

*« Les PASS : publics, repérages,
interventions »*

4ème rencontre des PASS de Rhône-Alpes,

Le 12 mars 2008 au CHU de Saint-Etienne



PROGRAMME

4ème rencontre des PASS de Rhône-Alpes, le 12 mars 2008 CHU Saint – Etienne
Institut de Formation en Soins Infirmiers du CHU de St-Etienne, site Bellevue

8h45 – 9h15 : Accueil des participants

9h15 – 9h45 : Ouverture de la journée

M. Crozat le directeur adjoint du CHU de Saint Etienne

Elisabeth Rivollier, présidente de l'Association des Professionnels des

PASS Rhône Alpes.

9h45 - 10h00 : Présentation de la PASS de Saint Etienne – Service
d'Urgences Pr Jean-Claude Bertrand

Vincent Bourgin

10h00 -12 h45 « **publics, repérages...**

▪ Exemples de procédures de « repérage » des publics précaires

Cécile Rubin, Anne Agnoli - PASS du CH Annecy

Elodie Picard, Nathalie Tafaro - PASS du CH Bourg en Bresse

▪

Débat avec l'assistance

▪ Risques et limites d'une catégorisation des publics en situation de
précarité

Jean Furtos – psychiatre , directeur de l'OSPERE

12h45 – 14h00 : repas

...interventions »

▪ 14h00 -14h30 : Spécificité de l'intervention médico-sociale à travers
des cas pratiques

Bernard Montier, Myriam Gibert-Drillat – PASS du CHU Grenoble

Monique Escoffier – PASS du CH Montbrison (42)

▪ 14h30 - 15h30 : Ateliers de discussion

▪ 15h45 -16 h15 : Intervention du ministère de la santé de la jeunesse
et des sports : accès aux soins et prévention des populations précaires :
dispositif, actualités

Danièle Wohlgemuth - DHOS

▪ Questions de l'assistance

▪16h15 - 16h35 : Dix ans après la loi contre les exclusions : quels rôles
donnés aux PASS dans les textes officiels ? Quelle continuité ?

Bruno de Goër – PASS du CH Chambéry,

Elisabeth Rivollier – PASS du CHU Saint-Etienne

16h35-17h00 : Clôture de la journée

Interventions de l'ARH



9 h 15 à 9 h 45, ouverture de la journée par **M CROZAT** Directeur Adjoint Général du CHU de Saint-Etienne et par le **Docteur Elisabeth RIVOLLIER**, présidente de l'Association des Professionnels des **PASS Rhône-Alpes (APPASSRA)**.

Le Docteur Madame RIVOLLIER souhaite la bienvenue aux participants et les remercie de l'intérêt porté aux PASS, intérêt qu'ils manifestent aujourd'hui par leur présence.

Les personnes précaires, les accès aux soins, sont aussi pour eux une préoccupation; cette réunion doit permettre des échanges entre professionnels ayant des abords très variés de ces problématiques.

Environ les deux tiers de notre assistance ne travaillent pas dans une PASS. Mais une grande partie d'entre elle collabore avec leur PASS locale d'une manière ou d'une autre. Les questions et les réactions de l'assistance sont attendues ; en contrepoint avec un autre angle de vision, qu'ils soient sur le terrain de la grande précarité, ou engagés pour la qualité des soins, ou encore en charge des questions de santé publique, ou encore futurs professionnels de ces domaines là.

L'architecture et le contenu de cette journée a été décidée au sein du conseil d'administration de l'association. En son nom le Docteur RIVOLLIER remercie le directeur du CHU de Saint-Etienne qui en donnant son accord pour héberger cette journée a permis de concrétiser ce travail d'échange.

Le Docteur RIVOLLIER remercie également pour leur présence à cette journée les représentants de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, de la CRAM de Rhône-Alpes, de l'Agence Régionale d'Hospitalisation, de la Conférence Sanitaire de Santé, des DDASS du Rhône et de la Loire.



9 h 45 à 10 h 00 Monsieur le Professeur Jean-Claude BERTRAND Chef du Service d'Urgence et de Réanimation du CHU de Saint-Etienne présente la PASS avec **Monsieur BOURGIN Assistant Social** de l'Unité à l'aide du DIAPORAMA ci-dessous :

La PASS de Saint Etienne

Historique

- Juin 2000 :
 - Recrutement d'un assistant social (service des Urgences et Unité de Traitements de la Dépendance et des Toxicomanies).
 - Comité de pilotage.
 - Consultations ponctuelles de type « médecine générale » assurées par des médecins urgentistes.
 - Protocole de délivrance gratuite de médicaments à la pharmacie du CHU.

PASS Saint Etienne CHU -
Rencontre Régionales 12 mars
2008

3

Historique

- Décembre 2001 :
 - Création de 5 vacations médicales hebdomadaires (financement DDASS).
- 2002 :
 - Mi-temps supplémentaire assistant de service social. (PASS + UTDT)
- 2004 :
 - Mi-temps infirmier.
- 2005 :
 - Temps de Praticien hospitalier (50 %).

PASS Saint Etienne CHU -
Rencontre Régionales 12 mars
2008

4

Organisation

Des moyens spécifiques :

Un Praticien Hospitalier (5 demi-journées hebdomadaires)
Une infirmière à mi-temps
Un dentiste (2 vacations hebdomadaires)
Un assistant social
Un agent d'accueil

PASS Saint Etienne CHU -
Rencontre Régionales 12 mars
2008

5

Organisation

- Des outils transversaux :
 - Une délivrance de médicaments gratuits
 - Des consultations spécialisées
 - Des examens de laboratoires et d'imagerie, des explorations fonctionnelles

PASS Saint Etienne CHU -
Rencontre Régionales 12 mars
2008

11

Missions

- L'accès aux soins
- L'intégration dans le système de droit commun
- La formation du personnel hospitalier

PASS Saint Etienne CHU -
Rencontre Régionales 12 mars
2008

12

Le public accueilli

- En 2007 : 591 personnes
 - 1216 consultations médicales
 - 903 actes infirmiers
 - 1159 consultations sociales

PASS Saint Etienne CHU -
Rencontre Régionales 12 mars
2008

13

Profil des personnes

- Nationalité :
 - 61 % étrangers hors CEE
 - 23 % CEE (Bulgarie, Roumanie...)
 - 15 % Français

PASS Saint Etienne CHU -
Rencontre Régionales 12 mars
2008

14

Données sociales

- Le logement :
 - 65 % vivent en logement précaire
- La couverture maladie :
 - 82 % n'ont pas d'assurance maladie
 - 11 % n'ont pas de mutuelle
 - 7 % ont une assurance complète

PASS Saint Etienne CHU -
Rencontre Régionales 12 mars
2008

15

Le réseau

- Intra hospitalier :
 - Interface, CIDDIST, ...
- Extra hospitalier :
 - Associatif : ACARS, Centre RIMBAUD, Asile de nuit, Renaitre, le Bistrot social
 - Institutionnel : CPAM, Conseil Général, ...
 - Médecins généralistes

PASS Saint Etienne CHU -
Rencontre Régionales 12 mars
2008

16



De 10 h à 12 h 45 : « *Publics, repérages...interventions* »,

Deux exemples de procédures de « repérage » des publics précaires ont été présentés :

- Premier exemple de repérage par **Cécile RUBIN & Anne AGNOLI** de la PASS du CH Annecy :

PROTOCOLE DE SAISIE DE LA PASS

Centre Hospitalier d'Annecy
PASS Anne Agnoli et Cécile Rubin
mars 2008

Ce protocole a une histoire :

Avant la nomination d'une assistante sociale, le médecin, à mi-temps était essentiellement saisi par le service des urgences.

Son activité était aussi basée sur un travail en amont auprès des structures recevant des personnes de la rue.

Le temps d'assistante sociale était réparti sur l'ensemble des services de l'hôpital.

Chaque assistante sociale travaillait sur l'accès aux droits dans le cadre de ses activités d'assistante sociale hospitalière.

Parallèlement et pendant toute cette période :

Les assistantes Sociales ont effectué un recensement des personnes précaires sur l'ensemble des services d'hospitalisation.

Recensement en fonction de critères déterminés :

- Un absolu : absence de couverture sociale ou de logement
- Associé à deux relatifs : passages multiples, isolement, personnes sans papiers, problèmes financiers, violences, problèmes d'addictions...

Les résultats de cette analyse :

- La précarité touche un nombre important de patients sur l'ensemble des services de l'hôpital
- Les professionnels prennent et souhaitent continuer à prendre en charge les personnes dans le cadre de leur compétence, sans créer de filière.
- Un certain nombre de situations de précarité sont très complexes et nécessitent une prise en charge spécifique avec des compétences particulières
- Le temps de prise en charge pour avancer sur le retour au droit commun est parfois très long et ne peut être assuré par les professionnels des services parce que trop lourd
- La nécessité d'une orientation en amont qui éviterait aux partenaires d'avoir comme seule solution l'envoi aux urgences.

La situation actuelle :

Nous en sommes donc arrivés à ce que le temps d'assistante sociale soit rattaché à la PASS
Actuellement la PASS est composée de :

Un binôme : médecin/ assistante sociale toutes les deux à mi-temps

Qui accompagnent les situations les plus complexes, sans créer de filière, pendant le temps nécessaire.

- Dans l'objectif d'un retour vers le droit commun
- Coordonne le partenariat en intra et extra hospitalier pour traiter ou anticiper les problèmes d'accès aux soins
- Participe aux réflexions autour de projets visant à améliorer l'accès aux droits ou aux soins

Le protocole :

Dans un souci de clarté et de bonne utilisation de cet outil, nous avons établi un protocole

- Il n'est pas figé sur des critères particuliers
- Les professionnels des services repèrent les situations pour lesquelles ils ont besoin d'antenne spécialisée à partir du tableau des alertes, intégré au dossier patient (voir annexe 1)
- Ils interpellent la PASS pour :

Les situations les plus complexes au niveau de l'accès aux droits et aux soins

Pour lesquelles il faut une prise en charge spécifique au niveau de la précarité

Qui vont nécessiter de nombreuses démarches et un temps de prise en charge long

Pour lesquelles il faudra engager un travail inter partenarial lourd eu intra et à l'extérieur de l'hôpital.

