



**ENSP**

ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

---

**Inspecteur de l'Action Sanitaire  
et Sociale  
Promotion 2006**

---

**Les permanences d'accès aux soins de  
santé en Vaucluse :  
Un dispositif perfectible ?**

---

**Christine WISLEZ**

---

# Remerciements

---

Je tiens à adresser mes remerciements à toutes celles et ceux qui ont consacré du temps pour m'accompagner dans mon travail de recherche et d'analyse.

Ils s'adressent particulièrement aux équipes des permanences d'accès aux soins de santé de Vaucluse qui ont bien voulu m'accueillir sur leur lieu d'intervention et me faire part de leur expérience vécue de ce dispositif, de façon spontanée et sans réserve.

Enfin, je remercie mes collègues de la DDASS, qui m'ont encouragé dans cette démarche et nourri ma réflexion de leurs savoirs professionnels.

Merci à mon maître de stage, Isabelle PERSEC, pour son soutien et sa confiance tout au long de mon parcours.

---

# Sommaire

---

|   |           |
|---|-----------|
| <b>INTRODUCTION.....</b>  | <b>1</b>  |
| <b>1 UN CADRE REGLEMENTAIRE EPROUVE MALGRE UN BILAN NATIONAL<br/>CONTRASTE.....</b>   | <b>7</b>  |
| <b>1.1 Les dispositifs d'accès aux soins préexistants.....</b>  | <b>7</b>  |
| 1.1.1 De l'hôpital des pauvres à l'hôpital pour tous .....  | 7         |
| 1.1.2 Le rôle d'aiguillon des associations humanitaires dans le champ médical .....   | 9         |
| <b>1.2 Le volet santé de la loi de lutte contre les exclusions .....</b>  | <b>11</b> |
| 1.2.1 Ses différentes composantes : une armature théorique complète destinée à<br>lever tous les obstacles à l'accès aux soins et à la santé.....                                       | 11        |
| 1.2.2 Entre prise en charge spécifique et action non discriminante : l'émergence des<br>PASS .....  | 13        |
| 1.2.3 La population des exclus bénéficiaire des PASS:.....  | 14        |
| 1.2.4 Le rôle social de l'hôpital réaffirmé dans un univers de technicité médicale<br>croissant : .....   | 16        |
| <b>1.3 Les PASS : une dynamique hétérogène et une architecture mal définie :... ..</b>  | <b>18</b> |
| 1.3.1 Un maillage territorial satisfaisant mais un maillage institutionnel déficitaire.....   | 18        |
| 1.3.2 Une lisibilité de la mission des PASS trop réduite .....  | 19        |
| 1.3.3 Un système de suivi et d'évaluation lacunaire .....   | 19        |
| <b>2 LES PASS EN VAUCLUSE : UN DISPOSITIF EN QUETE DE<br/>RECONNAISSANCE ET EN ATTENTE DE FORMALISATION .....</b>   | <b>23</b> |
| <b>2.1 Les PASS : un rôle à définir dans l'institution hospitalière.....</b>  | <b>23</b> |
| 2.1.1 Une formalisation du dispositif aléatoire .....   | 23        |
| 2.1.2 Les acteurs hospitaliers de la PASS mal repérés au sein de l'établissement .....  | 26        |
| 2.1.3 Des stratégies de développement dépendantes de volontés individuelles et<br>sous tendues par l'engagement d'un médecin référent.....  | 28        |
| 2.1.4 Une action transversale peu opérante ou le risque d'une instrumentalisation de<br>la permanence comme espace dédié aux exclus.....  | 33        |
| <b>2.2 Des partenariats extérieurs informels donc un réseau fragile .....</b>   | <b>38</b> |
| 2.2.1 Des partenaires rapprochés mais dont la disponibilité est variable suivant<br>différents paramètres locaux : moyens humains, environnement socio-<br>économique et politique..... | 38        |

|            |  |           |
|------------|--|-----------|
| 2.2.2      | Des professionnels de santé mal informés et peu impliqués .....  | 40        |
| 2.2.3      | Des réseaux spécialisés (addictologie) nécessaires mais apportant des réponses spécifiques quand des situations exigent des réponses plurielles .....                                  | 41        |
| 2.2.4      | Des liens partenariaux diffus dans un espace non contractualisé.....   | 42        |
| <b>2.3</b> | <b>Une politique de pilotage et d'évaluation du dispositif en cours de redéfinition .....</b>  | <b>43</b> |
| 2.3.1      | Une dilution du dispositif.....  | 44        |
| 2.3.2      | Un ancrage local du dispositif PASS en retrait par rapport à une démarche planifiée .....  | 46        |
| <b>3</b>   | <b>DES PROPOSITIONS POUR FAVORISER L'ESSOR ET L'EFFICIENCE DES PASS DE VAUCLUSE. : .....</b>   | <b>49</b> |
| <b>3.1</b> | <b>Propositions internes aux PASS : .....</b>  | <b>49</b> |
| 3.1.1      | Réactiver les comités de pilotage des PASS .....   | 49        |
| 3.1.2      | Généraliser l'établissement de protocoles spécifiques ou de conventions de coopération .....   | 50        |
| 3.1.3      | Rapprocher les équipes des PASS des populations : .....  | 52        |
| <b>3.2</b> | <b>Propositions pour renforcer l'intégration des PASS dans leur environnement.....</b>   | <b>54</b> |
| 3.2.1      | Faciliter le repérage des PASS pour accentuer leur intervention cordonnée dans l'accès aux soins des usagers:.....   | 54        |
| 3.2.2      | Accentuer les liens avec le comité de veille sociale départemental .....   | 55        |
| 3.2.3      | Améliorer la coopération des acteurs sanitaires et sociaux .....   | 56        |
| <b>3.3</b> | <b>Propositions pour améliorer les mécanismes d'animation et le pilotage du dispositif : le rôle de garant des services de l'Etat.....</b>   | <b>58</b> |
| 3.3.1      | Réactiver le comité départemental des PASS, et favoriser au sein de la DDASS l'émergence d'un coordonnateur .....  | 58        |
| 3.3.2      | Relancer à court terme le diagnostic du dispositif PASS sur la région PACA et mieux articuler les permanences avec les différents programmes territoriaux : une action conjuguée ..... | 59        |
| 3.3.3      | Accompagner l'évolution du dispositif dans le cadre d'un contexte normatif rénové: .....   | 60        |
|            | <b>CONCLUSION .....</b>  | <b>63</b> |
|            | <b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>   | <b>65</b> |
|            | <b>LISTE DES ANNEXES.....</b>  | <b>I</b>  |

---

## Liste des sigles utilisés

---

|            |   |
|------------|---|
| AAH.....   | Allocation adultes handicapés   |
| AAS.....   | Allocation spécifique de solidarité                                     |
| AME.....   | Aide médicale d'Etat  |
| AMG.....   | Assistance médicale gratuite  |
| ANAES..... | Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé               |
| API.....   | Allocation de parent isolé  |
| ARH.....   | Agence régionale d'hospitalisation                                      |
| AVAPT..... | Association vaclusienne d'aide et de prévention contre les toxicomanies |
| AVS.....   | Atelier santé ville   |
| CCAS.....  | Centre communal d'action sociale  |
| CHRS.....  | Centre d'hébergement et de réinsertion sociale                          |
| CHU.....   | Centre hospitalo-universitaire  |
| CME.....   | Commission médicale d'établissement                                     |
| CMS.....   | Circonscription d'action médicosociale                                  |
| CMU.....   | Couverture maladie universelle  |
| CNR.....   | Coordination nationale des réseaux                                      |
| COPIL..... | Comité de pilotage  |
| CPAM.....  | Caisse primaire d'assurance maladie                                     |
| DDASS..... | Direction départementale des affaires sanitaires et sociales            |
| DHOS.....  | Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins           |
| DRASS..... | Direction régionale des affaires sanitaires et sociales                 |
| ENSP.....  | Ecole Nationale de santé publique                                       |
| FAC.....   | Foyer d'accueil chartrain   |
| FRDR.....  | Fonds régional de développement des réseaux                             |
| GHS.....   | Groupe homogène de séjour   |
| IASS.....  | Inspecteur de l'action sanitaire et sociale                             |

IGAS.....Inspection générale des affaires sociales  
INSEE.....Institut national de la statistiques et des études économiques  
IVG.....Interruption volontaire de grossesse  
JEMU.....Journées d'études des médecins urgentistes  
LOLF.....Loi organique relative aux lois de finances  
MIGAC.....Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation  
ONG.....Organisation non gouvernementale  
OMS.....Organisation mondiale de la santé  
PASS.....Permanence d'accès aux soins de santé  
PRAPS.....Programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins  
PACA.....Provence Alpes Côte d'Azur  
PRS.....Programme régional de santé  
PRSP .....Plan régional de santé publique  
RMI.....Revenu minimum d'insertion  
SAMU.....Service d'aide médicale d'urgence  
SAO.....Service d'accompagnement et d'orientation  
SOS DI.....SOS drogue international  
SROS.....Schéma régional d'organisation des soins  
SDF.....Sans domicile fixe  
T2A.....Tarification à l'activité  
VHC.....Virus hépatite C  
VIH.....Virus d'immunodéficience acquise

## Introduction

En 1987, le fondateur d'ATD-Quart Monde, le père Joseph Wrezinski appelle de ses vœux l'adoption d'une loi générale de lutte contre les exclusions. Le concept de précarité éclate au grand jour alors que depuis le début des années 1980, un ensemble de mesures économiques a été mis en place pour stopper la progression de la précarité, notamment la loi sur le Revenu Minimum d'Insertion (RMI) en 1988 et celle relative au droit au logement en 1990.

Dans un rapport daté de février 1987 présenté au Conseil économique et social, le père Wrezinski définit la précarité comme : « absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux »<sup>1</sup>

Ce rapport préconise « un traitement global et permanent de la pauvreté et de la précarité économique et sociale ». Devant la même assemblée, Madame Geneviève de Gaulle-Anthonioz recommande « plutôt que d'envisager un traitement particulier des populations pauvres, il convient de prendre en compte leur situation dans les politiques générales et veiller à rendre cette situation compatible avec l'accès aux droits ouverts à tous ».

La précarité produit de l'exclusion sociale présentée comme un processus général et persistant de privation des avantages sociaux et l'amoindrissement de la participation sociale et professionnelle par l'Observatoire des politiques nationales de lutte contre les exclusions.

Ce processus est extrêmement complexe et évolutif puisqu'il est multidimensionnel et multifactoriel. Il concerne en priorité une population marginalisée, ou en passe de l'être. Il se retrouve dans des groupes humains identifiés : personnes vivant des minima sociaux : (allocation spécifique de solidarité (ASS), RMI, allocation parent isolé (API), allocation adultes handicapés (AAH)...) jeunes déscolarisés en rupture familiale, toxicomanes, sans domicile fixes (SDF), étrangers en situation irrégulière, salariés à emploi précaire, « travailleurs pauvres », personnes âgées dépendantes et isolées. La liste n'est malheureusement pas exhaustive. Elle explique les échecs et les limites des politiques sectorielles mises en œuvre dès les années 1980.

En 1998, le Haut Comité de la santé publique estimait à 12 ou 15 millions les personnes concernées, de près ou de loin, par la précarité. Il s'agit d'une estimation élargie au delà

---

<sup>1</sup> Joseph.WREZINSKI, *Grande pauvreté et précarité économique et sociale*. Paris : rapport présenté au nom du Conseil Economique et Social, séance des 10 et 11 février 1987, p 25

des groupes identifiés incluant des populations concernées par un processus d'exclusion non linéaire, composé d'entrées et de sorties dans des dispositifs d'assistance.

Face aux manifestations croissantes de la précarité largement médiatisée, ce phénomène est devenu intolérable aux yeux de l'opinion et de la classe politique dans un pays considéré parmi les plus riches du monde. L'adoption de la loi de lutte contre les exclusions le 29 juillet 1998 introduit le principe d'un programme multidimensionnel ambitieux dans ses objectifs : garantir l'accès aux droits et prévenir l'exclusion. La mise en œuvre de ces objectifs associe tant un cadre d'interventions interministérielles que l'ensemble des collectivités, institutions et organismes de protection sociale concernés.

Le volet de cette loi relatif à la protection de la santé fait l'objet du chapitre III intitulé « Accès aux soins ». Celui-ci présente dans l'article 67, l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies comme un objectif prioritaire de la politique de santé. La déclinaison de ce principe prend forme dans la création d'un Programme Régional pour l'accès à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunies (PRAPS) appelé à devenir le cadre obligatoire et préventif d'actions concertées pour l'ensemble des acteurs du système de santé. L'enjeu de ce programme et de ses volets départementaux est d'optimiser et adapter les réponses apportées dans le domaine de l'accès à la prévention et aux soins aux besoins spécifiques des populations en situation de précarité.

Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) constituent le maillon hospitalier de ce volet. La mission traditionnelle d'accueil des établissements publics de santé et ceux privés participant au service public hospitalier est rétablie, à travers une dimension nouvelle d'accompagnement social conjoint à la prise en charge strictement sanitaire. Le principe d'une permanence médicosociale « visant à faciliter leur accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance des leurs droits » constitue a priori une avancée considérable dans la prise en charge globale des personnes précaires. La PASS s'inscrit comme un relais spécialisé vers le droit commun et non comme un service spécifique hospitalier formant un huit clos médical.

La mise en oeuvre progressive de ces permanences (de 80 en 1999 à 372 en 2003) a-t-elle effectivement contribué à créer une dynamique de réseau permettant d'atteindre l'objectif fixé par la loi ? Cette question suscite bien des débats parmi les acteurs sociaux et de santé. L'Inspection Générale des Affaires Sociales l'a traduite en terme de constats et de propositions d'amélioration dans la synthèse réalisée en mai 2004.

Il convient de reconnaître que l'enjeu initial est d'importance. L'inscription de ce dispositif au cœur de l'institution hospitalière est sous-tendue par le renforcement d'une culture professionnelle plus orientée vers la précarité et la réunification du sanitaire et du social.

Une dimension qui semble aujourd'hui être remise en cause par la médicalisation croissante de la santé et une technicité accrue des services hospitaliers.

Dans le même temps, la réduction des inégalités d'accès aux soins doit être observée dans un cadre plus large que le seul dispositif PASS. Elle renvoie à la cohérence des autres programmes et actions intervenant dans le même champ.

De nombreuses études ont établi que l'état de santé et les formes de précarité s'autoalimentent et que si les défaillances de santé constituent un facteur important d'exclusion, à l'inverse la précarisation d'un individu au regard de l'emploi, du logement, de la protection sociale notamment, accentuent sa vulnérabilité sur le plan de sa santé.

Ainsi, Emmanuelle Cambois précise : « la diversité des déterminants en cause souligne la nécessité d'une réponse plurielle au problème « précarité-santé » et le besoin de prendre en compte de manière globale les contextes sociaux susceptibles de limiter l'efficacité des filières et soins courants »<sup>2</sup>, C'est dans cet esprit que s'inscrivent les PRAPS, les PASS et la couverture maladie universelle (CMU) mise en œuvre en 1999 dans le prolongement de la loi de lutte contre les exclusions. L'apport de cet outil dans l'universalisation de la couverture maladie est indéniable. Il n'en demeure pas moins que le renoncement aux soins pour raisons financières persiste.

Dans ce contexte, l'observation de ce phénomène sur un territoire délimité, en l'occurrence le département de Vaucluse et sur une période donnée, permet à la fois d'apporter une vision instantanée de la contribution des PASS à la prise en charge des plus démunies, et au delà, d'analyser sa portée et ses limites à l'ensemble du dispositif.

Comme le précise le Haut Comité de Santé Publique, « Il n'y a pas de maladies des pauvres, mais une moins grande capacité de ceux-ci à se défendre contre les agressions extérieures »<sup>3</sup>.

La présente étude sur le dispositif des PASS en Vaucluse présente de multiples intérêts : Sur le plan professionnel tout d'abord, le rôle de l'inspecteur de l'action sanitaire et sociale s'inscrit dans la transversalité et à des échelons territoriaux différents. En effet, le fonctionnement des PASS concernent à la fois les missions de lutte contre les exclusions regroupées au sein du pôle cohésion sociale et handicap, le pôle santé publique et prévention qui a notamment en charge la mise en œuvre des programmes régionaux de

---

<sup>2</sup> E.Cambois, *les personnes en situation difficile et leur santé*, Actualisation des données relatives à la pauvreté, les Travaux de l'Observatoire 2003-2004

<sup>3</sup> Rapport du haut Comité de Santé Publique, Paris, février 1998, « La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé », p 89

santé publique ainsi que le pôle offre et services de soins chargé du suivi des établissements de santé.

Dans le cadre de ses missions, l'inspecteur a donc accès à différents leviers qui lui permettent d'infléchir les modalités de fonctionnement et d'organisation des PASS.

Sur le plan personnel, je considère que cette étude sur les PASS devrait me permettre de compléter la connaissance du phénomène de l'exclusion sous l'angle « santé » que j'avais peu appréhendé dans le cadre de mon poste au sein du pôle social à la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) du Gard.

Enfin, il apparaît que cette thématique présente un certain intérêt sur mon terrain de stage dans la mesure où mes recherches et études peuvent constituer un point de départ à une démarche d'évaluation du dispositif.

A cet égard, lorsque j'ai décidé de retenir les PASS comme thème de mémoire, le regard porté par mes collègues de la DDASS sur les 7 permanences mises en place dans le département était plutôt sceptique quand à leur efficacité, en l'absence d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs suffisants. En effet, la démarche d'évaluation projetée dans le cadre du PRAPS n'a pas été conduite à son terme. Le principe d'un questionnaire élaboré et validé par la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) en concertation avec les DDASS et les représentants des PASS de la région Provence Alpes Côte d'Azur (PACA) avait été matérialisé en 2004.

Partant de là, le programme de travail que j'ai établi passe par plusieurs étapes.

En premier lieu, j'ai procédé à un recueil documentaire sur le sujet mais aussi plus largement sur la question de la santé des exclus. Il s'agit de documents normatifs, des informations générales et spécialisées (nationales, locales) d'une enquête documentaire effectuée auprès des collègues de la DDASS, DRASS PACA et Languedoc-Roussillon. Des recherches ont été réalisées également sur le réseau Internet, intranet, et à la bibliothèque de l'ENSP.

Certains constats relevés au niveau national peuvent être rapprochés des enseignements tirés des investigations locales. Cela présente un intérêt certain, ne serait-ce que pour légitimer des orientations retenues au terme de ce travail visant l'amélioration du dispositif.

Ensuite, j'ai organisé des rencontres avec les équipes des 7 PASS du département. Les professionnels appartenant à ces équipes ont été enquêtés à partir d'un guide d'entretien inspiré des thèmes figurant dans le questionnaire régional susvisé. La forme de l'entretien est volontairement de type semi directif, pour tenir compte de la disponibilité restreinte des membres de l'équipe rencontrés sur leur poste de travail, et garantir une production de paroles suffisamment étendue par rapport aux thèmes abordés. L'entretien conduit en

face à face, a concerné systématiquement l'assistante sociale, le médecin référent de la permanence, lorsqu'il était identifié en tant que tel, le personnel infirmier sur quelques sites et un membre de l'équipe de direction dans 5 PASS.

Le partenariat des PASS a fait l'objet d'une rencontre avec le médecin bénévole responsable d'un centre de soins gratuits situé en Avignon au sein de l'accueil de jour de l'association du Secours Catholique.

J'ai conduit un entretien téléphonique avec la responsable du centre médico-social de la ville d'Apt partenaire privilégié de la PASS hospitalière de cette commune.

Concernant les bénéficiaires des permanences, j'ai pu rencontrer un usager de la PASS de Pertuis. Un entretien a été conduit et enregistré avec son accord, suivant une grille d'entretien semi directif, en laissant une part importante à un discours libre chez un individu qui a pu au fil de la rencontre parler assez facilement de lui, et de son recours au service de la permanence.

Par ailleurs, en présence du médecin référent et de l'assistante sociale de la PASS d'Avignon et en accord avec les intéressés, j'ai assisté en observateur, aux entretiens médicaux et sociaux qui caractérisent généralement la mission d'accueil et d'orientation de ces permanences.

