



Les permanences d'accès aux soins de santé :

« Les PASS » en Midi-Pyrénées

Mars 2003

*Rapport réalisé dans le cadre
de l'évaluation du PRAPS 1*

Dr F. Cayla,
V. Gibel,
P. Papon

Sommaire

Introduction	3
1. Les "PASS" : un cadre réglementaire, des recommandations, un enjeu.....	4
2. La mise en place des PASS en Midi-Pyrénées.....	6
3. L'évaluation au 31/07/2002 : objectifs et méthode	8
4. L'état des dispositifs PASS en juin 2002.....	9
a. Une mobilisation « PASS » dans chaque grande ville de la région.....	9
b. Mais une formalisation des projets encore très inégale.....	10
c. Des permanences essentiellement « sociales » le plus souvent dans des services d'urgences mais une organisation très hétérogène.....	12
5. L'analyse du fonctionnement	14
a. L'accueil et le repérage des populations démunies.....	14
b. Les modalités de prise en charge.....	16
c. La régulation et l'adaptation des pratiques.....	18
6. L'activité et la clientèle des PASS.....	19
a. Des problèmes d'importance et de nature différentes mais des publics « fragilisés » dans toutes les PASS.....	19
7. La « mise en réseau » intra-hospitalière et extra-hospitalière.....	25
a. En extra hospitalier	25
b. L'articulation PASS et le service social hospitalier.....	25
c. En extra hospitalier	26
8. L'impact des PASS sur l'organisation interne de l'hôpital.....	27
a. Des modifications des pratiques et une meilleure articulation perceptible.....	27
b. Des actions de sensibilisation-formation à amplifier	28
9. Eléments de synthèse	29
a. Une reconnaissance des PASS mais une mobilisation à élargir, consolider et qui ne peut reposer seulement sur un travailleur social	29
b. Les différents profils de PASS : points forts, points faibles.....	30
c. Une dynamique bien engagée et des effets perceptibles sur une population qui a des besoins médico-sociaux réels.....	31
d. Un accès aux soins facilité pour les populations fragiles.....	31
10. Pour une évolution des dispositifs dans leur environnement : des points d'appui.....	32

Introduction

Pour améliorer l'accès aux droits, aux soins et à la prévention des plus démunis et permettre aux publics les plus fragilisés d'avoir accès de la même manière que tous au dispositif de droit commun, le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins de Midi-Pyrénées (2000-2002) a choisi de « faire évoluer les dispositifs existants, les pratiques et les comportements des professionnels et ce à quatre niveaux : secteur libéral, hôpital, centre de soins gratuits, dispositif de prévention en privilégiant les recours de proximité et en intégrant la notion de territoire ».

Dans ce cadre, les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) ont été définies comme une des actions prioritaires pour renforcer l'implication et les compétences du secteur hospitalier dans l'approche des populations précarisées et permettre notamment l'opérationnalité de la mise en réseau avec les acteurs du bassin de desserte de l'hôpital.

L'évaluation du PRAPS a donc choisi de porter une attention particulière au développement des PASS, à leur fonctionnement, à leur impact sur l'accès aux soins des plus démunis, sur le fonctionnement et l'organisation de l'ensemble de l'hôpital.

Après un bref rappel du cadre réglementaire et de la mise en place des PASS en Midi-Pyrénées, ce rapport présente **l'état et l'analyse du dispositif en juin 2002** et propose des recommandations au moment de la mise en place du PRAPS 2 qui permettraient d'optimiser et d'adapter la mission sociale du service public hospitalier dans la lutte contre l'exclusion.

I. Les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) : un cadre réglementaire, des recommandations, un enjeu...

La montée de la pauvreté et de la précarité ont placé l'hôpital devant cette contradiction apparente : il constitue le lieu d'excellence en ce qui concerne les techniques de diagnostic et les thérapeutiques les plus innovantes mais en même temps il reste le lieu de recours auxquels s'adressent les personnes les plus fragiles et les exclus de notre société.

Réaffirmant le rôle social que doit avoir l'hôpital et pour qu'il puisse assurer cette mission, la loi du 22 juillet 1998 prévoit la création des Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS)¹.

Ces permanences hospitalières médico-sociales² doivent permettre un repérage des personnes en difficulté, leur prise en charge ambulatoire sans délai, leur récupération des droits sociaux avec pour objectif : la réintégration dans le système de droit commun.

Ces principes apparemment simples requièrent en fait de mettre en place une dynamique et des mesures appropriées pour développer des savoir-faire qui ne sont pas communs dans l'hôpital et s'adapter à des besoins et des demandes des usagers souvent vécues comme contradictoires avec l'organisation hospitalière.

Il s'agit notamment d'offrir aux populations **des lieux visibles d'accueil, d'information, de prévention et d'orientation, voire de premiers soins** et de « mettre en réseau » les professionnels du champ sanitaire et social, hospitalier, libéral ainsi que les professionnels chargés de l'insertion.

Cette articulation paraît une condition essentielle pour assurer une prise en charge simultanée des aspects sanitaires et sociaux et pour que les actions de santé ne se limitent pas aux soins mais accordent une place essentielle à la prévention, répondant ainsi aux besoins d'une population fragilisée et lui permettant un **accès à « la santé »**.

1 Article L.711-7-1 du Code de la Santé Publique : « dans le cadre des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins prévus à l'article 71 de la loi du 29/07/98 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions, 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... 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. »

Article L.711-3 alinéa 7 : « 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 oeuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion dans une dynamique de réseaux. »

2 Lebas Jacques « A l'épreuve de la précarité, une certaine idée de l'hôpital » document de synthèse

Car si les PASS ne peuvent résoudre à elles seules le problème complexe des liens entre précarité et santé et le problème des inégalités sociales de santé, elles participent à la lutte contre ces inégalités.

« Plutôt que de développer des pratiques spécifiques vis à vis des personnes en difficultés, il s'agit d'adapter sur le long terme de façon générale et systématique des attitudes et pratiques d'évaluation individuelle des risques de vulnérabilité pour toute personne qui a recours aux soins ».

Tel est l'enjeu de la mise en place et de la pérennité des PASS.

2. La mise en place des PASS en Midi-Pyrénées

Dans la région Midi-Pyrénées, la réduction des problèmes liés aux soins et à la santé, liées à la précarité a été dès 1996 définie comme une des priorités régionales de santé publique et a été retenue comme une des orientations stratégiques par le Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire de deuxième génération (1999-2004)³.

Cet objectif s'est traduit concrètement par un « Plan Urgences 2000 » visant à doter les principaux services d'accueil aux urgences des établissements pivots de secteurs et les établissements de villes secondaires de premier moyen en travail social.

➤ **En mai 1999**, le cadre national fixant la mise en place des PASS dote la région de moyens financiers pour un objectif quantifié à titre indicatif de 12 PASS au 31.12.1999 (5 créations sont comptabilisées pour l'année 1998, 7 projets sont agréés en 99).

Les dispositifs reconnus comme PASS en 1998	Les projets sélectionnés par l'appel d'offre en 1999
<p>CH Millau : financement d'un 0.50 ETP d'AS urgences</p> <p>CHU : financement d'1.50 ETP AS pour la permanence socio-administrative de Purpan</p> <p>CH St Gaudens: financement d'un 0.50 ETP d'AS</p> <p>CHIC Tarbes-Vic en Bigorre : financement d'1 ETP d'AS</p> <p>CH Lourdes : financement d'un ETP d'AS aux urgences</p> <p>CH Albi : financement d'un ETP AS dans le cadre des urgences</p>	<p>CHIVA Ariège : 1 poste d'AS</p> <p>CH Rodez : 0.50 ETP AS + 0.50 ETP d'aide soignant</p> <p>CHU : financement d'1 poste de conseiller socio-administratif (enveloppe 98)</p> <p>Hôpital Joseph Ducuing : financement d'un ETP d'AS</p> <p>CH Figeac: financement du projet (0.50 ETP d'AS + 0.60 ETP IDE + 1 emploi jeune)</p> <p>CH d' Auch: financement d'un poste d'AS</p> <p>CHIC Tarbes Vic en Bigorre : renforcement de la PASS par un poste d'AS supplémentaire (enveloppe 98)</p> <p>CH Castres-Mazamet : financement d'un ETP d'AS</p> <p>CH Montauban : financement du projet (un ETP d'AS + vacations de médecins généralistes)</p>
<p>6 dispositifs agréés au titre des PASS</p>	<p>7 projets PASS agréés et 2 PASS renforcées</p>

³ cf annexe

➤ **En décembre 2000**, un bilan régional, préfigurant une journée d'échange entre les différents partenaires et professionnels impliqués dans les PASS, montre que la majorité des établissements (16) de la région s'est mobilisée pour favoriser l'accès aux soins des plus démunis.