Annexe 1 : le tableau des alertes



TABLEAU DES ALERTES

Etiquette patient

Service :

ALERTES	DONNEES DIFFICULTES RENCONTREES	ACTION ENVISAGEABLE	PERSONNES RESSOURCES (noter au moins le n° personnes ressources)	Contactée le Par (Nom et qualité)	Actions entreprises Par (Nom et qualité)	Solutions trouvées le
⊕ Alertes médicales <input type="checkbox"/> Hospitalisations répétitives <input type="checkbox"/> Patient à risque (polypathologie, personne âgée, pathologie chronique, chutes à répétition) <input type="checkbox"/> Troubles cognitifs et/ou comportementaux <input type="checkbox"/> Conduites addictives <input type="checkbox"/> Dénutrition						
⊕ Alertes para-médicales <input type="checkbox"/> Perte d'autonomie dans les gestes de la vie quotidienne <input type="checkbox"/> Hygiène défaillante						
⊕ Alertes sociales <input type="checkbox"/> Entourage inexistant <input type="checkbox"/> Situation de précarité sociale et/ou financière et/ou logement <input type="checkbox"/> Maltraitance et/ou violence						
⊕ Autres alertes <input type="checkbox"/> Demande du patient <input type="checkbox"/> Demande de l'entourage <input type="checkbox"/> Demande d'un professionnel						

Personnes ressources : Antenne de gériatrie (1) Assistante sociale (2) Cadre coordinateur infirmier (3) Rééducateurs (4) Antenne douleur (5) Stomathérapeute (6) Antenne de psychiatrie (7) Antenne d'addictologie (8)

CHRA – DS – Tableau des alertes – version 1 – Avril 2007

Annexe 2 : le protocole

PRISE EN CHARGE des patients en situation de précarité

1 - Objet

Permettre à tous les professionnels de l'hôpital (médecins, soignants, administratifs...) repérant des patients en situation de détresse de les orienter vers la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS).

2 - Personnes concernées

- ✗ Professionnels de santé
- ✗ Le personnel de la PASS

3 - Définitions

P.A.S.S : Permanence d'Accès aux Soins de Santé.

La P.A.S.S est une unité fonctionnelle qui a pour mission de faciliter l'accès des personnes en situation de précarité au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits. À ce titre, elle assure la coordination de tous les intervenants (hospitaliers ou extérieurs), pour garantir la continuité des soins des personnes en situation de précarité.

Elle peut assurer ponctuellement des consultations médicales mais ne doit être que le "PASSage" pour un retour vers la filière de soins commune à tous.

(Annexe I : liste du personnel de la PASS et coordonnées)

4 - Modalités d'orientation vers la PASS

Plusieurs situations sont possibles à l'occasion d'une hospitalisation (MCO, SAU...) ou d'une consultation :

1. Le professionnel apprend, par le dossier médical ou infirmier du patient, que celui-ci est suivi ou connu de la PASS :
 - Il appelle le **4798** pour signaler l'hospitalisation du patient
 - ET
 - Il informe l'assistante sociale intervenant dans son service

2. Le professionnel repère une situation de détresse (absence de droit ou absence de soins)
 - Il signale la situation à l'assistante sociale de son service
 - L'assistante sociale du service effectue une analyse et prend en charge la situation ou demande l'intervention de la PASS
 - Le cas échéant, elle en informe le service

En cas d'absence de l'équipe PASS au moment d'une consultation : le professionnel recueille les coordonnées de la personne afin que celle-ci puisse être recontactée.

En cas d'absence pendant une hospitalisation : le professionnel laisse un message sur la messagerie téléphonique ou électronique de la PASS. Le personnel de la PASS se met en lien avec l'assistante sociale du service ou le service dans les 48 heures.

5 - Documents de référence

- Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 (art. 73) relative à la lutte contre les exclusions.
- Circulaire n° 98-536 du 17 décembre 1998 relative à la mission de lutte contre l'exclusion sociale des établissements de santé participant au service public hospitalier et à l'accès aux soins des personnes les plus démunies

- Circulaire n° 99-05960 du 25 mai 1999 relative à la mise en place des permanences d'accès aux soins de santé

6 - Documents associés

- ✓ Annexe I : Liste des membres de la PASS et coordonnées
- ✓ PASS-MO01 – Ordonnances de sortie

7 - Mots-clés

- × PASS
- × Précarité
- × Accès aux soins

Diffusion
<ul style="list-style-type: none"> - Médecin des services - Cadres des services

Rédaction	Personnels de la PASS Responsable : Dr Anne AGNOLI	
Vérification	Catherine TISSOT, responsable réseau et coopération	
Approbation	Martine Bartoletti, directrice des soins	

- Deuxième exemple de repérage par *Elodie PICARD & Nathalie TAFARO* de la PASS du CH de Bourg-en-Bresse :

Présentation de la procédure de repérage des publics de la PASS au CH de Bourg en Bresse

Dr N. Tafaro (médecin urgentiste)
Mlle E. Picard (CESF)

La PASS de Bourg en Bresse :

Contexte de création

Le Centre Hospitalier accueille depuis longtemps des patients en situation de précarité sociale. La plupart d'entre eux y sont admis via les urgences. L'antenne Médecins du Monde de Bourg en Bresse a fermé en 2000. Il n'y a pas de d'offre de soins pour les patients en très grande précarité en dehors de l'hôpital.

Une PASS « invisible »

Une PASS a été créée sur l'hôpital en 2002.

L'assistante sociale de la PASS a ½ ETP pour la PASS et les urgences, elle intervient de façon transversale dans tous les services pour les patients PASS, elle a également ½ ETP au Centre de Santé Publique.

Il y a un médecin référent PASS aux urgences, urgentiste à temps plein. Le temps médical affecté à la PASS est de 0 ETP. Son travail effectué au titre de la PASS est bénévole.

Il n'y a pas de consultation médicale PASS.

Il n'y a pas de locaux ni de signalisation PASS.

Un fonctionnement intégré au fonctionnement global du CH

La plupart des patients PASS sont admis à l'hôpital via les urgences. Le SAU enregistre 30000 passages par an. Rapidement la question qui s'est posée était : « comment identifier les patients qui ont besoin d'une prise en charge PASS dans le flux des patients des urgences ? ».

Méthodologie

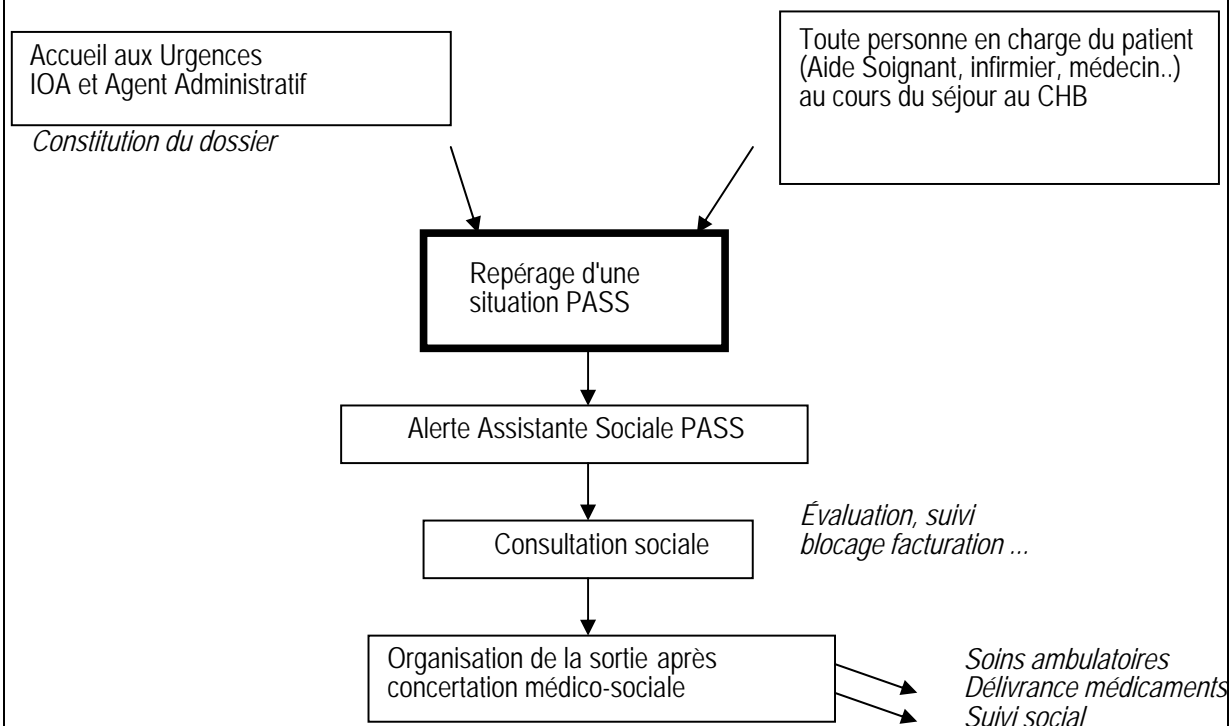
Un groupe de travail a été constitué aux urgences, comprenant la CESF de la PASS, des médecins, des infirmiers, des aides soignants, des agents administratifs.

Ce groupe de travail a cherché à identifier les principaux obstacles dans l'accès aux soins, qui ont été synthétisés en 5 critères facilement utilisables aux urgences.

Une procédure d'accueil des patients PASS a été établie. Son objectif est que les patients précaires bénéficient d'une prise en charge pluridisciplinaire, médicale et sociale, et qu'à la sortie du CH les soins soient réellement poursuivis.

Le groupe de travail a réfléchi sur le problème de la transmission d'information entre l'agent qui recueille les données lors de la constitution du dossier et le prescripteur final. Le groupe a fait le choix de faire apparaître les critères PASS sur le dossier patient.

Procédure de prise en charge des patients précaires au CH Fleyriat



Le rôle de l'infirmier d'accueil aux urgences est de faire l'accueil du patient, les premiers soins, l'évaluation clinique, le tri selon des niveaux de gravité, et la constitution du dossier.

