 2000 (1.5.1).
Pour la région Centre, un premier bilan peut également être fait en milieu d'année (1.5.2).

1.5.1 Au plan national [37]

Il est possible de synthétiser le contenu de ce rapport en deux temps : d'abord, les constats effectués par la mission d'accompagnement de la mise en place des PASS (1.5.1.1) puis, les propositions formulées (1.5.1.2).

---

[36] Préparation du PRAPS, document de synthèse, DRASS du Centre, novembre 1999, pp 9-10.

[37] Rapport du Docteur Jacques LEBAS relatif à la mission d'accompagnement de la mise en place des PASS, mai 2000, tome 1.

1.5.1.1 Les constats effectués

D'un point de vue quantitatif, 90 PASS sont opérationnelles au maximum (moyenne de 4 par région), 250 projets sont en cours de réalisation, la montée en charge du dispositif est assez lente (les PASS fonctionnelles consécutives à la loi de 1998, aux circulaires ainsi qu'aux subventions afférentes semblent encore très exceptionnelles).

D'un point de vue qualitatif, le docteur LEBAS recense plusieurs points positifs. Il remarque notamment que « *là où il y a la volonté et les énergies, des solutions innovantes sont mises en place* », quel que soit le niveau (CHU, hôpital rural…), avec un travail en réseau très développé, notamment avec les associations.

Il peut s'agir de lieux d'accueil internes à l'établissement hospitalier ou, au contraire, de lieux de consultations externes, sorte de « *postes avancés de l'hôpital* », permettant d'accueillir des populations précaires très variées : sans domicile fixe, personnes sans droits mais aussi publics qui se trouvent, à un moment donné de leur vie et pour une durée plus ou moins longue, dans l'impossibilité d'accéder aux soins en général et à l'hôpital en particulier.

Cependant, des faiblesses non négligeables sont constatées : bien que prévue par la loi, la mise en place des PASS « *repose encore trop sur l'énergie de quelques-uns* » (médecins, directeurs, assistants sociaux, infirmiers…). Or, la mobilisation de tous est nécessaire pour qu'un tel dispositif fonctionne. L'impact le plus immédiat de la loi a été de légitimer les cellules d'accueil spécialisées déjà en place. Mais « *l'objectif était plus ambitieux que cela* » : il s'agissait de faire exister d'autres dispositifs.

Et, « *si la dynamique impulsée par la loi semble engagée* », les effets sont plus lents à se faire sentir. Certes, il faut du temps pour qu'un projet se concrétise, il faut aussi la volonté des autorités de tutelle (directeurs d'hôpitaux, d'ARH, DRASS) qui ont un rôle essentiel à jouer. Or, l'engagement des tutelles est assez hétérogène : là où les conférences régionales de santé ont fait de la question des liens entre précarité et santé une priorité (cas de la région Centre, voir Conférence régionale de santé du 11 janvier 2000), on constate une stratégie de travail au niveau des DRASS et des ARH qui viennent conforter, soutenir voire solliciter des engagements personnels.

Pendant de nombreuses années, la vocation d'accueil des personnes fragilisées n'a pas été au centre des préoccupations des directeurs d'établissements. De ce point de vue, la mise en place des PASS « *constitue un changement culturel qui nécessite de nouvelles pratiques professionnelles* ». De plus, le risque de stigmatisation apparaît aussi et pour certains, c'est même un prétexte pour ne pas s'impliquer. « *C'est donc là que l'on va pouvoir apprécier l'impact de la loi. Et voir s'il y a vraiment une volonté politique de faire évoluer les*

choses. Malheureusement, la mise en place de tels dispositifs n'empêchera pas que des personnes très désocialisées continuent à avoir recours au circuit spécifique des urgences ou des SAMU sociaux. De même que le RMI n'a pas tout réglé, la CMU ne résoudra pas tous les problèmes d'accès aux soins » (notamment pour les étrangers et les jeunes en errance).

1.5.1.2 Les propositions formulées

Le docteur Lebas rappelle ensuite les éléments à réunir afin de mettre en place une PASS susceptible de remplir correctement la tâche qui lui est assignée :

- déterminer les besoins (évaluation des besoins concrets de l'hôpital),
- connaître les textes législatifs et réglementaires concernant l'accueil et la prise en charge des personnes démunies au sein des hôpitaux,
- développer des consultations de médecine générale, « consultations de 1er recours » ou de « soins primaires » sans rendez-vous à horaires élargis,
- construire la PASS proprement dite comprenant un système d'accueil et de repérage des situations de détresse, des consultations médicales, des consultations sociales, la délivrance d'une fiche de circulation permettant la mise à disposition du plateau technique et la délivrance gratuite de médicaments, et un comité de pilotage intégrant médecins, pharmaciens, administrateurs, cadres infirmiers et services sociaux, ainsi qu'associations et services sociaux partenaires si possible,
- travailler en réseau (composé de médecins généralistes, d'associations, dispensaires municipaux, pas forcément spécialisé pour les malades en situation de précarité mais intégrant dans ses fonctions, ses objectifs et ses stratégies la dimension de la précarité et de la difficulté d'accès aux soins),
- évaluer la PASS, en améliorant le codage des diagnostics d'activités de consultations et en recueillant les activités médicales et sociales, les actes et coûts des examens complémentaires, les médicaments délivrés à titre gratuit,
- faire connaître la PASS par son affichage au même titre que d'autres activités qui paraissent des activités constitutives de la responsabilité de l'établissement hospitalier,
- former, notamment en sensibilisant les pouvoirs publics à la question de la formation des divers professionnels (médecins, directeurs, soignants) et en faisant en sorte que ces formations soient faites en liaison avec les travailleurs sociaux et les sociologues,
- réfléchir, adapter, innover en favorisant notamment les capacités d'innovation des hôpitaux afin de répondre aux situations fluctuantes des personnes précaires.

1.5.2 Au plan régional

Au 30 avril 2000, dix PASS sont financées.

Elles se situent à :

- Bourges et Vierzon (Cher),
- Chartres et Dreux (Eure-et-Loir),
- Châteauroux (Indre),
- Amboise et Tours (Indre-et-Loire),
- Blois (Loir-et-Cher),
- Montargis et Orléans (Loiret).

De plus, suite à l'instruction ministérielle du 27 juin 2000 attribuant 500.000 Francs supplémentaires en crédits reconductibles sur la dotation régionale 2000, deux nouvelles PASS devraient être créées en 2001 à Vendôme (Loir-et-Cher) et à Gien (Loiret).

Cette instruction a défini quatre critères afin d'évaluer l'opérationnalité d'une PASS.

Les deux premiers, de nature quantitative, sont :

- la date de notification des crédits à l'établissement
- et le nombre en équivalents temps plein des effectifs recrutés et opérationnels.

Les deux suivants, de nature qualitative, sont constitués par :

- 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 démuni.

Afin d'être opérationnelle, une PASS doit avoir recruté du personnel et remplir l'un des deux critères qualitatifs. Après la visite de chaque site et les rencontres avec les acteurs de terrain, au 31 octobre 2000, seules les permanences des hôpitaux de Chartres, Dreux, Châteauroux, Tours, Blois et Orléans sont opérationnelles (au sens de l'instruction citée ci-dessus), soit 60 % des PASS de la région.

Tous les établissements ne se trouvent pas au même niveau d'avancement, mais les apports significatifs constatés dans certains d'entre eux peuvent apporter des réponses à ceux éprouvant des difficultés à dépasser leurs contraintes initiales (2 et 3).

2 - LES PERMANENCES D'ACCES AUX SOINS DE SANTE EN REGION CENTRE : UNE MISE EN PLACE LENTE ET INEGALE, REFLET DE LA DIVERSITE DES CONCEPTIONS DU ROLE SOCIAL DE L'HOPITAL ET DES BESOINS DES USAGERS

En région Centre, la mise en place des PASS s'inscrit dans le cadre du SROS de deuxième génération qui prévoit différentes priorités d'action en direction des populations précarisées (2.2). Toutefois, si l'objectif et les priorités sont clairement affichées, la mise en place des PASS s'avère lente et inégale. Les raisons de ces disparités sont multiples et il convient ici de tenir compte des particularités telles que la nature juridique, la situation géographique, l'environnement démographique, sanitaire et social de chaque établissement dans la recherche de ces causes (2.1).

L'étude conjointe des difficultés auxquelles les PASS sont confrontées (2.3) et des éléments ayant pu facilité leur mise en oeuvre (2.4) vont nous permettre de juger de l'état d'avancement de la mise en place du dispositif.

2.1 L'ETAT DES LIEUX EN REGION CENTRE : DES SITUATIONS DISPARATES

Cet état des lieux va nous montrer que la diversité des établissements concernés (2.1.1), la variété des situations démographiques, sanitaires et sociales (2.1.2) et les différences rencontrées dans l'environnement sanitaire et social (2.1.3) aboutissent en pratique à une pluralité d'organisation des PASS (2.1.4).

2.1.1 Des établissements divers

L'offre de soins hospitalière en région Centre se compose[38]

- d'un centre hospitalier universitaire et d'un centre hospitalier régional,
- de six établissements publics de référence,
- de quatorze établissements publics de proximité,
- de vingt neuf cliniques privées de court séjour,
- de dix-neuf hôpitaux locaux ou assimilés,
- de dix-huit établissements spécialisés en psychiatrie,
- de trente-huit établissements à vocation spécialisée en soins de suite et réadaptation, rééducation fonctionnelle ou soins de longue durée,
- et d'un service d'hospitalisation à domicile.

[38] Rapport d'activités de l'Agence régionale de l'hospitalisation du Centre, 1999, page 9.

Sur le plan qualitatif, on constate un certain retard de modernisation conjugué à des densités médicales modestes, voire même préoccupantes dans certaines spécialités (anesthésie-réanimation, gynécologie-obstétrique, psychiatrie). Par ailleurs, les patients de certaines zones d'emploi ont tendance à s'adresser à des établissements situés hors de leur zone ou de leur département, notamment pour le Cher, l'Indre et le Loir-et-Cher.

Concernant les établissements devant mettre en place une PASS, on compte huit hôpitaux de référence (CHU Tours, CHR Orléans, CH Chartres, Dreux, Montargis, Bourges, Châteauroux, Blois) et deux de proximité (CH d'Amboise et de Vierzon).

Etablissements	**Crédits PASS 2000**
CH Bourges (18)	250.000 Francs
CH Vierzon (18)	250.000 Francs
CH Chartres (28)	250.000 Francs
CH Dreux (28)	250.000 Francs
CH Châteauroux (36)	250.000 Francs
CHIC Amboise (37)	250.000 Francs
CHU Tours (37)	130.000 Francs *
CH Blois (41)	250.000 Francs
CH Montargis (45)	250.000 Francs
CHR Orléans (45)	130.000 Francs *

* ces établissements disposaient déjà d'un demi poste d'assistante sociale.

2.1.2 Des situations démographiques, sanitaires et sociales variées

La région Centre comprend six départements - le Cher, l'Eure-et-Loir, l'Indre, l'Indre-et-Loire, le Loir-et-Cher et le Loiret - et se situe au neuvième rang des régions françaises avec 2.440.329 habitants au recensement de mars 1999, soit une augmentation de 69.293 habitants par rapport à mars 1990, et représente environ 4 % de la population française[39].

[39] Rapport d'activités, op. cit., page 6.

Les évolutions démographiques montrent la croissance du nord-est de la région (Eure-et-Loir et surtout Loiret) au détriment du sud (Cher et surtout Indre).

Cette région est marquée par le rôle essentiel joué par l'Ile-de-France sur l'évolution de sa population : les entrées des franciliens dans le Centre représentent près de la moitié des entrées totales et un tiers des départs a pour destination l'Ile-deFrance.[40]

Le taux de natalité est inférieur au taux national (11,5 pour mille comparé à 12,4) et le taux de mortalité est supérieur au taux national (9,9 pour mille comparé à 9), ce qui entraîne un indice de vieillissement supérieur à l'indice national (68,6 comparé à 60,5).

Concernant la santé, les trois plus importantes causes de décès sont constituées par les maladies de l'appareil circulatoire (31,2 %), les tumeurs (27,2 %) et les causes extérieures de traumatismes et empoisonnements (9 %).[41]

Concernant les personnes en situation de précarité dans la région, le nombre de personnes disposant d'une couverture médicale gratuite devait atteindre 195.000 au 1er janvier 2000.[42]

2.1.3 Un environnement sanitaire et social différent

D'un point de vue général, l'offre de soins ambulatoire se caractérise par des densités modestes pour le secteur libéral (médecins généralistes, médecins spécialistes ou infirmiers diplômés d'Etat) mais plus élevées pour les pharmaciens (libéraux et salariés).[43]

Concernant les personnes en situation de précarité, les départements de la région connaissent des situations variées.

---

[40] SROS-2 de la région Centre, juillet 1999, pp 8-9.

[41] Op. cit., page 11.

[42] « *Accès aux soins des personnes en situation de précarité en région Centre, de la carte santé à la couverture maladie universelle* », Union régionale des caisses d'assurance maladie du Centre, août 1999, page 2.

[43] Ib. idem, page 13 : 2.365 généralistes (densité de 96 pour 100.000 habitants comparée à 114 au plan national), 1.589 spécialistes (densité de 64 pour 100.000 habitants comparée à 87 au plan national), 2.562 pharmaciens (densité de 104 pour 100.000 habitants comparée à 87 au plan national) et 1.354 infirmiers (densité de 55 pour 100.000 habitants comparée à 89 au plan national).

DEPARTEMENTS[44]	POINTS FORTS	POINTS FAIBLES
CHER (18)	* Dynamique de prévention importante, * Réseau alcoolisme et prévention constituant une bonne base pour le développement de réseaux orientés vers l'accès aux soins.	* Offre de soins insuffisante, * Milieu associatif faiblement mobilisé, * Manque de formation et d'information des professionnels de santé sur les situations de précarité, * Procédures d'accès aux soins peu structurées et non systématisées.
EURE-ET-LOIR (28)	* Prévention très développée, * Nombreuses actions d'éducation à la santé, * Nombreuses formations à destination des professionnels concernant l'accueil des publics précarisés.	* Absence de structures d'accueil adaptées aux personnes ayant besoin d'un suivi médical, * Expériences de travail en réseau limitées.
INDRE (36)	* Prévention largement développée, * Système de permanences d'accueil et d'orientation performant.	* Missions locales, PAIO et mutuelles peu mobilisées sur la problématique santé, * Faible nombre des actions de formation des professionnels, * Expériences de travail en réseau peu développées.
INDRE-ET-LOIRE (37)	* Intervention médicale dans les structures sociales d'accueil, * Secteur associatif actif, * Plate-forme commune d'actions de prévention, * Volonté des acteurs de travailler en réseau.	* Prévention trop axée sur l'information, * Actions d'éducation à la santé pas assez développées, * Publics précaires mal identifiés, * Manque de formation des intervenants hospitaliers et administratifs, * Absence de réseau santé-précarité, * Manque de coordination autour de l'accès aux soins.
LOIR-ET-CHER (41)	* Prévention très développée, * Mobilisation des mutuelles, * Plusieurs expériences de réseau, notamment de proximité.	* Lieux d'accueil et d'orientation peu nombreux, * Offre de soins limitée.

[44] Préparation du PRAPS du Centre, diagnostic de l'existant, novembre 1999, pp 11, 23, 36, 53, 67 et 81.

LOIRET (45)	* Structures et associations d'insertion actives, * Mobilisation récente du CHR, * Plusieurs expériences de travail en réseau, * Coordination des intervenants.	* Prévention peu développée et limitée à des actions d'information, * Structures d'hébergement permettant les soins en nombre insuffisant, * Peu de démarches de formation des professionnels, * Méconnaissance de certains professionnels entre eux, * Manque de personnes référentes au sein des organismes.

2.1.4 Une pluralité d'organisation des PASS

Etablissements	PASS interne	PASS externe	PASS interne/externe	Opérationnalité
Bourges (18)	X			Non
Vierzon (18)	X			Non
Chartres (28)			X	**OUI**
Dreux (28)			X	**OUI**
Châteauroux (36)	X			**OUI**
Tours (37)	X			**OUI**
Amboise (37)	Aucune des trois catégories			Non
Blois (41)	x			**OUI**
Montargis (45)	Pas définie			Non
Orléans (45)	X			**OUI**

Concernant les procédures d'accueil - l'un des deux aspects qualitatifs afin de juger du caractère opérationnel d'une PASS - elles ne sont certes pas formalisées dans tous les hôpitaux mais trois d'entre eux l'ont déjà fait et Dreux a quasiment achevé leur élaboration.

Le ***CH de Chartres*** avait signé - dès 1995, avec le Préfet de département, le président de la CRAM du Centre, le président de la CPAM d'Eure-et-Loir et le président du comité d'éducation pour la santé en Eure-et-Loir - un contrat d'objectifs relatif à l'accueil, la prise en charge et l'accompagnement des personnes en difficulté.