Le management des PASS est le plus souvent social ou administratif, le dispositif est notamment centré sur les urgences et repose sur la présence d'un travailleur social dans ce service.

Mais ce bilan montre

- la nécessité encore d'améliorer le fonctionnement (insuffisance de coordination interne à l'hôpital et à l'extérieur de l'hôpital notamment, formation et sensibilisation des professionnels à renforcer) ;
- la nécessité aussi de vaincre de nombreuses inhibitions et de combattre des préjugés afin que ce projet s'inscrive dans la vie institutionnelle de l'établissement et que les établissements s'engagent sans réserve dans ce qui est une de leurs responsabilités de santé publique.

➤ **Une journée régionale le 14 décembre à Cahors, organisée par la Conférence Régionale de Santé, émet des premières recommandations :**

- Au regard de ces missions, la PASS doit se doter d'une **équipe pluridisciplinaire** composée notamment de médecins, de psychologues, de travailleurs sociaux...
- Les critères de repérage des situations de précarité doivent rester souples dans un souci de **ne pas stigmatiser certains publics** mais aussi de ne pas exclure certaines problématiques.
- La PASS au-delà des prises en charge individuelles doit développer une **action pédagogique** dans la connaissance de son rôle tant en intra qu'en extra hospitalier.
- Tout établissement doté d'une PASS devrait se doter d'un espace chargé plus spécifiquement de la thématique de l'accès aux soins des plus démunis afin de rappeler les bonnes pratiques, évaluer les réponses apportées au regard des problématiques, sensibiliser et former l'ensemble des professionnels du monde hospitalier (exemple des cellules CLIN).
- L'institution de comité de pilotage en tant qu'instance de mobilisation de l'ensemble des partenaires apparaît comme incontournable.
- Plus globalement, le développement de ce nouveau dispositif repose sur son inscription dans un projet d'action sociale construit avec les acteurs sociaux, lui-même porté dans un projet d'établissement.

3. L'évaluation au 31/07/2002 : objectifs et méthode

A l'aube d'un nouveau Programme (2003-2006) pour l'accès à la prévention et aux soins (PRAPS 2) et dans le cadre de l'évaluation du PRAPS I (2000-2002), les PASS ont été définies comme une des « actions phares » à évaluer afin de pouvoir dresser **les caractéristiques du dispositif PASS dans la région, d'analyser les obstacles à leur fonctionnement et de valoriser les points de réussite.**

Autant d'éléments nécessaires à la détermination des modalités et moyens pour assurer l'optimisation et la pérennité du dispositif.

➤ Méthode

Par lettre de mission du Directeur de l'ARH (cf annexe), une observation sur les 16 sites de la région Midi-Pyrénées a été conduite durant l'été 2002 par le Dr F. Cayla (Directeur de l'ORMIP), V. Gibel et P. Papon (Conseillers techniques en travail social à la DRASS Midi-Pyrénées).

Une grille d'entretien a été réalisée pour interroger les professionnels impliqués dans la mise en place, la régulation et le fonctionnement de la PASS (cf annexe).

Les axes d'investigation permettent de dégager :

- l'histoire et l'évolution du projet, son inscription dans le projet d'établissement et la communication qui en a été faite aux partenaires,
- l'organisation et le fonctionnement mis en place,
- l'activité et le public accueilli,
- les modalités d'articulation en intra et extra hospitalier,
- l'impact de la PASS : les apports, les insuffisances, les améliorations souhaitées.

Au total, 66 professionnels : administratifs, médecins, personnels soignants et travailleurs sociaux ont été rencontrés (4 en moyenne par site) au cours de 16 entretiens collectifs réalisés dans chaque établissement.

Cette visite sur site permettait aussi d'observer les modalités et conditions d'exercice des professionnels des permanences.

L'analyse des résultats a été faite selon un plan commun pour chaque PASS visitée par les trois intervenants. La synthèse a fait l'objet d'une rédaction commune.

4. L'état du dispositif PASS en juin 2002

➤ Une mobilisation « PASS » dans chaque grande ville de la région.



C'est au cours de l'année 2000 que la majorité des « PASS » sont mises en place officiellement dans 16 établissements de santé de la région. La PASS d'Albi (après une expérimentation dès 1997) et la PASS de Montauban sont les deux seules permanences qui ont commencé dès 1999.

En juin 2002, dans chaque grande ville de la région l'hôpital a donc défini « un projet » et des acteurs chargés de la dynamique « PASS ».

Mais on notera qu'en juin 2002, au moment de l'évaluation, 4 PASS (Tarbes, Villefranche de Rouergue, Figeac et Saint-Gaudens) rencontrent des difficultés de fonctionnement liées à un défaut d'application du projet (Villefranche) et au souhait de redéfinition du projet suite à l'absence et au départ du travailleur social (Tarbes, Figeac et Saint-Gaudens).

Des difficultés de fonctionnement en 2002 sont aussi notées au CHU de Toulouse, liées à la disparition du médecin chargé de la permanence, ce qui va amener le CHU à adapter le projet après une évaluation sur l'année 2001.

➤ **Mais une formalisation des projets encore très inégale**

Modalités d'inscription des projets PASS dans les établissements en juin 2002	
Rattachement de la PASS	Porte parole ou chef de projet
<p>Administration : Tarbes, HJD, Millau, Foix-Pamiers, Lourdes, Rodez</p> <p>Service social : Albi, Saint-Gaudens, Auch, Castres-Mazamet</p> <p>Service médical : Montauban, CHU, Villefranche, Cahors</p> <p>Soins infirmiers : Decazeville, Figeac</p>	<p>Administratif : HJD, Decazeville, Villefranche, Auch, Foix-Pamiers, Cahors, Figeac, Lourdes</p> <p>AS urgence : Castres-Mazamet, Albi, Millau</p> <p>Cadre socio-éducatif : Saint-Gaudens, Rodez, Tarbes</p> <p>Médecin : Montauban, CHU</p>

Les PASS sont rattachées à différents services administratif, social, médical. Cette affectation est parfois difficile à préciser traduisant les difficultés rencontrées encore pour structurer le projet.

La quasi totalité des PASS ont identifié un référent administratif dont beaucoup sont suivis par un directeur adjoint qui peut être à l'origine du projet et reste très impliqué dans son déroulement et son adaptation.

Toutes les PASS ont un référent social, qui est le plus souvent l'assistante sociale, qui assure la permanence dans les services d'urgences.

La notion de référent médical ou de référent soignant est plus difficile à apprécier dans ce qu'elle recouvre en terme d'implication effective de ces professionnels, pouvant aller d'une simple participation au moment de la définition du projet sans implication réelle dans sa conduite, à une réelle participation ou un portage de projet. Le plus souvent, ce sont les médecins des urgences qui sont mobilisés ou la surveillante de ces services, mais aussi des médecins de l'établissement sensibilisés à cette problématique ; et c'est le cas en particulier pour les PASS positionnées hors des services d'urgences.