Aux urgences les patients sont triés en niveaux de gravité (urgence vitale immédiate, semi urgent nécessitant une prise en charge médicale dans les 30 min ou dans les 120 min, non urgent). Ces critères de tri sont utilisés dans tous les services d'urgences et ont été établis au niveau international en fonction du délai au-delà duquel le pronostic vital ou fonctionnel pourrait être engagé.

On s'aperçoit très vite que les patients PASS, qui consultent au CH en raison de problèmes d'accès à la médecine de ville, sont le plus souvent dans le groupe des patients dits « non urgents ».

Le repérage à l'accueil permet une alerte précoce de l'assistante sociale de la PASS, afin qu'elle débute rapidement la prise en charge du patient, même s'il ne voit pas de médecin tout de suite.

Les critères PASS retenus par le groupe de travail sont :

- Absence de couverture sociale
- Problèmes de ressources
- Conditions de vie précaires
- SDF
- Demandeur d'asile

Ces critères figurent sur la fiche d'admission aux urgences des patients. Cette fiche fait partie du dossier infirmier.

Le repérage des patients PASS a fait l'objet d'une information dans tous les services de l'hôpital. Les services alertent l'assistante sociale de la PASS quand son intervention est nécessaire, notamment pour organiser la sortie du CH et la poursuite des soins en ambulatoire.

Évaluation de la procédure après 4 ans d'évolution

Intérêt initial pour la formation du personnel

En pratique le dossier patient est souvent mal rempli.

L'alerte de l'assistante sociale de la PASS dès l'accueil des urgences fonctionne bien en heures ouvrables. La nuit et le week-end-end aux urgences, un registre de demande de consultation sociale permet à l'assistante sociale de la PASS de recontacter les patients à posteriori.

La prochaine informatisation des urgences va demander une adaptation de la procédure. Les critères PASS figureront dans le dossier informatique sous un seul item « PASS : oui/non ».

Projets d'avenir

Pour améliorer le repérage il faudra rendre la PASS visible !

Locaux, signalisation

Consultation médico-sociale PASS

Conventions avec partenaires

Fiche d'admission du patient au SAU

CENTRE HOSPITALIER DE BOURG-EN-BRESSE											
IDENTITÉ ou ÉTIQUETTE		Vient pour :		Critère "PASS"		Arrivé(e) le : _____					
n° IPP :		Priorité à l'accueil : 1 - 2 - 3		* Absence de couverture sociale <input type="checkbox"/>		à _____ h _____		Heure d'admission en box			
Nom :				* Problème de ressources <input type="checkbox"/>		à _____ h _____					
Prénom :				* Conditions de vie précaires <input type="checkbox"/>							
Né(e) le :				* SDF <input type="checkbox"/>		* Demandeur d'asile <input type="checkbox"/>					
Poids : T° : SaO2 : Pouls : TA : FR :						IDE :					
EVA/POCIS n° 1 : D1 D2 (para) : Heure :				EVA/POCIS n° 2 : D1 D2 (para) : Heure :				Interne :			
Observations :											
.....											
.....											
Examens		Analyse d'urines				VAT : à jour <input type="checkbox"/> Para. <input type="checkbox"/>		Heure de décision médicale :			
Presc. Para. Prati. Env. Para.		Prescrits Para. Pratiqués Para.				à faire <input type="checkbox"/> fait <input type="checkbox"/>		à _____ h _____		Heure de départ :	
<input type="checkbox"/> Iono simple <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Iono complet <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Glycémie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NG <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> TP - TCK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> INR <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Groupe 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Groupe 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> RAI <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> GDS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alcoolémie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tropo Myogl <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> BH <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Amyla.lipas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hemo I h <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hemo II h <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dextro m mol ^l		<input type="checkbox"/> BU <input type="checkbox"/> S : Alb. : Ac. : pH : L : N : Sg : <input type="checkbox"/> CBU-CG <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Toxic U <input type="checkbox"/>				à vérifier (MT) <input type="checkbox"/>		à _____ h _____			
Autres :		Actes				Globulines : à faire <input type="checkbox"/> fait <input type="checkbox"/>		GEMSA : 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6		Documents médico-administratifs remis :	
		Prescrits Para. Pratiqués Para.				Date du dernier rappel :		CCMU : I - II - III - IV - V			
		<input type="checkbox"/> VVP <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SAD <input type="checkbox"/> SNG : <input type="checkbox"/> Siphonnage <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Aspiration <input type="checkbox"/>				Radiographies pratiquées :		Immobilisations réalisées		<input type="checkbox"/> Certificat accident de travail <input type="checkbox"/> Arrêt maladie Nombre de jours d'arrêt de travail : <input type="checkbox"/> Courrier dicté <input type="checkbox"/> Courrier remis <input type="checkbox"/> Radio données	
						OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Collier cervical <input type="checkbox"/> Attelle de Zimmer <input type="checkbox"/> Bandage américain <input type="checkbox"/> Traction non collée <input type="checkbox"/> Plâtre : <input type="checkbox"/> Autre :			

Les examens pratiqués non envoyés sont mis en attente au SAU jusqu'au lendemain matin. (prescr. : prescrits - env. : envoyés - para. : paragraphe du soignant - MT : médecin traitant)

Après la présentation des procédures de repérage des publics précaires par les PASS d'Annecy et de Bourg-en-Bresse, un débat avec l'assistance est ouvert.



- *Dr Jean Furtos , psychiatre, directeur de l'OSPERE (résumé d'intervention)*

Intérêts, risques et limites d'une catégorisation des publics en situation de précarité

En préambule J. Furtos rappelle que les catégories sont des manières de classer le réel, d'assigner une place aux personnes. Il y a des catégories stigmatisantes, « chosifiantes », ou interdites. Si les catégories sont indispensables pour penser le monde, elles sont à la fois excluantes.

Le seul intérêt de la classification c'est d'intervenir efficacement, en posant le bon diagnostic.

J. Furtos prend pour exemple le syndrome d'auto exclusion, à ne pas confondre avec certaines pathologies psychiatriques. Il décrit les signes cliniques de ce syndrome (anesthésie corporelle, émoussement affectif, inhibition de la pensée, rupture des liens sociaux, symptômes paradoxaux, demande portée par un tiers, perte de la bonne honte, errance, mortalité). Il évoque ensuite le danger de la psychiatrisation face la souffrance psychosociale.

J. Furtos pose la question des politiques d'urgences qui considèrent l'être humain comme un mammifère qui ne doit pas mourir, mais ne doit-il pas vivre aussi ?

Pour les situations PASS, lorsqu'il n'y a pas de détresse vitale immédiate, il souligne l'intérêt d'utiliser le terme « d'alerte ».

J. Furtos évoque l'hyperindividualisme, l'hyperprofessionnalisation qui peuvent être sources d'auto exclusion.

Il parle des risques de dérive vers l'hypersanitarisation. L'une des manières de se rendre compte que la classe sociale influence directement sur la manière d'être au monde sont les indicateurs de morbidité et de mortalité. Suite à l'évolution des idéologies, nous sommes plus touchés par le saturnisme, que par le fait que des familles s'entassent dans des logements précaires.

Questions de l'assistance :

Comment sortir du syndrome d'auto exclusion ?

J. Furtos distingue la phase de découragement initiale, au cours de laquelle il est aisé de sortir de ce syndrome, et cite quelques exemples. Il explique que les patients souffrants de maladie mentale, en sortent plus facilement que les autres car ils gardent les défenses liées à leur maladie. Pour les autres, il faut tolérer ce qu'ils s'infligent pour vivre, parfois très longtemps ; et accepter les « logiques des plus faibles », qui gardent certaines défenses.

Comment faire accepter des situations particulières par notre société, où les personnes sont vite cataloguées en échec ?

J. Furtos expose la contradiction politique entre les droits de l'homme, érigés en philosophie de référence pour tous les pays adhérant à l'ONU, et la logique des flux financiers, qui priment sur l'individu. Aujourd'hui l'homme vulnérable a-t-il une place ? Dans nos sociétés, l'exclusion n'est pas prévue par la constitution. Notre action est d'aider les gens à rester vivants dans une situation désespérée.

Pour les grands exclus, l'alcool est-il une cause ou un remède à l'exclusion ?

Pour J. Furtos l'alcool est une complication de la non reconnaissance sociale. Il a des effets néfastes sur la santé, mais par ses effets psychotropes il peut être considéré comme un auto traitement.



De 14 h 00 à 14 h 30, les spécificités de l'intervention médico-sociales à travers des cas pratiques ont été abordées par la PASS du CHU de Grenoble et par la PASS du CH de Montbrison. Présentation de cas pratiques par :

- **Bernard MONTIER & Myriam GIBERT-DRILLAT** de la PASS du CHU de Grenoble,



L'équipe :

Mise en place fin janvier 2006

- ✦ Un médecin 2 demi-journées de consultations par semaine
- ✦ Une infirmière à mi-temps
- ✦ Un assistant social à plein temps

Fonctionnement

Consultation externes (l'infirmière participe aux consultations)
Poursuite des soins après hospitalisation.
L'assistant social rencontre tous les patients.