Au terme de la collecte de ces différentes données de terrain, j'ai retenu un certain nombre d'axes d'investigation dans le cadre d'une démarche inductive. Analysées, ces différentes données permettent de mieux appréhender les caractéristiques du fonctionnement et de l'organisation des PASS en Vaucluse ainsi que leur environnement : des constats de conformité partielle aux objectifs définis par la loi et qui renvoient donc à des limites.

La première partie sera consacrée aux attentes initiales du législateur et les évolutions de la problématique santé dans les politiques de lutte contre les exclusions à ce jour.

Dans un deuxième temps, j'exposerai les résultats de l'enquête effectuée auprès des 7 PASS du département. Les éléments rapportés et confrontés à des constats nationaux font ressortir des points convergents des insuffisances du système, qui tiennent aussi bien à des stratégies de fonctionnement internes aux PASS que des positionnements adoptés par les partenaires extérieurs.

La troisième partie est consacrée aux propositions d'amélioration du dispositif.

# 1 Un cadre réglementaire éprouvé malgré un bilan national contrasté

Dans cette partie, il s'agit de définir les contours de mise en œuvre de ce dispositif : le cadre élargi de la loi de lutte contre les exclusions, la volonté politique exprimée à travers cette loi, les objectifs attendus. Seront préalablement rappelées la situation antérieure des PASS et les conditions de leur mise en œuvre : leur inscription au sein des établissements de santé ou comment se concrétise une pratique sociale de la santé publique.

## 1.1 Les dispositifs d'accès aux soins préexistants

Pour comprendre la décision politique de créer les PASS, il est utile de faire une rétrospective des outils déjà mis en place au sein des établissements de santé, précurseurs du modèle actuel, mais également de situer l'impact du rôle joué par les associations, à la fois sur la prise de conscience des acteurs du système de santé et comme force de propositions.

### 1.1.1 De l'hôpital des pauvres à l'hôpital pour tous

Avant d'analyser les difficultés de la PASS à se situer au sein de l'institution hospitalière, il est important de rappeler les grands mouvements qui ont marqué l'existence et le développement de l'hôpital, dans ces allers retours entre l'assistance caritative et hôpital centré sur la médecine et la recherche

« *Les hôpitaux sont en quelque sorte la mesure de la civilisation d'un peuple* »<sup>4</sup>

De l'hôpital hospice à l'hôpital moderne actuel, la fonction sociale de l'hôpital a connu des développements nombreux et variables dans le temps, très souvent liés aux mouvements politiques et religieux qui ont marqué la société française.

Le devoir d'assistance jusqu'au 15<sup>ème</sup> siècle est fondé sur des principes d'inspiration chrétienne, à l'origine des premières structures hospitalières « les Hôtels-Dieu » : Dans ces lieux, la médecine n'est pas la vocation première et les soignants sont peu présents. Il s'agit avant tout de soulager les souffrances des malades, en leur offrant le gîte le couvert et la protection, et surtout en leur proposant une nourriture « spirituelle ».

---

<sup>4</sup> Jacques René TENON (1724-1816) chirurgien membre de l'Académie des Sciences, auteur d'un rapport sur les hôpitaux du royaume rédigé à la demande de Louis XVI

Cet aspect de l'assistance conduit au fil des décennies à distinguer les pauvres méritants des pauvres indignes, suivant leur adhésion aux normes de la religion chrétienne et de leur désir de rédemption lorsque leur indigence résulte d'une vie de péché.

A partir du début du 16ème siècle, les autorités ecclésiastiques marquent le pas sur l'autorité du pouvoir royal dans l'administration de l'hôpital : ce mouvement résulte d'un accroissement de la misère, le repli des population rurales sur les grandes villes et donc traduit une préoccupation essentiellement sécuritaire de l'assistance.

La question du traitement des pauvres devient politique et s'accompagne de mesures coercitives et répressives vis à vis des populations contraintes au vagabondage et à la mendicité. Dans cette évolution, on assiste à un mouvement d'enfermement des individus que l'on désignera sous l'appellation des « surnuméraires », des indésirables victimes de la misère, la folie, la vieillesse, la maladie ou le handicap.

Le 18ème siècle, avec la Révolution française, marque un tournant important dans l'orientation de l'assistance hospitalière: *« pour la première fois, dans le monde chrétien, la maladie se trouve isolée de la pauvreté et de toutes les figures de la misère »*<sup>5</sup>

En créant les hospices civils en 1896, L'Etat s'empare de cette mission qui devient une dette de la nation envers les plus fragiles de ses membres et les établissements passent sous la responsabilité de l'autorité publique, de l'Etat aux communes. Désormais de statut civil et laïc, les établissements maintiennent la présence des personnels congréganistes, ceux-ci constituant du fait de leur motivation et de leur expérience, un atout incontestable. Au cours de la période suivante, du 19ème siècle jusqu'à la seconde guerre mondiale, la mission de soins s'affirme de plus en plus au sein des établissements, particulièrement avec l'émergence d'une médecine anatomo-clinique, en rupture avec les principes hippocratiques axés sur une perception globale de l'être humain.

A partir de ce moment là, l'hôpital devient un véritable terrain d'observations et d'expérimentations avec la présence d'une multitude d'individus et de pathologies susceptibles de faire avancer la connaissance et les pratiques.

L'hôpital, lieu de recherche, devient une réalité, offrant une embellie à sa représentation.

De ce fait, le système hospitalier se trouve dans une situation ambiguë : poursuivre son action d'assistance et développer des spécialités médicales. Cette dualité va se poursuivre au gré des mesures de protection sociale prises en faveur des indigents, notamment la création en 1893 de l'Assistance médicale gratuite (AMG).

Elle se concrétise plus tard par la coexistence d'un secteur public hospitalier et d'un secteur privé de cliniques, ces dernières ayant vocation à accueillir une « clientèle » de patients aisés.

---

<sup>5</sup> Michel.Foucault, 1926-1984(Histoire de la folie à l'âge classique, op.cit., p 523

Avec le développement de l'Etat-providence et l'essor d'une politique de santé publique au début du 20ème siècle, la médecine prend une place prépondérante au sein du système hospitalier. L'hôpital public est consacré en 1945 et s'ouvre à un public plus large. La naissance de la Sécurité Sociale accentue à travers la garantie du « risque maladie », la prééminence du tout médical et de la recherche. La création en 1958 par la réforme Debré des Centres hospitalo-universitaires (CHU) et le temps plein hospitalier confèrent à l'hôpital, l'image d'un lieu de haute technicité et d'avant-gardisme dans le domaine de la santé, de la recherche et de l'enseignement.

Dès lors que la loi hospitalière de 1970 consacre la mission des établissements au domaine médical, et que le terme même « hospice » est effacé de l'environnement législatif, il est évident que la survivance de la mission sociale de l'hôpital va se poser.

L'hôpital devient de plus en plus performant, offrant des services spécialisés à la pointe du progrès et donc pôle d'attraction pour les professionnels de santé et un public de patients avides de bénéficier de ces avancées médicales.

Peut-on affirmer que c'est dans ce contexte là que « l'exclusion » d'un public par un autre s'est opéré de façon insidieuse, au profit d'un univers exclusivement médical ?

En tout état de cause, l'hôpital conserve un devoir de service public de santé : la forme de ce service et son expression dans le cadre de la prise en charge des publics les plus démunies a toutefois fait l'objet de vives critiques par les associations humanitaires, stigmatisant l'inadaptation voire l'insuffisance des prestations servies à ces populations.

### **1.1.2 Le rôle d'aiguillon des associations humanitaires dans le champ médical**

L'apport des associations dans le domaine de la santé des exclus a été déterminant ; il s'agit de décrire le parcours de leurs interventions et les initiatives prises dont certaines ont préfiguré les PASS.

« Le devoir d'humanité » a dépassé sa période de prédilection au 18ème siècle mais il est perdue encore sous une autre forme, soit du fait d'organisations d'obédience chrétienne ou d'associations humanitaires militantes et laïques qui s'inscrivent dans un cadre supra gouvernemental. Liée malgré tout à des mouvements politiques ou syndicaux et développée à l'occasion d'évènements marquants tels que des conflits armés ou des catastrophes naturelles, l'aide humanitaire a évolué. D'abord essentiellement tiers-mondiste et inscrit dans l'urgence, elle a pris conscience, en même temps que la population française, de cette dérive galopante de la pauvreté sur le territoire national au début des années 1980.

Des organisations non gouvernementales (ONG) médicales : Médecins du monde, Médecins Sans Frontières, la Croix Rouge, associées à d'autres associations plus généralistes telles que les restos du Cœur, ATD Quart Monde, SOS Racisme, interviennent dans le débat public et portent sur la scène médiatique des témoignages forts du phénomène d'exclusion.

Leur intervention s'appuie sur une vision élargie de la santé, très proche de celle de l'Organisation Mondiale de la santé (OMS) « un état complet de bien-être physique, psychologique et social » Progressivement, ces associations ont organisé des centres de consultations médicales gratuites au profit de personnes en difficultés repérées comme étant éloignées du système de santé traditionnel, en y associant un accompagnement social. Simultanément, elles ont pris place dans le débat pour engager une réflexion sur le droit à la santé, en invitant les politiques à réfléchir sur les moyens de réhabiliter ce droit pour tous.

La multiplication des dispensaires dont la fréquentation ne cessait d'augmenter, devait constituer initialement une solution de sauvegarde pour ces populations mais en aucun cas une solution pérenne, au risque de stigmatiser une partie de la population et de la mettre durablement en marge des dispositifs de droit commun.

Les détracteurs de ces structures intermédiaires de soins y voyaient le risque d'une médecine à deux vitesses. A ceux-ci, monsieur Xavier Emmanuelli, fondateur et président du Service d'Aide Médicale d'Urgence (SAMU) social a rétorqué : « *le droit commun est invoqué en ce cas comme une sorte de formule conjuratoire. Il trouve ses limites, et l'expérience de terrain prouve qu'il faut quand même que des dispositifs existent pour tous ces cas hors norme, qui sont de plus en plus nombreux. Cela oblige à beaucoup d'attention car, c'est vrai, le danger des fameuses « deux vitesses » est une réalité.....le droit commun est un mythe égalitaire* »<sup>6</sup>

La notion d'égalité d'accès aux soins est un idéal défendu par tous mais elle sous-entend deux aspects : l'accès financier et l'accès en terme de possibilités de consommation de soins. Or, parmi les populations cibles concernées par les politiques de lutte contre les exclusions, on constate que le renoncement aux soins est fortement lié au manque de moyens, d'information et d'incitation. L'étude des comportements du public bénéficiaire des PASS traité plus loin, met en lumière les relations singulières qui s'instaurent entre des individus dégradés et désocialisés et les institutions ou les associations pourvoyeuses de soins.

---

<sup>6</sup> X.Emmanuelli, *Dernier avis avant la fin du monde*, p 184-185

Les centres de soins gratuits qui se sont développés depuis les années 1990, qu'ils soient hospitaliers ou humanitaires, qu'ils prennent la forme de services mobiles pour « rattraper » des personnes les plus éloignées du système sanitaire, ont sans doute contribué à répondre à l'urgence des besoins et à résoudre des situations sanitaires inextricables parmi les individus les plus démunis et marginalisés.

*« S'il faut se garder de tout dispositif ségrégatif, il faut reconnaître que l'on a parfois besoin de prothèses pour revenir au droit commun »<sup>7</sup>*

## **1.2 Le volet santé de la loi de lutte contre les exclusions**

En présence de l'hétérogénéité des facteurs de précarité et la diversité des publics concernant par ce phénomène, la loi du 29 juillet 1998 s'est fixé comme objectif de traiter de manière globale les différentes formes d'exclusion, ce qui suppose une mise en cohérence des politiques et la recherche systématique d'une coordination des intervenants. C'est l'esprit de l'article 1<sup>er</sup> de la loi qui repose sur le principe de « l'accès effectif de tous aux droits fondamentaux » dont parmi ceux cités, la santé. L'arsenal législatif mis en œuvre se rassemble autour de quatre grands axes : garantir l'accès aux droits, prévenir les exclusions, répondre efficacement aux situations d'urgence et renforcer le partenariat.

### **1.2.1 Ses différentes composantes : une armature théorique complète destinée à lever tous les obstacles à l'accès aux soins et à la santé**

Le Haut Comité de la Santé Publique dans son rapport en février 1998 estimait que le phénomène de précarisation touchait 20 à 25 % de la population française et que sa progression était susceptible à moyen terme, de « provoquer une réelle dégradation de la santé des couches sociales les plus défavorisées et, au delà, celle de la population tout entière »

Considérer dans sa globalité l'impact de la précarité sur la santé des populations, c'est prendre en compte deux obstacles :

- l'obstacle de nature juridique et financier
- l'obstacle du à l'incapacité du système sanitaire et social de répondre de façon suffisamment précoce aux besoins des publics en situation précaire.

---

<sup>7</sup> Pierre GAUTIER, directeur de l'Action sociale, 1995

Le « volet santé » de la loi, complété par la loi spécifique du 27 juillet 1999 instituant la Couverture maladie Universelle ( CMU), constitue un des volets majeurs de la politique de lutte contre les exclusions et rassemble les outils destinés à lever ces obstacles.

- *Lever le frein financier :*

La CMU contribue à une généralisation de la couverture sociale en faveur d'une population dépourvue du droit à l'assurance maladie pour laquelle le renoncement aux soins était inévitable. Il s'agit bien d'une extension du droit commun, en lieu et place d'une aide spécifique : l'aide médicale gratuite plus stigmatisant.

La CMU de base automatique et subsidiaire (visant toute personne résidant en France de façon stable et régulière depuis plus de trois mois) et la couverture complémentaire gratuite sous condition de ressources, ont permis incontestablement de réduire le taux de renoncement aux soins. En facilitant ainsi l'accès aux soins, notamment du fait d'une procédure d'affiliation simplifiée (majoritairement par la Caisse Primaire d'assurance Maladie- CPAM), le recours aux soins s'inscrit moins dans l'urgence (c'est surtout vrai pour les familles et les femmes) et donc limite de façon toute relative, l'aggravation des pathologies.

En décembre 2003, on estimait à 4,7 millions de bénéficiaires au titre de la CMU complémentaire <sup>8</sup> dont 1,5 millions relevant de la couverture de base.

Pour les populations étrangères ne répondant pas aux critères de résidence susvisés de la CMU ou bien se trouvant en situation irrégulière, l'admission à l'aide médicale de l'Etat (AME) est prononcée sous condition de ressources pour une durée de un an renouvelable. Ce dispositif tend à être réformé dans le sens d'un durcissement des conditions administratives d'admission (instauration du ticket modérateur, suppression des admissions en urgence); toutefois, l'élargissement de l'aide médicale hospitalière à l'aide médicale dans le cadre des soins de ville, a apporté une certaine souplesse dans le choix des modes d'accès aux soins.

- *Adapter le système sanitaire et social aux besoins des populations précarisées*

C'est organiser l'accès à la prévention et aux soins : les PRAPS visés dans l'article 71 de la loi, répondent à cet objectif, puisqu'ils s'inscrivent aussi dans la continuité des programmes régionaux de santé (PRS). Ils constituent des outils de concertation et de coordination permettant d'associer de multiples partenaires intervenant dans le champ de la santé des populations précaires. Leur coordination et leur suivi sont partagés entre les DRASS et les DDASS. Actuellement, on se situe dans les PRAPS de 2<sup>ème</sup> génération (2003-2006). La mise en cohérence entre les PRAPS et les autres dispositifs de l'Etat est

---

<sup>8</sup> Rapport du fonds de financement de la CMU, JF Chadelat

recherchée. L'exemple des ateliers santé ville créés en 1999, témoigne de l'articulation entre le PRAPS et la politique de la ville.

C'est faciliter un accès au système hospitalier par la mise en œuvre d'une prise en charge sociale et médicale conjuguée qui puisse se prolonger au delà de la structure hospitalière, vers un réseau institutionnel ou associatif de soins et d'accompagnement social : le concept des PASS est posé

### **1.2.2 Entre prise en charge spécifique et action non discriminante : l'émergence des PASS**

La frontière est ténue entre ces deux modalités de réponse : il s'agit de poser les contours des pratiques d'accompagnement médico-social en soulignant leurs avantages et désavantages.

L'idée n'est pas nouvelle : les PASS sont des parents proches des « cellules d'accueil spécialisées » mise en place dans les hôpitaux suite à une circulaire n°33-93 du 17 septembre 1993 relative à l'accès aux soins des personnes les plus démunies. L'idée de créer au sein de l'hôpital une permanence polyvalente vers laquelle diriger des personnes dépourvues de prise en charge, a fait son chemin. De même, le développement du « dispositif précarité » dans certains établissements tels que ceux de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (AP-HP) répond à la volonté d'inscrire dans le fonctionnement ordinaire de l'hôpital une action transversale permettant d'aménager la prise en charge de patients en situation de précarité. Il a fait référence au dispositif Hugo à l'hôpital St Bernard, totalement intégré dans l'organisation de la polyclinique, sans affectation de moyens spécifiques que ce soit du personnel ou de locaux.<sup>9</sup>

L'article 76 de la loi du 29 juillet 1998, complété par les dispositions de la circulaire n°98-736 du 17 décembre 1998 prévoit la mise en place dans le cadre des PRAPS, de cellules de prise en charge médico-sociale au sein des établissements de santé. Elles sont chargées d'une mission d'accueil et d'accompagnement social pour soutenir les personnes dans leur démarche de reconnaissance ou de réhabilitation de leurs droits sociaux et faciliter leur accès au système de santé.

La PASS a également pour mission de répondre aux demandes des jeunes femmes précarisées relatives à des méthodes de contraception, d'interruption volontaire de grossesse et d'accueil de leur enfant.

Le texte fondateur de ces permanences est très souple dans ces préconisations; il recommande la mise en place de consultations sociales, médicales, la délivrance de fiches de circulation et la création d'un comité de pilotage.

---

<sup>9</sup> I.Parizot, « soigner les exclus », p157.158

Des indications générales sont apportées sur la nature de l'accueil, l'utilité d'un partenariat interne et externe. Elles posent une exigence explicite de ne pas créer une filière spécifique de soins mais bien de réinsérer le patient dans un circuit de droit commun.

Quant à la place et l'organisation de la PASS au sein de l'établissement hospitalier, elles ne sont pas précisément définies et la grande hétérogénéité dans la construction des PASS créées au fil des années tient peut-être à cette absence de formalisme réglementaire.

Les observations relevées par les professionnels de santé, intervenants des PASS ou extérieurs au dispositif, aboutissent au constat que de façon générale, les PASS résultent plus des motivations individuelles de quelques acteurs hospitaliers que d'un engagement institutionnel clairement affiché.

Les prises en charge proposées au niveau des PASS peuvent être qualifiées de globales, dès lors qu'elles permettent de s'intéresser aux besoins fondamentaux d'un individu démuné passant par des soins, à travers la dimension médicale, paramédicale et sociale simultanément ou successivement dans un même lieu. En cela, cette prise en charge peut être considérée comme spécifique car elle s'éloigne des fonctionnements hospitalo-universitaires traditionnels, dans lesquels la prise en charge du patient est morcelée suivant la pathologie qui l'a conduit dans une consultation. Pour autant, la prestation ainsi produite par la PASS n'est pas discriminante dans la mesure où elle ne s'inscrit pas dans la durée et que ses acteurs privilégient le retour vers le droit commun, sous réserve de l'existence d'un réseau de partenaires.

Attribuer à la PASS un lieu neutre, une visibilité réduite dans l'enceinte de l'hôpital et l'effectif « ordinaire » de l'établissement contribue certes à éviter toute stigmatisation d'un public. En revanche, ce public précaire constitué majoritairement de personnes inscrites de longue date dans des parcours de disqualification sociale ne nécessite-t-il pas une approche spécifique qui dépasse sans nul doute ce à quoi sont préparés les personnels soignants.

Or, il n'existe pas de profil type de la personne précaire pour les motifs évoqués plus haut qui caractérisent le processus d'exclusion. Ce constat complexifie sans nul doute le travail d'approche des intervenants dans les PASS.