Caractéristiques du projet	oui	en cours	non
Référent administratif Référent social Référent médical Référent soignant	14 16 10* 3 IDE ou surveillante urgences		
Soumis à CME	10 (Auch, Foix, Cahors, CHU, Decazeville, Saint-Gaudens, Castres, HJD, Albi, Montauban)	2 (Millau, Tarbes)	
Inscrit dans projet d'établissement	9 (Cahors, CHU, Decazeville, Lourdes, Castres, Montauban, Albi, HJD, Tarbes)	1 (Millau)	
Inscrit dans COM	7 (CHU, Decazeville, Castres, Auch, Tarbes, Lourdes, HJD)	3 (Castres, Saint-Gaudens, Cahors, Millau)	
Inscrit dans projet social**	2 (Albi, Montauban)	2 (Castres-Mazamet, Tarbes)	
Comité de pilotage interne	1 (Millau)		
Comité de pilotage avec partenaires extérieurs	3 (CHU, Auch, Lourdes)	1 (Figeac)	

* dont 7 médecins urgentistes

** 13 CH sans projet social

6 projets sur 16 n'ont pas encore été soumis à la CME, 7 n'étaient pas inscrits dans le projet d'établissement, 9 n'étaient pas inscrits dans un contrat d'objectifs et de moyens.

Seulement deux PASS ont mis en place un réel Comité de Pilotage qui au-delà de l'équipe d'intervenants réunit différents professionnels de l'établissement (administratif, cadre socio-éducatif, cadre infirmier, personnel soignant) mais aussi pour le CHU de Toulouse des intervenants extra hospitaliers (associations, médecins libéraux, acteurs sociaux). Les comités de pilotage sont considérés dans ces deux cas par les acteurs comme des outils importants de développement, de régulation, de valorisation des PASS, au sein et à l'extérieur de l'hôpital.

Dans les autres cas, les équipes des PASS se réunissent le plus souvent au coup par coup autour du service social et/ou de la surveillante des urgences et/ou le référent administratif pour faire le point et adapter les réponses.

Dans deux PASS (Auch, Lourdes), ces réunions se font avec les correspondants PRAPS de la DDASS.

On notera que certaines équipes considèrent qu'un comité de pilotage réunissant partenaires extérieurs et PASS doit être animé par la DDASS, ce qui permettrait d'assurer une fonction de veille sociale et d'adapter les réponses de chacun des acteurs du dispositif.

Au total :

A travers ces différents modes et degrés d'inscription, il apparaît notamment que l'implication effective d'un « quatuor référent » (cadre administratif, soignant, praticien hospitalier et travailleur social) n'est pas encore effective partout et notamment en ce qui concerne les professionnels de santé.

On notera surtout que la mobilisation PASS n'a pu encore formaliser un comité de pilotage chargé du suivi, de la régulation et de l'évaluation.

Mais à ce jour, les personnes interrogées reconnaissent que cette mise en place officielle de la PASS a permis au moins que tous les services des établissements hospitaliers « reconnaissent » le rôle de l'hôpital dans la lutte contre l'exclusion sociale et sa mission d'accueil des personnes en grande difficulté.

➤ Des permanences essentiellement « sociales », le plus souvent dans des services d'urgences mais une organisation très hétérogène

Le dispositif PASS dans la région repose au 30/06/2002 sur :

- 10,25 ETP Assistante sociale
- 2 ETP Auxiliaire social
- 11 vacations médicales
- 1 ETP IDE
- 1,8 secrétariat, 1 adjoint administratif
- 5 vacations d'odontologie
- 0,2 ETP Psychologue

La quasi totalité des PASS de la région a identifié au moins un travailleur social pour assurer une permanence sociale (six ETP, six 0.5 ETP, deux Emplois jeunes auxiliaires sociaux) au titre de l'action sociale hospitalière (y compris à Auch le service social du personnel).

Seules 4 PASS ont formalisé les temps des médecins ou personnels soignants : Montauban, CHU Toulouse, Figeac, Rodez.

Pendant, dans 4 établissements (Albi, Castres-Mazamet, Foix, et Auch) des médecins ou cadres infirmiers des urgences sont très impliqués dans le fonctionnement de la PASS au-delà de l'activité des services d'urgence.

Personnels mobilisés dans les PASS	
Assistante sociale	Castres : 1 ETP, Albi : 1 ETP, Montauban : 0,5 ETP, HJD : 1 ETP, CHU : 0,5 ETP, Saint-Gaudens : 0,5 ETP, Millau : 0,5 ETP, Tarbes : 1 ETP cadre soignant, Rodez : 0,5 ETP, Villefranche : 0,5 ETP, Foix-Pamiers : 1 ETP, Lourdes : 0,25 ETP, Cahors : 1 ETP, Auch : 1 ETP d'AS
Auxiliaire social	Montauban : 1 ETP, Lourdes : 1 ETP, Figeac : 0.5 ETP
Médecin	Albi : praticien hospitalier disponibilité 3 j/sem, CHU : 8 vacations, Montauban : 2 vacations – médecin généraliste et 1 vacation Praticien hospitalier
Infirmier	Rodez : 0,5 ETP, Figeac : 0,5 ETP, CHU : 0.3 ETP
Cadre infirmier	Castres : disponibilité Cadre infirmier des urgences, CHU : 0,1 ETP
Dentiste	CHU : 5 vacations
Secrétariat	CHU : 1 ETP
Adjoint administratif	Tarbes : 1 ETP
Psychologue	CHU : 0,2 ETP

L'organisation des PASS est très différente d'un site à l'autre.

Si dans la plupart des établissements, les interventions des travailleurs sociaux, se font aux urgences à partir des signalements de ces services, il faut noter que quatre établissements seulement ont mis en place un local spécifique dans ces services pour assurer la consultation sociale.

Modalités d'intervention du travailleur social	
Dans service des urgences avec local	Albi, Foix-Pamiers, Cahors, Lourdes
Dans service des urgences sans local	Saint-Gaudens, Millau, Decazeville, Villefranche, Auch, Castres-Mazamet
Hors service des urgences	HJD, Rodez, Tarbes
Service de consultations hospitalières	CHU
Hors hôpital	Montauban (dans centre de conduites addictives), Figeac

Trois permanences sociales se font hors du service des urgences et le local du service social est plus ou moins bien identifié et accessible d'accès. Deux permanences se font hors hôpital (Montauban, Figeac).

On retiendra le cas particulier du CHU qui a identifié un lieu de consultation médico-sociale au centre ville dans le service de consultation de dermatologie de La Grave mais éloigné des deux SAU du CHU.

Les plages « d'ouverture » et les services offerts par les PASS dépendent donc de ces modes d'organisation.

Si l'évaluation sociale se fait à partir ou dans le service d'urgence, elle est possible 5 jours sur 7, sur la journée (mais peut-être plus réduite si l'AS est chargé d'assurer aussi la mise en réseau et l'animation en particulier à l'extérieur de l'hôpital) ou assure sa mission dans d'autres services de l'établissement.

Cette consultation ne comporte alors pas d'évaluation médicale spécifique, au delà des soins délivrés par les médecins urgentistes (sauf dans un établissement -à Albi- dont un des médecins urgentistes quand il assure son service a formalisé une intervention pour réaliser un temps d'évaluation, pour l'accès aux soins et à la prévention).

Pour les PASS dont l'organisation repose sur la mise en place d'une **permanence médico-sociale** hors du service d'urgence, ces plages d'intervention peut être plus réduites (3 demi-journées/semaine, 5 demi-journées/semaine), mais se font selon des modalités et dans un cadre différent (cf chapitre Fonctionnement).

*Ainsi, il apparaît que pratiquement tous les établissements de la région ont essayé, dans un premier temps, à travers le projet PASS de **renforcer leur intervention sociale** et le plus souvent, dans les services d'urgences de l'établissement où se polarisaient les soucis d'accès à l'hôpital des plus démunis.*

Seuls 3 établissements, ont développés une consultation médico-sociale de 1er recours aux soins en dehors de l'urgence : piste préconisée par la Mission Lebas pour réguler les modalités souvent inadaptées de recours à l'hôpital.

C'est en analysant les facteurs faisant obstacle ou favorisant le repérage, l'accueil, la prise en charge et l'orientation des personnes les plus démunies que nous dégagerons les avantages et les limites de ces différents modes d'organisation.