Un budget permet

- ✦ La mise en œuvre des prescriptions (médicaments, examens radiologiques et biologiques)
- ✦ L'orientation vers des consultations de spécialiste du CHU



Les locaux

- Facilement accessibles
- Excentrés dans l'hôpital
- De plein pied
- Douche et vestiaire



Les usagers

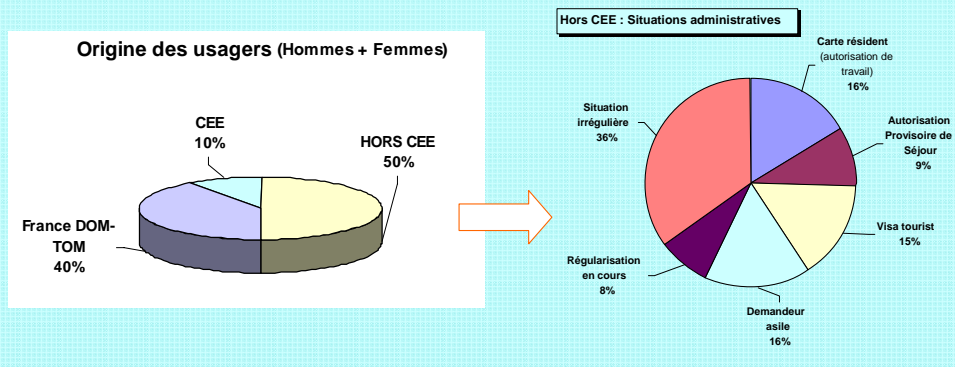
Chiffres 2007 : 230 patients différents – 602 consultations
File active de l'assistant social : + de 300 personnes

2 types d'usagers :

- Très désocialisés, SDF, jeunes routards. La plupart problème d'alcool et /ou de toxicomanie
Ont souvent une couverture sociale
 - Difficulté d'accepter et d'aller vers les soins, de suivre les prescriptions
- Sans-papiers, demandeurs d'asile arrivant, personnes en situations administratives complexes
 - En attente de couverture sociale
 - Pas d'argent
 - Situation parfois ni régulière ni irrégulière

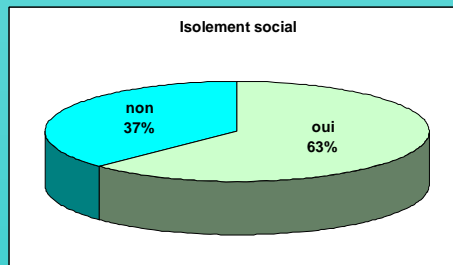
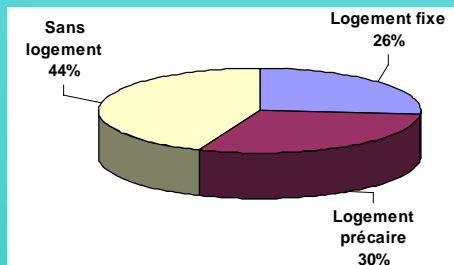
Les usagers Chiffres 2006

- Situations administratives (hommes/femmes confondus)



Les usagers Chiffres 2006

Situations personnelles



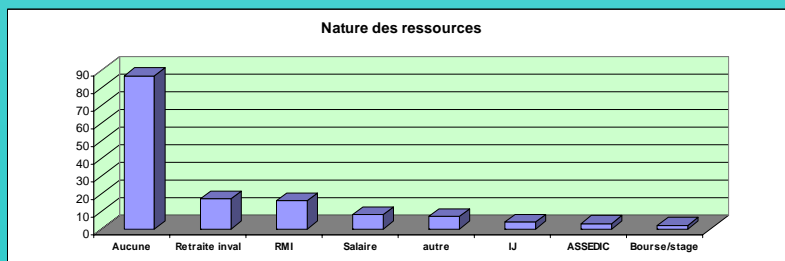
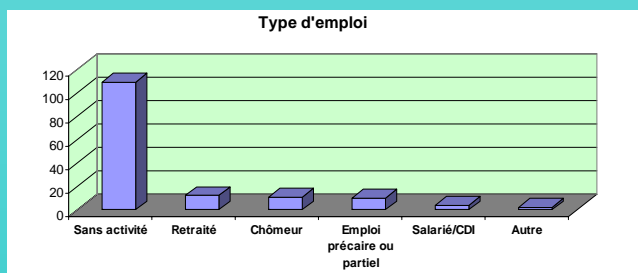
Logements précaires = hébergés chez des amis ou dans un foyer pour un temps limité.

Ils vivent seuls (et parfois avec des enfants) dans 73% des cas, isolés socialement dans 63% des cas (dans le sens qu'ils fréquentent uniquement les organismes d'aide, les fuyant même pour certains). Cet isolement social est plus important chez les hommes (68%) que chez les femmes (51%).



Les usagers Chiffres 2006

Situations personnelles



Les limites

- Pas de voiture de service pour accompagnements
- Pas de ticket de tram
- Pas de secrétariat
- Manque de temps infirmier
- Articulations avec services du CHU à améliorer
- Manque de temps pour actions de sensibilisation et de formation (IFSI)



Cas de monsieur P.

Obstacle aux soins : alcoolisation aigue.

Travail de partenariat indispensable. Pas de problème de Sécurité sociale.

- SDF de 42 ans éthylique chronique, célibataire, sans enfant, infirme moteur, hémiparétique. Plus de famille. A fait des séjours dans des centres d'accueil où cela s'est mal passé.
- Connu des Urgences (classiques et psychiatriques) depuis 2 ans. Plusieurs hospitalisations pour alcoolisme aigu. En détresse morale. nous le voyons se dégrader physiquement. (*venu aux Urgences 7 fois en mai, 4 fois en juin*).
- L'ensemble des partenaires est alerté (psychiatrie, alcoologie de liaison, Urgences, 115, Maraude de MdM, PASS, etc.). Plusieurs démarches sont tentées qui échouent.
- Mi-juin : Tentons avec la Maraude et les urgences de le faire venir à consult PASS, sans succès.
- Début juillet : hospitalisation en hôpital psy. À sa sortie il se retrouve dans le même état : à la rue, se dégradant physiquement.
- Mi sept : M. est aux Urgences. Il est accompagné à la PASS. Premiers contacts, soins d'hygiène dispensés par l'infirmière. Un centre d'hébergement accepterait son admission s'il s'inscrit d'abord dans une démarche de soins.
- 2 oct : Maraude arrive à le convaincre de l'amener à la PASS un jour de consultation. Médecin propose hospitalisation, préparée avec Service de Médecine Interne. Accompagné au 3°B par IDE, qui participe avec l'équipe du service à la prise en charge de M.
- Accueil au centre d'hébergement en sortie d'hospitalisation.

Cela a pris 4 mois pour réaliser ce circuit de soins



Cas de madame E.

Problème d'organiser les soins sans couverture sociale

Situation administrative complexe : ni situation régulière, ni situation irrégulière.

- Mme, Marocaine avec permis de séjour italien. Venue avec ses 3 enfants rejoindre son mari qui avait suivi son entreprise délocalisée d'Italie en France.
- Nodules thyroïdiens + otites à répétition avec perforations tympaniques. Indications opératoires, mais pas de Sécurité sociale possible.
- Orientation vers la PASS 6 mois + tard par médecin de la Ville de Fontaine.
- Réalisation d'examens complémentaires (echo + scinti thyroïdiennes et bilans sanguins), consultation spécialisée en ORL
- Mise en route de traitements médicamenteux
- Prise en charge médicale globale dans un contexte de polyopathologies.
- Parallèlement, faisons démarches pour ouverture des droits avec service juridique de l'ADATE et le service AME/CMU de la CPAM.
- Organisation des interventions chirurgicales par la PASS dès l'ouverture des droits.

PASS a permis un suivi médical en attendant l'ouverture des droits.



➤ *Monique ESCOFFIER de la PASS du CH de Montbrison,*

SPECIFICITE DE LA PASS DU
CENTRE HOSPITALIER DE
MONTBRISON :

LA REFERENTE UNIQUE EST
UNE INFIRMIERE

MONTBRISON





1 . Pourquoi le choix d'une infirmière ?

L'arrondissement de Montbrison bénéficie d'un poste de coordonnatrice territoriale du PRAPS, rattaché au Centre Hospitalier de Montbrison, depuis fin 2000.

1 . Pourquoi le choix d'une infirmière ?

Le **recensement des besoins** s'est effectué, en lien avec le service social du C.H., auprès:

- des partenaires **institutionnels**,
- des partenaires du **milieu associatif**,
- des **services internes** de l'hôpital.

1 . Pourquoi le choix d'une infirmière ?

L'ensemble des partenaires a été réuni au Centre Hospitalier pour un **rendu de l'enquête**.

Il a été confirmé le souhait de voir **confier la PASS à une infirmière**.

1 . Pourquoi le choix d'une infirmière ?

Il en est ressorti que :

- Le premier contact attendu au Centre Hospitalier était un **contact avec un soignant**.
- La zone d'activité du C.H. étant à dominante rurale, plutôt que de problèmes sociaux aigus, les difficultés relevaient davantage de **problèmes de rupture ou d'absence de soins**.

1 . Pourquoi le choix d'une infirmière ?

Cette proposition a été **validée** par :

- le Directeur de l'Etablissement,
- Le Directeur des Soins,
- Le Directeur des Ressources Humaines,

Et il a été procédé, en **interne**, au **recrutement**.



2 . Les Missions de la Référente

Le poste de l'infirmière référente PASS est un poste à **temps plein** ce qui permet :

- Une **grande disponibilité** pour les missions PASS
- Un **bon repérage** par les partenaires et les usagers (pas d'interférence avec d'autres missions)

2 . Les Missions de la Référente

L'ACCUEIL par une infirmière

- Correspond à la demande d'un **contact avec un soignant** ;
- Facilite les échanges, **met en confiance** la personne ;
- Permet **d'appréhender la problématique de manière synthétique** : aspect médical et aspect social.

2 . Les Missions de la Référente

L'ACCES AUX SOINS ET L'ACCOMPAGNEMENT

En parallèle, l'infirmière assure :

- **L'ouverture des droits administratifs**, si besoin ;
- **La facilitation de l'accès** aux différents domaines du Centre Hospitalier (plateau technique, services, pharmacie).

2 . Les Missions de la Référente

- *Possibilité d'accompagnement physique aux consultations* (si c'est le souhait du patient)

Cela permet :

- D'**expliquer** au patient, de le **rassurer** ;
- Au médecin, d'**adapter la prescription** à la réalité de l'environnement de la personne ;
- De rappeler ,ou **d'organiser les rendez-vous** suivants.

2 . Les Missions de la Référente

- *Possibilité de visites à domicile*

- Soit sur sollicitation d'un partenaire extérieur, **pour amener une personne à consulter** au Centre Hospitalier ;
- Soit **pour prolonger un suivi entamé** dans le cadre de la PASS.

2 . Les Missions de la Référente

- *Possibilité de soins ponctuels* (pansements, prise de traitements)

Effectués par l'infirmière de la PASS,

En attendant l'ouverture de droits permettant la prise de relais par un infirmier libéral.