### **1.2.3 La population des exclus bénéficiaire des PASS:**

Elle présente une identité et des revendications en mutation dont le repérage est nécessaire.

Dans son ouvrage « soigner les exclus », Isabelle Parizot analyse très précisément les particularités des bénéficiaires des centres de soins gratuits associatifs et institutionnels, y compris les PASS naissantes au moment de la réalisation de son étude. Il y est question des identités et des rapports sociaux qui s'instaurent dans le cadre de ces permanences. Elle interroge également le comportement des professionnels (salariés ou bénévoles) vis à vis des patients concernés, avec un retour d'observations différents entre ce qu'elle qualifie de « univers symbolique médical » et « univers symbolique humaniste ».

Les principaux enseignements que je retire de cette étude très dense et riche en témoignages, sont les suivants :

Pour comprendre l'évolution des modes de fréquentation des centres de soins, il convient de s'intéresser à la manière dont les patients acceptent leur statut de bénéficiaires d'une assistance médico-sociale. Il apparaît à cet égard que suivant les trajectoires des individus concernés, leur recours à des centres de soins s'inscrit dans des positionnements psychologiques et donc des attentes très variables.

Les modes oscillent entre fréquentation ponctuelle, régulière et instable. A chacun de ces modes, correspondent des identités et des comportements différents. L'assistance socio médicale doit à cet égard se situer comme une étape inscrite dans une trajectoire individuelle qui intègre à la fois la dimension sanitaire et sociale. Elle correspond donc à une phase d'un processus, prenant en compte des conditions sociales objectives et subjectives du « moment ».

Dans le cas d'une fréquentation ponctuelle à ces dispositifs, on se trouve face à deux types de comportements: l'humiliation pour celui qui a une image de soi très détérioré et à l'opposé l'opportunité de s'en sortir et de profiter d'une aide temporaire dans le domaine du soins pour la personne qui ne se sent pas en échec (par exemple une personne récemment immigrée). Ces modes de recours aux soins ont en commun qu'ils ne permettent pas toujours le recouvrement des droits sociaux et l'intégration dans un système de soins durable.

La fréquentation régulière témoigne de l'acceptation des bénéficiaires de leur situation de « pauvres » sans dévalorisation extrême mais avec l'idée intégrée qu'elle justifie un droit à l'assistance. De l'apprentissage des règles du système à la revendication de la prise en charge, on se trouve en présence de patients dont les relations affectives tissées avec les membres des personnels contribuent à une consolidation de l'identité personnelle et sociale. Dans ce type de fréquentation, le patient vient chercher les services dont il ressent le besoin et qui peuvent correspondre essentiellement à une assistance thérapeutique ou bien une prise en charge globalisée ; dans tous les cas, ils s'inscrivent dans une relation interpersonnelle qui génère parfois une certaine forme d'agressivité.

Enfin, la fréquentation instable concerne majoritairement les populations les plus marginalisées, dont l'état de santé est le plus critique. Elles ont recours aux services souvent dans l'urgence et développent par rapport aux valeurs du système de santé quel qu'il soit, une crainte et une méfiance établies. Elles évitent volontairement toute relation avec un service d'assistance et revendiquent leur marginalité. Le recours aux permanences institutionnalisées est plus encore rejeté d'où une grande difficulté à « récupérer » ce public pour envisager une prise en charge acceptable. Les relations humaines sont essentielles dans ce cadre là mais souvent pénibles pour les intervenants. Quand le recours se fait, il correspond souvent à une instrumentalisation des services par les personnes concernées et se manifeste par des allers retours irréguliers, souvent suscités par un besoin urgent de soins.

Le mode de fréquentation est à relier avec les pathologies dont souffrent les populations précaires. Tous les observateurs conviennent que celles-ci sont identiques à celles relevées dans le reste de la population française, avec une prévalence élevée de certaines maladies. Ce constat résulte d'une mosaïque de causes liées à leurs conditions de vie mais également, leurs parcours de vie antérieurs et un recours aux soins tardif ou inégal suivant la description faite ci-dessus.

Cette approche des publics bénéficiaires à travers l'observation de leur mode de fréquentation des centres de soins est très schématique, mais elle permet d'appréhender la somme des difficultés auxquelles sont confrontés les acteurs et partenaires associés dans leur mission de rétablissement du droit à la santé.

#### **1.2.4 Le rôle social de l'hôpital réaffirmé dans un univers de technicité médicale croissant :**

Le docteur Jacques Lebas, chargé de coordonner une mission d'accompagnement à la mise en œuvre des PASS en 1999, soulignait « une dynamique lente à s'instaurer », leur mise en œuvre constituant « un changement culturel qui nécessite de nouvelles pratiques professionnelles ».

Ce constat renvoie à la capacité de l'hôpital à accompagner ce changement culturel et s'approprier cette mission PASS dans toute sa dimension médicale mais surtout sociale.

La connaissance du public bénéficiaire est indispensable, comme cela a été souligné dans le paragraphe précédent. Identifier ses besoins sociaux et sanitaires, y répondre dans l'urgence si nécessaire mais également dans la durée par un accompagnement adapté et personnalisé. Cet abord socio médical simultané suppose une sensibilité des acteurs hospitaliers à un travail en réseau, la simple réponse technique aux difficultés de santé étant loin d'être suffisante pour les personnes concernées.

*« Accueillir avec attention et sans discrimination suppose également de pouvoir dépasser ses réticences vis-à-vis de certains comportements ou de certains patients »<sup>10</sup>*

La loi du 29 juillet 1998 et la circulaire relative aux PASS ont souhaité rappeler aux hôpitaux leur mission traditionnelle d'accueil et leur concours à la lutte contre l'exclusion sociale, en lien avec l'ensemble des professionnels institutionnels et associatifs concernés. Cette mission s'inscrit forcément dans un esprit de réseau organisé autour des personnes en difficulté, et non autour d'une activité ou d'un secteur.

Les services des urgences hospitalières ont apporté de tout temps leur pierre de touche à l'accueil de ce public ; d'ailleurs, le rattachement administratif régulier de PASS aux urgences est symptomatique.

L'étude du compte-rendu du forum « pratique » des JEMU (journées d'études des médecins urgentistes) organisé le 22-24 novembre 2001 témoigne de l'intérêt porté au public PASS : les études conduites par les médecins de ces permanences sont utiles en terme d'analyse quantitative et qualitative des situations sociales et sanitaires de cette population. (Étude prospective de la revue médecine interne en annexe).

Si la définition des PASS par rapport aux attentes des législateurs est bien perçue, le débat est par contre très révélateur des interrogations que ces praticiens hospitaliers posent en terme de fonctionnalité de la PASS dans l'hôpital, des moyens mis à sa disposition et de son inscription dans un réseau. Il témoigne d'une très grande diversité dans la construction des PASS mais aussi d'une difficulté réelle des médecins à situer leur place dans un dispositif global de prise en charge, interne et externe à l'hôpital.

L'inscription de la PASS dans le service hospitalier est malgré tout une garantie par rapport au professionnalisme des interventions et la place même de l'hôpital au sein d'un territoire et son repérage immédiat dans la ville. Mais elle oblige celui-ci à assumer différemment des missions de médecine de proximité et de santé publique, à une époque où il est reconnu avant tout pour sa grande technicité et ses exploits scientifiques.

De fait, l'hôpital privilégie le problème médical au problème social : chaque hospitalier conçoit son intervention en référence à la prise en charge médicale, ce qui est moins le cas dans un centre de soins associatif dans lequel le médecin bénévole intègre un « univers humaniste » où l'acte thérapeutique n'est pas une fin en soi.

Le positionnement du travailleur social de la PASS est souvent conçu comme une séquence préalable à la prise en charge médicale : ainsi, on peut observer dans certaines

---

<sup>10</sup> I.Parizot, soigner les exclus, p 161

permanences que l'action médicale et l'action sociale sont plus juxtaposées que reliées de façon globale.

La question de la complémentarité des logiques professionnelles est posée et à travers elle la notion de travail en réseau et la dimension transversale de la PASS au sein de l'hôpital.

Cet aspect est développé de manière concrète dans la 2<sup>ème</sup> partie au travers de l'analyse des pratiques locales observées dans les PASS de Vaucluse.

### **1.3 Les PASS : une dynamique hétérogène et une architecture mal définie :**

Avant d'aborder le constat local et l'analyse qui en découle, il est nécessaire de s'attacher aux conclusions du rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) rendues en 2004, sur la base des synthèses des bilans de la loi de lutte contre les exclusions.

Les constats nationaux sur la mise en œuvre du volet santé de la loi s'ils sont globalement encourageants, révèlent malgré tout des défaillances du système.

Le rapport de l'IGAS pose des constats, analyse les difficultés de mise en œuvre et leurs causes et propose en dernier lieu des outils d'amélioration.

#### **1.3.1 Un maillage territorial satisfaisant mais un maillage institutionnel déficitaire**

L'objectif fixé dans la circulaire du 17 décembre 1998 de 300 PASS installés dans les principaux hôpitaux a été atteint puisque le recensement effectué dans le cadre de l'évaluation des PRAPS 1 indique le nombre de 372 PASS en 2003. Elles seraient 400 actuellement.

Le développement des permanences sur le territoire est considéré comme équilibré : l'étude réalisée par l'ANAES en 2003 auprès de 22 établissements sur l'activité médico-sociale des PASS montre que l'indice qualitatif de fréquentation est satisfaisant, le public accueilli dans les permanences correspondant bien au public cible du dispositif.

En revanche, l'inscription des PASS dans l'institution hospitalière se traduit par des modes de fonctionnement hétérogènes qui peuvent légitimement tenir compte des spécificités locales, mais qui ont pour conséquence un manque de cohésion de l'ensemble.

Organisées en unité fonctionnelle spécifique (15,5%), en dispositif transversal (9,5 %), ou bien rattachées à un ou plusieurs services existants (70 %), les PASS ont adapté l'organisation de leur mission aux moyens mis à leur disposition. Si globalement, les

représentants des établissements reconnaissent l'intérêt de ce dispositif dans l'institution hospitalière, il n'en demeure pas moins que l'intégration à part entière de la mission sociale de la PASS ne rassemble pas l'adhésion pleine et entière des professionnels de l'hôpital.

Le principe d'une plate forme commune aux PASS définissant à minima les objectifs et les moyens nécessaires pour les atteindre pourrait être envisagé.

En cela, les critères qualitatifs de définition des PASS posés par les autorités ministérielles, seraient enfin respectés.

### **1.3.2 Une lisibilité de la mission des PASS trop réduite**

La volonté politique de faire figurer la PASS dans un système de réseau supposait que sa fonction de relais soit clairement reconnue, à la fois par les bénéficiaires et par les autres acteurs et partenaires du réseau.

Or, ce repérage est de toute évidence flou et les PASS sont souvent utilisées par le public comme un service complémentaire adapté dans l'environnement hospitalier.

La mise en place d'une politique de communication plus ciblée sur les territoires en direction des usagers et des acteurs investis dans le champ de la santé des populations démunies s'impose.

L'espace social et sanitaire intermédiaire de la permanence dans un esprit de réseau doit constituer un « poteau indicateur » pour le bénéficiaire et les partenaires situés en amont et en aval de la PASS. Il s'agit de participer à la construction commune de repères dans la trajectoire du patient, pour lui permettre l'accès aux droits communs.

Le manque de clarté sur son fonctionnement au sein même de l'établissement réduit l'efficacité de la PASS. L'insuffisance, voire même l'absence de formalisation dans les relations internes hospitalières, nuit à l'exigence d'une prise en charge globale et pluri disciplinaire du patient.

Enfin, la liaison fonctionnelle avec le réseau extérieur est faible et les moyens de contractualisation des relations entre partenaires font manifestement défaut.

### **1.3.3 Un système de suivi et d'évaluation lacunaire**

Si la définition des objectifs, la détermination des missions et l'attribution des moyens contenues dans le dispositif législatif n'ont pas eu les effets escomptés, le rapport de l'IGAS pointe à cet égard des insuffisances au niveau des instruments d'analyse et de suivi du système mis en œuvre globalement.

Pour ce qui concerne les PASS, cette observation vise à la fois leur mise en cohérence avec les différents programmes territoriaux dont le Schéma Régional Organisation

Sanitaire (SROS) et le PRAPS mais aussi la construction d'outils d'évaluation destinés à mesurer l'activité des PASS et partant de là de proposer des référentiels communs.

Sur ce point, l'implication des équipes hospitalières doit être valorisée, en étant associées à l'élaboration des questionnaires d'évaluation afin d'en garantir la faisabilité et l'exploitation.

La dispersion des instruments d'analyse existants entre les différents niveaux d'intervention des services de l'Etat compromet leur efficacité en matière de connaissance partagé et de gestion des dispositifs.

Il est question des fonctions d'animation et de pilotage : une distribution des rôles doit être redéfinie entre la DRASS, la DDASS et l'Agence Régionale d'hospitalisation (ARH). L'Inspection Générale des Affaires Sociales préconise que leur concours porte sur la mise en place d'un outil d'évaluation commun et l'élaboration d'un référentiel minimum partagé pour favoriser l'échange des bonnes pratiques.

## **LE DEPARTEMENT DE VAUCLUSE : quelques clefs d'approche**

D'une superficie de 3567 km<sup>2</sup>, le département compte 501.925 habitants répartis entre 24 cantons et 151 communes dont 4 villes de plus de 20.000 habitants : Avignon, Orange, Carpentras et Cavaillon.

L'agglomération d'Avignon regroupe à elle seule 269.828 habitants.

Sur le plan économique, le secteur tertiaire et industriel totalise 85% de l'activité concentrée sur la partie qui longe la vallée du Rhône et la ligne sud du département jusqu'à Cavaillon, les zones agricoles et rurales constituant des territoires relativement isolés particulièrement dans le nord du département, sans oublier l'enclave papale de Valréas dans la Drôme.

La cartographie proposée en annexe établie en 2004 dans le cadre du PRAPS recense la localisation des PASS et le personnel en équivalent temps plein (ETP) mis à leur disposition au moment de leur création. En ce qui concerne le Vaucluse, celle de Valréas n'y figure pas, sa mise en place étant intervenue après l'élaboration de ce document. J'ai apporté la correction de façon manuscrite.

Pour compléter cette présentation synthétique, il est utile de préciser quelques caractéristiques sociodémographiques tirées de la consultation locale organisée en vue de l'élaboration du PRSP.

Dans les territoires de santé du département : Apt, Avignon, Carpentras, Cavaillon et Orange/Valréas, la représentation du nombre d'étrangers et celui des bénéficiaires de la CMU est supérieure à la moyenne régionale et il en est de même du pourcentage de foyers non imposés. Bien que le Vaucluse soit le département le plus jeune de la région après les Bouches du Rhône, il est confronté à un vieillissement important de sa population. Il dispose du plus faible niveau de revenus de la région. L'existence de zones géographiques isolées aggrave les problématiques de certains territoires et contrarient la coordination des actions de santé publique qui y sont menées.

Quant aux indicateurs de santé caractéristiques, il faut retenir :

- Une forte mortalité toutes causes confondues situant le Vaucluse au 2<sup>ème</sup> rang de la région
- Un nombre de suicides élevé, plus particulièrement sur le canton d'Apt
- une surconsommation de produits de substitution posant le problème de la toxicomanie
- un taux élevé de recours à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) situant une fois de plus le département au 2<sup>ème</sup> rang après les Bouches du Rhône. Ce dernier indicateur est significatif dans l'analyse de l'activité de certaines PASS de Vaucluse.

## **2 Les PASS en Vaucluse : un dispositif en quête de reconnaissance et en attente de formalisation**

Un constat dans lequel émergent des points communs qui légitiment l'existence de cet outil : ils concernent les critères d'intervention, les missions générales et la mise en œuvre de liens partenariaux généralement à l'initiative des assistants sociaux.

Les PASS voulues par le législateur, se présentent comme des relais ou chaînons hospitaliers, destinées à lever sur un temps déterminé les obstacles à l'accès aux droits de santé et aux soins de personnes en situation de grande exclusion. Elles s'inscrivent donc dans un réseau. A partir de ce postulat, les investigations réalisées ont conduit à identifier les points de défaillance du système. L'étude part du noyau central que constitue la PASS, s'élargit au cercle intermédiaire des partenaires et des acteurs locaux inscrits dans le réseau, puis se termine par le cercle institutionnel (financeurs et instances de régulation).

### **2.1 Les PASS : un rôle à définir dans l'institution hospitalière**

#### **2.1.1 Une formalisation du dispositif aléatoire**

La consolidation institutionnelle du dispositif implique la gestion du projet PASS et son inscription dans les orientations stratégiques de l'hôpital

Lors des entretiens réalisés avec les directeurs des établissements ou leur représentant, j'ai relevé que la mission sociale de l'hôpital à travers le fonctionnement de la PASS était un concept auquel ils étaient tous particulièrement attachés.

Je n'ai pas constaté dans leur discours de dissonances particulières dans le principe sur le rôle dévolu à la permanence, globalement conforme aux objectifs définis par le législateur.

Toutefois, j'ai perçu des nuances assez sensibles sur l'intérêt et la place de la PASS au sein de l'institution hospitalière.

A plusieurs reprises, l'accent a été porté sur la contribution des permanences au désengorgement du service des urgences

Dans un document de présentation qui pourrait avoir valeur de charte (annexe VII), le centre hospitalier de Carpentras définit 3 principes fondamentaux au fonctionnement de la PASS :

- la qualité des soins
- la non discrimination

- le retour vers le droit commun

Mais il est significatif de relever que l'état des lieux du service des urgences est aussitôt corrélé à cette présentation et apparaît comme le pendant immédiat de la cellule médicosociale.

Cette observation est à relier avec le point d'analyse abordé dans la partie suivante : les médecins référents des PASS sont majoritairement les médecins responsables des urgences.

Les fondations institutionnelles des PASS sont à renforcer, à l'initiative même de la direction de l'établissement. Cette entreprise suppose un affichage des orientations définies collégialement.

A cet égard, la mise en œuvre des comités de pilotage constitue un indicateur intéressant pour apprécier le positionnement du dispositif au sein de l'établissement. Sur ce point, j'ai relevé des situations contrastées.

Sur les 7 permanences, seuls les centres hospitaliers d'Avignon, de Cavillon, d'Apt et d'Orange ont mis en place un comité de pilotage de la PASS. Pour les 2 derniers cités, les comités n'ont pas été réunis depuis plus d'un an. A Carpentras, la directrice adjointe de l'établissement m'a précisé que sa constitution était en projet. Enfin, les hôpitaux de Pertuis et de Valréas n'en disposent pas.

Généralement, ils sont composés a minima des intervenants de la PASS, un cadre infirmier, un représentant de la direction. Celui d'Avignon est un comité élargi, associant le pharmacien de l'hôpital, des représentants de la CPAM, des associations intervenant sur l'accueil et l'hébergement d'urgence, des professionnels des réseaux de santé et centres de soins spécialisés (toxicologie et alcoologie), la mission locale, la conseillère technique en travail social de la DRASS et l'inspectrice de la DDASS en charge du dossier PASS.

Le centre hospitalier d'Orange se singularise avec la présence du Conseil Général et du médecin représentant le Conseil de l'Ordre au comité d'établissement.

Pour situer le rôle de cette instance dans le paysage hospitalier, je relaterai brièvement les points de débat abordés au cours de la réunion du comité de pilotage d'Avignon le 9 septembre 2005, à laquelle j'ai assisté avec l'inspectrice principale chargée du pôle santé publique de la DDASS.

- Le partenariat entre les associations et la PASS est très varié : il oscille entre un recours régulier en présence de pathologies lourdes ou à caractère d'urgence et un recours « par défaut », quand le réseau associatif (centres de soins gratuits) est défaillant ou bien dans le cas de structures d'accueil bas seuil dans lesquelles l'incitation aux soins n'est pas développée.

- La nécessité d'un travail de repérage partagé entre la PASS et les établissements d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) ainsi que les accueils de jour est évoqué

dans le cas des publics les plus marginalisés, présentant des poly pathologies graves et de pathologies psychiatriques plus importantes. A cet égard, certains participants évoquent l'intérêt des animateurs ou des médiateurs de rue dans l'identification de ce public difficile à capter.