Le ***CH de Châteauroux*** a rédigé une fiche de repérage des personnes en situation de précarité afin d'orienter ces personnes vers la PASS (voir annexes).

Le ***CHU de Tours*** a élaboré un protocole de demande d'intervention en urgence de l'assistante sociale ainsi que des fiches sociales de liaison « *majeurs* » et « *mineurs* » et des fiches de relevé des situations d'alerte sociale. (voir annexes).

Cet état des lieux doit être complété par l'approche de la mise en place des PASS dans le cadre du SROS de deuxième génération du Centre, qui définit à la fois des orientations stratégiques et des priorités d'action concernant la prise en charge des personnes démunies.

2.2 LA MISE EN PLACE DES PASS AU REGARD DES ORIENTATIONS STRATEGIQUES ET DES PRIORITES D'ACTION DU SCHEMA REGIONAL DE L'ORGANISATION SANITAIRE DE LA REGION CENTRE EN MATIERE DE PRISE EN CHARGE DES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

La lutte contre la précarité apparaît comme une des priorités de la Conférence régionale de santé, mais le programme régional de santé n'a pas exploré la prise en charge au niveau de l'hôpital ni le lien avec la médecine de ville et les intervenants sociaux.

Dans la région Centre, en 1999, environ 88.000 personnes se trouvent dans une situation précaire. La prévention à leur égard est importante car la santé n'est pas une priorité pour ces personnes et passe après d'autres préoccupations telles que l'emploi ou le logement. De plus, l'état de santé de la population en région Centre concernant la toxicomanie, l'alcoolisme, le SIDA ou la tuberculose est préoccupant.

La recherche d'un mode de prise en charge globale des patients passe par l'amélioration de la continuité et de la proximité des soins, et donc par la définition de la place de l'hôpital dans le dispositif et de ses liens avec les autres professionnels et institutions compétents.

Le développement de la mission sociale de l'hôpital permet à la fois de prévenir et de détecter les difficultés, d'améliorer la filière de soins intra-hospitalière et d'assurer la continuité des soins. Ces actions doivent aboutir à l'optimisation des moyens de l'hôpital en évitant les hospitalisations itératives et/ou inadéquates, en désencombrant les services d'urgences et en réduisant le montant des créances irrécouvrables.

Le SROS 2 a décliné l'objectif de garantie de l'égalité d'accès aux soins hospitaliers en définissant quatre priorités d'action, dont la mise en application est variable selon les établissements.

2.2.1 Le développement du rôle de l'hôpital en tant qu'acteur de santé publique dans une dynamique de réseaux : un objectif partagé pour une concrétisation embryonnaire

Conformément à la circulaire DH/EO/97 n° 277 du 09 avril 1997 relative aux réseaux de soins et communautés d'établissements, ont été définis les objectifs opérationnels d'assurer une meilleure orientation du patient, de favoriser le maintien et le retour à proximité des lieux de vie et d'assurer la continuité et la coordination des soins.
Le réseau constitue le «*lieu* » transversal où se coordonnent à la fois le préventif et le curatif, le médical et le social, la prise en charge individuelle et collective.

Toutefois, l'hôpital ne peut assurer seul le fonctionnement du réseau, différents partenaires sont indispensables à la prise en charge globale de ces personnes : médecine libérale, psychiatrie, structures d'hébergement d'urgence, associations, services sociaux…

Le réseau est nécessaire à l'amélioration de la prise en charge des patients, le constat est partagé par la majorité des acteurs rencontrés. Toutefois sa mise en place nécessite du temps pour permettre de se rencontrer, d'échanger et de faire évoluer les mentalités quant à la nécessité d'une prise en charge globale, sanitaire et sociale, par l'ensemble des personnes en charge du système de santé.

Actuellement, 8 hôpitaux sur les 10 concernés se situent au début de la formalisation du travail en réseau au sens large, donc 80 % des hôpitaux accueillant une PASS ne sont pas encore véritablement inscrits dans cette dynamique de réseau.
Les deux exceptions notables sont constituées par les centres hospitaliers de ***Dreux*** au travers du réseau ville-hôpital déjà très structuré et de ***Bourges*** qui participe au réseau local de santé, à diverses coordinations gérontologiques dans le département, à des groupes de travail dans le cadre du PRAPS.

Toutefois, ce pourcentage ne signifie pas que les autres établissements travaillent de façon isolée, mais plutôt que l'instauration d'une dynamique de travail en réseau constitue une tâche de longue haleine et que, pour beaucoup d'entre eux, ils se situent encore au début de celle-ci.

Le ***CH de Blois***, par exemple, organise l'intervention des partenaires extra-hospitaliers en son sein. Il va mettre prochainement à disposition un lieu où peuvent se tenir des permanences associatives et prépare un projet de charte des associations intervenant à l'hôpital.

Plus largement, l'implication des centres hospitaliers dans une démarche de réseau est rarement dûe à leur initiative.

Cette faible implication pourrait entrainer une dérive préjudiciable : la création d'un secteur hospitalier à deux vitesses soit par la création de structures spécialisées dans l'accueil et les soins des plus démunis, soit par un mouvement par lequel les hôpitaux scinderaient leur activité et la qualité de leurs soins en fonction de la situation de leurs patients. Afin d'éviter ce risque d'autonomisation des structures hospitalières, il est donc plus que jamais nécessaire d'inscrire les établissements au sein de réseaux d'acteurs.[45]

2.2.2 L'inclusion d'un projet d'action médico-sociale dans le projet d'établissement de l'hôpital : une formalisation inégale

Ce projet précisera les modes de repérage des personnes en situation de vulnérabilité en développant des outils de dépistage, les modalités de sensibilisation et de formation des personnels, les adaptations internes nécessaires à l'amélioration de leur accueil (notamment aux urgences), les liaisons à établir entre les différents services de l'hôpital pour assurer la continuité de la prise en charge et les liaisons à établir avec les partenaires extérieurs pour favoriser le suivi médico-social et la réinsertion.

La formalisation du projet se fera par l'intermédiaire d'un guide de procédure prévoyant une personne référente et un processus d'évaluation.

Cette formalisation demeure inégale puisque 60 % des établissements concernés, même s'ils intègrent plus ou moins cette dimension dans leur action, n'ont pas encore concrétisé ce projet par écrit. D'autres avaient déjà intégré cette nécessité avant la mise en place des PASS et la formalisation du projet a ainsi pu en être facilitée.

A titre d'exemple, au ***CH de Vierzon***, ce projet est non seulement formalisé mais de plus inclus dans le projet médical 2000-2004 et prévoit notamment l'inscription du centre hospitalier dans le réseau ville existant, la mise en place de permanences pluridisciplinaires, la mise à disposition de lits d'accueil dans un service référent ainsi que la conduite et la participation à des actions d'éducation à la santé.

---

[45] Préparation du PRAPS région Centre, document de synthèse, novembre 1999, pp 9-10.

Par ailleurs, le ***CH de Chartres*** a intégré un projet d'action médico-sociale dans son projet d'établissement qui date de 1998.

Enfin, le projet d'établissement du ***CH de Châteauroux*** établi en mars 2000 pour trois ans contient un projet d'action médico-sociale relatif à l'accès aux soins des personnes en situation précaire particulièrement dense, qui s'intéresse en particulier aux modes de repérage des personnes démunies, aux objectifs en matière de formation des personnels et au fonctionnement du réseau ville-hôpital.

2.2.3 L'intégration d'un volet formation spécifique dans le plan de formation des personnels de l'hôpital : une nécessité quasi-effective

Actuellement, la formation des personnels hospitaliers est très axée sur le soin et les techniques médicales. Il apparaît donc nécessaire d'introduire dans la formation initiale et continue des thèmes tels que les problématiques médicales spécifiques aux personnes démunies : l'analyse des symptômes liés à la précarité, le retard de soins et l'importance des problèmes psychologiques. Cette formation est d'autant plus utile qu'elle sera commune aux professionnels de santé quels que soient leur mode d'exercice et leur statut.

L'ensemble des établissements est tout à fait conscient de l'importance de former les personnels à la prise en charge spécifique des personnes en situation précaire et 80 % l'ont pleinement intégré dans leur plan de formation.

Ainsi, au ***CH de Chartres***, cette formation est prévue pour 2001 et c'est la directrice des usagers et de la qualité – en charge du dispositif PASS – qui assure les cours à l'Institut de formation en soins infirmiers pour les élèves infirmiers et pour ceux déjà en poste à l'hôpital.

Au ***CH de Dreux***, un module précarité est conçu et destiné aux élèves infirmiers en troisième année à l'institut de formation en soins infirmiers.

Enfin, au ***CHR d'Orléans***, l'assistante sociale de la PASS assurera en 2001 la formation pour les personnels médicaux et paramédicaux des urgences.

2.2.4 L'organisation ou l'adaptation des consultations pluridisciplinaires à des horaires élargis et adaptés en dehors ou à l'intérieur de l'hôpital : un aspect essentiel de l'accès aux soins se heurtant à des difficultés pratiques

La mission de l'hôpital est d'accueillir et de prendre en charge toute personne dont l'état requiert des soins, quelle que soit sa situation sociale, matérielle. De plus, il constitue le recours principal pour les malades précarisés (les urgences constituent souvent la seule possibilité de premier accueil).

Cependant, la réponse de l'hôpital n'est pas satisfaisante car l'organisation interne est essentiellement orientée vers le soin « *technique* », les urgences n'apparaissent pas être le lieu idéal pour l'accueil des personnes en situation de vulnérabilité, car elles nécessitent une écoute, du temps et une approche spécifique.

En conséquence, le SROS souhaite mettre en place une consultation médico-sociale ouverte à tous, ayant pour objectifs d'améliorer l'accueil des patients, notamment des personnes en situation précaire, d'assurer le diagnostic, les soins et le traitement, et le faire gratuitement pour les personnes démunies, de vérifier l'existence d'une couverture sociale et de favoriser la réouverture ou l'étude des droits sociaux, si besoin est, et de délivrer une information sur les structures associatives d'hébergement et d'aide aux personnes démunies et d'orienter les patients à la sortie de l'hôpital pour la continuité de la prise en charge.

D'autres acteurs peuvent participer au fonctionnement optimum de cette consultation, notamment les médecins généralistes, les personnels des organismes de sécurité sociale, pour faciliter l'étude des droits sociaux, et les personnels d'associations, d'institutions pour informer les personnes. La mise en place de cette consultation multi-partenariale doit nécessairement s'inscrire dans la réflexion sur l'organisation du service des urgences. En effet, un certain nombre de personnes en situation de précarité ne viennent pas à l'hôpital.

Donc, l'hôpital doit développer, dans des structures ou des lieux de proximité existants, sa participation aux actions de prévention ou d'éducation pour la santé menées hors de ses murs et la mise en place de consultations avancées.

En résumé, l'objectif de ces consultations est de proposer :

- un lieu d'écoute, de prévention et de soins,
- effectuer un travail médico-socio-psychologique pour refamiliariser ces personnes avec la médecine de ville et hospitalière,
- et en faire le lieu d'une première approche sur l'étude des droits sociaux.

En pratique, la consultation paraît difficile à mettre en place pour 80 % des établissements. Seul le ***CH de Chartres*** a réussi à le faire à ce jour de manière opérationnelle : cette consultation est organisée au sein du foyer d'accueil chartrain et a fait l'objet de la signature d'une convention en novembre 1999 prévoyant notamment la création d'une consultation médicale généraliste pour apporter des soins de première nécessité et une orientation personnalisée vers le réseau de soins habituel ainsi qu'une consultation de soins dentaires. Dans ce cadre, un médecin généraliste, un pharmacien, une assistante sociale, une infirmière interviennent, des vacations de stomatologie, la délivrance de

médicaments et le transport entre l'hôpital et le foyer sont proposés aux personnes démunies.

Par ailleurs, le ***CH de Dreux*** est en train de finaliser l'intervention du dentiste et l'interface avec les psychologues du centre médico-psychologique et le dispensaire pour les cas de tuberculose. Le rôle de la PASS est ici de réaliser la synergie entre le CMP, le dispensaire, le centre de cure en alcoologie, la diététicienne et le centre anti-tabac[46].

Plus largement, la détermination d'un lieu d'implantation de la consultation, des acteurs devant ou pouvant y participer, des modalités de son financement ainsi que la personne chargée de la faire fonctionner sont autant d'interrogations auxquelles les établissements sont confrontés.

Par exemple, au ***CH de Blois***, l'implantation géographique de la consultation médicale pose problème, l'établissement ne disposant actuellement que de très peu de locaux disponibles. Le dispositif PASS trouvera sa place aux urgences qui seront reconstruites dans deux ans. D'ici là, l'AS de la PASS sera localisée à l'unité d'hospitalisation de très courte durée mais le lieu d'implantation de la consultation médicale n'est pas encore définitivement déterminé.

Certains établissements ont pu dépasser ces difficultés initiales mais cela n'a été possible que par l'antériorité du travail en réseau et par l'implication des acteurs concernés.

C'est le cas du ***CH de Chartres*** qui travaillait déjà en liaison étroite avec le foyer d'accueil chartrain. C'est dans les locaux de ce foyer et avec la participation des personnes qui y travaillent que la consultation s'est mise en place à Chartres.

Pour d'autres, comme le ***CH de Vierzon***, ville où le travail en réseau n'est pas très formalisé et développé, cela paraît plus difficile. Cependant, il étudie actuellement la possibilité de mettre en place un roulement entre les praticiens hospitaliers afin qu'ils viennent à tour de rôle travailler quelques heures par semaine à la PASS.

Enfin, le ***CH de l'agglomération montargoise*** a en projet de réaliser une communauté de moyens entre le dispositif ECHOT (équipe de coordination hospitalière et d'orientation pour les toxicomanes), le centre de dépistage anonyme et gratuit et la PASS, avec leurs crédits respectifs (250.000 francs pour ECHOT, 250.000 francs pour la PASS et 125.000 pour le CDAG), afin de constituer une véritable équipe pluridisciplinaire. Toutefois, à l'automne 2000, ce projet n'en est encore qu'à ses prémices.

---

[46] Entretien avec le docteur François MARTIN, praticien hospitalier au CH de Dreux, responsable de l'unité de prévention et d'éducation et du projet PASS, le vendredi 20 octobre 2000.

Ainsi, la mise en œuvre de ces quatre priorités d'action et leur articulation avec celles énoncées dans le domaine de l'urgence et de la santé mentale montrent que l'Agence régionale de l'hospitalisation entend faire du renforcement de la mission sociale de l'hôpital une priorité de son action.

Au-delà des différences constatées plus haut (2.1) et des disparités dans la mise en oeuvre des priorités du SROS (2.2), il est possible de dégager des constantes dans les difficultés rencontrées par les établissements dans la mise en place de leur PASS.

2.3 LES DIFFICULTÉS AUXQUELLES L'ENSEMBLE DES PASS DOIT FAIRE FACE

Trois éléments se dégagent quels que soient les établissements concernés : la montée en charge de certains aspects du dispositif est lente (2.3.1), la communication des hôpitaux se révèle insuffisante quant à l'existence même de leur PASS (2.3.2) et la consultation médicale de la PASS ne concerne pour l'instant qu'un faible nombre de patients (2.3.3).

2.3.1 Une montée en charge lente de certains aspects du dispositif

De façon générale, il a fallu attendre le début de l'année 2000 pour assister au réel départ de l'activité des PASS. Cela paraît long mais ce délai intègre la phase de maturation du projet, sa validation, son financement et le recrutement d'une assistante sociale.

Ce nécessaire délai pris en compte, il convient de noter que peu de PASS « *opérationnelles* » de la région ont mis en place l'intégralité du dispositif.
Seules les permanences de l'Eure-et-Loir (Chartres et Dreux) ont intégré l'ensemble des aspects principaux : recrutement d'une AS, mise en place d'un comité de pilotage, élaboration de procédures d'accueil et organisation d'une consultation pluridisciplinaire.

La plupart d'entre elles ont recruté leur assistante sociale, mis en place le comité de pilotage et intégrer le volet formation des personnels à la prise en charge des personnes en situation de précarité dans leur plan de formation général.

Cependant, l'absence de la consultation médicale pluridisciplinaire est constatée dans 80 % des PASS, la formalisation des procédures d'accueil et de suivi du patient démuni est limitée et le fait que le travail en réseau n'en soit encore qu'à ses prémices aboutit à constater qu'à ce jour, le dispositif PASS n'est pas achevé dans la région.

2.3.2 Une communication insuffisante des établissements quant à l'existence même de leur PASS

Dans son rapport, le docteur LEBAS a insisté sur la nécessité de communiquer pour faire connaître la PASS. En effet, il a constaté que « *dans la plupart des cas, celles existantes, même fonctionnant de façon satisfaisante, restent peu connues au sein des établissements* ».[47]

De même, le collectif Alerte a déploré qu'il n'y ait pas eu de « *publicité grand public* » sur les PASS et souligné que les personnels des hôpitaux eux-mêmes connaissent mal cette disposition, « *peu mise en relief* ».[48]

En pratique, peu d'établissements communiquent véritablement sur leur PASS.