2 . Les Missions de la Référente

L'INFORMATION ET L'ORIENTATION

- Au niveau des patients
 - Infirmière PASS = **interlocuteur privilégié** du patient au Centre Hospitalier
 - **Information** sur les traitements, les rendez-vous
 - **Mise en place effective des relais extérieurs** nécessaires à la poursuite de la prise en charge (auxiliaires médicaux, aide à domicile, services sociaux)

2 . Les Missions de la Référente

- Au niveau des partenaires

Demande d'**orientation** et de **conseil** par rapport à une situation où un problème de santé est pressenti par l'accompagnateur social

- Au niveau de l'IFSI

Sensibilisation des étudiants infirmiers et aides-soignants à l'accueil et au repérage des publics défavorisés

Accueil d'étudiants en stage

2 . Les Missions de la Référente

LA PREVENTION

- En individuel
 - Selon les difficultés rencontrées par les personnes reçues (hygiène, alimentation, prise de traitements, accidents)
- Collectivement
 - Auprès des publics accompagnés par le SAVS de l'ADAPEI et AUTONOMIA

3 . La PASS : un travail de lien au quotidien

A l'intérieur de l'hôpital

Des **procédures** ont été mise en place en interne :

- repérage
- orientation
- accès plateau technique
- accès pharmacie
- hébergement,
- ...



3 . La PASS : un travail de lien au quotidien

- Tous les services du Centre Hospitalier peuvent **solliciter l'infirmière de la PASS**.
ex : prise en charge d'une personne isolée diabétique insulino-dépendante.
- L'infirmière de la PASS interpelle **toutes les compétences** du CH nécessaires à une prise en charge personnalisée.
ex : prise en charge d'une personne repérée aux Urgences avec une problématique alcoolique.

3 . La PASS : un travail de lien au quotidien

Avec les partenaires extérieurs

- Les services extérieurs et associations font des **orientations vers la PASS**
ex : prise en charge d'une personne repérée par les travailleuses familiales
- L'infirmière de la PASS les sollicite pour **recréer un environnement favorable à la poursuite de la prise en charge**
ex : prise en charge des gens du voyage



Conclusion

La PASS de MONTBRISON reçoit en moyenne **200 nouvelles personnes** par an et répond à plus de **400 demandes annuelles**.

Conclusion

Chaque année, dans le souci de faire évoluer la PASS en fonction des besoins repérés, le COPIL valide **un projet d'action**.

Conclusion

Actuellement, les **consultations de médecine générale** sont assurées au cas par cas par le Service des Urgences.

Une réflexion est en cours pour **développer ce type de consultations sur un temps spécifique** réservé aux patients pris en charge par la PASS.



De 15 h 45 à 16 h 15, intervention du *Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports* sur l'accès aux soins et prévention des populations précaires (dispositifs, actualités).

➤ par Madame Danièle WOHLGEMUTH de la DHOS :



Permanences d'accès aux soins de santé (PASS)

Elaboration de recommandations d'organisation des PASS

DHOS-E1-PASS-ST ETIENNE-
18-03-2008



Pourquoi des recommandations d'organisation?

- Attendues par terrain
- Recommandées par IGAS
- Constat de multiples différences entre les PASS sur le territoire: de PASS « virtuelles » à très efficaces
- Réforme tarifaire des établissements de santé: le financement des PASS relève des missions d'intérêt général (MIGAC) des établissements de santé

DHOS-E1-PASS-ST ETIENNE-
18-03-2008



Selon quelle méthode? 1/3

A partir d'un état des lieux:

- Etudes Grès médiation santé 2003
 - patients pathologies et organisation
- Etude HAS
 - patients pathologies sur 6 mois
- Enquête IGAS
- Journées régionales
- Formations des professionnels des PASS
- Entretien GRES / TAMALOU 2007

DHOS-E1-PASS-ST ETIENNE-
18-03-2008



Selon quelle méthode? 2/3

Définition d'une organisation cible selon deux axes:

- mise en oeuvre du dispositif (indicateurs de moyens)
- impact du dispositif (indicateurs de résultats et de performance, notamment avis des usagers)

DHOS-E1-PASS-ST ETIENNE-
18-03-2008



Selon quelle méthode? 3/3

Concertation en deux étapes :

- Etape 1 comité de pilotage
 - composé de représentants des différents acteurs clés des PASS (directeurs, médecin chef de pôle, assistants de service sociaux, infirmiers);
 - représentant des PASS urbaines et en zone rurale;
- Etape 2 consultation des institutionnels
 - conférences des ES;
 - associations des élus;
 - associations oeuvrant auprès des publics précaires;...
- (délai 1 mois, en cours)

DHOS-E1-PASS-ST ETIENNE-
18-03-2008



Quel est le statut de ces recommandations ?

- Pas d'obligation en matière d'organisation
- Mais des incitations:
 - avec une étape minimale
 - avec une étape optimale

DHOS-E1-PASS-ST ETIENNE-
18-03-2008




Quels types de recommandations?

- sur les moyens et la mise en œuvre
 - présence de 4 référents clés
 - définition respective des rôles des acteurs sociaux
 - formalisation des partenariats
 - outils, protocole (repérage, circulation, accompagnement...)
 - comité de pilotage avec rôle stratégique
 - communication
 - développement de la compétence des acteurs
 - démarches qualité
 - suivi de l'activité et du budget de la PASS
- sur les résultats et la performance
 - évaluation de la stratégie de la PASS,
 - évaluation des prestations offertes,
 - évaluation de l'impact: adéquation aux besoins des populations ciblées du territoire, satisfaction des usagers


DHOS-E1-PASS-ST ETIENNE-
18-03-2008

➤ Dr Lionel LAVIN : Présentation du PRAPS



PRAPS

Circulaire n° DGS/2007/430 du 7 décembre 2007


[Passer à la première page](#) 



Objectifs des PRAPS

- Garantir un accès égal aux soins et à la prévention pour tous dans un double objectif de santé publique et d'insertion et de cohésion sociale
- Assurer une approche globale et coordonnée des problèmes de santé des publics en difficulté

[Passer à la première page](#) 




Historique

- **loi de lutte contre les exclusions juillet 1998** ⇒ **mesures législatives de grande ampleur: CMU, AME, PASS...**

Programmes Régionaux d'accès à la prévention et aux soins


- ◆ 2000-2002 : PRAPS 1ère génération
- ◆ 2003-2006 : PRAPS 2ème génération

[Passer à la première page](#) 



EVALUATION

- Évaluation PRAPS I publiée en 2003
- Évaluation PRAPS II publiée en 2005
- Rapport 2004 de l'IGAS « synthèse des bilans de la loi de 1998 »

[Passer à la première page](#) 



Des services ministériels mobilisés : Une Stratégie d'action santé précarité (2005)

- Mettre au centre des plans et programmes nationaux les populations vulnérables
- Améliorer l'accès à une couverture maladie
- Améliorer l'accès à des soins de qualité
- Agir précocement autour de l'enfant et de la famille
- Accentuer l'effort de prévention en agissant sur les principaux facteurs de risque comportementaux et environnementaux
- Mener des actions spécifiques (personnes privées de liberté, migrants, personnes privées d'emploi...)

[Passer à la première page](#) 



Cadre actuel des PRAPS

- Loi de santé publique d'août 2004
 - ◆ lutte contre les inégalités de santé
 - ◆ populations prioritaires (jeunes, détenus, publics précaires)
 - ◆ 5 plans nationaux stratégiques obligatoires
 - ◆ programmes obligatoires dans le PRSP
 - PRAPS
 - Programme santé scolaire et éducation santé

[Passer à la première page](#) 

- Une circulaire PRAPS élaborée par un groupe de travail:
 - ◆ DGS
 - ◆ DGAS
 - ◆ DHOS
 - ◆ DPM
 - ◆ DREES
 - ◆ DIV
 - ◆ INPES
 - ◆ DRASS Bretagne
 - ◆ DSS Corse
- Passage en CTRL de référence

[Passer à la première page](#)



Objectifs de la circulaire

- Fournir une orientation pour l'élaboration des PRAPS
- Affirmer les PRAPS comme un volet incontournable des PRSP
- Affirmer les PRAPS comme programmes participant à la lutte contre les inégalités de santé en regroupant:
 - ◆ l'ensemble des actions en faveur des populations précaires dans chaque programme des PRSP
 - ◆ les actions spécifiques d'accompagnement des populations les plus marginalisées
- Affirmer le pilotage et l'évaluation régionale et nationale
- Garantir une animation nationale

[Passer à la première page](#)



Les Modalités d'élaboration

- Diagnostic local des difficultés d'accès aux soins et à la prévention → adapter les dispositifs de droit commun aux publics démunis
- Diagnostic partagé et impliquant les usagers
- Territorialisation (politique de la ville / ASV, milieu rural...)
- Articulation avec les politiques sectorielles
- prendre l'avis des Conférences régionales de santé (CRS)

[Passer à la première page](#)



Les actions:

- Mobiliser les professionnels et les institutions
- Rechercher des solutions innovantes interprofessionnelles et interinstitutionnelles (projets collectifs locaux,...)
- Intervenir auprès des populations vulnérables en agissant comme un vecteur d'atténuation des disparités
- Former les professionnels pour permettre d'améliorer la collaboration interprofessionnelle
- Agir auprès des institutions pour une prise en charge globale et de qualité (CHRS, PASS...)

[Passer à la première page](#)



Pilotage national & régional

- Mise en place d'outils de suivi et pilotage
 - ◆ SI PRSP
 - ◆ SI Performance

[Passer à la première page](#)



Animation nationale

- Apport des études nationales et internationales
- Echange sur les pratiques
- Démarche « Bonnes Pratiques »
- Outils de communication (lettre - site internet ...)

[Passer à la première page](#)



Étapes suivantes

- Les Inégalités de santé socio-démographiques et territoriales...
- La santé comme vecteur d'intégration et de lutte contre l'exclusion : « la santé dans toutes les politiques »...

[Passer à la première page](#)





De 16 h 15 à 16 h 35, Bruno DE GOËR de la PASS de Chambéry et Elisabeth RIVOLLIER de la PASS de Saint-Etienne présentent un diaporama : Dix ans après la loi contre les exclusions quels rôles donnés aux PASS dans les textes officiels ? Quelles continuités ?

Dix ans après la loi contre les exclusions :

Quels rôles donnés aux PASS dans les textes officiels ?
Quelle continuité ?