- la question des modalités de fonctionnement du réseau associatif avec la PASS est évoquée dans le sens d'une formalisation souhaitable.

- l'impact de la CMU sur la baisse d'activité de la permanence est souligné par le médecin chef des urgences qui suggère une diminution du temps d'assistant social consacré à la PASS. En contrepartie, le recul manque pour évaluer l'incidence de la réforme de l'AME sur l'augmentation des populations étrangères en situation irrégulière en demande de soins.

- le médecin référent de la PASS souligne le risque pour ce dispositif de se constituer en filière d'exclusion, en l'absence de relais médical transversal dans l'établissement. Il préconise la création d'une consultation de médecine générale à proximité de travailleurs sociaux pour banaliser la prise en charge du public précarisé.

La réponse du chef des urgences qui assure la « tutelle » de la PASS est précise : « un service de médecine générale à l'hôpital, ce n'est pas vraiment la mission de l'établissement, en tant que président du comité médical d'établissement, je n'y suis pas favorable »

A partir de cette illustration, il ressort que la dynamique créée au sein d'un comité de pilotage associant des représentants de l'hôpital et des partenaires extérieurs présente l'intérêt de faire progresser la réflexion sur le positionnement interne et externe de la PASS.

Elle met toutefois en lumière les divergences d'opinion sur la configuration de ce dispositif à l'intérieur du centre hospitalier.

La consolidation institutionnelle a été évoquée à travers le volet financier par la plupart des représentants de la direction. La dotation budgétaire moyenne de l'ordre de 34.000 € attribuée pour la mise en place des PASS a contribué dans la plupart des sites à la création d'un service social par le recrutement d'un travailleur social. Les centres hospitaliers d'Avignon et de Cavaillon en étaient déjà pourvus.

La question des moyens budgétaires attribués au fonctionnement de la PASS a été posée en terme d'obstacles à son bon fonctionnement : la directrice de l'hôpital d'Apt m'a fait remarquer que la permanence mobilisait d'autres professionnels hospitaliers de santé et que leur temps d'intervention n'était pas valorisé et dépassait la dotation initiale susvisée.

Elle a évalué l'engagement financier effectif à 54.385 €, en estimant que si les futurs arbitrages financiers ne permettaient pas le rétablissement de l'enveloppe nécessaire, elle pourrait prendre la décision de supprimer cette activité.

Cette remarque formulée également par le directeur de l'hôpital de Cavaillon se situe dans le cadre des négociations budgétaires en cours dans le cadre de la tarification à l'activité (T2A). La détermination de la dotation consacrée à la mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) était en cours au moment de ma visite. Les PASS figurent dans la liste des missions et des activités de soins dispensées à des populations spécifiques définies dans le décret n°2005-336 du 8 avril 2005 donnant lieu à un financement au titre de la dotation mentionnée à l'article L.162-22-13 du code de la sécurité sociale.

Ces interrogations, au delà des modalités d'engagement de l'établissement dans la réforme de sa tarification, témoignent d'une certaine forme d'indécision pour situer la PASS dans la structure hospitalière. Les modalités de fonctionnement très diversifiées relevées dans les établissements pourraient laisser penser que la mise en place des PASS et les moyens mis en œuvre à ce moment là, résultent plus de constructions aléatoires que d'un projet institutionnel partagé.

Une comptabilité analytique sur les systèmes d'organisation des PASS, ou mieux de la prise en charge socio médicale de la personne précarisée au sein de l'établissement pourrait livrer des informations fort utiles.

### **2.1.2 Les acteurs hospitaliers de la PASS mal repérés au sein de l'établissement**

La diversité de configuration des PASS et la composition des équipes relevées dans la synthèse de l'IGAS abordée dans la 1<sup>ère</sup> partie, sont une réalité dans le Vaucluse.

Cette situation n'est pas en elle même illégitime car on peut penser qu'au moment de la mise en place des PASS, leur implantation géographique et le rattachement fonctionnel de leur personnel répondaient à une logique d'organisation, s'appuyant sur des objectifs bien identifiés.

Il semblerait, au regard des constats effectués lors des entretiens, que la réalité est autre. Le positionnement des permanences a été conditionné par des éléments à la fois humains et matériels.

La présence ou non d'un service social antérieur a déterminé 2 types d'ancrage :

- Un service supplémentaire dans les hôpitaux où n'existait pas de service social, généralement rattaché au service des urgences. Cette conception de la PASS est majoritaire dans le département, avec quelquefois des nuances liées à la dimension de l'institution et à la personnalité des acteurs de la permanence : les PASS de Carpentras, Orange, Apt rentrent dans cette conception. Dans ces cas là, les cellules médicosociales sont assimilées avant tout à un service d'accueil social ouvert dont la permanence n'est pas complète.

- Un dispositif tendant vers un fonctionnement transversal associant un ensemble d'intervenants pour une prise en charge plus globale du patient : les PASS d'Avignon, de Cavaillon et de Valréas ont développé des modes de relation plus transversaux, sans que ceux-ci aient fait systématiquement l'objet de procédures patentées.

Il faut ajouter à cela un décalage important entre le conventionnement de certaines PASS et l'effectivité de leur action, dû au recrutement tardif du travailleur social référent. L'exemple le plus significatif de ce constat concerne l'établissement de Pertuis dans lequel le dispositif accordé en 2002 a été officiellement créé le 18 janvier 2005 avec l'ouverture d'un poste d'assistant social à trois quart temps. Je précise qu'il n'y avait pas de médecin référent officiellement désigné au sein de la PASS le jour de ma visite.

Pour les autres permanences, hormis Avignon, Orange et Apt où la mise en place a été immédiate, un an s'est écoulé entre l'agrément et l'ouverture des PASS.

La constitution de la PASS en unité fonctionnelle avec un repérage d'un espace géographique dédié et de personnels bien identifiés, contribue à lui donner une assise dans l'établissement. Ainsi, celle d'Avignon est intégrée dans le pôle de santé publique qui associe 3 types de consultation :

- médecine interne, infectiologie et conseils aux voyageurs
- aide au sevrage tabagique
- PASS

L'équipe de ce pôle, constituée d'un médecin interniste spécialisé en infectiologie et addictologie, d'une assistante sociale et d'une secrétaire à mi-temps, est rattachée administrativement aux urgences mais géographiquement indépendante avec un repérage signalétique clair.

On se trouve donc en présence d'un service de consultation polyvalent dans lequel le temps consacré par le médecin à la PASS est en principe contingenté, mais celui ci favorise systématiquement la prise en charge d'un public signalé précaire notamment dans le cadre d'une arrivée aux urgences.

L'information sur le fonctionnement de la PASS a fait en son temps l'objet d'une diffusion auprès du personnel de l'hôpital, des partenaires et des usagers. Un prospectus est toujours à la disposition du public à l'entrée de la consultation, présentant le cadre législatif et les objectifs de la PASS, ainsi que la procédure de prise en charge. En revanche, la collaboration n'a pas fait l'objet d'un protocole affiché (annexe VI)

Pour information, la consultation médicale précède la consultation sociale. Cette remarque n'est pas fortuite et le concept de permanence médico-sociale qui détermine les relations médecin assistante sociale sera analysé dans le chapitre suivant.

Entrant dans la conception d'un service supplémentaire créé avec le recrutement d'un assistant social, la situation de la PASS de Cavillon présente un caractère spécifique. Rattachée au service social, elle a limité son accès exclusivement aux personnes sans couverture sociale, avec pour objectif l'ouverture des droits, une réponse thérapeutique immédiate et l'orientation vers le droit commun.

La permanence au premier abord se limite au bureau de l'assistant social. Elle est signalée dans le hall des consultations externes, par une affiche précisant son objet, les jours et heures d'ouverture, à côté de celle des consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG). La personnalité de la personne recrutée récemment, a permis un développement tout à fait intéressant de la permanence dans la mesure où elle a progressivement suscité la constitution d'une équipe médicale pluridisciplinaire. Cette coopération s'appuie sur des bonnes volontés et une sensibilité des praticiens à la question de la précarité. Toutefois, lorsque j'évoque avec l'assistant social l'existence d'une permanence médicosociale de la PASS, il considère qu'elle n'est pas effective, en raison du caractère informel de cette coopération.

L'orientation accompagnée du patient vers les différentes consultations que nécessite son état de santé est souvent un aller sans retour pour ce qui concerne l'information et le suivi de la prise en charge. Cet état de fait conduit l'acteur social de la PASS à une quête d'éléments constitutifs du parcours de l'utilisateur très consommatrice de temps et d'énergie.

### **2.1.3 Des stratégies de développement dépendantes de volontés individuelles et sous tendues par l'engagement d'un médecin référent**

Les intervenants des PASS rencontrés sont incontestablement impliqués dans l'accomplissement de leur mission mais ils ne se sentent pas forcément bien positionnés par rapport à leur intervention respective. « L'articulation entre le social et le médical n'a pas eu lieu » regrette le médecin de la PASS d'Avignon faisant référence au cloisonnement des métiers et des pratiques professionnelles. Le problème de la confidentialité des consultations sociales qu'opposeraient les travailleurs sociaux, en constitue un témoignage.

Au fil des entretiens, il ressort que le fonctionnement des PASS résulte davantage d'une sensibilité particulière aux problèmes des exclus de la part de certains membres du personnel médical, qu'un véritable engagement institutionnel basé sur un projet d'établissement clairement affiché.

A la PASS de Carpentras, l'implication du médecin responsable des urgences a permis le rattachement ponctuel à la permanence d'un cadre infirmier de son service et la réalisation des consultations au sein même de son service. Par ailleurs, la dispersion du

temps d'intervention de l'assistante sociale sur l'activité du service social hospitalier dont elle assume seule la charge, complique la coordination entre ces deux acteurs de la permanence. La disponibilité du médecin est reconnue mais celui-ci exprime en ma présence, qu'il ne veut pas « désavantager » son service par son implication accrue au fonctionnement de la permanence.

A l'hôpital de Valréas, l'assistante sociale positionnée officiellement à mi-temps sur la permanence admet qu'elle a établi des liens privilégiés avec certains personnels soignants de l'établissement vers lesquels elle adresse prioritairement les usagers de la PASS. Toutefois, elle revendique d'être associée à un médecin référent pour réaliser une véritable permanence socio médicale au sein de la cellule et un temps de secrétariat pour la gestion administrative des dossiers des patients.

La PASS d'Apt est centralisée autour de la fonction sociale. Rattachée au service des urgences, elle bénéficie, selon l'assistante sociale d'une participation importante des autres services, du fait de la dimension réduite de l'établissement. La cellule PASS n'est pas indiquée sur le tableau signalétique à l'entrée de l'établissement.

La coordination entre le volet social et sanitaire semble être une prérogative de l'assistante sociale. Celle-ci organise ses consultations dès l'établissement du bon de consultation, sur lequel sont retranscrites les interventions médicales et paramédicales nécessitées par l'état de santé du patient. Elle assure l'accompagnement du patient dans son parcours de soins tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du centre hospitalier (un emploi jeune supprimé depuis facilitait cette démarche). Toutefois, elle assimile à la mission PASS des consultations sociales réalisées quelquefois en binôme avec un travailleur social de la circonscription médico-sociale du conseil général au sein de l'établissement, sans interventions médicales parallèles. On s'aperçoit ainsi que certaines permanences en lien étroit avec le réseau associatif ou institutionnel, s'organisent localement en fonction de l'intérêt des partenaires immédiats sur la question de la prise en charge de la précarité et s'exonèrent de ce fait d'un cadre conventionnel. Cet aspect est analysé sous la notion d'instrumentalisation de la PASS évoquée plus loin.

Au cours de mon entretien avec l'assistante sociale, j'ai relevé qu'elle semblait avoir défini des règles d'intervention suivant des positionnements personnels, en se plaçant à l'interface de l'ensemble des fonctions de la PASS. Par exemple, dans le rapport d'activité 2004 de la permanence daté du 8 septembre 2005, dans la partie consacrée au circuit du patient, il est écrit « le service social peut adresser directement (sans filtrage par la consultation généraliste PASS) un patient à un médecin spécialiste pour des problèmes spécifiques isolées ». Si l'objectif affiché de placer chaque intervention sociale et

médicale dans un projet global de prise en charge est fondé, il n'en demeure pas moins que certains aspects de cette prise en charge nécessitent une clarification des rôles.

La multiplicité des activités répertoriées sous l'intitulé PASS ne permet pas de discerner l'articulation entre les fonctions d'accueil, d'accompagnement social et médical, d'autant qu'elles ne font l'objet d'aucune procédure de formalisation. A cet égard, l'assistante sociale considère que cette question de formalisation «pose le problème de la confidentialité et du secret médical», avis partagé par le médecin urgentiste.

Ces trois illustrations renvoient à l'organisation des PASS autour de trois fonctions essentielles : l'accueil, l'accompagnement social et l'accompagnement sanitaire.

L'articulation entre ces fonctions peut permettre la garantie d'une contribution efficace à l'accès des personnes précaires au système de soins hospitaliers, mais également au réseaux institutionnels et associatifs susceptibles de prolonger la prise en charge médicosociale vers l'accès au droit commun.

→ La fonction d'accueil : sa qualité est déterminante à la poursuite de la prise en charge de l'usager : au sein d'un centre hospitalier, cette phase implique de nombreux intervenants, en amont et en aval de la cellule PASS. L'absence ou l'insuffisance de liens organisationnels entre eux peut entraîner un renoncement aux soins de la personne, d'autant plus qu'il faut prendre en compte le profil même du public reçu tel que décrit dans le paragraphe 1.2.3 en 1<sup>ère</sup> partie. A cet égard, la brièveté du séjour des personnes au sein de l'établissement peut constituer un obstacle à une prise en charge globale de la personne, dans la mesure où elle ne permet pas l'établissement d'une relation de confiance. Cette exigence suppose une sensibilisation de l'ensemble des agents à la prise en compte du public concerné, par un repérage immédiat des comportements et des expressions de sa précarité.

→ La fonction d'accompagnement social :

Elle est systématiquement assurée sur tous les sites visités, avec toutefois des variantes dans l'implication de l'assistante sociale fortement liées à la place qui lui est reconnue par le médecin référent lorsqu'il est désigné. Dans l'ensemble des sites visités, le rôle de l'assistante sociale s'articule entre ses interventions spécifiques sur la permanence et ses missions générales au sein du service social hospitalier dont elle est le seul agent dans la plupart des cas. Le passage d'une prise en charge à l'autre est complexe et se caractérise par un manque de clarté.

Des aspects convergents se dégagent malgré tout des missions accomplies par les travailleurs sociaux au titre de la PASS.

En premier lieu, ils sont sollicités majoritairement par le service des urgences, le service de médecine, de consultation externe, et le service de gynécologie obstétrique.

Le service maternité est particulièrement « prescripteur » à la PASS d'Orange où le public bénéficiaire est majoritairement féminin, d'origine étrangère et la plupart en situation irrégulière (Afrique du nord, Europe de l'est et Brésil). Selon les observations de l'assistante sociale croisées avec celles des services d'action sociale du Conseil Général, cette prédominance trouverait son origine dans la présence de régiments de la Légion Etrangère installés dans la commune.

De même, la PASS de Valréas prend en charge des femmes d'origine maghrébine installées depuis des décennies à Valréas, issues de familles fortement précarisées, depuis le déclin de l'industrie de l'emballage et de l'activité viticole. Le faible effectif des médecins spécialistes sur la commune et les contraintes liées à leur propre culture les conduit naturellement au service hospitalier (pour des cas d'IVG) qui les oriente ensuite vers l'assistante sociale de la PASS, afin de préparer leur suivi à la sortie en liaison avec les services sociaux du Conseil Général.

En second lieu, leur mission conformément à la réglementation est d'accompagner les personnes dans l'ouverture ou le rétablissement de leurs droits. Cet aspect est essentiel pour des personnes inscrites dans un parcours de disqualification sociale depuis plusieurs dizaines d'années. L'entretien que j'ai réalisé auprès d'un usager de la PASS de Pertuis, correspond à ce profil : un homme en rupture familiale et professionnelle totale ayant connu une vie d'errance assez longue avant de se fixer sur la commune. Il vit de petits boulots mais son état de santé liée à un alcoolisme et un tabagisme majeurs le rend inapte à tout emploi durable. Bénéficiaire de la CMU, cette personne m'a confié qu'il n'avait pas vu de médecins depuis des années et que de toute façon, il ne voulait pas voir un médecin de ville. A l'hôpital, il a confiance et « l'assistante sociale est très gentille » ; celle-ci en lien avec le médecin qui a assuré sa prise en charge dans le service de médecine, l'a conduit à envisager le principe d'une cure de désintoxication. Cet homme a pris conscience au terme de la démarche socio sanitaire accomplie dans le cadre de la permanence, de la gravité de son état de santé et des besoins en soins qu'il nécessitait.

Enfin, je retire de mes entretiens avec les équipes sociales des PASS, leur initiative pour mettre en œuvre les actions destinées à organiser la prise en charge médicale et à préparer le médecin référent ou d'autres praticiens hospitaliers à recevoir le patient. Ils deviennent facilitateurs de l'activité des consultations médicales et des prestations qui en résultent, notamment la délivrance des médicaments.

Les assistants sociaux des PASS ont par ailleurs tous constitué un réseau partenarial, qui contribue de manière certaine, à préparer la sortie de l'utilisateur vers des dispositifs associatifs chargés de prendre le relais. La densité et la contribution de ce réseau à l'accès au droit commun est très variable selon les territoires et s'organise différemment

suyvant le degré de formalisation des liens. Ce point sera développé dans le chapitre 2.3 suivant.

Pour compléter le rôle dévolu aux assistants sociaux des PASS, il est important de préciser qu'ils sont généralement les auteurs des rapports d'activité des permanences, soumis à l'approbation du médecin et de la direction. Ces rapports ne sont pas établis dans toutes les permanences faute de temps nécessaire et en l'absence d'agents administratifs pour la collecte des données. Qui plus est, certains d'entre eux ne recensent que les éléments relatifs à l'activité de l'assistante sociale et non celle résultant des autres intervenants de la PASS.

→ La fonction d'accompagnement sanitaire :

Cette fonction est une composante déterminante dans la prise en charge globale de la personne en situation de précarité. En effet, il ne faut pas perdre de vue que l'arrivée d'une personne à la PASS est déclenchée généralement par un problème de santé aggravé et donc une demande de soins. Celle-ci, même si elle n'est pas clairement exprimée, est sous jacente à une situation de précarité dont les manifestations sont multiples et interdépendantes. A cet égard, le positionnement du médecin de la PASS est prépondérant dans la mesure où son approche généraliste peut garantir la cohérence du parcours de santé qui sera suivi par le patient à l'intérieur de l'institution hospitalière jusqu'à sa sortie vers le milieu ordinaire.

Les responsables des services en DASS et DRASS rencontrées se préoccupent de la teneur que peuvent prendre les consultations médicales de la PASS, redoutant le principe d'une médecine spécifique stigmatisant une partie de la population inscrite dans la précarité.

L'inscription dans la durée de la fréquentation de la PASS par ce public constitue-t-elle pour autant un témoignage de cette « dérive » ?

Pour accompagner cette interrogation légitime, je voudrais faire référence aux entretiens dont j'ai été témoin lors des consultations médicales du médecin de la PASS d'Avignon.

Il convient de rappeler qu'il s'agit d'un médecin interniste, spécialiste en infectiologie et addictologie.

La première consultation concerne un homme hébergé au CHRS de la Croix Rouge, accompagné par l'infirmière de ce centre.

Ce monsieur, d'une quarantaine d'années, a subi une ablation du pancréas liée à une dépendance alcoolique. Il est diabétique et nécessite un appareillage dentaire. Mis en confiance par le médecin et avec l'appui de l'infirmière, il poursuit un traitement assez lourd et accepte bon gré mal gré le principe d'un régime alimentaire.

Lors de la deuxième consultation, je suis en présence d'une femme de 43 ans présentant une séropositivité VIH et une hépatite B et souffrant de troubles dépressifs. Elle est adressée par SOS drogues international (SOS DI)/association vauclusienne d'aide et de prévention contre les toxicomanies (AVAPT) et suivie de façon régulière depuis 1 an par le médecin de la PASS. Elle est hébergée en appartement relais par l'association précitée.