Le ***CHU de Tours*** avait fait connaître la consultation pour démunis qui existait avant la PASS par voie interne et par voie de presse mais il n'a pas encore communiqué à propos de la PASS.

Le ***CH d'Amboise*** a également procédé à une communication en interne au moment du recrutement de l'AS mais pas en externe du fait de l'absence de consultation médicale, absence réduisant l'intérêt des usagers pour le dispositif à ce jour.

Surtout, au ***CH de Dreux,*** des actions à la fois en interne et en externe ont été mises en place. En interne, le dispositif PASS a été présenté à l'ensemble des services de l'hôpital concernés (SAU, admissions, service social...) le 28 mars 2000, au service de soins infirmiers le 27 avril, dans le bulletin trimestriel de l'hôpital de mai 2000 et à l'IFSI dans le cadre d'un module « *précarité* » les 14 et 15 juin derniers. En externe, le dispositif a été présenté les 2 mars et 8 juin au membres du réseau santé/proximité de Dreux et le CH a élaboré une plaquette descriptive de la PASS (voir annexes).

L'un des établissements de la région a une attitude pour le moins originale puisqu'il pratique une communication que l'on peut qualifier de « *négative* ». En effet, de peur d'un afflux massif de patients éventuellement concernés par la PASS, le ***centre hospitalier de l'agglomération montargoise*** a diffusé dans la presse locale un message pour demander aux patients éventuels de ne pas se présenter en nombre à l'hôpital (!).

---

[47] Docteur Jacques LEBAS, cité par GARGOLY Céline, in Actualités sociales hebdomadaires, n° 2172, 23 juin 2000, page 27.

[48] Extrait du rapport du collectif Alerte (rassemble une trentaine d'associations à vocation sociale, humanitaire, caritative et de défense des droits de l'homme) présenté le 23 mai 2000, in « *Lutte contre les exclusions : une loi en mal d'application* », Actualités sociales hebdomadaires n° 2173, 30 juin 2000, page 28.

2.3.3 Un faible nombre de patients ayant consulté dans le cadre du dispositif PASS

Ce constat s'inscrit dans la droite ligne des deux insuffisances décrites ci-dessus : le fait que tous les aspects du dispositif ne soient pas encore opérationnels et que les patients susceptibles d'être concernés connaissent peu la PASS peut expliquer cette faiblesse.
Avant la création des PASS, le constat de ce nombre réduit avait déjà été effectué, par exemple à Bourges où le CH avait conclu un accord avec la DDASS prévoyant la tenue d'un registre relatif aux personnes précaires et devant lui être transmis régulièrement. De fin 1996 à fin 1999, seulement vingt personnes ont été répertoriées dans ce cadre.

Après la mise en place des PASS, nous pouvons citer ici l'expérience du ***CH de Dreux***, dont la permanence fonctionne depuis février 2000, mais qui n'a pas accueilli autant de patients que la situation locale aurait pu le laisser supposer.
A la date du 5 octobre 2000, le bilan est le suivant :

- consultation médicale : 14 personnes et 32 rendez-vous,
- interventions sociales : 22 personnes reçues, 12 hommes et 10 femmes de 19 à 86 ans. Sur ces 22 personnes, 11 sont des étrangers en situation irrégulière.
- types d'interventions :
    - constitution de dossiers d'aide médicale Etat pour 13 personnes,
    - un dossier CMU complémentaire,
    - et 14 évaluations sociales pour la délivrance de médicaments.

Pour le CH de Dreux, plusieurs éléments peuvent expliquer ce faible nombre de personnes :

- la concomitance de la mise en place de la PASS et de la CMU, qui sont susceptibles de faire double emploi pour certaines personnes,
- le manque d'articulation avec le SAU et l'absence de consultation médicale à horaires véritablement élargis,
- une communication concernant la PASS jugée encore trop faible par l'hôpital.

On peut aussi penser que la prise en charge de ces personnes a pu être assurée par d'autres acteurs du réseau, compte tenu de son niveau de développement.

Toutefois, ainsi que l'a souligné un directeur d'hôpital, cette faible affluence n'est pas anormale et l'on peut légitimement penser que, lorsque tous les éléments de la PASS seront réunis, « *l'offre créera la demande* »[49].

Ces difficultés sont importantes et réelles. Toutefois, d'autres éléments ont pu constituer des atouts dans la mise en place de la PASS.

---

[49] Entretien avec M. MEUNIER, directeur de l'hôpital Bretonneau au CHU de Tours, le mardi 19 septembre 2000.

2.4 LES ÉLÉMENTS FACILITATEURS DE LA MISE EN PLACE DES PASS

Majoritairement, les établissements ont bénéficié - à des dégrés divers – de la conjonction des atouts suivants : un texte important ayant légitimé leur rôle social (2.4.1), une bonne implication des autorités de tutelle (2.4.2), une organisation du travail hospitalier pouvant, dans certains cas, favoriser l'intégration de l'aspect social de la prise en charge (2.4.3), l'existence antérieure d'un réseau local formalisé et actif (2.4.4) ainsi qu'un volontarisme et une sensibilisation marqués de certains personnels (2.4.5).

2.4.1 L'existence d'un texte fort légitimant le role social des hopitaux

Les établissements ont majoritairement fait part du fait que la loi de lutte contre les exclusions, en prévoyant la mise en place des PASS, a constitué un élément de légitimation fort facilitant celle de leur permanence. Globalement, les acteurs estiment qu'il ne fallait pas « *laisser passer l'occasion* ».

A contrario, ils remarquent que les initiatives prises en dehors de prescriptions législatives ou réglementaires rencontrent plus de difficultés à se concrétiser car leur aboutissement est presque entièrement subordonné à la bonne volonté des différents acteurs. Bien sûr, la PASS n'échappe pas entièrement à ce constat car elle nécessite une implication volontaire conséquente des intervenants, mais la prescription législative « *force* » les acteurs à dépasser les inerties éventuelles.

2.4.2 Une bonne implication des autorités de tutelle

Ainsi que nous l'avons vu dans le cadre du rapport LEBAS, la volonté des autorités de tutelle est essentielle. Les établissements ont apprécié et apprécient encore le degré d'implication des DDASS et de l'ARH - la DRASS quant à elle a un rôle central pour le PRAPS mais plus réduit concernant l'aspect hospitalier - qui les aident à mettre en place leurs permanences.

En région Centre, les DDASS se sont plutôt bien impliquées dans la mise en place des PASS. A titre d'exemple, dans le ***Cher***, le chargé de mission responsable de la déclinaison départementale du PRAPS réunit très régulièrement un comité départemental composé des différents acteurs concernés par l'accès aux soins des plus démunis.

Par ailleurs, dans le ***Loiret***, la DDASS souhaite mettre en place un réel suivi du dispositif. Le dossier relatif aux PASS est confié à une infirmière du service politiques de santé publique qui travaille en relation étroite avec le MISP sur ce sujet. Ce suivi a un peu tardé à voir le jour du fait de l'absence de médecin et d'inspecteur à la DDASS pendant plusieurs mois sur le secteur hospitalier. Aujourd'hui, le projet d'utiliser la grille d'évaluation nationale pour évaluer les deux PASS du département ainsi que l'instauration d'un bilan

régulier de l'avancement du dispositif au niveau départemental devrait voir le jour rapidement.

Egalement, le ***CH de Chartres*** a profité de l'intérêt de l'ARH pour son projet puisque, dans le cadre du contrat d'objectifs et de moyens de l'établissement, le projet de la PASS a été le premier a être validé et financé. De plus, il a bénéficié d'une aide ponctuelle de la DRASS lui ayant permis de financer l'équipement mobilier du bureau du médecin à la consultation gratuite.

2.4.3 Une organisation du travail hospitalier favorisant l'intégration de l'aspect social de la prise en charge

Pour certains hôpitaux, la création de la PASS est intervenue alors qu'ils avaient déjà intégré une dimension sociale dans leur prise en charge.

Ainsi, au ***CH de Chartres***, le service social intervient aux urgences depuis 1995 et, de plus, ce service ainsi que celui des admissions font partie de la même direction, celle des usagers et de la qualité. Cette proximité et cette habitude ont permis à l'hôpital d'intégrer très tôt la prise en charge sociale. Cet élément a facilité la mise en place de la PASS.

Par ailleurs, au ***CH de Bourges***, la présence d'une antenne psychiatrique aux urgences composée de deux infirmiers psychiatriques et d'un praticien hospitalier psychiatre facilite la mise en place d'une prise en charge globale.

Enfin, au ***CH de Dreux***, l'existence du centre d'accueil et de crise (CAC), par exemple, qui accueille les patients pendant quarante-huit heures maximum pour des problèmes psychiatriques, a donné à l'établissement une expérience de l'aspect social des problèmes auxquels les patients sont confrontés.

2.4.4 L'antériorité d'un réseau local formalisé et actif

Le réseau constitue la pierre angulaire de la réussite du dispositif PASS.
Prendre en charge un patient démuni à la fois sur le plan médical, social, psychique et administratif nécessite l'intervention d'une multitude d'acteurs de santé qui, pour être efficaces, doivent connaître leurs missions, leurs atouts et leurs contraintes respectifs et avoir l'habitude de travailler ensemble afin d'apporter au patient la réponse la plus globale et la plus adpatée qui puisse être.

Dans ce cadre, les hôpitaux qui s'inscrivaient dans un réseau avant la mise en place de la PASS ont disposé d'un atout important, certes pas suffisant, mais essentiel.

A titre d'exemple, à Bourges, l'habitude du travail en réseau, avec la CPAM, les collectivités locales ainsi que les services de l'Etat dans le département a été un élément moteur dans la mise en place du dispositif. De plus, le ***CH de Bourges*** avait signé une

convention avec la DDASS prévoyant la mise en place d'une consultation gratuite, la délivrance de médicaments ou la distribution de tickets de bus. Par ailleurs, un réseau local de santé existe à Bourges depuis quelques années, il est composé notamment de la DDASS, du Conseil général, de la CPAM, du centre hospitalier général, de la municipalité, du centre hospitalier spécialisé en psychiatrie, de la Mutualité du Cher, du Conseil de l'ordre des médecins et des pharmaciens.

A ***Châteauroux***, il existe des consultations avancées depuis le début des années quatre-vingt dix dans le domaine de l'obstétrique[50]. Dans ce secteur, les personnels travaillent dans l'esprit de la PASS, ce qui facilite grandement la mise en place du dispositif. L'antériorité du réseau constitue un atout majeur, nous le verrons avec l'exemple du CH de Dreux (vois plus loin, 3.4).

2.4.5 Un volontarisme et une sensibilisation marqués de certains personnels

Comme la plupart des dispositifs transversaux, la PASS repose souvent sur l'implication forte de certains individus qui « *portent* » le projet ou l'avaient précédé.

C'est le cas au ***CHU de Tours*** qui avait mis en place une consultation pour démunis, dès 1996, fonctionnant les jours ouvrables de 8 heures à 18 heures 30 et sur rendez-vous immédiat pris par un intervenant social.

Cela était également le cas à ***Chartres*** et à ***Dreux*** où des consultations gratuites existaient avant la PASS.

Enfin, au ***CH de Vierzon***, les médecins ont fait de l'accès aux soins des personnes démunies une priorité centrale au sein même de leur projet médical. Par ailleurs, toujours au CH de Vierzon, jusqu'en 1992, un service spécilisé en alcoologie existait dans l'établissement. Aujourd'hui, des personnels ayant travaillé au sein de ce service manifestent une sensibilisation effective à l'accueil et à la prise en charge de certains publics difficiles.

La mise en place des PASS en région Centre est lente et inégale, comme nous venons de le constater. Il convient à présent de s'intéresser à leur fonctionnement, notamment aux apports et aux dysfonctionnements afin de déterminer les améliorations nécessaires à mettre en place (3).

---

[50] Code de la santé publique, article L 6112-6, anciennement L 711-7-1 : « (...) *les établissements publics de santé et les établissements de santé privés participant au service public hospitalier mettent en place les PASS, qui comprennent notamment des permanences d'orthogénie* (...) ». (régulation des naissances).

3 - LE FONCTIONNEMENT DES PASS EN REGION CENTRE : APPORTS, DYSFONCTIONNEMENTS ET AMELIORATIONS A METTRE EN OEUVRE

Les PASS de la région Centre, pour la plupart, ne bénéficient que de peu de temps de fonctionnement, ce qui rend difficile une évaluation complète avec le recul nécessaire. Néanmoins, des premiers constats peuvent être effectués et des améliorations proposées.

Tout d'abord, si les apports des PASS sont encourageants quoique limités (3.1), les dysfonctionnements sont encore nombreux (3.2).

Suite à ces constatations, des améliorations peuvent être proposées : d'une part, celles avancées par les acteurs du dispositif rencontrés (3.3) et d'autre part, celles pouvant résulter de l'observation de la PASS d'un des dix établissements en avance dans sa mise en place et dans son fonctionnement, celle du centre hospitalier de Dreux, pouvant servir de guide pour aider à résoudre certaines difficultés rencontrées par les autres (3.4).

Enfin, à partir de l'ensemble de ces constats, nous tenterons de définir - à titre d'hypothèse - des typologies de PASS, à la fois des typologies de fait et de recommandations (3.5).

3.1 DES APPORTS ENCOURAGEANTS MAIS A CE JOUR LIMITÉS

Les premiers apports constatés sont encourageants mais encore limités, sans doute du fait du démarrage un peu lent du dispositif. Cependant, nous avons relevé des éléments positifs à la fois pour l'usager (3.1.1) et pour l'hôpital (3.1.2).

3.1.1 Les apports pour l'usager

Globalement, l'accès aux soins des personnes démunies est facilité (3.1.1.1) et leur accès aux droits est mieux assuré (3.1.2.1).

3.1.1.1 Un accès aux soins facilité

On peut dire que cet accès, objectif premier de la PASS, est globalement facilité.

En effet, les établissements estiment dans leur ensemble que l'élargissement des horaires de la PASS permet de prendre en charge plus de patients et ainsi d'éviter les réhospitalisations. Les publics concernés peuvent alors bénéficier d'une meilleure information, d'une écoute plus longue, ce qui jusqu'ici était très difficile, voire impossible aux urgences. Tout ceci concourt à redonner au patient une dignité parfois malmenée par sa situation de précarité.

Certains établissements – minoritaires – sont plus réservés quant à l'amélioration de l'accès aux soins assuré par la PASS. Par exemple, le ***CH de Bourges*** estime qu'il sera très difficile de parvenir à mettre en place une réelle prévention car les personnes en situation de précarité éprouvent beaucoup de difficultés à suivre correctement les prescriptions d'un traitement.

Cependant, la PASS constitue un progrès non négligeable car l'effectivité de la prise en charge sociale devrait avoir des effets positifs sur la santé de ces personnes à plus long terme.

3.1.1.2 Un accès aux droits mieux assuré

Accompagner les personnes démunies dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits est un autre objectif essentiel de la PASS.

Le ***CH de Châteauroux*** estime que ce meilleur accès aux droits, par la prise en charge administrative au sein de la PASS, va entrainer des conséquences sanitaires positives sur l'accès aux soins ultérieurs (exemple : l'accès aux médicaments).

Donc, la réalisation de ce deuxième objectif permet d'agir sur le premier, améliorer l'accès aux soins des personnes démunies.

Toutefois, si l'ouverture ou la restitution des droits à la couverture sociale est très positive, le problème de l'accès aux soins des personnes dont les revenus se situent au-dessus du seuil fixé pour l'accès à la couverture maladie universelle et dépourvues de mutuelle reste entier.

Dans le cadre de la mise en oeuvre de la CMU, les établissements sont incités à mettre en place des partenariats avec les caisses primaires d'assurance maladie afin d'assurer aux patients précaires un accès effectif à la couverture sociale. Toutefois, à ce jour, peu d'établissements ont réalisé une telle collaboration.

A ce titre, ceux de l'Eure-et-Loir font figure d'exception :

- Le ***CH de Dreux*** l'a fait par le biais d'une permanence de la CPAM au sein de la PASS,
- Le ***CH de Chartres*** travaille en partenariat étroit avec la CPAM, ce qui permet à l'assistante sociale de l'hôpital de solliciter auprès de la caisse primaire une prestation supplémentaire sans avoir besoin de s'y rendre.

Les apports du fonctionnement des PASS de la région Centre n'ont pas été constatés seulement au profit des usagers, leurs destinataires privilégiés, mais aussi au profit de l'hôpital lui-même.

3.1.2 Les apports pour l'hôpital

Pour les établissements, l'organisation du travail en interne est améliorée (3.1.2.1) et les relations entre les acteurs sanitaires et sociaux sont renforcées, tant à l'intérieur de l'hôpital qu'à l'extérieur (3.1.2.2).