Bruno De Goer, PASS CH Chambéry
Elisabeth Rivollier, PASS CHU St-Etienne

120102009 Association des Professionnels des PASS 130000 Alpes Saint-Etienne

Avant le 29 juillet 1998

- 1986: Médecins de Monde : installation des missions France
- 1987 : Grande pauvreté et précarité économique et sociale
Rapport de J Wresinski
- 1988 : Le RMI
Sur le terrain : problématiques santé

120102009 Association des Professionnels des PASS 130000 Alpes Saint-Etienne

- ◆ 1994- 1998: augmentation des inégalités sociales de santé (SFSP)
- ◆ 1994 : le collectif alerte porte l'idée d'une loi globale
- ◆ 1995 : Nouveau rapport du Conseil économique et social: engagement gouvernemental pour la citoyenneté de tous
- ◆ Loi du 29 juillet 1998 : l'accès effectif de tous aux droits fondamentaux. Cf article 1.

120102009 Association des Professionnels des PASS 130000 Alpes Saint-Etienne

La loi contre les exclusions

- ◆ Nouvelle façon de lutter contre la pauvreté, à l'opposé de l'assistance
- ◆ Les droits fondamentaux sont interconnectés
- ◆ L'importance de la participation des personnes (art 151)
- ◆ La santé : 11 articles sur 159 (67 à 77)
- ◆ Art 73 : rôle du service public hospitalier
- ◆ Art 76 : création des PASS avec circulaire du 17 décembre 1998

120102009 Association des Professionnels des PASS 130000 Alpes Saint-Etienne

Les PASS en 2003

- ◆ Hétérogénéité
- ◆ 364 PASS répertoriées
4 PASS mobiles
- ◆ Implantation territoriale satisfaisante
- ◆ Pourvues surtout en travailleurs sociaux
- ◆ 15 % organisées en unité spécifique
- ◆ 9,5 % sans personnel dédié...
- ◆ 43 % sans médecin référent ?

120102009 Association des Professionnels des PASS 130000 Alpes Saint-Etienne

Loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique

- ◆ Réduction des inégalités de santé
- ◆ Prendre en compte les *difficultés spécifiques des populations fragilisées*
- ◆ Au niveau régional : *ensemble coordonné de programmes et d'actions pluriannuels*
- ◆ Objectifs et stratégies : prise en compte systématique des *groupes les plus vulnérables*

120102009 Association des Professionnels des PASS 130000 Alpes Saint-Etienne

Exemples de rôles attendus des PASS (1)

- ◆ Patients atteints de tuberculose : accès aux soins et développement de la confiance dans le dispositif de soins
- ◆ Patients migrants/étrangers infectés par le VIH
- ◆ Lieux avec offre globale d'un bilan de santé dont tests VIH

Exemples de rôles attendus des PASS (2)

- ◆ Moyens spécifiques du plan périnatalité
- ◆ possibilité de continuité des soins après incarcération

PRAPS 3^{ème} génération

- ◆ Programmes majeurs pour lutter contre les inégalités sociales de santé
- ◆ Des publics hétérogènes
- ◆ Effet paradoxal des campagnes de prévention
- ◆ Souhait d'un décloisonnement entre santé et social
- ◆ Un pilotage et une évaluation régionale
- ◆ Les PASS = un des moyens spécifiques d'accompagnement

Points forts identifiés des PASS

- ◆ Une place centrale dans le soin global à la personne en situation de précarité
- ◆ Des actions synergiques médicales et sociales
- ◆ Connaissance et liens avec les réseaux d'aide et d'accompagnement, de prévention
- ◆ Participation à la lutte contre les inégalités sociales de santé
- ◆ Droits des personnes

Le service rendu au patient et à l'hôpital : des enjeux éthiques alliés à l'efficacité sanitaire et sociale

- ◆ Meilleure coordination des moyens : composantes médicale ET sociale
- ◆ Soins relevant d'actions non instrumentales : éducation, lien social
- ◆ Médecine sobre
- ◆ Choix d'équité : critère de vulnérabilité

PASS dans le circuit des soins

2007 : environ 400 PASS implantées

- ▶ Légitime qu'elles soient sollicitées :
 - pour bilan social des obstacles aux soins
 - avec souvent une demande immédiate de soins
- ▶ Quelle réponse satisfaisante à apporter

en l'absence de temps médical dédié ?

Les PASS en regard de l'esprit de la loi de 1998

- ◆ Travail en réseau effectif dans l'interconnexion des droits. Possibilité de sortir des murs de l'hôpital, actions innovantes...
- ◆ Risque de devenir une filière spécifique plus qu'un espace ressource
- ◆ Risque de justifier des politiques de restriction
- ◆ Pas ou très peu d'avancées en termes d'actions participatives (La Réunion, co-formations, quelle place des usagers dans la structuration...)

Vigilance par rapport aux dérives

- ◆ (ré)intégration dans le système commun = objectif prioritaire
- ◆ Recherche des liens tissés lors de soins antérieurs
- ◆ Message au réseau : PASS = *passage*
- ◆ Transmission écrite aux soignants de proximité à l'issue de la prise en charge
- ◆ Information des intervenants hospitaliers sur les mécanismes de l'exclusion
- ◆ Protection, transparence, responsabilité, indépendance

Dix ans après la loi de lutte contre les exclusions :
Quels rôles donnés aux PASS dans les textes officiels ?
Quelle continuité ?

Bruno De Goër ¹, Elisabeth Rivollier ², praticiens hospitaliers médecine générale
C.H. de Chambéry, C.H.U. de Saint-Étienne

Texte extrait des actes de la 4^{ème} journée des PASS de Rhône-Alpes organisée le 12 mars 2008 à Saint-Étienne.

L'Association des professionnels des PASS de la région Rhône-Alpes ³ qui réunit travailleurs sociaux et soignants est à l'initiative de ces journées.

La 4^{ème} journée des PASS (Permanences d'Accès aux Soins de Santé) de la région Rhône-Alpes le 12 mars 2008 à Saint-Etienne a été l'occasion de revenir sur l'historique de ces dispositifs hospitaliers et de réaffirmer leur place dans le système de soins actuel. Ces cellules pluridisciplinaires, sociales et médicales, participent au volet santé de la lutte contre les exclusions

Avant le 29 juillet 1998

L'histoire de la loi relative à la lutte contre les exclusions débute en 1987 avec un rapport du conseil économique et social présenté par Joseph Wresinski, intitulé « *Grande pauvreté et précarité économique et sociale* » (1). Il établit un bilan sur la situation de la pauvreté en France et formule des propositions. Parmi elles, figurent la nécessité de parvenir à une couverture maladie de base pour tous, y compris pour la couverture maladie complémentaire, à l'instauration d'un revenu minimum, et surtout à l'engagement de l'ensemble du pays dans une dynamique cohérente avec élaboration d'une loi globale.

En 1988, le choix est porté prioritairement sur le RMI ; bien qu'il s'agisse d'une mesure sectorielle, elle a été jugée indispensable. De 1988 à 1992, suite à la mise en place de la politique du RMI, dans cet accompagnement spécifique, les travailleurs sociaux sont confrontés aux problématiques de santé déjà observées dès 1986 par Médecins du monde avec la « mission France ». S'ensuit une floraison d'initiatives, de conventions, de cartes santé... En 1992, la loi réforme l'aide

¹ bruno.de.goer@ch-chambery.fr – PASS - Centre hospitalier BP 1125 -73011 Chambéry Cédex
Tel : 04 79 96 51 81 - Fax 04 79 96 51 71

² elisabeth.rivollier@chu-st-etienne.fr – PASS – service d'urgence et réanimation -
Centre Hospitalier Universitaire – 42055 Saint-Étienne cedex 2 - tel : 0800 508 350 - fax : 04 77 12 03 46

³ **Buts de l'Association des professionnels des PASS Rhône-Alpes:**

- Réunir les professionnels des Permanences d'accès aux soins de santé de la région Rhône-Alpes pour des échanges autour de leurs pratiques ;
- Organiser des échanges d'informations : entre les professionnels des PASS, entre les professionnels des PASS et d'autres intervenants sanitaires et sociaux impliqués dans le domaine de la précarité et de l'exclusion, entre les professionnels et les usagers
- Apporter une réflexion sur les objectifs et le développement des PASS ;
- Faire connaître et reconnaître aux pouvoirs publics et institutions de santé publique de la région Rhône-Alpes les réalités et problématiques rencontrées sur le terrain ;
- Aider à développer toute action allant dans le sens d'une amélioration de la santé des personnes en situation de grande précarité sociale.

médicale départementale en lui donnant un cadre général sur l'ensemble du pays. Dans les années qui suivent, on note des avancées législatives sur l'accès aux soins via l'accès aux droits, petites touches de réformes de l'assurance maladie, permettant, par exemple aux détenus et à leurs familles d'accéder à une couverture sociale, sans pour autant aboutir à une couverture universelle. En 1994, un rapport du Haut Comité de la Santé Publique *La santé en France* attire l'attention sur l'augmentation des inégalités sociales en matière de santé, confirmé par un autre rapport intitulé *La santé en France 1994-1998* (2).

Parallèlement, certaines associations, poussées par le mouvement ATD Quart-Monde et Geneviève de Gaulle Anthonioz, poursuivent la réflexion pour avancer vers une loi cadre qui aborderait l'ensemble des aspects liés à l'exclusion sociale.

En 1994, les associations regroupées dans la Commission *Lutte contre la pauvreté et l'exclusion* de l'UNNIOPSS (Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux) obtiennent ensemble le label *Grande Cause nationale*. Le Gouvernement leur donne alors des crédits pour mener une campagne nationale de communication grand public contre l'exclusion. La trentaine d'associations de la Commission décide alors de communiquer avec les médias et l'opinion publique sous le nom de "Collectif ALERTE", portant ainsi l'idée d'une loi globale.

En 1995, un nouveau rapport intitulé « *Evaluation des politiques publiques de lutte contre la grande pauvreté* » est présenté au conseil économique et social (3). Ce rapport a la particularité d'avoir été travaillé avec des personnes éprouvées par la misère dont des paroles sont inscrites dans le texte. Cette méthode d'élaboration et ce choix de rédaction sont inédits ; c'est une première.