L'entretien prend appui sur les derniers résultats de laboratoire et permet à cette personne de discuter ouvertement et visiblement en toute confiance des modalités concrètes de la poursuite de son traitement, de l'évolution probable de ses pathologies et des complications possibles. Le médecin lui conseille de revenir le consulter une fois par mois, pour garantir un suivi efficace en particulier sur la prise en charge du risque dépressif. Il lui rappelle les recommandations d'usage sur les risques de contamination par le VIH par rapport à ses pratiques sexuelles. La personne exprime son souci de trouver rapidement un appartement puisqu'elle doit prochainement quitter le logement thérapeutique de l'association. Ses revenus se limitent à l'allocation aux adultes handicapés (AAH).

Chaque consultation a duré environ 30 minutes, et dans chaque cas, le médecin dispose d'une fiche de synthèse du dossier médical de l'usager et l'entretien se conclut par un courrier dicté en direction du médecin de l'AVAPT où est hébergée la deuxième patiente et une convention de traitement partagé avec l'infirmière de la Croix rouge qui accompagne le premier patient.

A la lecture de ce témoignage, on serait tenté de considérer que ce médecin se prête à une forme de «fidélisation» des usagers de la PASS. Lors de notre entretien, il a considéré qu'il existait un risque de «ghettoïsation» de ces patients, ce qui constitue un point faible du dispositif. Selon lui, le défaut d'implication des autres professionnels de santé de l'hôpital et la difficulté de créer des relais avec le réseau extérieur associatif expliquent cette tendance.

Son discours renvoie à la dimension pluridisciplinaire et transversale de la prise en charge médicale, dont on peut penser que le médecin référent de la PASS constitue le vecteur relationnel.

#### **2.1.4 Une action transversale peu opérante ou le risque d'une instrumentalisation de la permanence comme espace dédié aux exclus**

La collaboration des PASS de Vaucluse avec les services d'hospitalisation et de consultation est parcellaire et généralement peu formalisée. Dans ces conditions, la

participation du dispositif à la construction d'un parcours d'accès aux soins, incluant une action de prévention apparaît limitée.

Car il s'agit bien d'éviter la création d'un circuit parallèle pour les personnes en situation précaire, et de les intégrer progressivement et en fonction de leurs besoins dans un processus de reconstruction sanitaire et sociale.

Cet objectif souligné par la circulaire de mise en œuvre des PASS implique un décloisonnement des pratiques professionnelles et une participation de l'ensemble des acteurs hospitaliers pour une prise en charge de qualité des personnes en situation d'exclusion.

En effet, la perception de la personne exclue au sein de la cellule médico-sociale et au delà dans le centre hospitalier, ne doit pas se limiter à l'état de ses fonctions organiques. Le lien entre son état pathologique et les autres composantes de sa précarité, généralement interdépendants doit être examiné. A cet égard, la prise en charge ne peut être que singulière, j'entends originale mais en aucun cas marginale.

Plusieurs facteurs peuvent expliquer les défaillances constatées dans ce processus de globalisation de la prise en charge.

- Le positionnement de l'institution hospitalière : « la PASS a comblé un gros vide : celui laissé par le médecin ne sachant pas gérer le côté social »<sup>11</sup> Elle est un « plus » pour la gestion propre de l'hôpital, au sens où l'intervention de l'assistant social a pour effet de limiter les créances irrécouvrables.

Cette observation renvoie au rôle confié au travailleur social de rétablir la personne dépourvue de protection sociale dans ses droits. Les assistants sociaux informent les usagers de la permanence que les consultations ne sont pas gratuites. La facturation est simplement retardée, en coordination avec le service des entrées jusqu'à ce que la couverture sociale soit mise en place ou bien rétablie.

De manière générale, les directeurs des établissements de santé rencontrés ont souligné les difficultés de fonctionnement des PASS au regard de la mise en œuvre de la tarification à l'activité. La dotation initiale dédiée aux permanences médicosociales n'est pas représentative des coûts entraînés par la prise en charge des personnes en situation précaire. Ce constat confirme les résultats de l'analyse conduite dans le cadre d'une mission PMSI lancée en 1998.

Cette étude a permis de déterminer que cette population, même si elle ne présentait pas des pathologies spécifiques, se distinguait par une hétérogénéité et une aggravation des

---

<sup>11</sup> Témoignage du directeur adjoint de l'hôpital d'Aubagne cité dans l'article de M.Kindermans. La Gazette Santé social. 15 mars 2004.

pathologies largement impactées par les handicaps socioéconomiques et environnementaux qui caractérisent le phénomène d'exclusion, et dans la plupart des cas un recours tardif aux soins.

De ce fait, il s'avère que, « à groupe homogène de séjour (GHS) identique, les séjours des patients dits « précaires » ont une durée de séjour globalement supérieure de 36% à celle des patients « non précaires ». Pour ces patients, le séjour moyen dure environ 2,52 jours de plus que pour les patients non précaires. A propos de l'impact de la précarité sur le coût du séjour, on observe un effet quasi-similaire : les séjours précaires apparaissent y coûter environ 33% plus cher que les séjours des patients non précaires »<sup>12</sup>

Plus de 5 ans après la création des PASS dans le Vaucluse, ces conclusions sont toujours d'actualité, avec des variables selon les territoires et les groupes de population accueillis dans les PASS : la prévalence de certaines pathologies varie en fonction des publics reçus dans les PASS. Ainsi, l'étude réalisée en 2002 par une équipe de médecins sur la PASS d'Avignon porte sur 2 principaux sous groupes de patients, avec une prédominance des personnes étrangères. Elle souligne un mode de fréquentation et une surreprésentation de pathologies différents entre ces groupes : « les patients consultant à la PAS présentent des pathologies somatiques variées, multiples, telles qu'on les observe en médecine générale : mais il existe une surreprésentation de l'obésité, la grossesse, l'infection par le VHC, les mycoses, les traumatismes, la tuberculose et l'infection à VIH par rapport à la prévalence connue de ces affections dans la population générale française »<sup>13</sup>

La pérennité du dispositif sur le plan financier est donc une donnée qui semble prendre une ampleur particulière avec la T2A, et le contenu de la MIGAC retenu à partir des retraitements comptables 2003 en Vaucluse ne semble pas effacer les craintes des directeurs d'hôpital. En effet, dans la mesure où la prise en charge pluridisciplinaire des personnes précarisées implique logiquement une action transversale des autres pôles hospitaliers, on peut penser que l'impact financier sur le GHS risque de les pénaliser en cas d'augmentation de la fréquentation de ce public.

---

<sup>12</sup> Caryn MATHY et Max BENSADOUN, impact de la prise en charge de patients en situation de précarité sur les hospitalisations de court séjour. Paris : Ministère de la Santé, Mission PMSI, 22 février 2000, p 22

<sup>13</sup> A de LA BLANCHARDIERE, étude prospective des caractéristiques médicosychosociales de 350 patients ayant consulté une permanence d'accès aux soins de santé en 2002, la revue de médecine interne 2004, p 269

Le rattachement majoritaire des permanences au service des urgences symbolise peut être la volonté de sanctuariser la prise en charge de ce dispositif à l'intérieur de l'hôpital. Certes, ce service génère de façon constante des consultations pour les PASS. Toutefois, il ressort une forme de contradiction entre le fait de vouloir désengorger les urgences d'un public précaire, dont on a vu que la prise en charge est complexe et la volonté plus ou moins affichée d'en faire dépendre la PASS ou de l'en rapprocher.

Ainsi, le directeur de l'établissement de Cavillon m'a précisé qu'à l'issue de la reconstruction des urgences à l'entrée de l'hôpital, la PASS serait rattachée géographiquement à ce service. Cette prise de position se veut pratique puisqu'elle rapproche les usagers des intervenants sociaux et médicaux.

Cependant, on peut opposer deux arguments :

- Les personnes en situation d'exclusion présentent souvent une fragilité psychologique qui nécessite une structure d'accueil apaisante permettant une mise en confiance rapide. Or du fait de leur mission, les urgences constituent des espaces éminemment anxiogènes au sein desquels la rapidité et la spécificité des interventions ne permettent peut être pas de favoriser la prise en compte des témoignages de souffrance de la personne exclue.
- Placer les PASS sous la « tutelle » des urgences risque de figer les modalités de réponse apportées par la permanence. L'implication des autres services au titre de l'interdisciplinarité n'est pas dans ce cas spontanée et encore moins garantie, surtout en l'absence de formalisation des procédures internes.

A l'hôpital d'Apt, la PASS est rattachée aux urgences mais la taille de l'établissement a permis l'instauration de relations transversales souples et rapides, relations que je qualifierai de subjectives liées à la personnalité de l'assistante sociale de la PASS.

La permanence est placée comme tête de réseau : des consultations sociales en lien avec les services du Conseil Général sont mises en place dans l'enceinte de l'hôpital en dehors de toute prise en charge médicale, dès lors qu'une difficulté liée à l'ouverture des droits ou à une réponse sanitaire est repérée par les agents de la circonscription médicosociale (CMS). Pour maintenir et affiner ces contacts, les référents de la PASS participent à des réunions trimestrielles sur la prévention et toutes les thématiques développées par la CMS dans le bassin de population. Cette configuration présente un intérêt majeur dans la mesure où elle s'inscrit dans une volonté de continuité et de globalisation de la prise en charge, dans un territoire où l'isolement des populations en grande précarité est important.

Toutefois, elle présente le risque d'un éparpillement des moyens et un manque de lisibilité des missions, renforcé par le caractère informel des interventions. Dans ce chaînon de

bonnes volontés, la défaillance ou l'absence d'un seul maillon peut contribuer à la rupture du système. En outre, le développement des actions de la PASS pose la question du renforcement des moyens que la directrice du centre hospitalier sollicite pour garantir la pérennité de la permanence.

- la mobilisation des personnels hospitaliers: l'implication des médecins et des autres personnels soignants résulte dans la plupart des cas, plus d'un consentement négocié avec les acteurs de la PASS que d'une participation contractualisée.

Malgré tout, on relève la mise en œuvre d'accords internes destinés à faciliter l'accès des usagers à des services hospitaliers : par exemple, l'accès à la pharmacie est formalisé par une fiche de liaison pour la délivrance des médicaments prescrits (PASS d'Avignon, Orange, cavaillon et Apt)

A l'hôpital de Carpentras, un protocole spécifique avec le service des urgences a été élaboré pour garantir la continuité de la prise en charge médicale en cas d'absence du médecin référent de la PASS, qui est le responsable de ce service. Toutefois, ces dispositions ne lèvent pas tous les obstacles en cas d'absences prolongées du praticien. Ce problème est généralisé à toutes les PASS pendant la période de congés des équipes, en l'absence de dispositions transitoires officielles.

Mobiliser les acteurs hospitaliers implique de les former et les sensibiliser aux caractéristiques précédemment décrites des personnes démunies. Leur prise en charge dépasse le seul cadre des actes médicaux et des soins techniques et oblige à considérer dans toute leur dimension les besoins de la personne. Parmi les PASS visitées, peu d'entre elles ont mis en place un programme de formation du personnel visant le public précaire. Or, cette démarche présente l'avantage de créer une relation transversale entre tous les acteurs hospitaliers en interrogeant les pratiques professionnelles et en créant une communauté de savoirs autour de la santé des personnes exclues.

Ce point a été abordé en DRASS PACA, lors d'une journée consacrée aux PASS, sur la base des réflexions abordées lors d'une session de formation en direction des personnels paramédicaux et sociaux, organisée à l'initiative de la DHOS.

Le thème portait sur l'accès aux soins des personnes immigrées notamment aux urgences. Le responsable de cette session a évoqué à cette occasion les questions de fond qui recoupent l'ensemble des données de l'analyse qui précède. Le positionnement de la PASS perçue par les soignants comme un lieu d'action spécifique pour dispenser les soins à un public mal connu et souvent mal compris en constitue le point de départ. L'approfondissement de la mission de l'hôpital par une approche globale du patient précarisé dans le cadre d'une assistance socio médicale conjuguée apparaît comme un objectif à atteindre.

Le partenariat interne à l'hôpital figure ainsi comme un axe fort de fonctionnement des PASS, mais la relation de celles-ci avec les acteurs sociaux et médicaux dans le cadre d'un travail en réseau est assurément un gage de développement et de réussite pour conduire la mission essentielle qui prévaut dans le texte fondateur des PASS : le retour des personnes vers les dispositifs de droit commun.

## **2.2 Des partenariats extérieurs informels donc un réseau fragile**

Les notions de partenariat et de réseaux s'enchevêtrent entre des systèmes réglementaires issus notamment de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et des concepts organisationnels pragmatiques forgés d'engagements individuels, associatifs ou institutionnels.

Globalement, il ressort du diagnostic réalisé en amont du projet PRSP que le Vaucluse dispose d'un système de protection sociale, qu'il s'agisse de l'équipement hospitalier ou de la démographie médicale et paramédicale, satisfaisant.

Pour autant, en présence d'un phénomène de précarisation de la population de plus en plus prégnant et de la grande diversité des acteurs locaux, une démarche de coopération et de coordination des actions s'impose.

La réalité de cette démarche dans le département de Vaucluse est bordée d'intentions qui ne se concrétisent pas forcément par des actes de travail en réseau très visibles. Il s'agit plus d'organisations en filière qui prennent en compte la trajectoire suivie par un usager dans un dispositif d'offre médicosociale avec des passages de relais éventuels que d'organisations en réseau dans lesquels la coordination des personnes morales ou physiques qui les composent, permet une prise en charge rationnelle du patient. Je précise que cette remarque se limite à l'analyse des relations entre les PASS et leurs correspondants potentiels identifiés.

### **2.2.1 Des partenaires rapprochés mais dont la disponibilité est variable suivant différents paramètres locaux : moyens humains, environnement socio-économique et politique.**

Dans le cadre de mes entretiens avec les équipes PASS, j'ai posé la question de la réalité du travail en réseau avec les partenaires extérieurs.

Dans tous les cas, un réseau d'acteurs partenaires existe et il est spontanément désigné par l'assistant social qui semble se situer à l'interface entre le milieu hospitalier et les membres de ce réseau.

Son rôle est d'autant plus renforcé que la sortie d'un patient pris en charge par la PASS interroge en priorité les autres aspects de la précarité : le logement ou la réinsertion sociale notamment. Le relais est donc à construire pour assurer la continuité de la prise en charge et garantir la continuité des soins.

Parmi ce réseau de partenaires, il se trouve un noyau dur constitué de la CPAM et des services de proximité du conseil général dans les procédures d'ouverture ou de rétablissement des droits sociaux. Leur contribution est quasi systématique et s'inscrit en complémentarité des activités des PASS. Les travailleurs sociaux des permanences font état de relations privilégiées et rapprochées avec ces organismes et institutions favorisant la résolution dans des délais courts de la question des droits administratifs.

J'ai cité précédemment l'exemple de la permanence d'Apt où ce partenariat est constant, notamment avec la circonscription d'action médicosociale du département. A Valréas, l'assistante sociale accompagne la sortie d'un patient qui nécessite des soins infirmiers en étroite relation avec les infirmières de la circonscription et les services de soins à domicile. Toutefois, on relève une fois encore l'absence de formalisme dans cette démarche qui repose sur des individualités et quelquefois une forme de militantisme des personnes inscrites dans le circuit. Cette situation peut constituer un obstacle à la pérennisation des actions conduites en direction des personnes précarisées en cas de défaillance de l'un ou l'autre des acteurs. En outre, le manque de lisibilité ou le caractère « confidentiel » des liaisons empêche de prendre la bonne mesure des différentes étapes de ce processus.

Le partenariat avec les autres acteurs institutionnels et associatifs est étroitement lié à des paramètres locaux, tels que le positionnement de la commune de rattachement de l'établissement hospitalier. En effet, la volonté politique locale de prendre en compte la précarité des populations impacte sensiblement les capacités du réseau à organiser des réponses coordonnées. Ainsi, à Orange, il semble que le contexte politique local freine la participation efficace des services sociaux communaux et le développement du tissu associatif. En outre, cette situation influence directement le profil des personnes accueillies à la PASS où le passage des SDF est faible.

Ce contexte orangeois n'est pas sans incidence sur la vie socioéconomique de Valréas, dont le directeur d'hôpital notait que la situation d'enclave de la commune, créatrice d'isolement était renforcé du fait du « désengagement des services de l'Etat et du Conseil Général » ces collectivités portant davantage leurs efforts sur le territoire d'Orange.

Si l'engagement des associations dans un fonctionnement en réseau avec les PASS est fluctuant, la plupart d'entre elles sont reconnues et financées dans le cadre de la politique de lutte contre les exclusions. Elles font le lien en amont ou en aval avec les

permanences et leur participation au comité départemental de veille sociale est l'occasion d'échanges favorables. Ce point est développé dans le dernier volet consacré aux acteurs de pilotage du dispositif.

En revanche, le travail en réseau avec les professionnels de santé rencontre plus d'obstacles, en raison de leur nombre et la multiplicité de leur statut.

### **2.2.2 Des professionnels de santé mal informés et peu impliqués**

La continuité des soins à la sortie de la PASS ne peut être garantie sans l'adhésion de ces professionnels : médecins, pharmaciens, infirmiers.

En ce qui concerne le secteur libéral, dans la plupart des territoires, l'articulation avec l'activité des permanences est très faible : quelques cas dérogent cependant à la règle et résultent d'une sensibilité particulière des praticiens à la question de l'exclusion, et dans tous les cas de relations privilégiées établies avec les membres des PASS.

A Cavaillon, un médecin de ville (dont l'épouse est personnel hospitalier) accueille un jour par semaine des patients adressés par la permanence sur présentation d'un bon.

En Avignon, c'est un groupe de médecins de ville qui intervient bénévolement dans le cadre de l'accueil de jour du Secours Catholique, en lien avec des infirmières bénévoles du CHU qui se déplacent 2 jours par semaine. Le médecin de la PASS de Carpentras a négocié avec certains médecins spécialistes l'engagement de dispense de soins sans dépassement d'honoraires, en faveur des personnes adressées par la permanence.

On constate de façon générale une réticence des médecins du secteur libéral à recevoir le public en situation précaire liée à plusieurs facteurs: méconnaissance de ce public, peu de disponibilités vis à vis de l'activité de leur cabinet, effectif déficitaire des praticiens spécialistes dans les territoires ruraux, comme Valréas. Une défiance se manifeste également vis à vis de la PASS vécue en terme de concurrence par des médecins généralistes. C'est les cas à Orange, ce qui a eu pour effet la non ouverture d'une consultation de médecine générale au sein de l'hôpital pour le public de la PASS.

La question des soins dentaires se pose de façon systématique, en l'absence de prestations hospitalières spécifiques et d'une inadaptation des cabinets privés à l'accueil de ce public, dont l'hygiène bucco dentaire entraîne des pathologies sérieuses faute de prise en charge dans la durée.

La PASS de Cavaillon étudie le projet d'un rapprochement avec un centre mutualiste pour la réalisation des soins dentaires.

La mobilisation du corps médical à l'extérieur des PASS s'effectue donc de façon très ponctuelle, ce qui pose le problème de la continuité de la prise en charge globale des personnes démunies. L'articulation avec les PASS se fait en « pointillé » et ne répond pas à l'idée du réseau de santé. Pourtant, ceux-ci existent dans le Vaucluse mais présentent des caractéristiques qui ne s'accordent pas avec les objectifs poursuivis par les permanences.

### **2.2.3 Des réseaux spécialisés (addictologie) nécessaires mais apportant des réponses spécifiques quand des situations exigent des réponses plurielles**

La loi du 4 mars 2002 précise l'objet du réseau de santé « les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies et activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins ». <sup>14</sup>

La volonté du législateur à travers cet objectif, repose donc sur une meilleure coordination entre les professionnels du secteur sanitaire et social et les institutions. Le réseau tel qu'il est défini représente un formidable outil, qui au delà d'une simple mécanique relationnelle, engage les acteurs du réseau dans une démarche de mutualisation des savoirs, d'échanges de pratiques dans la connaissance et le respect des compétences et des rôles de chacun.