3.1.2.1 Une organisation interne hospitalière améliorée

Pendant de nombreuses années, la vocation d'accueil des personnes fragilisées n'a pas été la première préoccupation des directeurs d'établissements hospitaliers. De ce point de vue, la mise en place des PASS constitue, selon les propos du docteur LEBAS, « *un changement culturel qui nécessite de nouvelles pratiques professionnelles* ». De plus, il ne faut pas sous-estimer la contradiction entre l'organisation hospitalière globale, qui repose sur une prise en charge majoritairement programmée, et l'organisation de la PASS nécessitant plutôt une prise en charge immédiate, contradiction qui ne facilitera pas le changement culturel espéré.

Aujourd'hui toutefois, la prise de conscience de la mission sociale assignée à l'hôpital permet de faire évoluer les modalités de collaboration en interne et de favoriser les échanges entre les personnels soignants et sociaux. La présence d'une AS de plus améliore bien évidemment le travail du service social mais aussi et surtout celui des autres services, notamment les urgences et les services de soins.

En effet, comme on le pense au ***CH de Chartres***, la PASS devrait permettre de bien cibler les populations et corrélativement d'améliorer le travail des soignants en leur évitant de nombreuses déperditions de temps avec le règlement de problèmes sociaux.

Comme l'expriment également les acteurs du ***CH de Bourges***, l'intégration de l'AS à l'équipe médicale aide les autres personnels à accueillir les populations démunies et compense parfois le manque de formation des personnels soignants dans ce domaine. Aussi, les AS travaillent beaucoup avec le service des admissions qui, de ce fait, est très sensibilisé aux problèmes sociaux.

C'est aussi ce que pense les intervenants du ***CH de Vierzon***. Ils attendent beaucoup de la mise en place du réseau interne au sein de l'hôpital qui devrait permettre de développer les relations inter-services, les staffs médicaux mais aussi de dépasser la notion de service, sans doute trop restrictive dans l'optique d'une prise en charge véritablement transversale.

Par ailleurs, les établissements peuvent espérer, grâce à un fonctionnement satisfaisant de leur PASS, qu'à plus ou moins long terme, le SAU soit moins sollicité par les personnes en situation de précarité. En effet, ces personnes n'ont souvent un contact avec

le système de santé que lorsque le problème sanitaire est trop avancé et, dans ce cas, se rendent aux urgences.

3.1.2.2 Des relations entre les acteurs sanitaires et sociaux renforcées

La formalisation des relations avec l'extérieur est plus grande et les circuits sont mieux identifiés, ce qui favorise un décloisonnement des secteurs et une meilleure concertation.

A ***Bourges***, la PASS a déjà permis de renforcer les liens du réseau local de santé, notamment dans les relations avec les CHRS. De plus, un poste d'AS supplémentaire permet aux travailleurs sociaux d'être plus disponibles afin de se rendre aux réunions ou groupes de travail (ex : PRAPS) : cette présence permet de mieux prendre en compte l'approche sociale grâce au discours des AS à l'extérieur de l'hôpital. De plus, deux AS de l'hôpital travaillaient auparavant au Conseil général ce qui facilite les rapports institutionnels et la connaissance des structures d'hébergement.

A ***Chartres***, les relations entre les différents acteurs sont très denses. En 1999, une convention a été signée entre l'hôpital et le foyer d'accueil chartrain (FAC) afin d'améliorer l'accès aux soins des personnes en difficulté, mais depuis 1995, le FAC et les personnels soignants de l'hôpital ont mis en place une permanence médicale au sein du service d'hébergement d'urgence hivernal.
Dans ce cadre est organisée la réunion d'un groupe de travail intitulé « *groupe santé* » implanté dans les locaux du FAC auquel participe l'AS du CH. Ce groupe est animé par des travailleurs sociaux du FAC, du CESEL (comité d'éducation à la santé de l'Eure-et-Loir) et du CH. En fonction des thèmes, des intervenants spécialisés – la CPAM par exemple – sont invités. L'objectif de ce groupe est de proposer des temps de parole aux usagers du FAC autour du thème de la santé[51].

Au ***CH de Dreux***, on considère que l'antériorité du réseau (voir plus loin, troisième partie) et des bonnes relations existantes entre ses membres a facilité la bonne compréhension du dispositif PASS par l'ensemble des acteurs concernés.

Au ***CH de Blois***, la PASS est l'occasion d'approfondir des relations entre l'ensemble des partenaires concernés. Notamment, un réseau addiction animé par le CH est en cours de création, l'hôpital va adhérer au réseau régional de prévention des violences conjugales et le service social a mis en place un dépistage précoce des situations d'isolement des personnes vieillissantes.

---

[51] Dispositif d'accès aux soins des plus démunis à l'hôpital Fontenoy de Chartres, bilan d'activité, janvier à août 2000, page 6.

Ces apports, certes encourageants, ne doivent pas masquer des dysfonctionnements encore préjudiciables à la totale opérationnalité des PASS de la région.

3.2 DES DYSFONCTIONNEMENTS ENCORE NOMBREUX

De façon générale, les dysfonctionnements ou défauts constatés tiennent au fait que l'hôpital est encore éloigné de l'usager précaire (3.2.1), que l'implication des autres acteurs du système de santé est insuffisante (3.2.2) et que l'on peut s'interroger sur la pertinence du dispositif pour les établissements de proximité (3.2.3).

3.2.1 Un hôpital trop souvent éloigné de l'usager précaire

L'hôpital fait parfois peur et n'est pas toujours très lisible dans son fonctionnement. Ces deux éléments risquent d'avoir un effet repoussoir sur les patients concernés (peur d'attendre, de ne pas savoir où se présenter...) d'où l'importance de communiquer sur l'existence de la PASS. Notamment, cela pourraît permettre à ces personnes de s'y rendre facilement et d'éviter de recourir abusivement aux urgences en désespoir de cause.

A titre d'exemple, le ***centre hospitalier de l'agglomération montargoise*** est confronté à ce problème qui n'est pas facilité par l'absence de coopération des taxis de Montargis qui craignent de ne pas être payés par les personnes précaires.

Par ailleurs, il faut reconnaître que l'hôpital est aussi trop souvent éloigné des préoccupations du patient précaire. En effet, « *il ne perçoit pas forcément dans son ensemble les inégalités d'accès aux soins subies par certaines populations. La grande majorité des soignants suppose que le dispositif sanitaire français peut permettre à chacun d'avoir accès aux soins. La principale difficulté est donc de les convaincre de l'existence d'inégalités*[52] ».

3.2.2 Une implication insuffisante des autres acteurs du système de santé

La viabilité du dispositif repose trop souvent uniquement sur l'hôpital.
L'existence d'un réseau ville-hôpital structuré est encore trop peu répandue, c'est notamment le cas à ***Tours*** où, malgré la présence de trois centres de santé en plus de l'hôpital, la coordination entre les structures est insuffisante.
De plus, le faible engagement de la médecine de ville a été relevé et fortement regretté par tous les établissements. Ceux-ci sont convaincus qu'une implication plus importante de la médecine libérale, soit en amont, par des modalités d'accès aux soins de ville plus larges,

[52] M. Emmanuel MARTINEAU, cadre socio-éducatif, responsable du projet PASS au CH de Blois, le 13 novembre 2000.

soit à l'hôpital, par la participation des médecins généralistes à la consultation médicale de la PASS (exemple de ***Dreux***) permettrait de soulager l'hôpital et notamment le service d'accueil et de traitement des urgences. Les médecins urgentistes regrettent majoritairement ce manque d'engagement.

Aujourd'hui, l'hôpital semble devenir le réceptacle de toute la misère sociale, et s'il doit assumer son nouveau rôle social, il ne peut subvenir seul à tous les besoins.

La médecine de ville a un rôle important à jouer dans ce domaine et actuellement, les médecins hospitaliers rencontrés estiment que les généralistes « *baissent un peu les bras en matière sociale* ». Ils ne se préoccuperaient pas assez de l'aspect préventif qui serait susceptible d'éviter des hospitalisations en urgence qui engorgent actuellement les hôpitaux. Par exemple, une directrice des ressources humaines en charge du dossier PASS estime que « *ce manque d'implication est très préjudiciable dans la mise en oeuvre du réseau externe* »[53].

Si l'hôpital est l'élément central du dispositif de soins, il paraît essentiel d'impliquer les médecins généralistes qui sont, hors des situations d'urgence, les professionnels de premier contact avec les populations en situation sociale fragile. Or, ceux-ci sont quasiment absents de toute action.[54]

Afin de contourner l'absence de volonté des généralistes, le CH de ***Blois*** a le projet de créer un réseau avec l'équipe de liaison en addiction pour intervenir dans le cadre de la consultation médicale de la PASS.

Enfin, certains établissements doivent faire face à l'absence ou l'insuffisance de structures sociales et de volonté locale d'en créer de nouvelles : par exemple, ***Vierzon*** souffre d'un grand déficit de structures d'hébergement.

En effet, il existe un foyer d'hébergement qui propose seulement trois nuitées par trimestre et aucun CHRS, ce qui oblige l'hôpital à travailler avec les structures de Bourges, située à quarante kilomètres de Vierzon.

3.2.3 Un manque de pertinence du dispositif pour les établissements de proximité

La PASS est-elle le dispositif le mieux adapté pour les établissements de proximité, tels le centre hospitalier intercommunal d'***Amboise*** et le ***CH de Vierzon***, voire même pour certains hôpitaux de référence comme le ***CH de Bourges*** ?

C'est l'une des interrogations étant apparue lors de mes investigations mais c'est aussi celle des établissements concernés, notamment Bourges et Amboise.

---

[53] Entretien avec Mme GABILLEAU, directrice des ressources humaines du centre hospitalier intercommunal d'Amboise (Indre-et-Loire), le 27 septembre 2000.

[54] Préparation du PRAPS, document de synthèse, DRASS du Centre, novembre 1999, page 10.

L'exemple de ***Vierzon*** paraît ici intéressant à approfondir[55].

L'étude de la situation géographique, socio-économique et sanitaire de Vierzon laisse penser que la PASS pourraît correspondre, lorsqu'elle sera opérationnelle, à une demande certaine. En effet, un isolement important, un contexte économique et social difficile et une offre de soins déficitaire sont autant d'éléments militant en ce sens.

D'un point de vue géographique, Vierzon est située au centre-est du département du Cher, à 33 kilomètres de Bourges à l'ouest, très proche du Loir-et-Cher et de l'Indre. Ces zones géographiques limitrophes sont faiblement peuplées et en déclin démographique, notamment l'Indre.

La zone d'emploi de Vierzon - qui compte 52.000 habitants – est confrontée à une forte dégradation du tissu socio-économique. Le taux de chômage atteignait 16,2 % en septembre 1997, alors qu'il était de 12,7 % dans le Cher (aujourd'hui, 12 % pour Vierzon et 9,8 % en France). Le niveau de vie de la population est faible : le revenu annuel moyen des foyers en 1995 était inférieur de plus de 20 % à la moyenne urbaine régionale.

Sur le plan sanitaire, la densité des médecins libéraux est faible, aussi bien pour les généralistes que pour les spécialistes. Le CH de Vierzon est le seul établissement de santé dans sa zone d'emploi et son arrondissement depuis la fermeture de la clinique privée de Vierzon en 1997.

Mais sa situation démographique montre un vieillissement particulièrement net de la population dans la ville et amène à s'interroger sur les réponses susceptibles d'être apportées par la PASS aux besoins de cette population. Vierzon, sous-préfecture du Cher, compte 29.700 habitants au recensement de mars 1999, en baisse de 2.500 habitants par raport à 1990.

L'ensemble du département du Cher connaît une baisse de population qui atteint 8.000 habitants depuis 1990, essentiellement sur les villes de Bourges et de Vierzon.

L'indice de vieillissement atteint 82 au 1er janvier 1998 dans le département du Cher, alors qu'il est de 68 dans la région Centre et de 59 en France métropolitaine. Les plus de 60 ans représentent 24,4 % de la population totale du Cher, alors que dans le même temps les moins de 20 ans représentent 23,4 %.

Par ailleurs, sur huit ans, la progression de la population de plus de 60 ans est près de deux fois plus forte à Vierzon (+ 17 %) que dans le département du Cher (+ 9,5 %).

Comparé à Vierzon, à ***Amboise***, la population y est moins isolée, le contexte socio-économique moins défavorable et l'offre de soins plus importante (proximité de Tours).

---

[55] Inspection générale des affaires sociales, rapport initial n° 2000086, Août 2000, Inspection du centre hospitalier de Vierzon, pp 4-7.

La création de la PASS a permis d'améliorer l'accomplissement de sa mission sociale par l'hôpital, notamment par la mise en place d'une coordination gérontologique, qui semble répondre à un réel besoin. Aussi, l'AS supplémentaire permet à l'hôpital d'être plus présent à l'extérieur avec les associations et d'envisager une meilleure prise de conscience de la nécessaire globalité de la prise en charge.
Au moins, la PASS permet à l'hôpital de remplir sa mission sociale même si l'AS recrutée ne se consacre pas majoritairement aux « *démunis* » au sens strict.

Dans ces zones rurales vieillissantes, les personnes âgées représentent une « *clientèle* » numériquement importante et il est bon qu'un travailleur social soit disponible pour elles. Cependant, force est ici de constater qu'il se consacre à d'autres populations que les personnes adultes en situation de précarité.
Il faut alors être conscient que l'apport de la PASS se limite dans ce cas à la prise en charge sociale, et qui plus est quasi exclusivement des personnes âgées. C'est une bonne chose mais, même si de nombreuses personnes âgées rencontrent des problèmes de précarité sociale, il ne semble pas que la PASS ait été créée dans le but de les prendre en charge, ou en tous cas pas spécifiquement.

A l'issue de ces premiers constats, il convient de proposer des améliorations. Celles-ci résultent à la fois des idées émises par les acteurs de terrain et par l'information qui peut être faite concernant l'expérience du centre hospitalier de Dreux qui paraît constituer un endroit où l'ensemble des conditions de réussite de la PASS semblent réunies.

3.3 LES AMÉLIORATIONS PRECONISEES PAR LES ACTEURS CONCERNES

Deux améliorations principales ont été formulées : d'une part, porter l'effort sur la formation des personnels hospitaliers (3.3.1) et, d'autre part, développer le partenariat avec le secteur psychiatrique et la médecine libérale (3.3.2). D'autres améliorations, plus secondaires mais néanmoins pertinentes sont également suggérées (3.3.3).

3.3.1 Mettre l'accent sur la formation des personnels hospitaliers dans le domaine social

« *L'obstacle essentiel à un véritable engagement des centres hospitaliers est celui du manque de formation et de sensibilisation des personnels hospitaliers à l'identification des situations de précarité et à l'accueil des populations les plus démunies* »[56].

[56] Préparation du PRAPS, document de synthèse, DRASS du Centre, novembre 1999, page 9.

La PASS, par l'intégration de l'AS au sein de l'équipe médicale, aide les autres personnels à assurer leur prise en charge alors que, jusqu'ici, ils pouvaient parfois rencontrer des difficultés pour accueillir les populations démunies.
Cependant, si cela constitue un progrès indéniable pour le personnel et pour le patient, il n'en demeure pas moins qu'il convient d'agir en terme de formation spécifique, notamment pour les personnels soignants et administratifs (service des admissions).

Les hôpitaux ont majoritairement, nous l'avons vu, intégré cette nécessité et prévu des formations spécialisées en conséquence.

En préalable, certains ont mis en place ou participé à des journées de sensibilisation au thème de la précarité et de son lien avec la santé. A titre d'exemple, le ***CH de Vierzon*** a participé à une journée de formation CMU avec trois autres établissements, ce qui a permis de faciliter la prise de conscience des personnels face aux problèmes sociaux des patients.

Aussi, le ***CHU de Tours*** a organisé, le 18 novembre 2000, une journée d'information, de sensibilisation et d'échanges intitulée « *accès aux soins et précarité* »[57] ouverte à l'ensemble des personnels du CHU qui le souhaitaient et qui a réuni une centaine de personnes, essentiellement des personnels soignants. Elle a été l'occasion de définir la précarité et ses liens avec la santé, de présenter les différents dispositifs et structures susceptibles de prendre en charge les personnes en difficulté et de comprendre quel doit être le rôle de l'hôpital dans cette prise en charge.

3.3.2 Développer le partenariat avec le secteur psychiatrique et la médecine libérale

Le rapport du Haut comité de santé publique de 1998 a constaté que s'il n'y a pas de pathologie de la précarité, celle-ci est toutefois génératrice de souffrance psychique.

Cette souffrance doit être prise en charge et pourra l'être dans le cadre de la PASS. Pour ce faire, cela nécessite un partenariat réel avec le secteur de psychiatrie.
Les établissements en ont parfaitement conscience mais son développement se heurte aux difficultés de ce secteur, notamment le faible nombre de praticiens hospitaliers psychiatres. C'est notamment le cas du ***CH de Vierzon*** qui aimerait mettre en place des liens forts avec le centre hospitalier spécialisé de Bourges mais qui ne peut le faire en pratique car le CHS doit déjà faire face à ses propres problèmes d'organisation dûs à son insuffisance numérique de psychiatres avant d'envisager un quelconque partenariat extérieur à la ville.