Un chapitre concerne la santé et pauvreté. Il démontre que si les politiques sectorielles ont produit certains effets, elles sont sans lien d'un secteur à l'autre : la complexité est majeure, tant pour les bénéficiaires que pour les professionnels. Il souligne la nécessité d'une approche globale et de droit commun. Le discours du premier ministre engage alors clairement le gouvernement qui doit instaurer une loi ; celle-ci « *doit marquer un changement complet d'état d'esprit. Elle n'a pas pour seul objet d'améliorer la situation des exclus, même si c'est sa vocation prioritaire. Son objectif est bien celui de la citoyenneté de tous, conformément à la Déclaration des Droits de l'Homme et au préambule de la constitution de 1946* » (4)

Le 29 juillet 1998 et création des Permanences d'Accès aux Soins de santé

Après bien des péripéties, dont la dissolution de l'assemblée nationale au moment des discussions et la disparition de terme « *égale dignité* » dans le premier article, la Loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions est votée le 29 juillet 1998 (5).

Il s'agit donc bien d'une loi cadre: l'objectif est l'accès de tous à l'ensemble des droits fondamentaux, tous interconnectés, définis dans le domaine de l'emploi, du logement, de la protection de la santé, de la justice, de l'éducation, de la formation et de la culture, de la protection de la famille et de l'enfance. Ainsi est définie « *une nouvelle façon de lutter contre la pauvreté, à l'opposé de l'assistance* » (4). L'article premier en définit tout l'enjeu et l'éthique :

«La lutte contre les exclusions est un impératif national fondé sur le respect de l'égalité de dignité de tous les êtres humains et une priorité de l'ensemble des politiques publiques de la nation. La présente loi tend à garantir sur l'ensemble du territoire l'accès effectif de tous aux droits fondamentaux (...). L'état, les collectivités territoriales, les établissements publics dont les centres communaux et intercommunaux d'action sociale, les organismes de sécurité sociale, ainsi que les institutions sociales et médico-sociales participent à la mise en œuvre de ces principes. (...)»

Dans le domaine de la santé qu'apporte la loi relative à la lutte contre les exclusions ? Parmi les 159 articles, 11 articles concernent spécifiquement la santé (articles 67 à 77).

L'article 73 stipule que *«Le service public hospitalier concourt à la lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion dans une dynamique de réseau »* Il est aussi inscrit que les établissements publics ou privés de santé doivent s'assurer qu'à l'issue de leur séjour les patients pourront poursuivre leurs traitements.

La mise en place des Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux soins (PRAPS) est prévue par l'article 71, et des PASS sont créées par l'article 76 : *«(...) les établissements publics de santé et les établissements de santé privés participant au service public hospitalier mettent en place des permanences d'accès aux soins de santé, qui comprennent notamment des permanences d'orthogénie, adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits. Ils concluent avec l'Etat des conventions prévoyant, en cas de nécessité, la prise en charge des consultations externes, des actes diagnostiques et thérapeutiques ainsi que des traitements qui sont délivrés gratuitement à ces personnes ».*

D'autres articles non directement dédiés à la santé abordent des déterminants de santé ; par exemple un article sur le logement impliquant la lutte contre le saturnisme illustre la volonté du législateur d'interconnecter les actions dans différents domaines pour lutter contre les exclusions et leurs conséquences.

La recherche du partenariat avec les personnes concernées par l'exclusion entre aussi dans les volontés du législateur (article 151).

C'est dans ce contexte que sont créées et développées les PASS (Les Permanences d'Accès aux Soins de Santé) définies dans la circulaire du 17 décembre 1998 (6). Il s'agit d'un dispositif hospitalier qui a pour vocation d'apporter une réponse aux difficultés d'accès aux soins des personnes en situation de précarité en mettant en place des cellules de prise en charge médico-sociales. L'accès aux soins des personnes démunies doit être ainsi facilité non seulement à l'intérieur du système hospitalier, mais aussi vers les réseaux associatifs et ou institutionnels de soins, d'accueil et d'accompagnement social. La structuration des PASS doit prendre en compte les réalités et dispositifs locaux déjà présents. Le dispositif, souvent rattaché au service des urgences, peut également dépendre d'autres services de médecine, ou même être totalement transversal. Des procédures internes à l'hôpital doivent être mises en place pour une délivrance gratuite des

médicaments, pour la réalisation sans facturation des avis spécialisés et des examens complémentaires. L'objectif de cette prise en charge spécifique est de (ré) insérer les personnes dans le dispositif de soins de droit commun. Les PASS participent ainsi à la continuité des soins. Elles ont également un rôle de prévention et de formation ; pour les professionnels hospitaliers elles doivent être un « espace ressource » sur la question de la santé et de l'exclusion rapport de la mission d'accompagnement à mise en place des PASS (7) ; des propositions y sont faites pour leur organisation.

Photographies des PASS en 2003

La DHOS (Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins) rédige en 2004 une fiche de synthèse à partir de trois études menées en 2003 (8) : le volet consacré aux PASS lors du deuxième bilan de l'application de la loi du 29 juillet 1998 par l'IGAS (Inspection générale des affaires sociales), une étude transversale à la demande de la DHOS menée par la société Gres-médiation-santé et une étude longitudinale sur 20 sites commandée par l'ANAES et la DHOS. Ainsi 364 PASS sont répertoriées ; leur implantation territoriale est jugée satisfaisante ; elles sont surtout pourvues de travailleurs sociaux ; 4 PASS sont mobiles ; 15 % organisées en unité spécifique ; 43 % n'ont pas de médecin référent ; 9,5 % existent sans personnel dédié... Une importante hétérogénéité des PASS est ainsi identifiée. Quant à leur implantation dans un réseau, 98% des PASS ont un partenariat avec les acteurs sociaux, 35 % seulement avec les médecins généralistes libéraux.

La loi relative à la politique de santé publique en 2004

En 2004, la loi relative à la politique de Santé Publique inscrit dans ses objectifs (9) « *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, et les programmes de santé publique dans leur stratégie doivent systématiquement prendre en compte les groupes les plus vulnérables. Chaque plan régional de santé publique doit comporter un ensemble coordonné de programmes et d'actions pluriannuels.

Les PASS dans quelques textes récents

Les PASS sont reconnues comme des dispositifs incontournables pour l'accès aux soins. Plusieurs textes orientant ou rapportant des actions de santé publique les citent et précisent leur contribution dans un domaine particulier des soins.

Ainsi le *programme de lutte contre la tuberculose en France 2007-2009* (10) citent les PASS parmi d'autres opérateurs (DDASS, CLAT (Centres de Lutte antituberculeuse), hôpitaux, réseaux précarité/santé, associations) permettant de favoriser l'accès aux soins et de développer la confiance

dans le dispositif de soins. Elles contribuent ainsi à *assurer un diagnostic précoce et un traitement adapté pour tous les cas de tuberculose maladie* ; elles ont également comme mission de permettre *l'obtention d'une couverture maladie*, de relayer l'information quant à *l'assurance de la confidentialité auprès des professionnels de santé*.

Dans une circulaire relative à la prise en charge des patients migrants/étrangers en situation de vulnérabilité infectés par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), les PASS sont considérées comme contribuant à *stabiliser la situation administrative en facilitant l'ouverture des droits en matière de couverture sociale*, les démarches devant être engagées dans les jours qui suivent la découverte de la séropositivité avec *une attention toute particulière pour simplifier au maximum la constitution du dossier* (11). De plus *la mise en relation des publics migrants/étrangers* avec les PASS est perçue comme un moyen de *réduire le nombre de perdus de vue*, car elles anticipent *les craintes des patients en ce qui concerne d'éventuels frais ou des difficultés administratives*.

Dans son rapport sur l'évolution du dispositif de dépistage de l'infection par le VIH en France le conseil national du sida fait figurer, parmi les moyens à mettre en œuvre pour *développer l'offre de dépistage aux populations les plus exposées*, l'objectif d'*aller vers les personnes originaires de zones de fortes prévalences d'infection par le VIH* en développant *l'offre de test dans les lieux d'accueil des personnes en situation de précarité* (12). Ainsi les PASS sont citées comme un des lieux où l'offre globale d'un bilan de santé peut permettre une généralisation de la proposition des tests de dépistage VIH.

Afin de favoriser la continuité des soins, le guide méthodologique concernant les soins aux personnes détenues indique de remettre aux personnes sortant de prison une liste de structures ; parmi elles doit figurer la liste des PASS (13).

Le dernier PRAPS et les PASS

La circulaire n°DGS/2007/430 du 07 décembre 2007 relative aux programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS), programmes majeurs pour lutter contre les inégalités sociales de santé, pose à nouveau le constat de l'hétérogénéité des publics et l'effet parfois paradoxal des campagnes de prévention (14). Elle réaffirme l'importance du décroisement entre santé et social. Les PASS sont citées comme un des recours à la prévention et aux soins des personnes précaires. Dans les stratégies d'action à mettre en œuvre, l'amélioration du rôle des PASS passe par leur affirmation dans les territoires de santé, en consolidant et en développant l'efficacité du dispositif par des recommandations.

Le service rendu au patient et à l'hôpital

Les PASS ont une place centrale dans le soin global à la personne en situation de précarité. Par la connaissance qu'elles ont du réseau local, elles peuvent mettre en place des actions synergiques médicales et sociales pour une aide et un accompagnement des personnes, et éventuellement pour la prévention. Pour l'hôpital elles représentent un point fort pour le droit des usagers. Le conseil

national d'éthique rappelle la fonction sociale de l'hôpital et les alternatives de prise en charge pouvant exister, l'importance de la coordination des moyens entre composantes médicale et sociale ; il réaffirme la place importante dans l'hôpital des soins relevant d'actions non instrumentales comme l'éducation et le lien social, la nécessité d'une médecine sobre (15) (16). Les actions quotidiennes des PASS auprès des patients tendent vers ces valeurs. Parmi les critères permettant d'éclairer la pertinence des choix budgétaires, le critère de vulnérabilité demanderait à être davantage pris en compte dans une perspective d'équité entre les citoyens.

Les PASS dans le circuit actuel des soins

Les PASS implantées ont une structuration, des moyens et une visibilité très variables (17). Elles seraient en nombre de 400 en France. Aucune évaluation récente de leurs missions n'est disponible ou, à notre connaissance, n'est en cours. Des recommandations de bonne organisation devraient être prochainement diffusées.