5. L'analyse du fonctionnement

➤ L'accueil et le repérage des populations démunies

La majorité des travailleurs sociaux intervenant dans les PASS ont mené une réflexion sur les notions « d'urgence sociale, de besoins sociaux, de situation de précarité ». (cf. Annexes : fiche réflexe, critères d'appel, définition du public visé...).

Ces réflexions convergent toutes sur le fait que la PASS n'est pas réservée seulement aux SDF, aux exclus et aux personnes sans couverture sociale, mais à toute personne en situation de précarité définie plus largement autour d'une « absence de lien » ou comme toute personne « démunie face à sa santé ».

Certaines PASS ont diffusé des procédures de repérage et de signalement à l'ensemble des acteurs intra-hospitaliers : bureau des entrées, surveillantes, consultations externes mais ne sont pas persuadées de l'opérationnalité de ces fiches techniques et de leur appropriation par les professionnels. Seuls les cas concrets de prise en charge et une réflexion commune menée à partir de ces situations paraissent permettre une réelle sensibilisation et modification des pratiques.

Mais pour certains acteurs, ces critères de repérage ou ces signaux d'alerte permettant d'identifier les situations, n'ont pas fait l'objet d'une diffusion volontairement, afin de ne pas séparer « public PASS » des autres publics des urgences et d'introduire des procédures de prise en charge spécifiques. Dans ce cas, illustré par la PASS d'Albi, l'objectif visé est d'optimiser l'accueil et la prise en charge de « tous les malades en situation de détresse, de « crise » ou de « difficulté », quel que soit l'âge ou le statut proposé afin que le droit commun s'applique à tous ».

Les intervenants ont alors centré leur réflexion, leur essai de procédure, la sensibilisation et la formation des équipes **sur la prise en charge « plurielle »**.

C'est dans ce cadre, d'ailleurs, que s'est définie et testée la place d'une consultation médicale du médecin référent associée à l'évaluation sociale pour un bilan sur l'accès aux soins et à la prévention (après avoir dédouané un problème urgent).

Quelles que soient les modalités et le degré d'information, de sensibilisation des personnes en intra hospitalier (à l'accueil, dans les services, dans les consultations), sur la place et le rôle de la PASS, les travailleurs sociaux s'accordent cependant à reconnaître, aujourd'hui, que les personnels soignants sont loin d'avoir tous intégrés cette problématique à leur pratique. Un sentiment global de ne pas être appelé pour toutes les situations relevant de la PASS et plus particulièrement pour les questions d'accès et de continuité des soins de santé est ressenti par les assistantes sociales des PASS.

Un travail permanent à renouveler, de sensibilisation, de contacts professionnels, de formation est nécessaire.

Parmi les éléments facilitant cette sensibilisation, on retiendra ce qui a pu être mis en place par certains :

- présence dans le service d'urgence de l'AS « intégrée à l'équipe »,
- information systématique des internes des services et des stagiaires,

- qualité du partenariat avec les acteurs extérieurs à l'hôpital qui orientent vers la PASS, ce qui permet d'améliorer aussi l'accueil et le repérage,
- rencontres systématiques avec le cadre infirmier et l'agent d'accueil,
- mise en place et à disposition d'outils de liaison, d'annuaires d'acteurs sociaux de la ville pour les temps de non présence de l'assistante sociale.

C'est dans ce cadre que la place d'un infirmier d'accueil et d'orientation formé à cette problématique a été définie et souhaitée par beaucoup d'intervenants.

Le cas des PASS organisées en permanence médico-sociale en dehors des urgences est un peu particulier

Bien visibles et souvent repérées par les professionnels de l'hôpital et hors hôpital, mais aussi par les usagers comme une consultation de 1er soins pour les personnes « **sans droit ouvert** » ou en « **situation de grande précarité** » ; c'est essentiellement cette population qui est orientée vers la permanence.

Mais cette définition apparaît trop restrictive pour répondre aux besoins de santé des populations les plus démunies qui sont aussi, comme en témoignent les professionnels, notamment des services d'urgences, celles qui peuvent avoir ou non une couverture sociale, un logement, qui sont en situation de vulnérabilité sociale et qui n'ont pas ou ont perdu leur autonomie d'usage du système de santé.

Seuls, un renforcement de l'articulation et les liens organisés avec les services d'urgences (soignants et travailleurs sociaux) mais aussi avec tous les services hospitaliers, les consultations externes et avec l'ensemble des acteurs extra-hospitaliers peut permettre à ces consultations médico-sociales de remplir leurs fonctions d'accueil, d'information, de premiers soins et d'accompagnement pour les publics démunis. Et au-delà des situations des étrangers en situation irrégulière ou des personnes sans droit ouvert qui sont actuellement les publics rencontrés de façon prédominante dans ces permanences (cf chapitre Activité).

➤ **Les modalités de prise en charge**

Les prises en charge proposées au niveau des PASS se veulent être « globales », permettant à travers les dimensions médicales, sociales, psychologique et infirmières simultanément, parallèlement ou successivement dans un même endroit de répondre aux « besoins de santé » des personnes précarisées pour un accès aux soins et à la prévention.

Cette approche n'est pas innovante, elle a fait ses preuves auprès d'autres publics hospitaliers fragilisés : dans les services de psychiatrie, de gériatrie, de soins palliatifs par exemple.

Les deux principaux éléments autour desquels doivent s'articuler la PASS sont au moins la consultation sociale et la consultation médicale.

▪ **La consultation sociale**

Assurée par l'assistante sociale dans le service d'urgences le plus souvent ou après signalement de ce service ou d'autres services hospitaliers, cette consultation comprend :

- une évaluation de la situation et de l'environnement (logement, ressources, travail, réseau familial, amical, culturel, social),
- une évaluation de la couverture sociale existante pour ouverture des droits si besoin, en lien avec les agents des cellules socio-administratives dans les hôpitaux qui ont mis en place ces « cellules d'accueil spécialisé » prévues par la circulaire du 17 septembre 1993 ou qui ont identifié des agents administratifs chargés de cet aspect.
- une évaluation de la capacité de prise en charge par le patient de sa situation,
- une définition d'un plan d'action adapté tant à la ou les pathologies qu'à la situation de précarité et qu'au type de traitement nécessaire (incluant les coordinations à établir avec les partenaires extérieurs).

▪ **La consultation médicale**

Ce temps médical doit permettre de :

- répondre aux symptômes allégués par les patients,
- repérer et dépister les pathologies graves ou urgentes,
- évaluer le risque lié à la situation économique du patient et à sa trajectoire de vie,
- mais aussi dépister les pathologies associées (dépendance, pathologie chronique),
- évaluer les stratégies thérapeutiques à mettre en œuvre, adaptées à la situation et à la capacité du patient à comprendre et observer la prise en charge afin de permettre au patient de s'impliquer dans une démarche de prévention et d'éducation pour la santé.

Si l'on s'en réfère actuellement à la définition des projets, aux lieux d'implantation choisis et aux moyens qui ont été délégués aux établissements pour assurer la mission PASS, on peut dire que la majorité des établissements ont eu des difficultés pour mobiliser du personnel soignant. Le plus souvent, le temps médical n'a pas été dégagé au-delà de la prise en charge médicale assurée par les urgentistes en dehors des trois PASS du CHU, de Montauban et de Figeac où des consultations médicales sont assurées par des médecins généralistes ou praticiens hospitaliers de l'établissement ou mis à disposition par le centre de dépistage anonyme et gratuit et du centre de cure ambulatoire en alcoologie.

Pour pallier à cette limite ressentie par une majorité de professionnels interrogés, plusieurs travailleurs sociaux ont cherché à mettre en place une collaboration active avec des référents médicaux mais elle reste à formaliser.

▪ **Autres intervenants et modalités de prise en charge**

On notera la participation active d'infirmiers ou cadres infirmiers au fonctionnement de 5 PASS de la région (Rodez, Figeac, CHU, Castres) qui au delà des prestations offertes aux personnes accueillies sont un des éléments forts pour mobiliser, former le personnel soignant et faire lien dans l'établissement.