L'inspecteur principal responsable du pôle santé publique et prévention à la DDASS de Vaucluse évoquait lors d'un entretien l'état des lieux des actions entreprises dans le cadre des réseaux de santé. Axé sur la prévention et les soins dans le domaine de l'addictologie, le dispositif implique 3 associations financées par la dotation régionale de développement des réseaux, le fonds national de prévention, d'éducation et d'informations sanitaires et le fonds d'aide à la qualité des soins de ville. En 2004, la dotation attribuée à ces associations s'est élevée à 659.572 €. S'ajoutent à cette enveloppe, des crédits de l'assurance maladie affectés au financement de consultations, centres de soins, accueil spécialisés dans la prise en charge des pathologies liées à des conduites addictives. L'étude des rapports d'activité des réseaux met en relief un travail partenarial élargi, associant une multitude de professionnels de santé et d'acteurs sociaux. Toutefois, l'inspecteur principal observe que dans ce contexte, on a trop spécialisé les prises en charge sous l'angle toxicologie, VIH. Cette tendance accentue un

---

<sup>14</sup> Loi n°2002-303 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, 4 mars 2002, art L6321-1 du code de la Santé Publique

repli des acteurs du réseau sur leurs pratiques et leurs financements. Elle ne favorise donc pas la mutualisation nécessaire des moyens dans la réponse à donner à un public très précaire.

Cette observation rejoint les conclusions d'une étude réalisée en 2004 par la coordination nationale des réseaux (CNR)

Les réseaux se sont donc professionnalisés « on constate que cela conduit à une remédicalisation des réseaux. Dans la mesure où ils sont financés essentiellement par des crédits de l'assurance maladie et du ministère de la Santé, on s'achemine vers une pérennisation de réseaux très normalisés autour de pathologies bien maîtrisées », estime Michel Cadennes, coordonnateur de l'étude CNR<sup>15</sup>. L'auteur de cette étude précise :

« On constate souvent la tentation des pouvoirs publics de faire une réponse sanitaire plus qu'une réponse de santé ».

Certaines PASS de Vaucluse ont déclaré parmi leurs partenaires ces réseaux de santé, sans toutefois exprimer de manière précise l'articulation des liens mis en place. L'intervention des réseaux se situe au moment de l'entrée du patient dans le circuit de la PASS, lorsque leur maillage territorial croise celui de la permanence. En Avignon, SOS DI /'AVAPT adresse régulièrement au médecin de la cellule des personnes que l'association prend en charge et héberge lorsque leur pathologie nécessite un suivi médical généraliste. De fait, ce type de liaisons se retrouve dans les établissements de santé figurant sur les territoires couverts par les réseaux : Orange et Avignon. En revanche, les autres PASS ne font pas état de relations partenariales clairement identifiées avec les réseaux de santé. Or, il semble qu'une partie du public reçu au sein des permanences présente des pathologies bien souvent associées à des conduites addictives.

#### **2.2.4 Des liens partenariaux diffus dans un espace non contractualisé**

Il existe ainsi des diversités dans l'expression des liens partenariaux mais aussi des divergences dans la façon de les qualifier qui constituent autant d'obstacles à une coordination efficace des actions en faveur des publics en situation d'exclusion.

La consistance des liaisons partenariales n'est pas équivalente sur tous les territoires et les attentes sont diversifiées. Elles paraissent mieux partagées et plus régulières sur les communes de faible densité démographique ou les territoires ruraux isolés. Les acteurs impliqués sont mieux repérés et la proximité des lieux d'action facilite les relais.

En milieu urbain ou dans une grande agglomération comme celle d'Avignon, on assiste à un phénomène de « clientélisme » en présence d'associations inscrites dans des

---

<sup>15</sup> Philippe Chossegros, Réseaux de santé : la qualité en pratique, CNR, janvier 2005- synthèse

dispositifs spécifiques avec des financements dont la pérennité n'est pas garantie d'où la tentation de « s'approprier » un public et développer de manière unilatérale des actions en sa direction. A Carpentras, l'association « solidarités » qui gère un accueil de jour recevant des personnes très précarisées et en rupture de soins, avait mis en place 2 ans auparavant un atelier santé dans une perspective de promotion et d'éducation à la santé. L'infirmière chargée de cet atelier travaillait étroitement avec l'équipe de la PASS mais son départ a entraîné sa fermeture.

L'hôpital avait alors élaboré en commun avec l'association, un projet d'accueil de jour avec lits infirmiers, qui a été abandonné en partie faute de financement mais surtout en raison d'une certaine résistance de la directrice de l'association à contractualiser la mutualisation des moyens.

Depuis, le partenariat entre PASS et association s'est distendu. Toutefois, dans le cadre du comité de veille sociale, le principe de l'externalisation de la permanence sur l'accueil de jour a été relancé.

Les relations partenariales sont rarement contractualisées, comme les illustrations précédentes en témoignent. De ce fait, la traçabilité des interventions n'est pas évidente et concourt difficilement à l'établissement des pratiques d'évaluation quantitative et qualitative du dispositif.

Le décloisonnement recherché dans l'esprit des réseaux entre le sanitaire et le social, entre les acteurs institutionnels et associatifs et entre la prévention et les soins n'est pas achevé autour du dispositif des PASS. Il manque un dénominateur commun à l'action globale indispensable à la prise en charge des personnes en situation de grande précarité.

Pour cimenter ce partenariat et le faire exister en réseau véritable, il incombe aux pouvoirs publics de réaliser un maillage de l'organisation des services sanitaires et sociaux quelque soit leur nature. Le rôle des administrations de tutelle apparaît à cet égard essentiel.

Depuis la mise en œuvre des PASS, quels ont été les niveaux d'intervention des instances tutélaires et leur développement sur le dispositif et comment s'est effectuée l'articulation entre les différents échelons régional et départemental ? C'est l'objet du chapitre suivant qui s'attache à l'observation de l'action de pilotage et d'animation conduite depuis la création des permanences.

### **2.3 Une politique de pilotage et d'évaluation du dispositif en cours de redéfinition**

Dans la deuxième partie de son rapport consacré à l'analyse des dispositifs de la loi du 29 juillet 1998, l'IGAS a mis en lumière les différentes causes à l'origine des difficultés de

mise en œuvre de ces dispositifs. Parmi celles ci, il a pointé un certain nombre d'insuffisances qu'il attribue à l'administration, dans le domaine

- des instruments d'analyse des besoins des publics et du suivi des mesures
- des outils de pilotage pour l'évaluation des actions
- de l'information et l'accompagnement des publics concernés.

La portée interministérielle et interinstitutionnelle de la loi de lutte contre les exclusions a nécessité la mise en œuvre d'instances locales consultatives ou de coordination généralistes ou spécifiques qui ont mobilisé de façon intensive les services extérieurs de l'Etat sur plusieurs fronts. Cette multitude d'espaces de concertation et de décision a eu pour effet une dispersion des compétences et des rôles entre les acteurs publics et une dilution des stratégies à mettre en œuvre. Or, l'objectif national de cohésion sociale que traduit dans sa globalité la loi de lutte contre les exclusions engage l'Etat dans une mission d'animation et de contrôle des dispositifs pour en garantir leur pleine efficacité.

En ce qui concerne le volet santé de la loi, sa coordination implique la DRASS, la DDASS et l'ARH, à des niveaux différents d'actions: financement, programmation, évaluation et dans des champs qui concerne le secteur sanitaire et le secteur social. Les PRAPS et les PASS constituent les principaux instruments qui relèvent de la responsabilité des autorités de tutelle. Leur mise en œuvre repose dans le principe sur une coopération entre le niveau régional et le niveau local, dans la détermination des orientations et des actions retenues.

La multiplicité des dispositifs et des intervenants qui a caractérisé la mise en œuvre des dispositifs de la loi de lutte contre les exclusions a complexifié considérablement leur gestion par les services de l'administration locale.

En ce qui concerne les PASS, le fait qu'ils se situent au croisement du champ sanitaire et social, a nécessité une approche interservices délicate dans sa réalisation.

En Vaucluse, ce réseau des tutelles s'est progressivement mis en place.

### **2.3.1 Une dilution du dispositif**

La multiplicité des programmes et actions conduits à différents niveaux pose le problème de leur coordination : quels moyens et quels acteurs ?

Les stratégies de développement des actions de prévention et d'accès aux soins se conjuguent à l'échelon régional dans le cadre du PRAPS dont le pilotage financier est assuré par la DRASS, sur la base d'une élaboration concertée entre les niveaux régional et départemental. Le programme de 2ème génération (2003/2006) est en cours avec des axes qui tendent vers une concertation infra régionale améliorée.

L'évaluation nationale du lancement de ce programme porte sur la pertinence de leurs objectifs au regard des besoins régionaux et nationaux, et sur les modalités de pilotage,

en relation avec les dispositions qui ont contribué au déroulement du programme de 1<sup>ère</sup> génération.

La qualité de ce programme est dépendante des coopérations infra régionales et des capacités à traduire de manière synthétique les effets des actions qu'il a contribué à mettre en œuvre auprès des populations concernées. Son interdépendance avec les dispositifs de planification sanitaire est évidente : tels que les programmes régionaux de santé (PRS), le schéma régional d'organisation des soins (SROS) et les schémas régionaux d'éducation pour la santé (SREPS).

Dans le cas des PASS, cette situation est prégnante car comme on l'a vu, l'existence des permanences est très liée aux moyens attribués à l'établissement hospitalier de rattachement et plus généralement au projet de développement de la structure de soins pris en compte par le SROS. Sur ce point, l'évaluation nationale souligne que « les DRASS-DDASS ayant qu'un poids limité sur l'offre du système de santé, s'appuient utilement sur ce consensus, mais au prix d'objectifs généraux peu opérationnels, qui font rarement référence aux publics identifiés dans le diagnostic, précisent peu les acteurs à mobiliser, rarement les indicateurs de réalisations ou résultats, et jamais les budgets nécessaires. »<sup>16</sup>

En ce qui concerne la cohérence du PRAPS avec les dispositifs sociaux, son caractère hétérogène est souligné par l'évaluateur : les difficultés de liaison avec les acteurs sociaux résultent en particulier de la grande diversité de ces partenaires intervenant au croisement des dispositifs de lutte contre les exclusions dans le domaine de l'emploi, du logement, mais aussi dans le cadre de la politique de lutte contre la drogue et les dépendances ou la politique de la ville.

L'aspect financier du PRAPS interfère dans les modalités de suivi et de pilotage. A vocation incitative et mobilisatrice, le programme dispose d'un budget délimité, issu de financeurs multiples : les crédits d'intervention de l'Etat, de l'ARH, de l'assurance maladie à travers le fonds national de prévention, d'éducation et d'information en santé et du Conseil régional.

Malgré la mise en place d'un guichet unique DRASS et d'appels à projet commun, le dispositif n'échappe pas à un phénomène de dispersion des moyens dégagés qui sont dans certains cas employés davantage pour renforcer des structures que pour la mise en œuvre effective des actions.

---

<sup>16</sup> Rapport d'évaluation nationale du lancement des PRAPS de deuxième génération. Résumé analytique, p 2

Pour mémoire, le PRAPS de la région PACA a mobilisé plus de 8.880.000 € sur la période 2000/2003, les deux tiers de cette enveloppe étant abondés à part égale par l'Etat et l'ARH.

Le rapprochement entre deux processus de planification et d'orientation des services sanitaires et sociaux constitue donc un enjeu majeur pour les pouvoirs publics.

### **2.3.2 Un ancrage local du dispositif PASS en retrait par rapport à une démarche planifiée**

Parmi les 5 objectifs définis dans le cadre du PRAPS II de la région, les deux premiers s'attachent à optimiser les dispositifs d'accès aux droits CMU et AME, et à améliorer le fonctionnement et la coordination des dispositifs existants. L'intention est de favoriser l'accès aux soins et leur continuité, avec le souci légitime de ne pas recourir à de nouveaux dispositifs sans avoir recherché au préalable une meilleure efficacité de ceux préexistants. Les PASS sont à la charnière de ces deux objectifs. Ils sont inscrits de fait dans l'objectif 2, déclinés au sein du premier objectif intermédiaire qui vise la mise en œuvre de modes de prise en charge adaptés pour des personnes qui le nécessitent ou dont l'unique entrée dans le système des soins se fait par les urgences.

Le programme régional précédent avait souligné la nécessité de ne pas créer de filières spécifiques pour les plus démunis et à cet égard, le bilan intermédiaire réalisé a mis l'accent sur l'externalisation de l'activité des PASS, et la diversification des modes de prise en charge associant la médecine de ville dans le cadre de formules innovantes. Cette volonté s'est traduite par la mise en place de formations spécifiques destinées au personnel des PASS en 2000, puis des formations à l'évaluation en direction de 90 professionnels concernés par le PRAPS, entre 2001 et 2003. Cet objectif a été repris par le programme régional de 2<sup>ème</sup> génération dans la perspective d'un décloisonnement des pratiques professionnelles et d'une redynamisation du travail en réseau.

Lors des entretiens avec les équipes des PASS de Vaucluse, j'ai relevé que la plupart des intervenants n'avaient pas bénéficié des actions de formation axées sur la prise en charge des publics démunis. Ce constat résulte en partie du décalage entre l'organisation de ces actions et le recrutement des personnels concernés.

Une communauté des savoirs entre les différents acteurs participant au dispositif départemental de lutte contre les exclusions reste à finaliser ; la formation est une des clefs pour interpeller et mobiliser les professionnels autour des problèmes des publics précaires et des solutions à leur apporter.

C'est aussi créer les conditions pour rompre l'isolement des PASS à l'intérieur de l'institution hospitalière et leur ouverture vers les réseaux extérieurs de prise en charge de ces publics.

L'harmonisation fonctionnelle des permanences est sans doute un gage d'équilibre dans la réponse médicosociale qu'elle s'efforcent d'apporter aux personnes qu'elles reçoivent.

La bonne volonté des équipes maintes fois soulignée ne suffit pas à éviter des formes d'appropriation ou de personnalisation des actions telles que je l'ai constaté dans le cadre de la permanence d'Apt ou d'Avignon: l'engagement voire le militantisme des personnels aussi louable soit-il comporte le risque de figer la perception que les autres partenaires et le public lui-même ont de la mission de la PASS.

Des ouvertures existent et des relais potentiels ont été mis en place sous l'impulsion de la DDASS : la mise en œuvre d'un réseau de référents santé des centres d'hébergement pour développer l'accès à la santé, y compris par l'éducation illustre la volonté des financeurs de renforcer la maillage des réponses possibles. On a vu que des relations partenariales existaient entre ce réseau et certaines PASS, mais leur caractère informel les soustrait à une démarche planifiée objective et évaluable.

Des espaces de réflexion et d'échanges ont été organisés aux niveaux régional et départemental à l'attention des acteurs concernés par la santé des exclus, pour leur permettre un repérage de leurs missions respectives et la reconnaissance de leur complémentarité potentielle.

L'exemple du comité départemental de la veille sociale de Vaucluse témoigne de cette orientation. Une large représentation des associations partenaires et au delà des représentants des acteurs institutionnels associés à la lutte contre les exclusions contribue à la vitalité de ce comité qui se réunit une fois par mois depuis 2002. Les PASS participent à ces travaux qui ont pour intérêt de faire l'état des lieux des besoins et des manques des dispositifs de veille sociale. Elles offrent également un lieu où se discutent les dysfonctionnements du système.

La consultation des comptes rendus des réunions du comité révèle la présence régulière des personnels des PASS et la mise à jour des difficultés rencontrées pour accomplir l'accès aux soins des plus démunis.

Les échanges et les propositions formulées dans ce lieu préfigurent à mon sens une première démarche de formalisation des partenariats : pour illustrer cette observation, je citerai une proposition soutenue par la DDASS d'externaliser les services de la PASS d'Avignon, dans le cadre de la plate forme « multiservices » constituée par l'accueil de jour du secours Catholique à Avignon qui accueille un public en très grande précarité et fortement marginalisé. Dans cet esprit, l'idée de l'intervention des agents de la PASS sur

l'accueil de jour a été évoquée au comité réuni en décembre 2004. Lors de la réunion de février 2005, l'association précisait que des contacts avaient été pris pour faciliter en liaison avec la PASS d'Avignon, la mise en place d'un accueil infirmier et médical.

Concrètement, un travail en relais s'est depuis lors instauré entre les 2 structures : le point santé de l'accueil de jour se situe comme un premier palier dans l'accueil des personnes en situation précaire, offrant un service immédiat et inconditionnel. Le repérage de pathologies plus graves permis par la mise en confiance dans un lieu banalisé, offre une ressource pour accompagner la personne vers l'acceptation d'une prise en charge institutionnelle.

Le médecin bénévole chargé du centre de soins gratuits m'a précisé qu'une infirmière du service de pneumologie de l'hôpital devait intervenir régulièrement à l'accueil, ceci à titre bénévole.

Des groupes de travail spécifiques ont été organisés autour du volet santé/précarité. En 2003, une réunion a porté sur l'état des lieux de la prise en charge sanitaire des publics précaires en Avignon. Chaque participant a développé les caractéristiques de son activité et du public reçu. Devant la diversité des populations et la gravité des situations, l'idée de mettre en place des dispositifs « d'accroche » des populations les plus éloignées des services de santé a été mise en avant par le médecin de la PASS. Le directeur adjoint du centre hospitalier a indiqué pour sa part que sa direction était favorable à tout dispositif situé en amont de l'hôpital pour permettre un désengorgement des services et notamment des urgences par des populations dont les pathologies ne justifiaient pas forcément une prise en charge hospitalière.

La conclusion apportée par la DDASS de valoriser, faire connaître et animer le réseau existant d'offre de soins renvoie aux objectifs du PRAPS décrits plus haut. Le renforcement des missions de pilotage et d'animation des dispositifs trouve ici sa pleine légitimité.

L'évolution de l'environnement législatif avec la loi de Santé Publique amorce une période nouvelle et déterminante pour voir se concrétiser un renouveau des pratiques professionnelles et un décroisement des cultures sanitaires et sociales.

Le développement de la prévention implique des démarches concertées s'inscrivant dans l'anticipation plus que dans l'urgence.

A cet égard, les PASS ont une carte importante à jouer pour retrouver dans leur plénitude la mission que le législateur leur a confiée en 1998.

A la lumière des recommandations formulées par l'IGAS et des orientations futures en matière de santé publique, il convient d'étudier dans cette dernière partie les axes d'amélioration du dispositif vaclusien rassemblés autour de l'idée de mise en réseau.

### **3 Des propositions pour favoriser l'essor et l'efficience des PASS de Vaucluse. :**

Elles sont déclinées suivant l'ordre des axes d'investigation suivis en partant des PASS, du cercle immédiat des partenaires locaux pour arriver aux institutions de financement et de pilotage.

#### **3.1 Propositions internes aux PASS :**

Elles visent à redonner à ce dispositif la pleine dimension de sa mission. On a vu dans le chapitre consacré aux stratégies de développement des permanences que l'équilibre entre les fonctionnalités : accueil, accompagnement social et accompagnement sanitaire qui sous-tendent la mission médicosociale des PASS, était rarement atteint.

Les préconisations qui suivent n'ont pas la prétention d'apporter des solutions à l'ensemble des problèmes évoqués par les acteurs du dispositif ; certaines d'entre elles ont été consignées dans la synthèse faite par l'IGAS et constituent sans doute la base commune d'une redéfinition des modalités de fonctionnement des permanences au plan national.

Au préalable, il convient de souligner que l'implication et le professionnalisme des personnels des PASS rencontrés sont reconnus par leurs partenaires. Leur motivation dans l'accomplissement des missions difficiles qu'ils vivent au quotidien, face à un sentiment d'isolement qu'ils expriment parfois, mérite d'être soulignée. Organiser le développement de leur activité à l'intérieur de l'hôpital et matérialiser son inscription dans l'environnement extérieur, ne peut que contribuer à valoriser leur place au sein du dispositif global de lutte contre les exclusions.