Quand les PASS deviennent visibles, elles sont alors sollicitées à la fois pour le bilan social des obstacles aux soins et pour leur polyvalence médicale avec une demande immédiate de soins. Comment cette réponse peut-elle être satisfaisante dans certaines « équipes » en l'absence de temps médical dédié ?

Dans le cadre du plan périnatalité, dans le but d'améliorer l'accès aux soins des femmes enceintes, des moyens spécifiques sont actuellement accordés à un nombre très restreint de PASS.

Des PASS dotées de moyens de base et davantage structurées pourraient être en mesure de participer activement à la « *réactivation de la mission sociale de l'hôpital afin de le mobiliser dans son ensemble* » selon les termes du Conseil économique et social (18).

Les PASS en regard de l'esprit de la loi de 1998

Les études sus citées, et les échanges lors de rencontres régionales des PASS notamment celles organisées en Rhône-Alpes, démontrent clairement que le travail des PASS en réseau est effectif et permet d'avancer dans l'interconnexion des droits. Les acteurs des PASS sortent des murs de l'hôpital, coordonnent des réseaux voire proposent et organisent des actions innovantes.

Un risque majeur est celui que l'existence des PASS justifie des politiques excluantes. Ces dernières années, les restrictions d'accès à la CMU ou à l'aide médicale état, la mise en place de franchises, les réformes hospitalières avec la tarification à l'activité, vont à l'encontre de l'accès aux soins pour les plus démunis alors que les inégalités de santé s'accroissent (19). Les PASS peuvent donner bonne conscience, les pauvres ayant leurs « spécialistes professionnels ». Ces dérives iraient à l'encontre de l'essence même de la loi de lutte contre les exclusions. Par ailleurs, très peu d'avancées en termes d'actions participatives ont vu le jour ; le partenariat avec les personnes et les familles, point central de la loi, n'a pas été développé. Cependant quelques expériences sont repérables :

groupes de paroles à l'île de la Réunion ou des formations de professionnels avec des personnes ayant une expérience de vie très difficile (20). Nous n'avons pas connaissance d'exemple de structuration des PASS à partir de l'avis des usagers potentiels.

L'antidote à la filière spécifique pour les pauvres

La dérive vers des unités spécifiques de soins est souvent une crainte exprimée par divers professionnels jusqu'à être un frein à la mise en place des PASS. En fait la (ré)intégration dans le système de soins de droit commun est un objectif prioritaire des PASS. Le dispositif constitue donc un *passage*. Ce point fondamental doit être signifié clairement à la personne dès son entrée dans le dispositif et doit être expliqué particulièrement aux autres soignants hospitaliers. A l'admission dans le dispositif, les liens tissés antérieurement avec des soignants ou des structures de soins existantes doivent être recherchés pour être ensuite réinvestis si la personne le souhaite. Lors de la sortie, le relais vers un médecin généraliste de proximité, le plus souvent, fera l'objet d'une transmission pour le moins écrite, ce qui suppose des moyens en secrétariat médical. En intra hospitalier former les personnels d'accueil et de soins sur les mécanismes de l'exclusion, les phénomènes psychologiques réactionnels, comme la honte, permet un meilleur repérage des personnes concernées, un accueil plus favorable et une adaptation efficiente de l'aide apportée.

Dans certains hôpitaux, l'absence de temps médical spécifique pour les personnes en rupture de soins rend impossible la mission ou, au mieux, la laisse embryonnaire quand certains médecins rendent service en surbooking. Il ne s'agit pas de créer une nouvelle spécialité mais d'accompagner de façon transitoire et spécifique des personnes démunies vers des soins en initiant leur prise en charge avec un abord délibérément médico-social. C'est en leur refusant cet accompagnement qu'on laisse ou renforce les personnes démunies dans leur exclusion ■

Références

- (1) Conseil économique et social . Journal Officiel. « Grande pauvreté et précarité économique et sociale » rapport ; 1997 ; 6 (28 février), 104 p.
- (2) Haut comité de la santé publique. La santé en France : 1994-1998. Paris : *La Documentation Française*, 1998, 309 p.
- (3) Conseil économique et social. Journal Officiel. « La grande pauvreté : évaluation des politiques publiques de lutte contre la grande pauvreté » Rapport ; 1995 : 634 p.
- (4) De Gaulle-Anthonioz Geneviève. Le secret de l'espérance. Fayard, Editions Quart Monde ; 2001 ; 195 p
- (5) Loi N° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions. Journal officiel, 1998 ; 175 (31 juillet).
- (6) « Circulaire DH/AF 1/DGS/SP 2/DAS/RV 3 n° 98-736 du 17 décembre 1998
- (7) Lebas J : rapport mission PASS. Direction des hôpitaux, mai 2000, 50 p + fiches pratiques
- (8) Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. Fiche de synthèse sur les études sur les Permanences d'Accès aux soins de Santé (PASS) menées par l'IGAS, l'ANARES et GRES MEDIATION. 2004, 9 p
- (9) Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Journal officiel, 2004 ; 185 (11 août)

- (10) Comité national d'élaboration du programme de lutte contre la tuberculose –« Programme de lutte contre la tuberculose en France – 2007-2008 » — juin 2007 – *diffusé par les DDASS*
- (11) Circulaire DGS/SD6A/DHOS/E2 n°2006-250 du 8 juin 2006 relative à la prise en charge des patients migrants/étrangers en situation de vulnérabilité infectés par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) dans les établissements de santé
- (12) Conseil National du Sida. Rapport sur l'évolution du dispositif de dépistage de l'infection par le VIH en France. 2006 (16 novembre) - site www.cns.sante.fr
- (13) Ministère de la santé et de la protection sociale, ministère de la justice – Guide méthodologique relatif à la prise en charge des personnes détenues
- (14) Circulaire n°DGS/ 2007/430 du 2 décembre 2007 relative au programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies
- (15) Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé : avis n° 101 - santé, éthique et argent : les enjeux éthiques de la contrainte budgétaire sur les dépenses de santé en milieu hospitalier. 2007 (28 juin). Téléchargeable : <http://www.bilanskine.net/spip/IMG/pdf/avis101.pdf>
- (16) Prescrire Rédaction « Hôpitaux : pas de gestion sans éthique » *Rev Prescrire* 2008 ; 28 (292) : 133.
- (17) Rivollier E. « Permanences d'accès aux soins de santé : une passerelle vers les personnes précarisées ». *La Santé de l'Homme* – n°382 _ mars-avril 2006
- (18) Conseil Economique et social. L'accès de tous aux droits de tous, par la mobilisation de tous. Avis adopté au cours de sa séance du mercredi 18 juin 2007; 195 p .
- (19) Prescrire Rédaction. "Aggravation des inégalités sociales de santé en France". *Rev Prescrire* 2006; 26 (278): 861
- (20) De Goër B, Ferrand C, Hainzelin P. Croisement des savoirs : une nouvelle approche pour les formations sur la santé et la lutte contre les exclusions. *Santé Publique* 2008, volume 20, n°2, pp.163-175



De 16 h 35 à 17 h 00, clôture de la journée par **M. VANDENBERGH** de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation.

M. Vandenberghe resitue les PASS dans le contexte de réformes actuelles qui ont eu pour conséquences le passage à la T2A(financement à l'acte) pour tous les établissements à compter de 2008, la mise en place des pôles d'activités et l'obligation pour chaque centre hospitalier de tendre vers l'équilibre budgétaire. A ce jour, les PASS ont été préservées dans le sens où cette activité hospitalière trouve son financement dans les Missions d'Intérêt Général (les MIG). L'agence a passé des contrats avec l'ensemble des établissements publics et privés, mais seulement 50 sont concernés par les Missions d'intérêt général. Pour suivre et évaluer ces missions, 6 indicateurs ont été retenus dont un sur les PASS. Dans ce cadre 33 établissements ont déclaré avoir une PASS et sont censés renseigner « l'indicateur PASS ». Lors de l'évaluation des contrats, 32 établissements ont répondu sur les 33. Le score moyen était de 6/9 en 2006 L'évaluation 2007 montre un progrès notable puisque le score moyen est passé à 7,16. (cf grille d'évaluation ci-dessous).

Extrait du questionnaire de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation pour l'évaluation du SROS et le suivi des COM (1)

Les services de l'établissement disposent-ils d'une procédure de repérage des situations de détresse (ou à risque) à l'aide d'un indicateur d'alerte, ainsi que des critères d'orientation vers la PASS ?

ENon

La PASS s'appuie-t-elle sur des consultations médicales de premiers recours, en dehors des heures de bureau et à horaires élargis ?

ENon

La consultation sociale est-elle proposée, le même jour que la première consultation médicale ?

ENon

Après la consultation sociale, une procédure existe-t-elle, permettant au patient d'accéder au plateau technique de l'hôpital et aux divers examens complémentaires ?

ENon

Extrait du questionnaire de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation pour l'évaluation du SROS et le suivi des COM (2)

5. Une procédure existe-t-elle, qui permet la délivrance gratuite de médicaments par la pharmacie hospitalière ?

EOui ENon

6. La PASS comporte-t-elle un comité de pilotage ?

EOui ENon

7. La PASS travaille-t-elle en réseau avec des professionnels, associations et institutions extérieures à l'hôpital ?

EOui ENon

8. La PASS fait-elle connaître son rôle et son mode de fonctionnement au sein de l'établissement ?

EOui ENon

9. La PASS intervient-elle dans des actions de formation sur les domaines de la santé et de la précarité ?

EOui ENon

En moyenne les scores des PASS de la région se situent autour de 6/9. Les points qui demeurent à améliorer sont : le repérage, les comités de pilotages et la formation des agents hospitaliers.

A titre indicatif les PASS représentent 0.71 % de l'enveloppe MIG en Rhône Alpes, soit 2.3 millions € (70 000 € en moyenne par unité).

Des financements complémentaires peuvent éventuellement être envisagés dans le cadre du Groupement Régional de Santé Public (GRSP) ou à l'initiative des centres hospitaliers via l'ARH.

M. Vandenberghe évoque la mise en place des Agences Régionales de Santé (ARS), réforme structurelle, qui aura peut-être des conséquences sur nos modes de fonctionnement ...



Clôture de la journée