La mise en place d'une consultation dentaire dans la PASS du CHU de Toulouse est aussi une expérience à mettre en exergue. Basée sur le dépistage, l'évaluation des besoins, les soins les plus urgents et les actes de prévention, cette consultation a rapidement pris une place fondamentale articulée avec les associations et services sociaux en amont, et en aval avec les services d'odontologie. Cette organisation permet une réponse cohérente face à des besoins de santé marqués d'inégalités sociales, de difficultés d'accès à la prévention et qui ne sont pas forcément résolus par la simple mise en place de la CMU, comme en témoignent les professionnels. L'accès aux soins dentaires et ophtalmologiques restent des problèmes récurrents.

➤ **La régulation et l'adaptation des pratiques**

L'observation sur site des dynamiques engagées sur chacune des PASS montre des différences très importantes d'implication des structures hospitalières pouvant aller de la simple réponse à un appel d'offre permettant d'insérer des moyens supplémentaires au budget hospitalier à la mise en œuvre d'un projet porté en interne avec animateur, réunions, compte-rendus diffusés, choix stratégiques incluant des programmes de formation, de sensibilisation...

Ces différences d'implication sont en général corrélés aux moyens et au temps consacré à la régulation et adaptation du projet et des pratiques de l'équipe de la PASS.

On constate qu'une minorité seulement de PASS (3) a pu formaliser ce temps d'analyse, d'évaluation, d'adaptation des pratiques.

Dans les autres PASS, la régulation se fait au coup par coup avec le service social parfois et/ou avec l'équipe médicale des urgences.

6 L'activité et la clientèle des PASS

➤ Des problèmes d'importance et de nature différentes mais des publics « fragilisés » dans toutes les PASS

Les situations traitées dans les seize PASS de la région restent difficiles à évaluer en l'absence d'un système d'information homogène et organisé dans tous les établissements.

L'activité reste très liée à l'organisation mise en place et témoigne le plus souvent des interventions réalisées par les travailleurs sociaux dans les services d'urgence mais aussi dans d'autres services.

Les statistiques d'activité que nous avons pu recueillir dans différentes PASS témoignent de la diversité des publics et des situations rencontrées (cf tableaux) et d'une précarité à « géométrie variable » résultant de l'intrication de deux principaux facteurs : des difficultés économiques (minima sociaux mais aussi chômeurs de longue durée, jeunes en insertion professionnelle) et des contextes sociaux et familiaux difficiles (famille monoparentale, jeune en situation de rupture familiale, situations d'exclusion), aggravés souvent par des situations de handicaps physiques ou mentaux.

On notera dans les PASS organisées en consultation médico-sociale et hors des services d'urgences (PASS de Montauban, consultation générale de La Grave) la forte proportion des personnes « sans droit ouvert » liée notamment à la forte proportion des usagers d'origine étrangère en situation d'immigration récente, en cours de régularisation dont le seul accès aux soins possible est l'hôpital.

La proportion importante et grandissante de ces situations marquent fortement le fonctionnement de ces deux permanences et posent le problème aux intervenants de la nécessité d'une approche interculturelle des problèmes rencontrés. Mais de façon plus générale, cette caractéristique récente questionne sur la place que peut et doit prendre la PASS dans l'accompagnement et sur la prise en charge des usagers en situation d'immigration récente, caractérisée par l'absence d'hébergement, de ressources, de statut ou même de reconnaissance...

Pour les PASS qui ont été structurées autour d'un renforcement du service social (le travailleur social intervenant dans plusieurs services), les situations rencontrées sont plus hétérogènes. Mais quel que soit le public, les professionnels décrivent leur point commun : présenter des problèmes de santé (qui restent difficiles à évaluer à travers les statistiques d'activité), associés à une fragilité psychologique importante, des difficultés d'accès aux soins et aux droits, et un contexte de grande précarité : jeunes en errance, femmes victimes de violence, malades atteints de maladies chroniques, de problèmes de santé mentale, sont les situations types les plus souvent rencontrées et communes à ce type de PASS.

Dans une « fonction de veille socio-sanitaire » (repérant les problèmes, les dysfonctionnements du dispositif, les populations les plus à risques) que peuvent et devraient jouer les PASS, certains constats communs à plusieurs établissements ont été faits par les professionnels interrogés :

- Malgré la mise en place de la CMU, les situations de « droits non ouverts » restent importantes et peuvent toucher différents types de population (personnes d'origine étrangère méconnaissant leurs droits, en attente de régulation, mais aussi bénéficiaires du RMI (ex dans l'Aveyron) et toute personne en « rupture de droits » révélant les besoins toujours présents d'information, de sensibilisation, de prévention et d'accompagnement.
- D'où l'intérêt du dispositif PASS et la nécessité de son articulation avec les cellules socio-administratives des établissements et les caisses d'assurance maladie pour comprendre ces situations et améliorer le dispositif d'accompagnement et d'accès aux droits.

Parmi les problèmes repérés à la PASS qui restent difficiles à traiter et les populations les plus à risques identifiées par les professionnels PASS, on retiendra :

- la prise en charge des personnes précarisées présentant des problèmes d'alcool et de santé mentale,
- l'accès aux soins dentaires et aux soins d'ophtalmologie dans certains départements,
- la prise en charge des personnes âgées isolées en milieu rural,
- le suivi et la prise en charge des maladies chroniques (et particulièrement pour les personnes d'origine étrangère en cours de régularisation ou bénéficiant de l'AME),
- le suivi et la prise en charge des jeunes en errance (présentant notamment des problèmes de santé mentale) et des femmes enceintes en errance.

Autant de situations qui témoignent de la place de la PASS et de sa nécessaire articulation, « mise en réseau » avec l'ensemble du dispositif intra-hospitalier et extra-hospitalier pour pouvoir répondre aux besoins de soins et de santé des populations accueillies.

Mais c'est aussi l'occasion ici de poser la nécessité d'une réflexion (souhaitée par les professionnels) sur les outils et méthodes d'information à mettre en place, pertinents et acceptables dans le cadre d'une auto-évaluation et au service d'une fonction de veille.

Ce travail non réalisé ou mal systématisé, dans la plupart des PASS, expérimenté dans certaines, pourrait utilement être intégré à une réflexion régionale et des journées d'échanges professionnels entre les PASS.

PASS DU CH DE FOIX-PAMIERS (09)

AS urgences et maternité

Activité	<u>Avril – décembre 2000 (9 mois) :</u> 205 personnes, 271 entretiens (30/mois) [exploitation ORSMIP]	
Origine de l'intervention	Urgence.....41.6 Bureau des entrées.....3.0 Maternité15.8 Autres serv. hospit.....28.7	Psy de liaison.....5.4 Pédopsychiatre1.4 Service social.....4.5 Partenaires associatifs5.0
Profil	Hommes52.0 < 25 ans32.0 (dont ≤ 15 ans 9.1) > 75 ans7.2 Sans ressources15.1	Minima sociaux.....26.3 Sans droits ouverts.....13.2 CMU9.3 AME1.5
Typologie	SDF, marginalité6.4 Précarité sociale ou pauvreté.....33.0 Etrangers6.4 Pb de toxicomanie.....10.8 Pb familial.....6.4	Jeune en rupture.....2.5 Person. âgée isolée5.4 Femme enceinte précarisée8.4 Enfant ASE1.0
Nature des problèmes	Pb couverture sociale ...28.3 Logement.....4.4 Placement2.4 Evaluation sociale25.4	Accès soins santé.....19.0 Pb financiers15.6 Retour domicile8.8

PASS DU CH DE MILLAU (12)

AS du service des urgences

Activité	<u>Année 2001 :</u> 363 entretiens (30,2/mois) 664 interventions pour l ETP d'AS, soit 65,3 par mois	
Origine de l'intervention	Urgence-réanimation30.2 Serv. Médecine9.4 Serv. Chirurgie4.4 Serv. Maternité.....6.3	Serv. Gynécologie3.2 Consult. et extérieur ...11.0 Gériatrie16.9 Psychiatrie8.4
Profil	Hommes47.7 < 25 ans33.5 > 65 ans1.7 Sans résidence stable16.0	Rupture familiale5.4 Isolement social.....12.5 Etrangers.....13.8
Nature des problèmes	Pb ressources39.3 Alcool17.4 Toxicomanie6.0	Souffrance psychol31.0 Pb couvert. sociale.....69.0