##### **3.1.1 Réactiver les comités de pilotage des PASS**

Cette instance interne à l'établissement hospitalier consistait dans l'esprit de la circulaire du 17 décembre 1998 à mobiliser l'ensemble des acteurs hospitaliers (médecins, infirmiers, travailleurs sociaux, direction) sur la place de la PASS et son intégration dans le projet de l'établissement.

L'expérience vauclusienne sur ce point est très variable : des COPIL sont à créer, d'autres en sommeil. En tout état de cause, leur composition est à redéfinir, en concertation avec les services de la DDASS et l'appui de l'ARH.

Les COPIL ont vocation à créer au sein des établissements de soins un espace de d'échanges et de concertation véritable, qui pourrait être la contrepartie du comité départemental de veille sociale. Les comités en activité dans le Vaucluse reflètent des

réalités très différentes mais seul celui d'Avignon, si j'en juge la réunion à laquelle j'ai pu assister, présente la caractéristique d'une instance interne de débat.

Toutefois, il se réunit de façon irrégulière et semble-t-il, à la demande du médecin référent de la PASS : celui-ci se positionne alors en qualité de demandeur vis à vis des autres représentants hospitaliers dans leur participation à l'activité de la permanence. Il interroge dans le même temps la reconnaissance des liens par les partenaires extérieurs.

Le COPIL, pour impulser une véritable dynamique interne de la permanence, doit répondre à un certain nombre d'exigences.

En ce qui concerne sa composition, il doit associer les représentants des partenaires extérieurs. Leur nombre et leur qualité devrait faire l'objet d'un consensus avec les autorités publiques susvisées sur la base d'un comité réduit obligatoire commun à l'ensemble des PASS, associant aux membres des différentes instances hospitalières telles que la CME, la direction d'établissement, le coordonnateur départemental du PRAPS, les représentants des organismes de sécurité sociale. Le comité serait élargi aux partenaires associatifs et institutionnels en tenant compte des caractéristiques des populations locales bénéficiaires et des capacités de ces partenaires à s'inscrire dans cette instance de pilotage. En effet, il importe plus de s'assurer de la volonté de participation et la disponibilité de ces acteurs dans le comité que d'afficher une composition idéale sur la forme mais irréaliste sur le fond.

Une convention constitutive doit définir les modalités de fonctionnement du COPIL, précisant les missions qui lui incombent et que l'on pourrait ramener à 3 rôles essentiels : orientation, arbitrage et décision. Ce dernier rôle sous-entend qu'une procédure d'autoévaluation puisse être mise en place sur la base d'indicateurs partagés par les 7 permanences et qui pourraient tenir lieu de support à une évaluation régionale plus approfondie. Ce principe de socle commun à une démarche qualité avait été lancé par la DDASS lors d'une réunion départementale, mais très inégalement suivi par les responsables des PASS.

### **3.1.2 Généraliser l'établissement de protocoles spécifiques ou de conventions de coopération**

La formalisation du processus de prise en charge des personnes bénéficiaires de la PASS au sein de l'établissement est essentielle dans une démarche d'amélioration de la qualité du service rendu.

Un référentiel définissant les différentes étapes de la prise en charge globale pourrait être envisagé depuis l'accueil, le repérage, la circulation des patients dans l'hôpital. Le COPIL aurait un rôle moteur à cet égard : il s'agit bien de définir une chaîne relationnelle

conventionnelle entre les différents intervenants dans la prise en charge des publics précaires, qui serait authentifiée par le comité local.

Dans ce contexte, la PASS ressort comme le pivot d'un réseau interne formalisé et non pas comme un nouveau guichet de services. Lors de mes entretiens, j'ai relevé les difficultés rencontrées par les équipes de certaines PASS pour assurer la prise en charge des patients, faute d'adhésion de la part du corps médical. Lorsque des relations de réseau interne existent, elles se font au prix de négociations de personne à personne et échappent à toute organisation planifiée, ce qui est contraire au principe de permanence et de pluridisciplinarité. Il est certain que les caractéristiques de ce public précaire dans l'approche des soins rendent l'intervention des PASS extrêmement délicate. Si l'on se réfère à leur mode de fréquentation telle que je l'ai abordé dans la 1<sup>ère</sup> partie, une cohérence dans l'accompagnement social et sanitaire est indispensable dès l'arrivée de l'utilisateur à la PASS. Des attermolements dans le déroulement de la prise en charge peuvent réduire radicalement sa portée et contribuer à un renoncement aux soins. En outre, l'action de la PASS pousse les limites au delà de l'activité curative ; elle intègre une dimension de prévention et d'éducation à la santé, en relais avec les partenaires extérieurs.

Il peut paraître étonnant que 3 ans en moyenne après leur mise en place, certaines PASS du département en soient toujours à « quémander » des services hospitaliers, tels que l'accès à la pharmacie.

Enfin, l'idée d'une prise en charge pluridisciplinaire renvoie à la question de l'hôpital et la médecine générale. Je garde en mémoire la réflexion du médecin urgentiste du centre hospitalier d'Avignon formulée dans le cadre du COPIL de la PASS citée plus haut affirmant qu'un service de médecine générale ne rentre pas dans les missions de l'hôpital. Face à la spécialisation accrue de la médecine hospitalière, il est avéré que les permanences introduisent la notion de médecine générale dans les hôpitaux. La réponse apportée par des services spécialisés à des patients « ordinaires » dont le parcours de santé bénéficie d'un suivi à l'extérieur de l'établissement est satisfaisante. Elle ne l'est sans doute pas lorsque des patients arrivent à l'hôpital, sans aucun repère ni suivi par rapport à leur état de santé marquée par des poly pathologies souvent graves. Pour ces patients, la question de santé reste souvent accessoire vis à vis de difficultés sociales prégnantes de la vie quotidienne. La PASS doit dans certains cas servir d'amorce à l'instauration d'une prise en charge globale et la médecine générale à l'hôpital peut contribuer à initier un meilleur suivi de santé de ces patients, en les sensibilisant à la notion de prévention.

L'accès au droit commun qui est l'objectif final du dispositif ne passe-t-il pas par la mise en œuvre du parcours coordonné des soins (obligatoire depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2006) pour les usagers des PASS, comme pour le reste de la population ?

### **3.1.3 Rapprocher les équipes des PASS des populations :**

Cette préconisation comporte deux aspects : la formation des personnels et l'externalisation de la PASS à titre expérimental, idée évoquée en comité départemental de veille sociale.

- La formation des personnels interroge à la fois le projet d'établissement mais également les autorités régionales chargées d'organiser la formation initiale et permanente des professionnels de santé.

Une sensibilisation de l'ensemble des agents de l'hôpital au rôle de la PASS doit être assurée. Une démarche collective dans le cadre d'un programme de formation propre à chaque établissement serait en outre favorable à la prise en charge « partagée » des manifestations liées à la précarité, autour d'une culture commune de la mission sociale de l'hôpital intégrée dans sa mission de service public.

Par ailleurs, une insertion des problématiques spécifiques de santé des publics précaires dans les programmes de formations médicales et para médicales mérite d'être envisagée. Le rôle du PRAPS sur ce point est primordial pour susciter un décloisonnement des pratiques professionnelles de ces acteurs de santé, tenant compte du diagnostic sur les populations à l'échelon infra régional.

Une PASS plus proche des populations : dans le département de Vaucluse, il existe des territoires ruraux relativement isolés où les infrastructures de communication sont insuffisantes et aggravent les situations d'exclusion des populations résidentes, dont une partie constituée par des personnes âgées seules.

S'ajoute à cette caractéristique l'existence d'une population jeune, très marginalisée et extrêmement mobile.

- Dans le cadre d'une réunion du comité départemental de veille sociale, la DDASS a suggéré le principe d'une externalisation d'une permanence auprès d'associations participant au dispositif d'accueil et d'hébergement d'urgence. J'ai évoqué précédemment l'exemple des permanences de Carpentras et d'Avignon. Dans le premier cas, l'association concernée oppose une certaine résistance à mutualiser ses moyens avec ceux de la PASS. Pour ce qui concerne Avignon, le médecin responsable du centre de soins gratuits du Secours Catholique accepte l'idée d'un rapprochement avec des bénévoles issus de l'hôpital mais n'envisagent pas favorablement une contractualisation des relations avec la PASS. Ces attitudes de réserve justifient sans aucun doute un travail

de réflexion et de formulation autour des modalités possibles de mise en œuvre d'un tel dispositif.

Le fonctionnement de la PASS de Chartres en Eure et Loire est la preuve que cette organisation est possible, si j'en juge la présentation faite de ce dispositif spécifique par Emmanuel LAVOUE dans le cadre de son mémoire <sup>17</sup>

Certes, le contexte historique de sa création a prévalu dans la mise en œuvre d'une permanence délocalisée : l'engagement militant de deux médecins urgentistes et d'une association locale a permis d'anticiper une forme de permanence avant la circulaire du 17 décembre 1998, à l'extérieur des murs de l'institution hospitalière, dans les locaux de l'association foyer d'accueil chartrain (FAC). Cette organisation s'est confirmée par la suite, au travers d'une convention du 11 mai 1998 : la permanence est assurée à la fois au sein du service des urgences par les équipes médicales, soignante et l'assistante sociale et en ville dans les locaux de la FAC. Le suivi du patient est réalisé par le biais d'une fiche de liaison, ce qui évite à celui-ci une redite de sa situation.

L'intérêt de cette structure réside dans la proximité des services de la permanence et de la plate forme multiservices associative. L'instauration d'un partenariat constant garantit la pérennité des actions déployées auprès des publics fréquentant les lieux.

Ce partenariat intègre la CPAM, un dentiste libéral et la collaboration étroite des services de psychiatrie du département, du Conseil Général et de certaines associations caritatives.

Dans ce cas de figure, l'idée d'un réseau prend corps et présente l'avantage de faciliter l'accès aux services hospitaliers de patients, après une prise en charge globale immédiate qui inclut consultation médicale gratuite, le service social et la délivrance gratuite de médicaments.

Il convient toutefois de souligner que la reconnaissance de cette spécificité s'est traduit par l'allocation d'une enveloppe budgétaire initiale de 74.131€, bien supérieure à celle prévue par les textes réglementaires : enveloppe fixée à 250.000 francs.

Une réserve est toutefois mise en avant par E.LAVOUE : elle réside dans le fait que la PASS est trop associée au FAC, ce qui détourne une fraction du public qui ne souhaite pas être assimilé au public de l'association. En outre, la concurrence qui peut exister entre les différentes associations oeuvrant dans le même champ, conduit celles ci à adresser directement leurs patients aux urgences.

---

<sup>17</sup> E.LAVOUE, accès aux soins des personnes en situation précaire : la nécessité d'une prise en charge globale. L'exemple de la PASS de Chartres.p 111/118

Cette illustration témoigne de la nécessité d'inscrire les PASS dans un partenariat élargi, si l'on veut que ce dispositif participe de manière effective à l'accès au droit commun en matière de santé.

Il a été précédemment évoqué le rôle des associations dans ce domaine ; il s'agit d'examiner dans le paragraphe suivant quels seraient les moyens à développer pour faciliter ce rapprochement et optimiser l'action des permanences.

### **3.2 Propositions pour renforcer l'intégration des PASS dans leur environnement**

Des éléments favorables existent dans le Vaucluse pour parvenir à une organisation en réseau. Toutefois, des chaînons dans l'organisation manquent pour conforter les services des PASS sur le territoire. Certains viennent d'être explicités. La formalisation des relais internes à l'hôpital doit se prolonger à l'extérieur : les partenariats noués avec le secteur social comme on l'a observé dans le département, ne reposent souvent que sur des relations informelles entre travailleurs sociaux.

Plus généralement, on constate que les PASS sont en quête d'identité. La visibilité de leur action, vis à vis des publics potentiels mais aussi des partenaires extérieurs est insuffisante.

#### **3.2.1 Faciliter le repérage des PASS pour accentuer leur intervention cordonnée dans l'accès aux soins des usagers:**

Lors des entretiens avec les assistants sociaux des PASS, j'ai noté que l'information relative à la création du dispositif avait été réalisée de manière plus ou moins étendue : diffusion assurée auprès des services du Conseil Général et du CCAS. et de façon moins systématique en direction des médias locaux, des communes relevant du territoire de santé couvert par le centre hospitalier, des médecins de ville et autres professionnels de santé. La méconnaissance des missions des PASS est préjudiciable au développement d'un travail en réseau. Des relais doivent être instaurés, facilitateurs de liens à double sens entre les permanences et les personnes précarisées.

Les référents santé mis en place dans les CHRS ont cette fonction de relais entre les personnes hébergées et les structures de soins, notamment les cellules médicosociales.

Toutefois, leur action se limite au périmètre de l'établissement d'accueil.

Dans les zones urbanisées comme en Avignon, des populations de jeunes en errance et fortement désocialisés constituent une frange importante de la population en situation d'exclusion. Ils se caractérisent par une mobilité importante et apparaissent résistants ou peu consommateurs de soins. Pourtant leur pathologie, quand elle a pu être observée

dans le cadre de la permanence d'Avignon, est plus marquée par l'infection à VHC, les traumatismes, et les toxicomanies. Les réponses médicosociales pour ce public sont multiples, encore faut-il créer un point d'accroche. La mise en place de médiateurs de rue associatifs paraît constituer le moyen le plus adapté, en raison de sa souplesse et de sa capacité à se fondre dans l'environnement des personnes à atteindre. Il est évident que ces éducateurs doivent disposer d'une formation spécifique leur permettant de repérer les manifestations primaires des pathologies. En outre, l'inscription de leur action dans un réseau associatif est une condition à l'efficacité de leurs interventions.

L'interconnaissance des populations visées par le dispositif devrait naturellement conduire à objectiver et rapprocher les modalités d'intervention auprès d'elles par les acteurs des PASS et leurs partenaires extérieurs. A cet égard, la mise en place de fiches de liaison contribuerait utilement au partage de données sociales et sanitaires des personnes suivies, en évitant toute déperdition d'éléments d'information concourant à une prise en charge coordonnée qui caractérise un travail en réseau. Cette approche n'est pas effective en Vaucluse et elle rencontre quelques résistances de la part de certains acteurs, souvent en lien avec des considérations déontologiques. L'assistante sociale d'Apt oppose la question du secret professionnel pour justifier l'absence de cet outil, que les services du CMS local avec lesquels elle est en constante relation, estiment approprier pour garantir la continuité de la prise en charge. Ce positionnement dans lequel chacun semble préserver une sorte de « pré carré » me paraît préjudiciable à une organisation en réseau intégrant la dimension d'éducation et de promotion de la santé.

Le problème des moyens mis à disposition des permanences a été à plusieurs reprises soulevé par les équipes, comme un frein au développement de mise en réseau de leur activité. Il est certain que la gestion d'un système d'informations et de suivi induit une plus grande disponibilité des intervenants de la PASS, particulièrement les travailleurs sociaux, sur des procédures administratives. Or, il convient de rappeler que la mise en œuvre des permanences et le recrutement des assistants sociaux a permis dans la plupart des établissements, la création d'un service social inexistant jusqu'alors. Il en résulte un partage du temps effectif de leur intervention entre la PASS et le reste des activités sociales hospitalières, qui complexifie leur engagement dans cette démarche.

C'est une question qui devait être débattue au sein du COPIL.

### **3.2.2 Accentuer les liens avec le comité de veille sociale départemental**

Précédemment, j'ai mis l'accent sur la vitalité du comité départemental de veille sociale en Vaucluse dans lequel se retrouve l'ensemble des acteurs concernés par la lutte contre les

exclusions. Son rôle d'observatoire et de coordination est essentiel dans le développement d'un réseau. Sa mission liée à la veille sociale gérée par un collectif associatif service d'accompagnement et d'orientation (SAO/115) dépasse la mise en cohérence du dispositif d'urgence sociale.

Un premier groupe de travail sur les problèmes de santé des publics précaires a été constitué avec les associations et complété avec des représentants des PASS.

Au regard des difficultés relevées dans l'exercice du partenariat entre les permanences et le secteur associatif, une redéfinition de ce groupe serait nécessaire, à la fois au niveau de sa composition et de ses objectifs de travail.

Cette orientation devrait logiquement prendre en compte l'organe de pilotage interne des PASS, pour asseoir sa légitimité. Il se situerait à l'interface des interventions institutionnelles et associatives, concourant à un décloisonnement des pratiques professionnelles par l'interconnaissance des problématiques de santé des populations précarisées. Cette proposition s'appuie sur une démarche volontaire et organisée autour de la veille sociale. Correspondant des comités de pilotage des PASS, le groupe santé a vocation à créer les conditions de mutualisation des pratiques professionnelles autour des thématiques concernant la santé des populations précaires.

Cette avancée s'inscrit dans une démarche pragmatique locale, nourrie par l'expérience vécue des acteurs associatifs confrontés à l'urgence sociale et ceux des PASS.

### **3.2.3 Améliorer la coopération des acteurs sanitaires et sociaux**

L'émergence d'un réseau généraliste (non monothématique) et pluridisciplinaire en vue d'une meilleure prise en charge des personnes en situation de précarité pourrait être suscitée. Il aurait vocation à réaliser une plate-forme commune de connaissances, de savoirs faire et de pratiques professionnelles partagés. Il aurait une fonction de « catalyseur » par rapport aux expériences et pratiques professionnelles conduites ou observées dans les différents secteurs d'intervention en santé : l'hôpital, les médecins libéraux, les associations, les travailleurs sociaux.

Les objectifs de ce réseau ouvert se caractérisent par une fonction d'observatoire des populations touchées par les membres du réseau, le lieu privilégié de connaissance et d'information mutuelle sur les modalités de fonctionnement entre eux. Le développement d'actions communes dans le domaine des formations, études et évaluations constitue le ciment de cet objectif pour définir collectivement des modalités de fonctionnement entre les acteurs du réseau. L'objectif plus général vise l'amélioration de la lisibilité, de l'accessibilité et de la cohérence des dispositifs de prise en charge existants dans le domaine de l'accès aux soins et la prévention.

L'existence de ce réseau suppose une détermination des publics concernés et des territoires d'intervention du réseau dans le périmètre départemental.

Sa représentation et sa légitimité repose sur l'engagement effectif de ses membres dans le cadre d'une convention constitutive du réseau, définissant les contours de ce partenariat (contractualisation des droits et devoirs des membres) et les modalités de pilotage du réseau.

La mise en place d'une telle structure peut présenter certaines difficultés pour rassembler les professionnels pressentis, mais son utilité dans l'élaboration d'une réponse plurielle et coordonnée au problème « précarité- santé » mérite une mobilisation de l'ensemble des partenaires. Sa traduction financière me semble envisageable dans le cadre du PRAPS.

Elle correspond à l'esprit des actions innovantes ou expérimentales qui sont valorisées par le programme régional pour tenir compte d'un déficit de réponses des dispositifs de droit commun ou spécifiques. Ainsi, l'objectif n° 2 du programme en cours vise à améliorer le fonctionnement et la coordination des dispositifs existants afin de favoriser l'accès aux soins et leur continuité. Il s'agit à la fois de permettre à la population, dont l'unique entrée dans le système se fait par les urgences, d'accéder à d'autres modes de prise en charge et par ailleurs de favoriser l'engagement des professionnels sanitaires et sociaux dans la prise en charge de ces publics, afin d'assurer une réelle continuité des soins.

Dans la mise en œuvre de ce réseau, une vigilance particulière devra être apportée pour garantir l'articulation avec les réseaux de santé thématiques financés par le FRDR.

En outre, une passerelle devrait être privilégiée avec les ateliers santé ville (ASV) qui constituent les programmes locaux de santé de la politique de la ville. Dans le Vaucluse, ce dispositif a débuté en 2001 sur un quartier de la ville d'Avignon, à partir d'une démarche d'enquête participative auprès des habitants et des professionnels de santé. L'intérêt de réaliser cette articulation est lié à la présence des partenaires institutionnels majeurs, des organismes de protection sociale, des élus locaux et de l'ordre des médecins. L'ASV se situe dans les axes de prévention, de promotion et d'éducation à la santé et s'appuie sur la mobilisation des différents groupes : acteurs locaux, professionnels de terrain et habitants.