En ce qui concerne la médecine libérale, elle a un rôle prépondérant à jouer en amont et en terme de prévention afin d'éviter le recours abusif à l'hôpital.

---

[57] J'ai participé directement à cette journée puisque, sur la demande du directeur-adjoint du CHU et avec l'accord de mon maître de stage, j'ai présenté un bilan d'étape des PASS en région Centre.

Nous avons vu que la majorité des acteurs se plaignaient du faible engagement de la médecine de ville dans la prise en charge des personnes démunies.

Certains sont même très pessimistes sur les possibilités d'associer les généralistes à l'avenir. En effet, ils constatent déjà un faible engagement des médecins de ville dans le traitement de l'urgence, alors pourquoi viendraient-ils à la PASS ?
De plus, ces établissements craignent qu'ils ne viennent que dans la mesure où ils seront payés à l'acte, c'est-à-dire que ce sera l'hôpital qui les paiera et non le patient.

D'autres le sont moins, comme le ***CHAM***, qui a en projet d'installer à côté des urgences une activité de médecine libérale, c'est-à-dire louer des locaux à des généralistes pour assurer des consultations de médecine générale classique dans le but d'éviter que des personnes ne souffrant pas d'une urgence vitale ne viennent engorger les urgences.

Enfin, ce partenariat est possible, il était en place au ***CH de Dreux*** puisque la consultation médicale de la PASS était assurée (jusqu'au 5 octobre) par un généraliste.

3.3.3 Les autres améliorations envisagées

Les autres améliorations proposées par les acteurs présentent la particularité, outre d'être très variées, de dépendre de personnes différentes : certaines peuvent être mises en oeuvre par les hôpitaux eux-mêmes, notamment favoriser l'accompagnement des patients du dispositif PASS (3.3.3.1), organiser une prise en charge sociale nocturne (3.3.3.2) ou intégrer la prise en compte de la précarité dans le PMSI (3.3.3.3). D'autres reposent sur la volonté des services de l'Etat comme la mise en place de groupes de travail départementaux et régionaux (3.3.3.4). D'autres enfin, telles que la résolution de la situation des personnes dépourvues de couverture sociale complémentaire (3.3.3.5), relèvent d'une évolution réglementaire dont la décision appartient à l'exécutif.

3.3.3.1 Favoriser l'accompagnement des patients du dispositif PASS

Le problème de la mobilité des patients concernés par le dispositif PASS est récurrent.

En effet, de nombreux établissements récents ont été construits à la périphérie des villes et sont parfois trop excentrés par rapport au centre ville pour que les personnes démunies (par définition le plus souvent dépourvues de véhicule) puissent venir à l'hôpital et en repartir. Pour tenter de remédier à cet obstacle, le ***CH de Châteauroux*** a mis en place une prise en charge assurée par des taxis pour emmener les sans-abri vers des structures d'hébergement social.

Par ailleurs, lors du comité de pilotage de la PASS du ***CH de Blois*** le 15 septembre 2000, les personnes présentes ont envisagé de former des accompagnants-relais dont la mission serait d'aider les patients à se rendre dans les lieux appropriés pour une prise en

charge de long terme, notamment se rendre aux rendez-vous chez le généraliste ou les spécialistes. Ce type de tâche pourrait être confié à un emploi-jeune.

3.3.3.2 Organiser une prise en charge sociale nocturne

La PASS constitue une avancée certaine dans la prise en charge sociale, mais uniquement le jour. Or, les urgences sont confrontées aux problèmes sociaux non seulement le jour mais aussi la nuit. Les personnels soignants se retrouvent donc, la nuit, face aux mêmes difficultés qu'avant la création des PASS, à un moment où les AS ne travaillent pas.

En conséquence, doit-on envisager d'organiser une prise en charge sociale nocturne effectuée par les AS, peut-être dans le cadre d'une permanence (astreinte) ou alors les actions de formation en direction de l'ensemble des personnels suffiront-elles à compenser l'absence des AS la nuit ?

3.3.3.3 Intégrer la prise en compte de la précarité dans le PMSI

Cette idée a été développée par le docteur François MARTIN, praticien hospitalier au ***CH de Dreux***. Les médecins DIM (département d'imagerie médicale) ont constaté qu'entre 10 et 15 % des admissions concernent des personnes précaires et ils disposent de l'outil informatique pour le démontrer de façon irréfutable. A partir de ces chiffres, il serait possible d'approfondir l'analyse, notamment en répertoriant les motifs d'hospitalisation et les taux de réhospitalisation.

En conséquence, il propose que le DIM édite des données relatives à la précarité dans chaque hôpital (le PMSI 2000 contient un code précarité). En pratique, cela revient à coder systématiquement les diagnostics d'activités de consultations, c'est-à-dire coder le diagnostic principal (l'affection en cause) puis le diagnostic relié (par exemple, la précarité sociale). Cette édition permettrait d'aboutir à une prise de conscience véritable, étayée par des chiffres tirés de l'activité des établissements, et de valoriser la prise en charge hospitalière des personnes démunies.

A l'issue d'un tel constat quantitatif, il apparaîtra que le traitement de ces patients est très difficile à mettre en oeuvre et, en conséquence, l'ensemble des acteurs concernés devra mettre l'accent sur la relation de soins.

3.3.3.4 Mettre en place des groupes de travail départementaux et régionaux

Ce souhait a été émis par plusieurs établissements, notamment les deux d'Indre-et-Loire : la création d'un groupe départemental piloté par la DDASS - l'Etat étant jugé comme étant le seul acteur légitime pour le faire – et regroupant l'ensemble des intervenants directs ou indirects du dispositif PASS est espérée.

L'utilité d'un tel groupe peut venir du fait que l'action de l'Etat est jugée plus mobilisatrice que celle des acteurs locaux.
Ce type de comité existe déjà dans la région : c'est le cas dans le Cher où il se réunit une fois par mois. Il serait utile de le généraliser à tous les départements, même s'il convient de ne pas sous estimer les conséquences chronophages qu'entrainerait la création d'un groupe de travail supplémentaire.

D'autre part, il serait sans doute intéressant, à condition de délimiter clairement l'objet de la journée et de réunir la grande majorité des acteurs concernés, d'organiser une journée régionale afin de leur donner l'occasion d'échanger sur la question[58]. C'est notamment le voeu de la DDASS du Loiret qui souhaite que le niveau régional (ARH ou DRASS) organise un bilan annuel ou bi-annuel en plus du suivi régulier que la DDASS doit assurer quant à l'avancée du dispositif PASS dans chaque département.

3.3.3.5 Résoudre la situation des personnes dépourvues de couverture sociale complémentaire

Corrélativement à la mise en place des PASS, la CMU est entrée en vigueur, ce qui constitue un progrès en terme d'accès aux soins. Cependant, une frange de la population démunie reste exclue plus ou moins fortement de cet accès : celle dont les ressources dépassent le plafond ouvrant droit à la couverture complémentaire[59].
La plupart des acteurs hospitaliers rencontrés se sont inquiétés des conséquences dommageables de cet effet de seuil.

Dans la présentation du bilan de la CMU le 17 octobre 2000, la caisse nationale d'assurance maladie a annoncé des mesures destinées à atténuer l'effet de seuil[60] :

- actualisation de la politique d'action sanitaire et sociale menée par les caisses primaires, avec déblocage d'une enveloppe de 400 millions de francs en 2001 affectés au fonds d'action sociale des CPAM,
- prise en charge des prestations individuelles (frais d'optique ou dentaires) ou conjugaison de ces prises en charge individuelles avec des participations au paiement des cotisations ou de primes de contrats d'assurance complémentaire,

---

[58] Entretien avec M. LECLERC, coordonnateur du pôle santé, DRASS du Centre, 26 septembre 2000.

[59] 3.600 francs - depuis l'annonce du relèvement du plafond par le gouvernement, le 27 octobre 2000 - pour une personne seule, 5.250 francs pour 2 personnes, 6.300 francs pour 3 personnes, 7.350 francs pour 4 personnes, majoré de 1.400 francs par personne supplémentaire.

[60] « *CMU : la CNAM consacrera 400 millions de francs à la lutte contre l'effet de seuil en 2001* », in Actualités sociales hebdomadaires, n° 2185, 20 octobre 2000, page 9.

- certains départements ont déjà étudié la possibilité de participer de manière modulée au paiement des cotisations des assurés à un organisme complémentaire (exemple de la Charente-Maritime où la CPAM prend en charge, depuis le 1er avril 2000, une partie de la cotisation de couverture complémentaire pour les foyers situés dans la tranche de 500 francs au-dessus des plafonds CMU[61]).

En région Centre, à ***Dreux***, la CPAM a prévu d'offrir aux personnes ayant des ressources supérieures au plafond et ayant fait l'objet d'un refus d'accès à la CMU un accord de prise en charge à hauteur de 1.500 francs par an et par famille[62].

Aussi, le ***CH de Chartres*** réfléchit actuellement à la possibilité de signer des conventions avec des mutuelles, pour envisager la compensation du manque de ressources des personnes dépassant le plafond de ressources.

Les améliorations dont nous venons de parler sont le fruit de souhaits formulés par les acteurs de terrain.

D'autres sont envisageables à partir de l'exemple d'une des dix PASS de la région qui, sans être parfaite, réunit toutes les conditions afin de mettre en place et faire fonctionner son dispositif de façon très satisfaisante.

3.4 L'AMELIORATION ENVISAGEABLE A PARTIR D'UNE PASS DE LA REGION : L'EXEMPLE DU CENTRE HOSPITALIER DE DREUX POUVANT SERVIR DE GUIDE A DESTINATION DES HOPITAUX RENCONTRANT DES DIFFICULTES DE MISE EN PLACE

Afin de bien appréhender les raisons qui nous font penser que Dreux constitue un site adéquat et propice à la réussite de la PASS, il convient dans un premier temps de décrire rapidement à la fois le centre hospitalier de dreux et le contexte local (3.4.1).

Ensuite, il nous faut mettre en exergue le fait que Dreux dispose d'un réseau ville-hôpital structuré et développé bien avant la création de la PASS, ce qui constitue un atout majeur dans sa mise en place (3.4.2). Enfin, nous nous attacherons alors à décrire les modalités de mise en place (3.4.3) et de fonctionnement (3.4.4) de la PASS de Dreux.

---

[61] GARGOLY Céline, « *CMU : le retour des disparités régionales* », in Actualités Sociales Hebdomadaires, n° 2186, 27 octobre 2000, page 31.

[62] Mme ROSENTHAL, CPAM de l'Eure-et-Loir, « *la gestion des effets de seuil de la CMU* », in réunion du réseau santé de proximité, centre hospitalier de Dreux, mardi 28 novembre 2000.

3.4.1 Présentation du centre hospitalier de Dreux (Eure-et-Loir) et du contexte local

Dreux est une agglomération peuplée de 34.000 habitants, mais son arrondissement en compte environ 100.000. Elle connaît un contexte social difficile, le taux de chômage atteignant 12,2 % en septembre 2000[63], et souffre d'être une petite ville coupée en deux entre les habitants « *d'origine* » et les habitants des quartiers populaires, pour la plupart d'origine étrangère (33 %), ville qui « *n'est plus le lieu d'une structure sociale collective cohérente* »[64].

Surtout, l'Eure-et-Loir dans son ensemble dispose de l'offre de soins la plus déficitaire de toute la région, donc les personnes potentiellement en difficulté pour accéder aux soins sont nombreuses.

En matière d'accès aux soins des personnes en situation de précarité, le CH de Dreux bénéficie de nombreux points forts, mis en exergue par le SROS 2[65] :

- un réseau ville-hôpital développé et structuré,
- une structure de coordination fonctionnelle (unité de prévention et d'éducation),
- une formation commune aux personnels de l'hôpital et aux partenaires extérieurs,
- des liaisons avec les partenaires du réseau facilitées par la présence d'une coordinatrice,
- la présence d'une AS temps plein aux urgences,
- la garde quotidienne d'un psychiatre effective de 18 h à 9 h aux urgences,
- l'existence d'un centre de crise en psychiatrie ouvert de 6 h 30 à 21 h en semaine, accessible sans rendez-vous (permanence pluri-professionnelle),
- un bilan de santé tous les 15 jours aux consultations externes de l'hôpital (convention avec le centre d'examen de santé de la CPAM prévoyant un bilan de santé délocalisé à l'hôpital et réservé aux personnes en situation de précarité),
- l'existence d'une cellule d'accueil spécialisée chargée de l'étude des droits sociaux,
- une convention DDASS/hôpital pour l'accès aux soins des personnes en grande précarité.

Tous ces éléments concourent à faire du CH de Dreux le lieu réunissant les conditions de réussite de la PASS. Il nous faut nous attarder sur le premier cité par le SROS, sans doute le plus déterminant pour la pérennité de la permanence.

---

[63] Direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle du Centre, « *le marché du travail en septembre 2000* », bulletin mensuel n° 57, novembre 2000, page 4.

[64] TRIBALAT Michèle, « *Dreux, voyage au coeur du malaise français* », Syros, 1999, in « *La fracture urbaine : la banlieue entre ségragation et sécession* », Le Monde, 21 décembre 1999.

[65] SROS-2 région Centre, annexe concernant les réseaux ville-hôpital, accès aux soins des personnes en situation précaire, juillet 1999, page 119.

3.4.2 L'existence d'un réseau ville-hôpital structuré et développé avant la mise en place de la PASS

S'il est constaté que le travail en réseau est peu développé dans le département de l'Eure-et-Loir[66], il est à noter dans le même temps l'existence à Dreux d'un réseau ville-hôpital structuré, axé sur l'éducation pour la santé, la prévention et le dépistage, avec une structure de coordination fonctionnelle (l'unité de prévention et d'éducation)[67].

Dans le cadre du projet d'établissement, l'UPE a été créée en 1995[68] dans le but d'atteindre deux objectifs :

- assurer la continuité entre les soins et la prévention, le secteur sanitaire et social, la ville et l'hôpital,
- contribuer à une prise en charge globale des patients nécessitant un accompagnement social personnalisé ou une éducation du patient.

Au-delà de ces objectifs généraux, elle a aussi été créée pour organiser la prévention à l'intérieur et à l'extérieur de l'hôpital, avec également un rôle de formation continue pour les professionnels de santé locaux. De fait, elle s'inscrit dans les priorités d'action retenues par le SROS 2 qui prévoit que l'hôpital doit « *développer (...) sa participation aux actions de prévention ou d'éducation pour la santé menées hors de ses murs (...)* ».[69]

L'UPE se compose d'un praticien hospitalier responsable de l'unité, une coordinatrice chargée du développement de l'éducation du patient dans l'hôpital, une conseillère en économie sociale et familiale responsable du réseau « *santé de proximité* », une infirmière chargée du programme d'éducation du patient asthmatique, un médecin et une infirmière vacataires coordonnant les activités concernant le tabac et deux secrétaires.

Son financement est assuré par la dotation allouée au centre hospitalier, par les crédits régionalisés de prévention, par le soutien des villes de Dreux et Vernouillet (contrat de ville), du conseil général, de l'association VIH 28, de la ligue contre le cancer et du comité d'éducation pour la santé de Dreux.

---

[66] Préparation du PRAPS, diagnostic de l'existant, DRASS du Centre, novembre 1999, page 21.

[67] SROS-2 région Centre, annexe relative à l'accès aux soins des personnes en situation précaire, juillet 1999, page 119.

[68] Bilan d'activités 1999 de l'UPE, pp 9-11.

[69] SROS-2 région Centre, les quatre priorités d'action du SROS relatives aux personnes en situation précaire, page 71.

L'objectif du réseau santé de proximité est de favoriser l'accès à la santé des personnes en situation de précarité (jeunes, jeunes adultes et adultes).

Il se décline en trois axes principaux :

- animation et coordination d'actions d'éducation pour la santé dans les quartiers,
- organisation, deux fois par mois, d'un bilan de santé délocalisé au CH de Dreux,
- coordination et animation d'un réseau ville/hôpital de professionnels du secteur sanitaire et social (189 membres).

Dans le cadre de ce réseau se formalise une coordination médico-sociale à partir de la mise en place de la PASS. Aujourd'hui, l'animation du réseau se fait au travers de réunions trimestrielles dans lesquelles cinquante à soixante personnes se rendent.

Toutefois, la coordinatrice regrette que les médecins y soient trop peu nombreux comparé aux travailleurs sociaux. En conséquence, elle estime nécessaire de communiquer fortement afin de les inciter à participer de façon plus active.

La coordinatrice du réseau ne souhaite pas être un travailleur social de plus dans une structure de plus mais plutôt une personne-relais, un facilitateur, une personne ressource pour les autres travailleurs sociaux.

L'existence et l'opérationnalité de l'UPE ont été des éléments grandement facilitateurs pour la mise en place de la PASS.