Source : Rapport d'activité des différents structures
Résultats exprimés en %

PASS DE L'HOPITAL JOSEPH DUCUING (31)

AS du service social

Activité	<u>Activité 2001 – mai 2002</u> (8 mois) 1 Assistante Social ETP 581 personnes, 919 entretiens, 115/mois (1,6 entretien par personne), 1 sur 2 vu pour la 1 ^{ère} fois	
Origine de l'intervention	Serv. Médecine26.2 Serv. Chirurgie10.8 Serv. Maternité13.8 Serv. Consultations9.2 Serv. des Urgences4.8	Accueil-entrées10.1 Patient17.4 Services extérieurs1.4 Autres intra-hosp.....7.0
Profil	< 25 ans12.2 SDF9.1	Etrangers.....12.4
Nature des problèmes	Pb couvert. sociale.....38.2 Suivi social grossesse....14.8 Maintien-retour dom. ...10.4 Pb alcool-toxicomanie7.6 Sans ressources7.7	Pb administratifs6.0 Pb logement3.9 Pb financiers3.8 Jeunes en rupt. familiale..1.2 AAH.....7.9

PASS DU CHU (31)

Consultation médico-sociale

Activité	<u>Activité 2001</u> Personnes accueillies : 1931 Consultations : 3341	
Origine de l'intervention 01/2002	Assoc. Médico-sociale...32.0 Services sociaux19.2 Accès direct14.5 Autres (dt amis, famille)....16.9 Serv. hosp. et AS hosp....8.1	CHRS, foyer3.5 Veille sociale (EMS)3.5 Service urgences CHR (y compris HJD)1.7 Ne répond pas.....0.6
Profil 01/2002	Etrangers.....75.0 Sans Résidence Stable ...38.3	Sans droits ouverts.....65.7
Suivi médical 01/2002	Non.....67.0 Suivi antérieur mais interrompu.....8.2	Suivi médical actuel.....24.7
Type de pathologie 01/2002	Pathologie intercurrente somatique.....49.4 Path. organique chronique avec ou sans path. aiguë.....33.6 Path. aiguë ou chronique associée à path. médicale.....7.8 Suivi et/ou problème de grossesse3.5	
Orientation 01/2002	A revoir.....51.4 Cons. spécial. CHU26.2 Médecin génér. libéral.....9.8	PMI, Planning familial, centre de santé.....2.7 Autres (psy, DAT, CCAS)..6.7

Source : Rapport d'activité des différents structures
Résultats exprimés en %

Activité	<u>Année 2001 :</u> 199 personnes ayant fait l'objet d'une intervention de l'AS des urgences, soit 16,6/mois	
Profil	49.8% hommes 23.1% < 25 ans ; 6,5% > 70 ans 9.5% étrangers 14.6% SDF	
Nature des problèmes	Pb de couverture sociale ou absence de mutuelle ...28.1 Pb administratifs.....26.1 Pb économiques..... 19.1 Pb logement..... 6.5 SDF 14.6 Hébergement..... 13.1	Enfant ou majeur, difficultés éducatives..... 9.0 Pb familiaux 11.6 Victime violence..... 14.1 Tentative suicide 8.6 Pb alcool & toxicomanie. 13.1 Pb psychologiques ou psychiatriques.45.1

Source : Rapport d'activité des différents structures
Résultats exprimés en %

Activité	<p><u>septembre 2000 – juillet 2001</u> :</p> <p>99 personnes, 154 consultations (15/mois) pour 92 personnes, soit 1 à 2 personnes par permanence</p> <p><u>janvier 2002 – mai 2002</u> (5 mois) :</p> <p>57 personnes, 119 consultations (24/mois) 1 personne sur 2 en situation irrégulière ou en cours de régularisation</p>
Origine de l'intervention	<p>15.6% service d'urgence Le reste : secteurs social et associatif ou par connaissance (++ étrangers)</p>
Profil sur 167 passages	<p>61% d'hommes 11.4% SDF ; 11.4% dans foyers, CHRS 80% étrangers ; 20% français. Ces derniers vivant en foyer ou CHRS (15/32) ou SDF (4/32)</p>
Nature des problèmes	<p><u>Français</u> : absence de couverture complémentaire, impossibilité de faire l'avance des frais, pas de droits ouverts, envoyés par les urgences ou la circonscription médico-sociale.</p> <p>Quelques cas de personnes avec CMU : souffrance psycho- sociale, réticence à la médecine de ville</p> <p><u>Etrangers</u> : hébergés en majorité, chez des amis, dans la famille ou en foyer. Problèmes de santé et pas de droits ouverts.</p>

Source : Rapport d'activité des différents structures
Résultats exprimés en %

7. La « mise en réseau » intra-hospitalière et extra-hospitalière

➤ En intra hospitalier

Au regard des situations et problèmes rencontrés par les acteurs PASS, la maîtrise et l'articulation avec les différents circuits hospitaliers (dont en particulier : toxicologie, alcoologie, psychiatrie, odontologie, pédiatrie, maternité, ophtalmologie, dermatologie et administratif) par les PASS est un des enjeux pour que l'hôpital puisse remplir la mission sociale et de santé publique qui leur est assignée et pour participer « à la réinsertion des patients dans le dispositif de droit commun ».

Il s'agit d'induire de nouvelles pratiques professionnelles, de faire évoluer les modalités de collaboration, de favoriser les échanges entre les équipes, les personnels soignants et sociaux.

Au moment de l'évaluation, la plupart des PASS considéraient que ce travail, qui demande du temps, est « en cours », plus ou moins formalisé (très peu de fiches de liaison interne et de protocoles précis), souvent au cas par cas et par l'intermédiaire d'un lien entre les travailleurs sociaux de l'établissement quand la PASS repose uniquement sur un travailleur social.

La mobilisation et sensibilisation du personnel soignant et des médecins des services sont facilitées quand l'équipe PASS fonctionne avec des soignants. L'articulation avec les acteurs et structures de prévention et dépistage est aussi facilitée pour les PASS intervenant dans ou à proximité des ces services et avec ces professionnels.

➤ L'articulation PASS et le service social hospitalier

Des compétences à revaloriser et à repositionner : le service social hospitalier

Les observations de terrain montrent une implication forte des services sociaux hospitaliers dans la mise en place des PASS, soit par une anticipation pour mettre en place une présence réelle et organisée de personnels sociaux aux urgences, avant même la création des PASS, soit par un recrutement spécifique d'AS lors de la mise en place. Dans ce cas, les réflexions sur les profils de postes et leur implantation dans les PASS ont parfois été séparées des équipes sociales déjà existantes considérant que pour les PASS les pratiques à mettre en place étaient différentes. Il semble au contraire que les compétences et les méthodologies de travail ne sont pas différentes et qu'une articulation doit être recherchée. Un certain nombre d'hôpitaux ont pu réussir la « couverture » d'un dispositif nouveau avec ses propres exigences de créativité (méthode de conduite de projet), sans perdre l'appartenance à une unité service social, chargé de couvrir l'ensemble des besoins sociaux de l'établissement.

Au-delà de l'articulation PASS-service social hospitalier, des réflexions méritent d'être ici développées concernant « l'action sociale hospitalière » émanant des entretiens des professionnels rencontrés.