A cet égard, il constitue une base de données et de ressources méthodologiques importante qu'il convient de prendre en compte dans la mise en œuvre d'un réseau départemental. La création projetée d'un ASV à Carpentras témoigne de l'intérêt suscité par cette démarche.

Le parcours de l'ensemble des pistes d'amélioration du dispositif PASS, qu'elles concernent l'organisation de l'institution hospitalière ou bien l'environnement extérieur des

permanences, interpelle à des degrés différents les services de l'Etat à l'échelon régional et départemental. L'intrication de leurs interventions respectives oblige à une recherche d'articulation constante, afin de réduire les écarts d'analyse. Dans le chapitre suivant, les perspectives d'harmonisation de l'action de ces services dans l'animation et le pilotage du dispositif PASS sont abordées

### **3.3 Propositions pour améliorer les mécanismes d'animation et le pilotage du dispositif : le rôle de garant des services de l'Etat**

Ces propositions reposent sur l'observation des mécanismes d'intervention qui s'inscrivent dans les dispositions réglementaires en cours. Elles comportent des réajustements susceptibles d'accompagner la redynamisation du dispositif des PASS dans le sens souhaitée par le législateur, mais également dans la perspective de la mise en œuvre effective du PRSP en région PACA.

#### **3.3.1 Réactiver le comité départemental des PASS, et favoriser au sein de la DDASS l'émergence d'un coordonnateur**

La DDASS de Vaucluse dispose de trois pôles d'intervention concernés par le dispositif des PASS : le pôle social qui avait en charge, il y a un an encore, le suivi des dossiers PRAPS et PASS dans le cadre de la mise en œuvre de la loi de lutte contre les exclusions, le pôle offre et services de soins qui assure le lien avec les établissements de santé hébergeant les permanences et enfin le pôle santé publique et prévention issu de la restructuration de la DDASS et à qui revient désormais le pilotage des programmes régionaux de santé publique.

La gestion du dispositif est donc transversale, ce qui suppose une organisation dans laquelle s'opèrent une articulation des interventions et un partage des informations.

Les leviers dont disposent les pôles précités pour renforcer le dispositif des permanences au sein des établissements hospitaliers et leur intégration dans un réseau extérieur sont nombreux. Leur activation induit une mission de régulation entre les différentes politiques concourant à l'organisation sanitaire, la cohésion sociale et la santé publique.

Au regard de l'étendue du champ que cela recouvre, le principe d'une personne référente placée au croisement des trois pôles paraît constituer une avancée. Elle aurait un rôle de facilitateur en terme de convergence des données relatives au dispositif et deviendrait le garant du lien transversal entre sanitaire et social.

Pour resituer son intervention, il faut garder à l'esprit que les PASS contribuent certes à une offre de soins particulière au sein de l'hôpital, mais elle offrent avant tout un espace

de réhabilitation des droits de la personne à sa santé entendue au sens large, prenant en compte les facteurs d'exclusion qui contribue à sa disqualification.

Je citerai sur ce point la réflexion d'un inspecteur général de l'action sociale lors de l'assemblée générale de l'association des IASS du 8 avril 2005, relative au lien sanitaire et social fondement de l'action et du métier d'inspecteur : « pour lui, il ne faut pas confondre une approche sanitaire des problèmes sociaux, qui est très marginale aujourd'hui et dépassée depuis 10-15 ans, d'une sensibilité sociale pour traiter des problèmes de santé publique, ce à quoi il souscrit complètement »<sup>18</sup>

A cet égard, la conseillère technique en travail social me semble être la personne idoine pour assurer le rôle de coordonnateur chargé de favoriser la fongibilité des approches dans les activités des trois pôles: elle est hiérarchiquement rattachée à la directrice de la DDASS, placée stratégiquement au sein du pôle social et chargée du développement de l'action sociale, y compris dans ses orientations de santé. Elle pilote pour la DDASS les dossiers ateliers santé ville évoqués plus haut.

Parmi les missions dont elle pourrait être investie à ce titre, l'animation du comité départemental des PASS fait partie des axes de redynamisation du dispositif. Des réunions avaient eu lieu en 2003, à l'initiative du coordonnateur local du PRAPS, dans le cadre des travaux préparatoires à la mise en œuvre du programme régional de seconde génération dès 2004, pour initier la procédure d'évaluation des PASS. Ainsi que je l'ai précisé dans l'introduction, cette démarche n'a pas été conduite. Or, il m'est apparu au cours des entretiens, qu'elle était attendue, voire souhaitée par les équipes pour apporter une lisibilité et une reconnaissance à leurs actions.

Le comité départemental des PASS aurait vocation à susciter l'élaboration d'un socle commun d'indicateurs et de critères, en relation avec la démarche projetée en 2004 par le coordonnateur régional du PRAPS.

### **3.3.2 Relancer à court terme le diagnostic du dispositif PASS sur la région PACA et mieux articuler les permanences avec les différents programmes territoriaux : une action conjuguée**

A la veille de la mise en place du PRSP, et de la préparation du PRAPS de 3<sup>ème</sup> génération, le projet de relance de l'évaluation du dispositif PASS constitue une priorité.

Cette priorité concerne la connaissance et la reconnaissance du dispositif local, par les autorités administratives et les autres acteurs locaux investis dans le champ de la santé des populations précarisées. Elle vise aussi son intégration dans le territoire régional, où s'inscrit plus que jamais l'animation et le pilotage des politiques de santé publique.

---

<sup>18</sup> Monsieur LINSOLAS, IASS La Revue- n°48- septembre 2005, p 52

L'articulation entre ces deux objectifs apparaît indispensable pour améliorer la prise en compte des particularités de ces populations dans l'ensemble des processus de programmation et planification.

Une étape préliminaire à une démarche évaluative régionale est recommandée. La DDASS qui anime le dispositif de veille sociale et le comité départemental des PASS est tout à fait indiquée pour organiser une nouvelle mobilisation des acteurs sur le principe d'un outil d'évaluation consensuel. Les éléments constitutifs du questionnaire régional élaboré en 2004 et ceux produits par l'ANAES dans le cadre d'une évaluation nationale expérimentale de 22 PASS tests, à laquelle la PASS d'Avignon avait été associée, pourraient constituer un canevas de référence pour un premier diagnostic local.

Toutefois, il semble nécessaire de définir au préalable les conditions de faisabilité de cette démarche, en terme de disponibilité des équipes pour s'assurer de son terme.

L'intérêt de cette action préliminaire réside dans l'établissement d'un recueil harmonisé d'activité des PASS, qui fait défaut. Les données collectées sont relativement dispersées et surtout hétérogènes dans les critères de sélection.

En outre, ce pré diagnostic local doit constituer une ressource à l'élaboration d'un outil de suivi et d'évaluation à définir dans le cadre des orientations du PRAPS. La construction d'un outil d'évaluation national, en coordination entre les trois directions DGAS, DHOS et DGS avait été avancée comme axe de progrès par l'IGAS dans une perspective d'harmonisation et de mutualisation des bonnes pratiques. Il serait utile de prendre la mesure de ce développement possible auprès des correspondants ministériels.

La période actuelle est propice à une recherche d'harmonisation des procédures d'évaluation, dans la perspective de la mise en œuvre du PRSP qui devient l'élément moteur de l'ensemble des programmes régionaux de santé.

### **3.3.3 Accompagner l'évolution du dispositif dans le cadre d'un contexte normatif rénové:**

Le devenir des PASS et plus globalement celui des dispositifs de lutte contre les exclusions va se négocier dans un nouvel espace de gestion des politiques publiques. Il concerne à la fois l'environnement institutionnel des établissements de santé, le nouveau cadre de développement de la politique de santé publique et la nouvelle constitution financière de l'Etat induite par la loi organique relative aux lois de finances du 1<sup>er</sup> août 2001.

- La réforme de la tarification T2A évoquée précédemment dans l'analyse du dispositif local, pourrait avoir des conséquences sur les moyens mis à disposition des

permanences au sein des établissements. Les remarques formulées par les directeurs sont sans équivoque. La crainte exprimée porte sur le décalage croissant qui pourrait se creuser entre les prestations hospitalières soumises à la tarification à l'activité et celles qui concourent à une prise en charge globale, telles que la PASS intégrées dans les MIGAC. Cette mission d'intérêt général clairement identifiée permet d'objectiver l'engagement de l'hôpital dans la participation aux politiques de santé publique. Encore faudra-t-il concéder aux MIGAC les moyens financiers suffisants pour réguler l'offre de soins et garantir aux publics précaires la qualité des services qu'il est en droit d'attendre. Cet aspect budgétaire peut être déterminant pour la poursuite de l'activité des permanences et justifierait une attention particulière de la part des autorités de tarification.

- Le plan régional de santé publique est l'outil de la politique de santé publique de l'Etat, dans les conditions définies par la loi de Santé Publique<sup>19</sup>. C'est un ensemble coordonné de programmes et d'actions pluriannuelles comportant notamment le PRAPS. La portée de cette nouvelle architecture est essentielle au regard des objectifs à atteindre dans le domaine de la santé publique, dont l'article 2 de la loi (article L 1411-1 du CSP) détermine les champs. Parmi les dix éléments cités, figure « la réduction des inégalités de santé, par la promotion de la santé, par le développement de l'accès aux soins et aux diagnostics sur l'ensemble du territoire ». L'accès à la prévention et aux soins des populations fragilisées constitue un objectif prioritaire de la politique de santé<sup>20</sup>. Le PRSP offre un cadre d'accueil à l'ensemble des plans et schémas nationaux et régionaux et prévoit d'en assurer la cohérence et d'en mesurer les effets sur l'état de santé de la population. Il doit contribuer à mobiliser un nombre important et diversifié de partenaires locaux autour des objectifs déclinés en région.

Il est sans doute prématuré de mesurer l'impact de ces dispositions sur la question de l'accès aux soins des plus démunis. Toutefois, les stratégies d'actions qui vont en découler dans un cadre régional et infra régional en articulation avec le SROS peuvent constituer un gage de progrès pour permettre la concrétisation d'objectifs partagés dans le cadre de réseaux locaux de santé.

Le projet PRAPS PACA de 1<sup>ère</sup> version établi en janvier 2005 prévoit la prise en compte de la précarité pour l'accès aux soins sur la base des objectifs du PRAPS, dont l'évaluation des PASS avant de préconiser leur développement. La mise en œuvre de d'ateliers locaux de santé et de nouvelles modalités de fonctionnement en « dispensaires » posent peut être à terme la question de l'adéquation et de la

---

<sup>19</sup> Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique

<sup>20</sup> Article L 1411-1-1 du CSP

complémentarité de la réponse apportée par les PASS par rapport à des procédures de prise en charge nouvelles.

Le futur groupement régional de santé publique à qui incombe la mise en œuvre du PRSP devrait être le lieu privilégié pour rapprocher l'ensemble des acteurs impliqués dans les différents dispositifs concourant notamment à la prise en charge globale des publics précaires pour l'accès aux droits de santé.

En amont, les inspecteurs de l'action sanitaire et sociale auront la charge de préparer le diagnostic local et de révéler à travers lui les axes d'amélioration et les réajustements possibles pour tendre vers les objectifs définis dans le cadre du PRSP.

- La réforme de la gestion publique avec la mise en œuvre des budgets opérationnels de programme (BOP) doit contribuer à organiser l'articulation des actions ministérielles dans le cadre des missions désignées au sein de chaque ministère.

Le programme devient le cadre de responsabilités et de mise en œuvre des politiques publiques, déterminant l'intervention des acteurs de l'administration dans une logique de résultats au lieu et place d'une logique de moyens qui prévalait dans le système antérieur. Le budget prévisionnel de chaque programme est assorti d'un plan d'actions, détaillant la mise en œuvre concrète du BOP et présentant des objectifs et des indicateurs précis.

Le pilotage de la performance de l'action publique est volontairement revendiqué dans les objectifs qui accompagnent chaque programme.

L'année 2006 marque un palier décisif avec la généralisation des principes contenues dans la LOLF sur l'ensemble du territoire national.

La déclinaison des programmes de la mission « solidarité et intégration » et celle de la mission « santé » dans les services déconcentrés va modifier radicalement les pratiques professionnelles. Chacun à son niveau d'intervention est appelé à s'inscrire dans une chaîne de performances qui devrait garantir la cohésion des politiques publiques.

Pour resituer la question de l'accès aux soins des plus démunis dans ce contexte, le PRAPS figure dans la mission « santé ». A cet égard, il faut revisiter les organisations non pas en logique de services mais par rapport à une logique de programmes avec une visée interdépartementale.

Le croisement des effets de la LOLF avec les programmes d'action stratégique de l'Etat en département et en région place le préfet au centre du carrefour des logiques verticales et territoriales des actions publiques.

L'analyse des résultats obtenus qui sera traduite dans le cadre du premier Rapport Annuel de performances devrait rendre compte du niveau de pertinence des choix stratégiques retenus.

## Conclusion

Le dispositif des PASS a contribué à mettre en œuvre une réponse originale aux difficultés rencontrées par les populations précaires dans l'accès aux droits de santé.

Le concept de prise en charge globale dans une approche sanitaire et sociale conjuguée est pertinent. La localisation des permanences au sein de l'institution hospitalière présente une garantie certaine par rapport à la qualité des interventions des professionnels de santé et l'accès aux différents services hospitaliers.

Toutefois, la volonté du législateur de concilier l'action médicale et sociale au sein d'un dispositif unique ne s'est pas totalement concrétisée.

Des cloisonnements persistent. Le dispositif n'a pas atteint encore sa maturité ni son efficience. Les facteurs concourant à ce constat mitigé sont variés et ne tiennent pas seulement à l'organisation et au fonctionnement des permanences comme je l'ai souligné précédemment.

Le dispositif est sans nul doute perfectible. Il convient de le consolider en donnant une plus grande lisibilité à sa mission, tant en interne que vis à vis des partenaires extérieurs. La formalisation d'un référentiel minimal commun définissant un cadre de base aux interventions des PASS permettrait d'y contribuer.

Il s'agit d'améliorer et de mieux ajuster l'offre de services aux besoins recensés sur le territoire. Les propositions d'amélioration du dispositif avancées antérieurement pourraient y contribuer.

Au delà, l'évolution me paraît inévitable et tient à deux facteurs : d'une part celui résultant des nouvelles politiques de santé publique, de protection sociale et d'organisation sanitaire évoquées plus haut et d'autre part de la population bénéficiaire elle-même puisqu'il est établi que la précarité n'est pas un état figé et que les groupes identifiés en grande exclusion sont évolutifs à la fois dans la manifestation de leurs problèmes de santé et donc dans leurs besoins.

Le champ de la santé publique est en reconstruction, un chantier dans lequel le rôle des PASS mérite d'être réaffirmé. La forme et la nature de leur mission sont peut-être appelées à évoluer. Les orientations qui seront portées par les inspecteurs de l'action sanitaire et sociale interviendront à l'issue de l'évaluation du dispositif et en adéquation avec les objectifs contenus dans le PRSP.

Il reste que la sauvegarde de la santé des personnes exclues est un devoir national parce qu'il s'inscrit dans les droits nationaux mais aussi parce qu'elle garantit la protection de la santé des « inclus ». A cet égard, on peut reconnaître que les PASS sont des lieux de mise en œuvre d'une politique de santé publique.

---

# BIBLIOGRAPHIE

---

## Textes législatifs et réglementaires :

REPUBLIQUE FRANCAISE, 1998 - Loi n°98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions

REPUBLIQUE FRANCAISE, 1999 - Loi n°99-641 du 27 juillet 1999 portant création de la couverture Maladie Universelle

REPUBLIQUE FRANCAISE, - Articles L.252-1, L251-2 relatifs à l'attribution de l'Aide Médicale Etat, code de l'action sociale et des familles

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2002 – Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

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

REPUBLIQUE FRANCAISE, 1998 - Décret n°98-1216 du 29 décembre 1998 relatif aux Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) et modifiant le code de la Santé Publique

REPUBLIQUE FRANCAISE, 1999 - Décret n°99-216 du 22 mars 1999 relatif au Conseil National des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2005 - Décret n°2005-336 du 8 avril 2005 fixant les listes des missions d'intérêt général et des activités de soins dispensés à certaines populations spécifiques donnant lieu à un financement au titre de la dotation mentionnée à l'article L.162-22-13 du code de la sécurité sociale

REPUBLIQUE FRANCAISE, 1998 - Circulaire DH/AF1/DGS/SP2/DAS/RV3 n°736 du 17 décembre 1998 relative à la mission de lutte contre les exclusions sociales des établissements de santé participant au service public hospitalier et à l'accès aux soins des personnes les plus démunies

REPUBLIQUE FRANCAISE, 1999 - Circulaire DGS/SP2 n°99-110 du 23 février 1999 relative à la mise en place des PRAPS

REPUBLIQUE FRANCAISE, 1999 - Circulaire DH/AF1 n°05960 du 25 mai 1999 relative à la mise en place des permanences d'accès aux soins de santé (PASS)

REPUBLIQUE FRANCAISE, 1999 - Circulaire DU/AF1/AS n°99-542 du 04 octobre 1999 relative à l'évaluation des PASS installées en 1998 et 1999, et la mise en place des PASS en 2000

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2002 - Circulaire DGS/SD6D n°2002-100 du 19 février 2002 relative aux PRAPS et à la prévention et aux soins en faveur des personnes en situation de précarité.

### Ouvrages ou monographies :

PARIROT I, *Soigner les exclus*. Paris : Presses Universitaires de France, 2003.296 p.

### Articles :

BAILLAND V, « *L'accès aux soins des plus démunis : les PRAPS, le rôle des hôpitaux* ». Actualités Sociales hebdomadaires. Juin 2000, pp 70-79

JAILLET MC, GRAND ALAINRODIER P, « *Quel accompagnement à la santé pour les plus démunis ?* ». Vecteur Santé. 2001, dossier pp 2-8

DES GAYETS N, « *Les PASS restent dépendantes des bonnes volontés locales* ».Actualités Sociales Hebdomadaires.12 juillet 2002, n° 2271, pp 35-36

TRANTHIMY L, « *L'hôpital face à la précarité* ».Décision Santé n°186, juin juillet 2002-pp 6-7

KINDERMANS M. « *Les PASS tendent la main aux plus démunis* ».La Gazette Santé Social, 15 mars 2004

### Rapports :

Haut Comité de Santé Publique, Paris, « *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé* », février 1998, 284 p

FOURCADE M, JESQUE V, NAVES P, Inspection Générale des Affaires Sociales. « *Synthèse des bilans de la loi d'orientation du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions* » Paris : la Documentation française, rapports publics, 2004, note de synthèse et fiches, 337 p

CAMBOIS E. « *Les personnes en situation sociale difficile et leur santé* ». Les travaux de l'Observatoire. 2003-2004 pp 101-120

GERHART C, PRISSE N, Direction Générale de la Santé. Evaluation nationale des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS II).2005, Résumé analytique (EVALUA)

### Thèses et mémoires.

LAVOUE E. « *accès aux soins des personnes en situation précaire : la nécessité d'une prise en charge globale. L'exemple de la permanence d'accès aux soins de santé de Chartres* » Mémoire directeur d'hôpital. ENSP. 2004. 187p.

### Etudes

DE LA BLANCHARDIERE A, MEOUCHY G, BRUNEL P, OLIVIER P, « *Etude prospective des caractéristiques médicosychosociales de 350 patients ayant consulté une permanence d'accès aux soins de santé* ».La revue de médecine interne25 2004-pp264-270

### Les sites Internet

Journées Européennes de Médecine d'Urgence (JEMU), 2<sup>ème</sup> Forum « pratique » des 2èmes JEMU, « Services d'urgence et accès aux soins - les PASS », 22-24 novembre 2001, Avignon

---

# LISTE DES ANNEXES

---

## Annexes non publiées

I Cartographie régionale PASS

II. Guide d'entretien des équipes PASS

III. Grille d'entretien de l'utilisateur de la PASS

IV. Etude prospective des caractéristiques médicosychosociales de 350 patients ayant consulté une permanence d'accès aux soins en 2002.

V. Questionnaire évaluation PASS de la région PACA

VI Fiche de présentation de la PASS d'Avignon destinée au public

VII Charte de la PASS de Carpentras