Plus largement, cette unité est l'un des acteurs les plus impliqués et les plus actifs dans le domaine de l'accès aux soins des personnes démunies[70] :

- elle a mis en place des actions de prévention, sous forme de démarches éducatives du type « *atelier* », visant à une implication et une participation plus grande des publics,
- elle a élaboré – avec le CESEL – un module de formation santé/social.

[70] PRAPS, diagnostic de l'existant, novembre 1999, DRASS du Centre, pp 20-22.

3.4.3 Modalités de mise en place de la PASS du CH de Dreux

L'UPE a mené une étude en 1997, d'une durée de six mois, concernant l'état de santé de 300 personnes en situation de précarité sociale hospitalisées au CH de Dreux[71].

Elle a permis, au-delà de l'indication du nombre de personnes en situation de précarité admis à l'hôpital, de faire trois constats importants :

- il n'existe pas de pathologie propre à la précarité, mais elle en amplifie certaines (alcool, santé mentale),
- il est difficile pour l'hôpital de prendre en charge les personnes à la fois médicalement et socialement alors qu'un suivi médico-social est essentiel pour elles,
- il convient en conséquence de faciliter l'accès global aux soins de l'hôpital.

La PASS du CH de Dreux a été mise en place en février 2000.
Elle est localisée à proximité des urgences et elle devrait, à terme, être intégrée aux urgences. L'accueil et le tri des patients entre le circuit long et le circuit court est fait par l'infirmière de la cellule d'accueil aux urgences. De plus, il existe un protocole formalisé spécifique au service des urgences pour les travailleurs sociaux qui est connu des services de soins mais pas des autres.

Le CH de Dreux a souhaité mettre en place une véritable consultation pluridisciplinaire qui comprendra des vacations de dentiste, une interface avec les psychologues du centre médico-psychologique (CMP) et avec le dispensaire.

Ici, le rôle de la PASS est de faire la synergie entre le CMP, le dispensaire anti-tuberculeux, le centre de cure ambulatoire en alcoologie, la diététicienne et le centre anti-tabac.

Le système d'accueil et de repérage des situations de détresse est effectué par l'AS de la PASS.

Afin d'aboutir à une véritable coordination, des réunions de synthèse (concernant les personnes cumulant un problème médical et social) ont lieu entre l'ensemble des partenaires ayant dépisté le problème et tous les acteurs ayant pris en charge la personne concernée.

3.4.4 Modalités de fonctionnement de la PASS du CH de Dreux

Après presque un an de fonctionnement, la PASS du CH de Dreux a permis d'améliorer l'accès aux soins des personnes en situation de précarité : la consultation médicale pluridisciplinaire s'est révélée très utile, notamment pour les quelques personnes

[71] « *Etat de santé de 300 personnes en situation de précarité sociale hospitalisées au CH Victor Jousselin à Dreux* », Unité de Prévention et d'Education, 5 mars 1997.

nécessitant une prise en charge lourde qui se sont présentées depuis février, et l'accès aux médicaments a été facilité. Le fonctionnement de la consultation médicale laisse augurer au docteur MARTIN un désengorgement significatif des urgences à l'avenir.

La consultation sociale semble bien fonctionner même si, à l'instar des autres établissements, les personnes dépourvues de mutuelle ne se sont pas rendues à la PASS. Cependant, la PASS a eu une utilité évidente pour les personnes étrangères en situation irrégulière qui ont représenté environ 50 % des patients.

Globalement, le praticien estime que le premier bilan de la PASS est positif :

- le fonctionnement est souple et permet d'apporter une réponse rapide et adaptée, et de régulariser des situations en urgence,
- ce dispositif offrant un service multidisciplinaire (médical, social, administratif...) dans un même lieu et dans un même temps aboutit à mieux cibler les demandes et les besoins des usagers.

Toutefois, il convient de poursuivre l'effort engagé en :

- améliorant l'interface avec le secteur de psychiatrie,
- réétudiant le projet de consultation à horaires élargis avec le chef de service du SAU,
- articulant la PASS avec le service de gynécologie,
- informant les personnes n'ayant pas obtenu la CMU à propos du dispositif PASS,
- mettant en place une information commune entre le réseau et la PASS,
- articulant le bilan périodique de santé (vaccinations) avec la PASS et le réseau,
- créant un référentiel commun de statistiques (administratives, sociales et médicales).

En résumé, plusieurs spécificités locales, uniques dans la région, explique l'avance du CH de Dreux dans la mise en oeuvre de la PASS :

- c'est un médecin de l'hôpital qui est en charge du projet PASS (dans la plupart des cas, c'est un membre de la direction qui en est chargé),
- il peut s'appuyer sur l'UPE et sur le réseau santé de proximité, intégrant la précarité,
- ce réseau est coordonné par un travailleur social de l'hôpital,
- et Dreux constitue un bon exemple de ville moyenne ayant à faire face à des problèmes difficiles (chômage, immigration importante, offre de soins réduite) pouvant trouver un début de réponse dans le dispositif PASS.

Toutefois, je ne peux omettre de signaler que la PASS est confrontée à deux problèmes momentanés mais préoccupants, qui la freinent dans son développement :

- le 5 octobre 2000, le médecin généraliste qui assurait la consultation médicale de la PASS a quitté la permanence en raison d'un manque de disponibilité,
- et le 28 novembre, c'est l'assistante sociale de la PASS qui quittait le dispositif pour des raisons personnelles, totalement étrangères au fonctionnement de la permanence.

En conséquence, l'AS des urgences reprend la permanence sociale de la PASS en attendant que l'hôpital recrute un travailleur social en remplacement et l'établissement recherche une solution pour assurer la consultation médicale.

Ces difficultés circonstanciées ne sauraient remettre en cause le travail effectué depuis la mise en place de la PASS et ne modifie en rien le fait que Dreux réunit toutes les conditions pour que le dispositif soit pertinent et réponde à de réels besoins.

Avant de conclure et, à la lumière des constats et propositions effectués, il paraît intéressant de tenter de définir une typologie des PASS - à titre d'hypothèse - afin de déterminer précisément quel type de PASS doit-on mettre en place pour quels types de besoins.

3.5 ESSAI DE DEFINITION D'UNE TYPOLOGIE DES PASS

Afin d'ouvrir des perspectives concernant l'avenir du dispositif, nous tenterons de répondre à la question suivante : quelle PASS pour quels besoins ?

Pour ce faire, il convient de définir des types de PASS. Cette tentative se fera en deux temps : d'abord, la définition d'une typologie de fait (3.5.1) puis celle d'une typologie de recommandations (3.5.2).

3.5.1 Typologie de fait

Elle doit être élaborée à partir des constats effectués en région Centre, tels qu'ils sont synthétisés dans les tableaux ci-dessous (pages 64 et 65), à partir des données recueillies en septembre et octobre 2000[72].

[72] Depuis lors, il va de soi que certains des aspects de la mise en place des PASS ont évolué, le constat fait ici étant bien évidemment circonstancié.

- Concernant les types de PASS

Tout d'abord, nous constatons que les PASS internes constituent le modèle le plus répandu et qu'elles se retouvent quelles que soient les agglomérations concernées (aussi bien dans celles comptant plus de 100.000 habitants que dans celles inférieures à 50.000).

Ensuite, il n'existe aucune PASS externe dans la région Centre.

Enfin, deux hôpitaux définissent leur PASS comme étant une PASS mixte, à la fois interne et externe. Plus que le troisième modèle défini par le docteur LEBAS, il semble plutôt que cela corresponde au fait que ces établissements ne reconnaissent leur PASS dans aucun des deux premiers modèles et donc la définissent de façon mixte. Ces deux PASS sont situées dans le même département (l'Eure-et-Loir), à Chartres et à Dreux, là où le processus est le plus avancé, où l'offre de soins est la plus déficitaire, où le travail en réseau ville-hôpital est développé et où tous les aspects de la PASS sont mis en place.

Les deux endroits sont assez comparables, sauf en ce qui concerne le contexte économique et social, Dreux connaissant un taux de chômage beaucoup plus élevé et une population immigrée plus nombreuse qu'à Chartres.

- Concernant la situation démographique et géographique

C'est dans les petites agglomérations que la montée en charge du dispositif est la plus lente, aucune PASS n'étant à ce jour opérationnelle dans les agglomérations de moins de 50.000 habitants. Ce constat peut être le fruit d'un hasard, mais cela confirme notre interrogation sur la pertinence du dispositif PASS dans les établissements de proximité, ou situés dans des villes peu peuplées. Les besoins nous semblent moins prégnants dans des zones plutôt marquées par le vieillissement de la population où la précarité ne recouvre pas la même acuité qu'en zone urbaine.

Si la montée en charge du dispositif PASS est lente dans les hôpitaux des petites agglomérations, force est de constater que les deux plus grands établissements de la région, tous deux situés dans des villes de plus de 100.000 habitants (Tours et Orléans), n'ont mis en place que 50 % des éléments recensés (projet d'action médico-sociale, volet spécifique dans le plan de formation, consultation médicale pluridisciplinaire, consultation sociale, comité de pilotage et élaboration de protocoles d'accueil et de suivi des patients démunis).

On peut remarquer que ces deux départements (Indre-et-Loire et Loiret) présentent des similitudes à la fois

- démographiques : une augmentation de la population, avec plus de naissances que de décès et moins de départs que d'arrivées,
- économiques : taux de chômage inférieur à 10 %,
- sanitaires et sociales : la prévention n'est pas assez développée et les personnels sont peu formés à la prise en charge de la précarité.

Ces similitudes peuvent peut-être constituer un début d'explication de l'identité de progression du dispositif dans ces deux établissements.

- Concernant l'environnement économique, sanitaire et social

Si l'environnement a bien sûr une incidence sur la situation des hôpitaux et de la PASS, ce ne sont pas les établissements bénéficiant du meilleur environnement qui mettent en place le dispositif le plus rapidement.

En effet, on peut estimer, même s'il conviendrait d'approfondir les données statistiques, que le département du Loiret, par exemple, bénéficie d'un environnement plus favorable (dynamique démographique avec une forte augmentation de sa population et activité économique en hausse avec un taux de chômage relativement faible, 7 % à Orléans et 7,9 % à Montargis) que l'Eure-et-Loir qui doit faire face à une situation plus contrastée, notamment sur le plan économique et social. Donc, là où l'environnement est le moins favorable, les établissements concernés mettent en place leur PASS beaucoup plus rapidement que là où l'environnement est plus favorable.

On peut penser que lorsque l'environnement est moins favorable, la précarité est plus répandue, les besoins de la population sont plus grands et les acteurs, confrontés à ce contexte difficile, font preuve en conséquence d'une réactivité et d'un engagement significatifs.

HOPITAUX	Projet d'action médico-sociale inclus dans projet d'établi-ssement	Volet de formation spécifique dans plan de formation de l'hôpital	Consulta-tion médicale pluridisci-plinaire	Consulta-tion sociale	Comité de pilotage	Protocoles d'accueil et de suivi du patient démuni
Tours	NON	**OUI**	NON	**OUI**	NON	**OUI**
Orléans	NON	**OUI**	NON	**OUI**	**OUI**	NON
Bourges	NON	NON	NON	**OUI**	NON	NON
Chartres	**OUI**	**OUI**	**OUI**	**OUI**	**OUI**	**OUI**
Dreux	**OUI**	**OUI**	**OUI**	**OUI**	**OUI**	**OUI**
Châteauroux	**OUI**	**OUI**	NON	**OUI**	**OUI**	**OUI**
Blois	NON	**OUI**	NON	**OUI**	**OUI**	NON
Vierzon	**OUI**	**OUI**	NON	**OUI**	NON	NON
Amboise	NON	NON	NON	**OUI**	NON	NON
Montargis	NON	**OUI**	NON	**OUI**	NON	NON
Total	**40 % OUI**	**80 % OUI**	**80 % NON**	**100 % OUI**	**50 % OUI**	**40 % OUI**

TYPES DE PASS	Agglomération de 100.000 habitants et plus (Orléans, Tours)	Agglomération de 50.000 habitants et plus (Bourges, Chartres, Dreux, Châteauroux, Blois	Agglomération de 50.000 habitants et moins (Vierzon, Amboise, Montargis)	TOTAL
PASS interne	2	3	1	**6**
PASS externe				**0**
PASS interne/externe		2		**2**
Opérationnalité au 31/10/2000	2	4	0	**6**

	CONTEXTE ET ENVIRONNEMENT		
DEPARTEMENTS	**DEMOGRAPHIQUE**	**ECONOMIQUE**	**SANITAIRE ET SOCIAL**
CHER	Population en diminution, accroissement naturel positif, solde migratoire négatif	Taux de chômage : 8,4 % à Bourges, 11 % à Vierzon, emplois de services majoritaires, puis industrie et commerce.	* Points forts : dynamique de prévention importante, réseau alcoolisme et prévention. * Points faibles : offre de soins insuffisante, milieu associatif faiblement mobilisé, manque de formation des professionnels de santé, procédures d'accès aux soins peu structurées et non systématisées.
EURE-ET-LOIR	Population en augmentation, accroissement naturel et solde migratoire positifs	Taux de chômage : 7,5 % à Chartres, 12,2 % à Dreux, emplois de services majoritaires, puis industrie et commerce, mais écart entre services et industrie plus faible que dans les autres départements.	* Points forts : prévention développée, nombreuses actions d'éducation à la santé, nombreuses formations à destination des professionnels concernant l'accueil des publics précarisés. * Points faibles : absence de structures d'accueil adaptées aux personnes ayant besoin d'un suivi médical, expériences de travail en réseau limitées.
INDRE	Population en diminution, accroissement naturel positif, solde migratoire négatif	Taux de chômage : 8,9 %, emplois de service majoritaires puis industrie et commerce mais plus fort taux d'emplois agricoles (9,1 %) de toute la région.	* Points forts : prévention développée, système de permanences d'accueil et d'orientation performant. * Points faibles : missions locales, PAIO et mutuelles peu mobilisées sur la problématique santé, faible nombre des actions de formation, travail en réseau peu développé.
INDRE-ET-LOIRE	Zone urbaine, population en augmentation, accroissement naturel positif, solde migratoire négatif	Taux de chômage : 9,3 % à Tours, 8,3 % à Amboise, emplois de services majoritaires, puis industrie et commerce.	* Points forts : intervention médicale dans structures sociales d'accueil, secteur associatif actif, plate-forme commune d'actions de prévention, volonté des acteurs de travailler en réseau. * Points faibles : prévention trop axée sur l'information, éducation à la santé pas assez développée, publics précaires mal identifiés, manque de formation des intervenants hospitaliers et administratifs, absence de réseau santé-précarité, manque de coordination autour de l'accès aux soins.
LOIR-ET-CHER	Population en augmentation, accroissement naturel positif, solde migratoire négatif	Taux de chômage : 8,7 %, emplois de services majoritaires, puis industrie et commerce.	* Points forts : prévention très développée, mobilisation des mutuelles, plusieurs expériences de réseau, notamment de proximité. * Points faibles : lieux d'accueil et d'orientation peu nombreux, offre de soins limitée.
LOIRET	Zone urbaine, population en augmentation, accroissement naturel positif, solde migratoire négatif	Taux de chômage : 7 % à Orléans, 7,9 % à Montargis, emplois de services majoritaires, puis industrie et commerce.	* Points forts : structures d'insertion actives, plusieurs expériences de travail en réseau, coordination des intervenants. * Points faibles : prévention peu développée, structures d'hébergement permettant les soins en nombre insuffisant, peu de démarches de formation des professionnels, méconnaissance de certains professionnels entre eux, manque de personnes référentes au sein des organismes.

3.5.2 Typologie de recommandations

A partir de ces constats, et à titre d'hypohèse, nous pouvons tenter de déterminer quelle type de PASS serait adapté en fonction des besoins des populations locales.

- Pour les PASS situées dans les agglomérations de plus de 100.000 habitants :

  - Si l'environnement et le contexte sont globalement favorables :

La PASS devrait ici jouer un rôle de détection des situations de détresse, de prise en charge sociale puis d'orientation vers les structures adaptées qui doivent exister dans le cadre du réseau ville-hôpital. La PASS doit comprendre une consultation médicale, peut-être pluridisciplinaire, à horaires non élargis : puisque l'environnement est positif, la demande n'est pas insurmontable, donc les consultations médicales peuvent être assurées en réseau avec la médecine de ville.

Donc, la PASS doit réunir une consultation sociale efficiente et consultation médicale réduite.

  - Si l'environnement et le contexte sont plutôt défavorables :

La PASS devrait répondre à un besoin important, elle nécessite donc la mise en place d'une consultation médicale pluridisciplinaire, à horaires élargis, d'une consultation sociale et d'une formation forte en direction des personnels devant accueillir et prendre en charge les personnes démunies.

- Pour les PASS situées dans les agglomérations de plus de 50.000 habitants :

  - Si l'environnement et le contexte sont globalement favorables :

La PASS doit comprendre une consultation médicale, pas forcément pluridisciplinaire et pas forcément située à l'hôpital : elle peut être assurée à l'extérieur, dans le cadre d'un réseau structuré où d'autres acteurs que l'hôpital sont engagés pour prendre en charge les personnes en situation de précarité.