- **Les choix d'établissement pour étoffer ou non leurs équipes sociales** sont très différents d'un établissement à l'autre selon l'importance de la structure et son degré de technicité, l'importance des besoins sociaux ne semble pas un indicateur très recherché et facile à manier à l'hôpital.
- **Une faible reconnaissance de la notion de Service**, comportant une mission propre (décret de 91 sur les missions des personnels sociaux) et nécessitant un projet, des moyens, un cadre socio-éducatif référent et la participation « à l'élaboration du projet d'établissement ».
- **Des difficultés de recrutement et de maintien au poste d'AS à la PASS** : il paraît erroné de considérer comme facilement accessible à des débutants le poste d'AS affecté à la PASS. Tout au contraire, une compétence expérimentée sur les publics et les dispositifs médicaux et sociaux paraît indispensable compte tenu du passage rapide des populations à l'hôpital. Il s'agit souvent de saisir très rapidement une problématique complexe et d'orienter, voire traiter, avec tous les délais disponibles. Une des hypothèses d'explication des « pannes » de fonctionnement de certaines PASS (départ de l'AS, et donc panne du projet) relève de ce défaut d'appréciation des difficultés du poste et d'une attente trop forte de l'institution pour faire porter à ce professionnel le dispositif PASS. L'absence préalable de positionnement de cet emploi particulier dans l'institution (notamment son rattachement à un cadre socio-éducatif) et le recrutement sur un statut précaire (contractuel) rajoutent souvent de sérieux problèmes aux questions évoquées ci-dessus.

➤ **En extra hospitalier**

Dans 9 PASS sur 16, un important travail d'articulation avec les partenaires extérieurs s'objective à travers notamment :

- la participation systématisée des travailleurs sociaux de la PASS à des groupes de travail avec les acteurs du bassin de desserte de l'hôpital,
- la mise en place de protocoles d'orientation.

Dans les autres cas, les liens se font au cas par cas avec des partenaires identifiés pour toutes les PASS.

On notera que cette articulation s'est essentiellement réalisée dans un premier temps avec les structures d'accueil et d'hébergement en urgence des populations les plus précarisées et devrait être étoffée encore d'une connaissance élargie des partenaires concernés par la précarité et de leur action sur le terrain.

Là aussi, la dimension « accès à la santé » demande certainement à être renforcée **en établissant un partenariat plus formalisé avec les médecins généralistes et les professionnels de santé libéraux** (ce qui a pu être amorcé notamment au CHU de Toulouse). La participation de médecins généralistes au fonctionnement de la PASS pourrait, d'après certains professionnels interrogés, favoriser cette mise en réseau et être particulièrement pertinente dans les petits établissements.

8. L'impact des PASS sur l'organisation interne de l'hôpital

Même si les PASS de Midi-Pyrénées n'ont pas beaucoup de temps de fonctionnement et que nous ne pouvons pas parler ici d'une évaluation complète avec le recul nécessaire et un regard porté par tous les partenaires et les professionnels du bassin de desserte.

Nous avons centré volontairement l'analyse de l'impact des PASS sur ce qui a pu être initié et mis en place au sein de l'établissement en termes de sensibilisation-formation et de modification des pratiques.

C'est à ce niveau en effet qu'il nous semble important que les PASS inscrivent prioritairement leur dynamique et leur action afin de ne pas être une offre supplémentaire de soins mais constitue à l'intérieur du système de soins **un lieu ressource permettant à l'ensemble de l'hôpital d'assurer la mission qui lui a été assignée.**

➤ Des modifications de pratiques et une meilleure articulation perceptible

L'accueil pluridisciplinaire et préventif proposé par la PASS doit permettre de mieux comprendre globalement certaines trajectoires de soins et de santé qui ont posé problème et de proposer des réponses adaptées.

Cet accueil est diversement porté par l'ensemble des professionnels en interne dans une logique de diagnostic global et partagé (médico-psycho-social).

Cependant, les PASS ont permis de **replacer l'observation des problèmes sociaux dès l'arrivée** et la continuité des informations peut être organisée plus systématiquement si la structure le souhaite, pour le projet de soins ou lors de la sortie de l'hôpital.

Une PASS sur deux de la région n'a cependant pas encore systématisé des protocoles et des outils de liaison et d'échange d'informations en interne ou avec les partenaires extérieurs.

L'adaptation des prestations aux publics et la coordination se font souvent au coup par coup. Mais de l'avis des professionnels interrogés, cette dynamique connaît une réelle progression.

En témoignent :

- les procédures mises en place par l'AS pour le signalement des cas et pour revoir les malades lors des heures de présence ou de permanence,
- la mise en place d'un classeur social proposé dans plusieurs hôpitaux de la région permettant aux équipes soignantes d'optimiser la sortie des malades en fonction des ressources de l'établissement,
- les meilleures orientations des patients par les partenaires extérieurs vers l'AS de la PASS permettant leur accompagnement dans l'hôpital et pouvant éviter les passages aux urgences non justifiés.
- les protocoles établis entre secteur psychiatrique et PASS sur les conduites à tenir et l'accompagnement nécessaire dans certains hôpitaux.

➤ **Des actions de sensibilisation-formation à amplifier...**

A travers l'action des PASS et les prises en charge initiées avec différents professionnels de l'hôpital, se réalise de fait une sensibilisation des professionnels et se mettent en place des modalités de travail permettant d'améliorer l'organisation intra hospitalière.

Cette hypothèse, partagée par les professionnels administratifs, sociaux et les personnels soignants interrogés, est surtout vérifiée actuellement dans les services d'urgence, où dans la plupart des cas sont localisés les travailleurs sociaux sur lesquels repose la dynamique PASS.

L'exemple de la PASS d'Albi illustre bien cette approche : l'AS et un médecin urgentiste - référent PASS ont développé plusieurs expérimentations et évalué différentes procédures d'accueil et de prise en charge afin de les adapter à leur contexte. Les résultats de cette dynamique sont formalisés et diffusés dans le cadre notamment de journées de formation réunissant professionnels intra et extra hospitaliers.

Mais on notera que seuls 3 établissements de la région ont réellement structuré, à partir de la PASS, des actions de formation sur ce thème même si une sensibilisation des professionnels (internes, stagiaires des urgences) se fait sur le terrain dans certains établissements.

9. Eléments de synthèse

Après deux ans de fonctionnement

➤ **Une reconnaissance des « PASS » mais une mobilisation à élargir, consolider et qui ne peut reposer seulement sur un travailleur social...**

La loi de lutte contre les exclusions prévoyant la mise en place des PASS a constitué un élément de légitimation fort, facilitant leur émergence et permettant d'après les intervenants mobilisés sur ce thème avant même la mise en place de ce cadre législatif de dépasser les éventuelles inerties et d'engager les établissements dans cette dynamique.

Mais en 2002, les projets des 16 PASS de la région sont encore inégalement portés par les institutions.

Le cas de figure idéal : projet PASS né d'une réflexion partagée en interne avec les services médicaux, sociaux et administratifs, d'un état des lieux des problèmes et des ressources réalisé avec les partenaires médico-sociaux extérieurs à l'hôpital permettant d'établir un projet médico-social à inclure dans le projet d'établissement et dans le COM et doté d'un comité de pilotage animé par un quatuor référent (administratif, médical, social et professionnel soignant) avec les partenaires extra-hospitaliers n'est jamais rencontré dans toutes ces composantes. Et la définition, le suivi et l'animation du projet sont encore trop souvent portés par l'AS de la PASS et/ou un personnel administratif relativement isolé et/ou débordé.

On notera que l'inscription de la PASS dans le projet d'établissement et le contrat d'objectifs et de moyens, qui semblent être des indicateurs objectifs du portage institutionnel du projet ne sont pas toujours corrélés à la dynamique réellement développée ou non autour de la PASS dans et à l'extérieur de l'hôpital.

Mais la mise en place d'un réel comité de pilotage (absent encore dans la majorité des PASS de la région), instance et indicateur de mobilisation et régulation paraît à ce jour toujours incontournable et doit pouvoir s'articuler avec la dynamique PRAPS animée par la DDASS.

Car si la réussite et la richesse du dispositif sont par définition liées à la volonté et à l'implication des acteurs locaux hospitaliers et extra-hospitaliers, elle ne peut se faire sans le soutien et l'accompagnement méthodologique et financier des partenaires institutionnels.

On notera que pour beaucoup de PASS, les instances PDAPS restent le lieu d'inscription du projet favorisant les échanges, la veille et la régulation du dispositif.