  - Si l'environnement et le contexte sont plutôt défavorables :

A l'instar de l'exemple de Dreux, la PASS doit mettre en place à la fois une consultation médicale pluridisciplinaire, en lien avec les urgences, le CMP, le dispensaire, etc..., et une consultation sociale spécifique avec, si possible, une permanence CPAM ou en tous cas un partenariat efficace avec elle ainsi qu'avec l'ensemble des acteurs et institutions concernés.

- Pour les PASS situées dans les agglomérations de moins de 50.000 habitants :

  - Si l'environnement et le contexte sont globalement favorables :

La PASS doit ici être basée sur la consultation sociale, qui peut peut-être être assurée par le même travailleur social que celui présent aux urgences.

La consultation médicale paraît superflue (trop peu de demandes), l'accès aux soins pouvant être assuré par les urgences, en cas de problème grave, par les consultations externes ou en amont par les médecins de ville.

  - Si l'environnement et le contexte sont plutôt défavorables :

La PASS doit comprendre une consultation médicale minimale, de médecine générale, ouverte aux horaires classiques (pas élargis), une consultation sociale ne devant pas se consacrer exclusivement à la PASS (pas assez de demande), et une coordination gérontologique à partir de la PASS, afin de prendre en charge les personnes âgées qui se présentent en nombre à l'hôpital, incluant notamment le développement des services à domicile (soins, portage de repas, etc...), et un partenariat fort avec la médecine de ville, afin de véritablement prendre en charge ces personnes en amont de l'hôpital.

Le docteur NORVAL, médecin-inspecteur de santé publique à la DDASS de Loir-et-Cher, croit à la PASS rurale, mais uniquement pour renforcer le rôle social de l'hôpital de proximité. La permanence doit être l'occasion, pour les AS, de provoquer une réflexion par rapport à ce rôle et d'impulser de nouvelles modalités de fonctionnement pour le service social[73].

Pour ces établissements de proximité, on peut citer l'exemple du ***CH de Chartres*** qui a en projet de mettre en place un bus mobile pour aller à la rencontre des personnes démunies éloignées de l'offre de soins dans les zones rurales. Ce projet est à l'étude avec la CPAM de Chartres et s'intitule « *précarité en milieu rural en matière de santé* ».

Sous réserve des possibilités financières de l'établissement, ce type de dispositif est susceptible de permettre à un plus grand nombre de personnes d'accéder aux soins et d'éviter que des personnes âgées ne recourrent à l'hôpital en dernier recours.

[73] Entretien en date du 27 octobre 2000.

CONCLUSION

La mise en place des PASS en région Centre est certes inégale mais **globalement positive**.

Elle est inégale, nous l'avons vu, car :

- l'implication de l'ensemble des acteurs du système de santé semble encore insuffisante,
- le partenariat hôpital/médecine libérale est trop souvent inexistant,
- les personnels ne sont pas assez sensibilisés ni formés à l'approche sociale de la prise en charge (même si cet aspect a été pris en compte)
- et les établissements hospitaliers ont besoin de temps afin d'intégrer la nouvelle dimension sociale de la mission que leur impose à la fois la loi et l'augmentation de la précarité de la population qui se présente à ses portes.

Elle est positive car si des établissements accusent un retard certain (***CH de l'agglomération montargoise***) par rapport aux hôpitaux au bon rythme (***CH de Blois, CH de Châteauroux***), sans parler des précurseurs/pionniers (***CH de Dreux, CH de Chartres***), l'apport de l'hôpital dans l'amélioration de l'accès aux soins des personnes les plus faibles économiquement et socialement est en bonne voie.

Je tiens à souligner le dynamisme des établissements du département de ***l'Eure-et-Loir***. Nous l'avons constaté en détail pour Dreux mais Chartres n'est pas en reste, notamment par la mise en place d'une consultation qui commence à être pluridisciplinaire (comprend des consultations de dentisterie, à la fois curatives mais aussi préventives), avec la création d'une structure d'hébergement pour les sans domicile fixe, qui actuellement font l'objet d'hospitalisations longues au centre hospitalier fautes de prise en charge mieux adaptée, et le projet de bus mobile dont nous avons parlé plus haut.

L'exemple de ce département confirme le constat dressé par le docteur LEBAS au plan national : la réussite du dispositif dépend beaucoup de la volonté et de l'énergie des acteurs locaux ; en Eure-et-Loir, elle sont fortes et permettent une montée en charge rapide du dispositif PASS.

Plus largement, la mise en place des PASS permet :

- d'envisager des modalités de travail différentes en interne,
- d'activer la transversalité à l'hôpital, en intégrant complètement et définitivement la dimension sociale dans toute prise en charge sanitaire,
- de plus, elle pourrait aider à faire évoluer les mentalités et profiter à l'ensemble des patients car celui qui peut passer du temps à accompagner le patient démuni peut sans doute le réinvestir dans ses relations avec l'ensemble des patients de l'établissement hospitalier,
- en outre, elle est de nature à faciliter la légitimité du travail en réseau et les relations entre l'ensemble des acteurs concernés.

En revanche, **il convient de s'interroger sur la pertinence de la création de PASS dans les établissements de proximité**.

La remise en cause de l'attribution de crédits à ces établissements n'est évidemment pas à envisager tant l'utilité de disposer d'un poste d'AS supplémentaire est évidente pour leur permettre de mieux remplir leur mission sociale.

Mais, quelle est la pertinence d'un dispositif médico-social destiné initialement aux personnes en situation de précarité qui devient dans ces établissements un dispositif uniquement social accueillant des personnes âgées ?

Alors, le besoin de ces hôpitaux n'est-il pas tout simplement de disposer d'un travailleur social de plus, non « *spécialisé* » pour les démunis, mais faut-il pour autant mettre en place le dispositif PASS dans son intégralité ?

La question doit être posée.

Plus généralement, l'hôpital doit prendre en charge les personnes les plus faibles se présentant à ses portes : **il en va de sa mission, mais il en va aussi de son intérêt**.

La mission du service public hospitalier consiste à prendre en charge toute personne sollicitant son intervention, et notamment les personnes qui en ont le plus besoin, c'est-à-dire celles rencontrant des difficultés pour accéder au système de soins.

Aujourd'hui, même si les choses évoluent, l'hôpital reste sans doute encore trop centré sur l'urgence vitale. Or, la précarité provoquant souvent des urgences vitales (le taux de mortalité des personnes en situation de précarité est plus élevé que celui de la population insérée socialement), il convient de s'en préoccuper en amont et d'agir préventivement pour éviter ces urgences.

Nous avons pu constater que la PASS constituait un outil adapté, à condition que l'ensemble des acteurs concernés lui donne vie et assure sa pérennité.

Le dispositif PASS est utile et pertinent car il se fonde sur une discrimination positive nécessaire afin de prendre en charge les personnes démunies.

Mais c'est aussi son intérêt car une part non négligeable de la fréquentation du service d'accueil des urgences est le fait de personnes en situation de précarité.

Ainsi que le souligne le Docteur Jacques LEBAS, « *il est évident que les PASS ont à voir avec le problème des urgences qui polarisent les soucis d'accès à l'hôpital. Les propositions que nous faisons de développer les consultations de premier recours ou soins primaires en dehors de l'urgence sont une piste pour réguler les modalités souvent inadaptées de recours à l'hôpital* ».[74] En effet, un investissement plus important de l'hôpital dans sa mission sociale devrait permettre, à long terme, d'éviter l'afflux de patients démunis se présentant aux urgences et de réduire la durée moyenne de séjour.

Il est donc de l'intérêt des établissements hospitaliers de prendre en charge les personnes démunies afin de résoudre - au moins partiellement - le problème de l'engorgement des services d'accueil des urgences.

Les décideurs hospitaliers devront prendre conscience de la nécessité de généraliser cette prise en charge sociale : il faudra du temps pour l'intégrer mais cette réflexion semble en bonne voie.

L'Inspecteur des affaires sanitaires et sociales peut et doit prendre toute sa part afin de favoriser cette prise de conscience.

Dans ce cadre, il pourra :

- animer des groupes de travail ou y participer,
- jouer un rôle de conseil des hôpitaux dans le fonctionnement de leur PASS,
- contrôler la bonne utilisation des crédits alloués
- et devra évaluer la pertinence du dispositif.

Plus largement, il agira pour mobiliser la volonté des différents partenaires et pour coordonner leurs actions, en tant que représentant de l'Etat, acteur légitime pour ce faire.

---

[74] LEBAS Jacques, in Présentation de la mission sur les PASS, page 2, en introduction de la journée nationale « *Santé-précarité, permanences d'accès aux soins à l'hôpital* » du 24 mai 2000.

BIBLIOGRAPHIE

I / TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

- Code de la Santé Publique, Articles L 6112-2 et L 6112-6 (anciennement L 711-4 et L 711-7-1).
- Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions.
- Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle.
- Loi n° 88-1088 du 1er décembre 1988 relative au revenu minimum d'insertion, à la lutte contre la pauvreté, à l'exclusion sociale et professionnelle.
- Loi n° 92-722 du 29 juillet 1992 portant adaptation de la loi n° 88-1088 du 1er décembre 1988 relative au revenu minimum d'insertion, à la lutte contre la pauvreté, à l'exclusion sociale et professionnelle.
- Décret n° 98-1216 du 29 décembre 1998 relatif aux Programmes régionaux d'accès aux soins et à la prévention et modifiant le Code de la santé publique.
- Décret n° 93-648 du 26 mars 1993 relatif à l'aide médicale et à l'assurance personnelle et modifiant le code de la sécurité sociale.

II / CIRCULAIRES

- Circulaire DH/DAS n° 33/93 du 17 septembre 1993 relative à l'accès aux soins des personnes les plus démunies à l'hôpital.
- Circulaire 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.
- Circulaire DH/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 PSPH et à l'accès aux soins des personnes les plus démunies.

- Circulaire DGS/SP2 n° 99-110 du 23 février 1999 relative à la mise en place de programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins pour les personnes en situation de précarité.
- Lettre-circulaire DH-AF1-AS du 25 mai 1999 relative à la mise en place des permanences d'accès aux soins de santé.
- Circulaire DH/AF1 n° 99-427 du 29 juillet 1999 relative à la délégation de crédits pour les PASS créées en 1999.
- Lettre-circulaire DH-AF1-AS du 4 octobre 1999 relative à l'évaluation des PASS installées en 1998 et 1999 et mise en place des PASS en 2000.
- Instruction ministérielle DH/AF1/AS/CD/N° 08240 du 27 juin 2000 relative à la délégation de crédits pour les PASS créées en 2000.
- Circulaire DGS/SP2 n° 2000-324 du 13 juin 2000 relative au suivi des actions de santé en faveur des personnes en situation précaire.
- Circulaire n° 95-22 du 6 mai 1995 relative aux droits des patients hospitalisés et comportant une charte du patient hospitalisé.

III / OUVRAGES

- BIHR Alain et PFEFFERKORN Roland, « *Déchiffrer les inégalités* », éditions Syros, Alternatives économiques, février 1999.
- IMBERT Jean, « *Les hôpitaux en France* », PUF, Que sais-je ?, février 1994.
- LA ROSA Emilio, « *Santé, précarité et exclusion* », PUF, décembre 1998.
- LEBAS Jacques et CHAUVIN Pierre, « *Précarité et santé* », éditions Flammarion, Mai 1998.
- PONCHON François, « *Les droits des patients à l'hôpital* », PUF, Que sais-je ?, décembre 1999.

IV / RAPPORTS

- LEBAS Jacques, accompagnement de la mise en place des PASS, Mai 2000.
- LEBAS Jacques, « *A l'épreuve de la précarité : une certaine idée de l'hôpital* », 26 février 1998.
- Haut Comité de Santé Publique, « *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé* », collection avis et rapports, éditions ENSP, Février 1998.
- Haut Comité de Santé Publique, «*La santé des français* », collection repères, éditions la découverte, 1998.
- REVOL Joseph et STROHL Hélène, rapport général du groupe de travail IGAS : « *L'accès aux soins des personnes en situation de précarité* », IGAS, 1987.
- WREZINSKI Joseph, « *Grande pauvreté et précarité économique et sociale* », rapport au Conseil Economique et Social, 1987.

V / ARTICLES

- Revues spécialisées

- AUSSERRE Fabienne, « *L'aide aux personnes démunies : enquête à l'hôpital Saint-Antoine* », in Décision Santé, avril 1999, n° 144-145, pp 31-33.
- « *CMU : la CNAM consacrera 400 millions de francs à la lutte contre l'effet de seuil en 2001* », in Actualités sociales hebdomadaires, 20 octobre 2000, n°2185, page 9.
- « *CMU : le retour des disparités régionales* », in Actualités sociales hebdomadaires, 27 octobre 2000, n°2186, page 31.
- « *Le gouvernement décide de relever de 100 francs le plafond de ressources de la CMU* », in Actualités sociales hebdomadaires, 3 novembre 2000, n° 2187, page 7.
- « *Accès aux soins pour les plus démunis : les PRAPS, un outil à développer* », in Actualités sociales hebdomadaires, 30 juin 2000, n° 2173, page 8.
- BALLAND Valérie, « *L'accès aux soins des plus démunis* », supplément de la revue Actualités Sociales Hebdomadaires relative à la couverture maladie universelle, 16 juin 2000, n° 2171, pp 70-79.

- BASIN Catherine et HEROLD Monique, « *La santé oubliée* » in Actualité et dossier en santé publique, septembre 1995, n° 12, pp 28-29.
- BERGER, MANCEAU, NAULEAU et POULET-MATHIS, «*Faut-il créer un étage complémentaire obligatoire en assurance maladie ?* », mémoire élèves du CNESSS in Regards, juillet 2000, n° 18, pp 161-191.
- BICHOT, D'AGOSTIN, MALPART et MARTIN, « *Les conditions d'un véritable accès aux soins des personnes défavorisées* », mémoire élèves du CNESSS in Regards, novembre 1998, n° 15, pp 283-311.
- BOULLE Claude, « *Simplifier l'accès aux soins* » in Regards CNESSS, Juin 1998, n° 14, pp 51-62.
- CAYLA Jean-Simon, «*L'accès aux soins et la politique de santé publique* » in Revue de droit sanitaire et social, avril-juin 1999, pp 409-415.
- CLEMENT Jean-Marie, « *Deux cents ans de lois hospitalières* », in Gestions hospitalières, 1997, pp 5-8.
- CORDIER Alain, « *L'hôpital et les patients démunis* » in LEBAS J. et CHAUVIN P., « *Santé et précarité* », éditions Flammarion, Mai 1998, pp 225-233.
- DESSAINT Louis et FOURNIER Cécile, « *Egalité des droits, égalité des chances : l'accès aux soins* » in Revue Française des Affaires Sociales n° 4, la documentation française, 1998, pp 43-56.
- ELGUIZ Florence et SARAZIN Isabelle, « *La lutte contre les exclusions sort de l'exception* », in Actualités sociales hebdomadaires, 15 septembre 2000, n° 2180, pp 5-6.
- GARGOLY Céline, « *Les PASS heurtent la culture hospitalière* », in Actualités Sociales Hebdomadaires, 23 juin 2000, n° 2172, page 27.
- GARGOLY Céline, « *Lutte contre les exclusions : une loi en mal d'application* », in Actualités sociales hebdomadaires, 30 juin 2000, n° 2173, pp 27-28.

- GREMY François et RAINHORN Jean-Daniel, «*Santé : le devenir de la différence et de l'indifférence* » in Informations sociales «*Regards vers le XXIème siècle* », Caisse nationale des allocations familiales, 1999, pp 64-75.
- GUIMONNEAU Thierry, «*L'accès à la prévention et aux soins des personnes en situation précaire* », in Echanges Santé-Social, décembre 1998, n° 92, pp 32-36.
- IMBAULT-HUART Marie-Josée, «*Médicalisation et fonctions sociales de l'hôpital : une approche historique* » in LEBAS J. et CHAUVIN P., «*Santé et précarité* », Mai 1998, éditions Flammarion, pp 75-83.
- MIZRAHI Andrée et Arié, «*Inégalités d'accès aux soins : cumul des risques sociaux et consommation de soins* » in LEBAS Jacques et CHAUVIN Pierre, « *Santé et précarité* », Mai 1998, éditions Flammarion, pp 45-56.
- MOUCHARD Agnès, «*Garantir l'accès aux soins pour tous : la mission de l'hôpital* », in Echanges Santé-Social, décembre 1998, n° 92, pp 37-39.
- NICOLE-DRANCOURT Chantal, «*Précarité et santé : la face cachée d'une corrélation* » in Actualité et dossier en santé publique, n° 12, sept. 1995, pp 34-35.
- PERES Rémi, «*Exclusion sociale et santé* » in Thèmes d'actualité sanitaires et sociaux 2000-2001, janvier 2000, collection guides, éditions Vuibert, pp 17-28.
- SARAZIN Isabelle, « *Un autre savoir sur la précarité ?* », in Actualités Sociales Hebdomadaires, 24 novembre 2000, n° 2190, pp 5-6.
- SARAZIN Isabelle, « *L'IGAS veut s'attaquer au noyau dur de l'exclusion* », in Actualités sociales hebdomadaires, 14 juillet 2000, n° 2175, pp 5-6.
- STROHL Hélène, «*Santé-précarité : notice d'utilisation* » in Actualité et dossier en santé publique, septembre 1995, n° 12, pp 30-31.

- Articles de presse

- BENKIMOUN Paul, «*Le renoncement aux soins médicaux* », 18 décembre 1999, in « *L'exclusion en France* », Le Monde, dossiers et documents, octobre 2000, n° 291, page 2.

- BENKIMOUN Paul , « *Les inégalités sociales face à la santé en France : un état des lieux* », in Le Monde, 13 septembre 2000, n° 17304, pp 8-9, à propos de l'ouvrage collectif « *Les inégalités sociales de santé* » édité par l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale daté du 12 septembre 2000.
- FELTIN Michel, « *Santé : la fracture territoriale* » in L'Express, 5 octobre 2000, pp 119-136.
- FENOGLIO Jérôme, « *Succès encourageant pour la couverture maladie universelle* » in «*L'exclusion en France* », Le Monde, dossiers et documents, octobre 2000, n° 291, page 8.

VI / MEMOIRES D'ELEVES DE L'ENSP

- 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 du CH de Beauvais* » – mémoire IASS, promotion 1998-2000.
- MOCELLIN Marie-Cécile – « *L'hôpital face à sa mission sociale : réflexions sur le dispositif de prise en charge des patients en situation précaire du C.H.I. André Grégoire de Montreuil* » - mémoire EDH, promotion 1998-2000.

VII / AUTRES

- SROS région Centre, juillet 1999.
- PRAPS région Centre, mars 2000.
- Atlas social de la région Centre, « *Repérer les situations de précarité* », Préfecture de région, DRASS et DDASS, INSEE Centre, 4ème trimestre 1998.
- « *Accès aux soins des personnes en situation de précarité en région Centre, de la carte santé à la couverture maladie universelle* », Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie du Centre, données chiffrées 1998, août 1999.
- Actes de la Conférence régionale de santé, Bourges, le 11 janvier 2000.
- Discours de Mme Martine AUBRY, Assises de l'hospitalisation, 30 mars 1998.

ABREVIATIONS

ARH :	Agence Régionale de l'Hospitalisation
AS :	Assistante Sociale
CCAS :	Centre Communal d'Action Sociale
CDAG :	Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit
CH :	Centre Hospitalier
CHAM :	Centre Hospitalier de l'Agglomération Montargoise
CHIC :	Centre Hospitalier Inter Communal
CHR :	Centre Hospitalier Régional
CHRS :	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CHU :	Centre Hospitalier Universitaire
CMU :	Couverture Maladie Universelle
CNAM :	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CPAM :	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CRAM :	Caisse régionale d'Assurance Maladie
CRS :	Conférence Régionale de Santé
CSP :	Code de la Santé Publique
DDASS :	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DGS :	Direction Générale de la Santé
DHOS :	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DIM :	Département d'Information Médicale
DPAS :	Direction de la Prévention et de l'Action Sociale
DRASS :	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
EPS :	Etablissement Public de Santé
HCSP :	Haut Comité de Santé Publique
IDE :	Infirmière Diplômée d'Etat
IFSI :	Institut de Formation en Soins Infirmiers
MISP :	Médecin-Inspecteur de Santé Publique
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
PAIO :	Permanence d'Accueil, d'Information et d'Orientation
PASS :	Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PH :	Praticien Hospitalier
PMSI :	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

PRAPS : Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins

PRS : Programme Régional de Santé

PSPH : Participant au Service Public Hospitalier

RMI : Revenu Minimum d'Insertion

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SROS : Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire

UHTCD : Unité d'Hospitalisation de Très Courte Durée

UPE : Unité de Prévention et d'Education

ANNEXES

Annexes 1 à 5 non fournies par l'auteur

Annexe 1 : Carte de la région Centre, in Atlas social de la région Centre (p. 79)

Annexe 2 : Présentation du dispositif PASS par le CH de Dreux (pages 80 et 81)

Annexe 3 : Plaquette de communication du Centre hospitalier de Dreux (pages 82, 83 et 84)

Annexe 4 : Fiche de repérage des personnes en situation de précarité élaborée par le Centre hospitalier de Châteauroux (page 85)

Annexe 5 : Fiche sociale de liaison et fiche de relevé des situations d'alerte élaborées par le CHU de Tours (pages 86 et 87)

Annexe 6 : Personnes rencontrées (pages 88 à 91)

Annexe 7 : Grille d'entretien destinée aux responsables et intervenants des PASS en région Centre (pages 92 à 94)

PERSONNES RENCONTREES

- **DEPARTEMENT DU CHER (18)**

  - **PASS CH BOURGES, mercredi 6 septembre 2000**
    - Mme DURAIN, directrice-adjointe
    - Mme CORNEC, assistante sociale PASS
    - Mme GABILLOUX, surveillante Urgences

  - **PASS CH VIERZON, mercredi 27 septembre 2000**
    - Mme JASPARD, directrice des ressources humaines
    - Mme KOUADRI, assistante sociale

- **DEPARTEMENT DE L'EURE-ET-LOIR (28)**

  - **PASS CH CHARTRES, mardi 5 septembre 2000**
    - Mme GORENFLOT, directrice de la qualité et des usagers
    - Mme MAES, assistante sociale PASS

  - **PASS CH DREUX, jeudi 31 août, mercredi 20 septembre et vendredi 20 octobre 2000**
    - M. le docteur François MARTIN, praticien hospitalier (31 août et 20 octobre 2000)
    - Mme NEULLAS, assistante sociale, coordinatrice du réseau précarité (20 septembre 2000)

- **DEPARTEMENT DE L'INDRE (36)**

  - **PASS CH CHATEAUROUX, mercredi 6 septembre 2000**
    - M. CASSE, directeur des affaires générales
    - M. le docteur PARISOT, chef du service des urgences et SAMU
    - Melle HANSCH, assistante sociale

- ❖ Melle ROCHER, assistante sociale
- ❖ Mme BLONDET, surveillante urgences et SAMU
- ❖ Mme ROY, cadre sage-femme supérieur gynécologie-obstétrique
- ❖ M. REBILLAUD, adjoint des cadres, responsable du bureau d'accueil du public.

- **DEPARTEMENT D'INDRE-ET-LOIRE (37)**

  - **PASS CHIC AMBOISE, mercredi 27 septembre 2000**
    - ❖ Mme GABILLEAU, directrice des ressources humaines

  - **PASS CHU TOURS, mardi 19 septembre 2000**
    - ❖ M. MEUNIER, directeur de l'hôpital Bretonneau

- **DEPARTEMENT DE LOIR-ET-CHER (41)**

  - **PASS CH BLOIS :** participation aux deux premiers comités de pilotage de la PASS auxquels étaient présents

  Vendredi 15 septembre 2000
  - ❖ M. GUSCHING, directeur du centre hospitalier de Blois
  - ❖ Mme LALLEMAND, directrice de la qualité du centre hospitalier
  - ❖ M. MARTINEAU, cadre socio-éducatif au centre hospitalier
  - ❖ M. le docteur BEAUFILS, praticien hospitalier, chef SAU
  - ❖ Mme TIPHENE, pharmacien au centre hospitalier
  - ❖ Mme DURAND, assistante sociale chargée de la PASS
  - ❖ Mme LIMAGNE, infirmière au centre hospitalier
  - ❖ M. le docteur NORVAL, MISP à la DDASS de Loir-et-Cher
  - ❖ Mme DAUNAY, responsable du service social DPAS
  - ❖ M. RIGAUDIERE, président du Conseil de l'ordre des médecins
  - ❖ Mme LABBE, trésorière du Conseil de l'ordre des médecins
  - ❖ Mme BAILLY, CPAM de Blois
  - ❖ Mme MONTAGU, centre d'examen de santé de la CPAM
  - ❖ Mme PIDOU, infirmière au centre d'examen de santé de la CPAM
  - ❖ Mme ROSSIGNOL, responsable du service social au CCAS
  - ❖ Mme MURAT, responsable du service action sociale et insertion au CCAS

- Mme SANCHEZ, chargée de projet à l'Association d'Education pour la Santé
- M. VOUHE, éducateur au CHRS Cécile Breton de Blois.

Le 27 octobre 2000

- Mme LALLEMAND, directrice de la qualité au CH de Blois
- M. MARTINEAU, cadre socio-éducatif au CH de Blois
- Mme DURAND, AS de la PASS du CH de Blois
- Docteur BEAUFILS, SAU, CH de Blois
- Mme TIPHENE, pharmacien au CH de Blois
- Docteur NORVAL, MISP à la DDASS du Loir-et-Cher
- Mme BAILLY, CPAM de Blois
- Mme MONTAGU, centre d'examens de santé de la CPAM
- Mme PIDOU, centre d'examens de santé de la CPAM
- Mme DAUNAY, DPASS du Loir-et-Cher
- Docteur FOUCAULT, Conseil général du Loir-et-Cher
- Docteur RIGAUDIERE, Conseil de l'ordre des médecins
- Docteur MARDON, Conseil de l'ordre des médecins
- Mme LABBE, Conseil de l'ordre des médecins
- Mme LIMAGNE, ONS Blois
- Mme MURAT, CCAS de Blois
- Mme DOIREAU, CCAS de Blois
- Mme BOSSARD, association intercommunale pour l'éducation et l'insertion
- Mme SAILLARD, AIDES région Centre, pôle du Loir-et-Cher
- Mme DEBENER, association réflexion action prison et justice
- Mme HERBEAUX, association La passerelle
- Mme DAUMAS, association A lire
- Mme VERNEJOLS, association A.V.E.C.
- Mme ROUSSEAU, association AASTE
- Mme AUJARD, CHRS Le Prieuré
- Mme BONNEFOY, CDPA
- Mme MULLER, Croix-rouge
- Mme BERNARDEAU, Femmes ensemble
- M. NOIR, Personnes relais
- Mme VITALI, Tremplin
- Mme TIRILLY, Vie libre

- ❖ M. SANCHEZ, maison d'arrêt de Blois.

- **DEPARTEMENT DU LOIRET (45)**

  - **PASS CHAM MONTARGIS, vendredi 6 octobre**
    - ❖ M. THIEULIN, directeur des ressources humaines,
    - ❖ Mme COMBE-MOREL, psychologue.

  - **PASS CHR ORLEANS, lundi 2 octobre**
    - ❖ M. ANSART, directeur-adjoint chargé des relations sociales et de la formation continue.

- M. le Docteur ***Jacques LEBAS***, praticien hospitalier à l'hôpital Saint-Antoine, (auteur du rapport de la mission d'accompagnement relatif à la mise en place des PASS, remis à Mme la Ministre de l'Emploi et de la Solidarité en mai 2000), lundi 25 septembre 2000.

- Mme le Docteur ***Danièle MISCHLICH***, chef de bureau à la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, chargée du dossier PASS (avec M. le Docteur DELANOE et Mme RINQUIN), mercredi 4 octobre 2000.

- M. ***Pascal LECLERC***, coordonnateur du pôle santé, DRASS du Centre, mardi 26 septembre 2000.

- Docteur ***Pierre-Yves NORVAL***, médecin-inspecteur à la DDASS de Loir-et-Cher, vendredi 3 novembre 2000.

- Mme ***PEYROUX***, infirmière à la DDASS du Loiret, vendredi 24 novembre 2000.

GRILLE D'ENTRETIEN

- **DONNEES QUANTITATIVES**

  - Date de mise en place de la structure :
  - Localisation de la structure :
  - Nombre d'emplois de la structure :
  - Nature des emplois de la structure :
  - Horaires de fonctionnement journalier :
  - Amplitude hebdomadaire :

- **MISE EN PLACE ET FONCTIONNEMENT DE LA PASS**

  - **Modalités de constitution de la PASS :**

    - qui a eu l'initiative ?
    - une structure pré-existait-elle à la création de la PASS ?
    - rôle et actions des différents intervenants ?
    - quelles difficultés ont été rencontrées ?
    - quelles sont les raisons de ces difficultés ?
    - quels éléments ont facilité la création de la PASS ?
    - quelle a été l'attitude des autorités de tutelle ?

  - **Caractère opérationnel de la PASS au sens de l'instruction ministérielle du 27-06-2000 ?**

    - passage en revue des quatre critères définis :

      1. date de notification des crédits à l'établissement
      2. nombre en ETP des effectifs recrutés et opérationnels
      3. mise en place d'un comité de pilotage réunissant la plupart des intervenants
      4. élaboration de protocoles d'accueil et de suivi du patient démuni :
         dans ce cadre, 3 questions :
         * une procédure organisant l'accueil des personnes démunies a-t-elle été prévue ?
         * quel est le rôle de chacun des intervenants dans cette procédure ?
         * la procédure envisagée prévoit-elle un bilan de la situation de la personne accueillie (vérification de l'accès aux droits, examen éventuel de problèmes sociaux autres,…) ?

- **Quid de la situation de la PASS par rapport aux orientations du SROS 2 ?**

  - développer le rôle de l'hôpital en tant qu'acteur de santé publique dans une dynamique de réseau
  - inclure un projet d'action médico-sociale dans le projet d'établissement de l'hôpital
  - inclure un volet formation spécifique dans le plan de formation des personnels de l'hôpital
  - organiser ou adapter des consultations pluridisciplinaires à des horaires élargis et adaptés en dehors ou à l'intérieur de l'hôpital

- **Quid de la situation de la PASS au regard des constats et propositions du rapport LEBAS de mai 2000 ?**

  - Quel type de PASS ?

    PASS interne, PASS externe ou PASS interne/externe ?

  - Développer des consultations de médecine générale, « consultations de 1er recours » ou de « soins primaires » sans rendez-vous à horaires élargis :

    1. de nouvelles pratiques médicales devraient être développées, intégrant le dépistage et l'orientation de problèmes d'addictions aux médicaments, aux produits illicites, à l'alcool, les problèmes de santé des adolescents, de malnutrition enfantine, de violence conjugale, d'isolement des vieillards… : qu'en est-il ?
    2. la circulation du patient est-elle facilitée au sein de l'établissement ? Si oui, quel support a été mis en place ?
    3. un accompagnement formalisé pour tout l'établissement existe-t-il ? Si oui, quels en sont les principaux axes ?
    4. est-il affiché dans tous les services de soins ?
    5. existe-t-il un protocole formalisé spécifique au service des urgences ? Si oui, lequel ?
    6. est-il connu des autres services ?
    7. les services de soins ont-ils prévu d'adapter leur mode de fonctionnement (élargissement des plages horaires en consultation, actions de prévention, formation à la prise en charge de ces personnes…) ?

  - Modalités de construction de la PASS : qu'en est-il pour votre PASS ?

    1. un système d'accueil et de repérage des situations de détresse,
    2. des consultations médicales,
    3. des consultations sociales,
    4. la délivrance d'une fiche de circulation permettant la mise à disposition du plateau technique et la délivrance gratuite de médicaments,
    5. et un comité de pilotage intégrant médecins, pharmaciens, administrateurs, cadres infirmiers et services sociaux, ainsi qu'associations et services sociaux partenaires si possible.

- Travailler en réseau

    1. un travail en réseau avec les différents partenaires extérieurs est-il envisagé ?
    2. si oui, existe-t-il des procédures de coordination :
        * avec les partenaires institutionnels extérieurs (CCAS, CPAM, Conseil Général, autres) ? et quels en sont les principaux axes ?
        * avec les partenaires extérieurs (associations, médecins libéraux, cabinets dentaires, laboratoires, autres) ?
    3. une fiche de liaison a-t-elle été prévue pour organiser le suivi des patients par le réseau ?
        * suivi de la prise en charge sanitaire :
        * suivi de la procédure d'accès aux droits :

- Faire connaître la PASS : quelles modalités de communication ?

- Former : quelle politique est mise en place et quels problèmes se présentent éventuellement ?

➢ **Quels sont les apports de la PASS ?**

- amélioration effective de l'accès aux soins des personnes précaires ?
- amélioration de l'organisation hospitalière ?
- évolution des mentalités et des pratiques entraînant une organisation du travail différente à l'hôpital ?
- amélioration des relations entre les acteurs sanitaires et sociaux ?
- autres ?

➢ **Quels sont les dysfonctionnements constatés dans le fonctionnement de la PASS ?**

- difficulté pour la personne précaire de connaître et de se rendre à la PASS ?
- manque d'implication des acteurs hospitaliers ?
- pratique médicale trop peu déconnectée de la pratique urgentiste ?
- difficulté à prendre en compte les problèmes sociaux ? (besoin de plus de temps, insuffisance de formation…)
- autres ?

➢ **Quelles propositions d'amélioration du fonctionnement de la PASS pouvez-vous formuler ?**