➤ **Les différents profils de PASS : points forts, points faibles**

Les responsables administratifs et soignants, souvent interpellés par les services d'urgence face à la prédominance des situations difficiles et la confrontation à des problématiques plus sociales que médicales, ont souvent choisi, à travers les projets PASS de doter ces services d'un travailleur social ou de créer ou renforcer leur service social pour pouvoir intervenir aussi aux urgences.

A travers ce mode d'organisation, le projet permet de répondre au souci de ne pas mettre en place un dispositif supplémentaire, de ne pas stigmatiser une population en situation de précarité.

Cette organisation permet aussi de replacer l'observation des problèmes sociaux dès l'arrivée du malade.

Mais le plus souvent, la consultation et l'évaluation médicale dans ces projets n'a pas été déconnectée de la pratique urgentiste.

Cette limite évidente pour assurer une permanence permettant un accueil pluridisciplinaire et préventif dans une logique d'accès aux soins de santé, amené, avec l'expérience et face aux besoins et situations rencontrées, certains travailleurs sociaux des PASS à développer et optimiser l'évaluation médicale pour un accès aux soins et à la prévention en identifiant des référents médicaux (urgentistes ou non) et/ou cadres infirmiers, capables de dégager un temps spécifique. Mais le plus souvent, les modalités d'intervention, leur interaction et articulation et les moyens nécessaires à ce fonctionnement n'ont pas été formalisés.

A l'opposé, les trois PASS qui se sont constituées en « permanence médico-sociale à part entière » (CHU, Montauban, Figeac) et hors des services d'urgence apparaissent **plus visibles** en termes de lieu d'accueil, d'écoute, de prévention, de soins pour les plus démunis, plus facilement articulée avec les structures de prévention, mais sont utilisés par les professionnels intra hospitaliers, les associations et les usagers pour des situations très spécifiques : absence de droits ouverts, grande marginalité, étranger en situation irrégulière...

Cette vision trop restrictive fait courir le risque aux 3 PASS de devenir un « dispositif spécifique ». Seul un travail important pour renforcer leurs liens, leur positionnement, leur animation en intra et extra hospitalier peut permettre à ces structures d'être un lieu de ressources, un carrefour d'orientation pour un diagnostic global des personnes démunies face à leur santé.

Ainsi, à la lumière des différents types actuels d'organisation, de leurs intérêts et limites respectifs et de l'expérience acquise, se dégagent deux axes importants dans lesquels peuvent s'inscrire et se renforcer si besoin l'organisation et le fonctionnement des PASS :

- La participation pluridisciplinaire (à travers des vacations de médecins généralistes par exemple et/ou d'IAO).

- L'articulation avec les acteurs intra hospitaliers et les acteurs du bassin de desserte de l'hôpital (à travers les formations-sensibilisation, le temps d'animation, de coordination), dynamique qui ne peut être portée par le seul travailleur social de la PASS.

➤ **Une dynamique bien engagée et des effets perceptibles sur une population qui a des besoins médico-sociaux réels**

L'impact de cette dynamique PASS déjà perceptible à travers l'organisation et la mise en place de nouveaux processus de collaboration en intra et extra hospitalier amorcés dans tous les hôpitaux s'observe aussi en termes de facilitation de l'accès aux droits et aux soins.

▪ **Un accès aux droits mieux assuré**

Malgré la mise en place de la CMU, un nombre important de personnes qui ont recours à l'hôpital n'ont pas « de droits ouverts » : ces situations signent les besoins réels en terme d'accompagnement pour assurer les démarches nécessaires à la ré-ouverture ou la reconnaissance de leurs droits : condition essentielle pour assurer la continuité des soins .

Cette sensibilisation au repérage, l'évaluation des droits sociaux et l'accès aux droits est organisé actuellement systématiquement à partir ou dans toutes les PASS de la région.

Mais les problèmes d'accès aux soins des personnes dont les revenus se situent au dessus du seuil CMU et dépourvues de mutuelle restent entier.

Les PASS ont un rôle important à jouer dans le cadre d'une veille socio-sanitaire avec les acteurs du dispositif afin de mieux cerner l'importance, le profil et l'évolution de ces différents problèmes et les éventuels dysfonctionnements et insuffisances du dispositif CMU.

➤ **Un accès aux soins facilité pour des populations fragiles**

L'activité de toutes les PASS reste encore difficile à objectiver et l'on ne peut penser mesurer, à ce stade de la mise en place des PASS (et au regard des systèmes d'information actuels), les effets attendus de cette dynamique, à travers des indicateurs comme la diminution des hospitalisations itératives pour les patients les plus démunis ou celle des recours au service d'urgence, ou à travers des informations objectivant la mise en place d'un suivi ou la réinitialisation d'un suivi médico-social interrompu.

Mais les données partielles illustrent dès à présent les profils des malades ayant bénéficié d'une évaluation sociale par les travailleurs sociaux des PASS ou les situations rencontrées dans les consultations médico-sociales. Elles traduisent l'importance et la réalité des besoins médico-sociaux et le bon ciblage de ce type de dispositif.

10. Pour une évolution des dispositifs dans leur environnement

➤ Des points d'appui

- La mobilisation interne sur les projets PASS doit être élargie et consolidée avec une réelle prise en compte dans les projets d'établissement et dans le COM permettant de clarifier et officialiser cette action.
- La mise en place par l'hôpital d'un comité de pilotage avec les partenaires extra-hospitaliers permet d'appréhender les problèmes spécifiques sur le bassin de desserte de l'hôpital et les ressources. Ce comité de pilotage doit être articulé avec les correspondants du PRAPS afin d'optimiser la fonction de veille socio-sanitaire du département.
- Les plans de formation intégrant certaines problématiques adaptées au centre hospitalier (étrangers en situation administrative précaire, souffrance psychosociale...) restent à développer et sont un des outils pour « diffuser un état d'esprit » et modifier les pratiques.
- L'articulation nécessaire entre l'action sociale PASS et l'action de service social hospitalier n'est pas toujours harmonisée et devra trouver sa cohérence avec l'aide de cadres socio-éducatifs (mise en œuvre de projets d'action sociale).
- L'articulation avec les services de psychiatrie et centres de prévention et prise en charge des conduites addictives reste, dans la plupart des PASS, à structurer et formaliser.
- Le dispositif PASS dans ses différentes missions :
 - accueil, prise en charge et accompagnement des patients démunis pour un accès à la santé (soins et prévention),
 - mise en place et régulation de l'articulation intra et extra hospitalière,
 - participation à des actions de sensibilisation et formation intra et extra hospitalières,
 - participation à la veille socio-sanitaire,
ne peut être portée que par **une équipe pluri-disciplinaire** composée au moins d'un médecin et d'un travailleur social.
- La pluralité d'organisation rencontrée actuellement doit pouvoir être optimisée et adaptée à chaque établissement si l'on retient des éléments nécessaires au bon fonctionnement d'une PASS. Sont cités par les acteurs interrogés :
 - Un local identifié, visible, pour assurer au cours de permanences l'accueil et l'évaluation des publics fragiles,
 - Une plate forte médicale et sociale ou un temps médical et un temps social de permanence bien identifiés dans les services d'urgence à définir au regard de l'activité de l'hôpital et des besoins des populations locales,
 - Une infirmière d'accueil et d'orientation dans les services d'urgence et particulièrement dans les départements ruraux, formée à cette problématique

Annexe I

DONNEES DE CADRAGE SUR ENVIRONNEMENT SOCIO DEMOGRAPHIQUE ET ESTIMATION DES SITUATIONS NECESSITANT UNE INTERVENTION SOCIALE DANS LES SERVICES D'URGENCE

Année 2001	Nombre d'habitants dans l'agglomération	Nombre d'habitants dans la commune	Population en situation de précarité financière dans la commune	Passages dans le service d'urgences Estimation*	Estimation** des passages nécessitant une intervention sociale dans le service des urgences		
					0.6%	2.1%	3.6%
TOULOUSE (CHU HJD)	761 090	390 350	71 329 18.3%	102 000 10 000	613 60	2142 210	3672 360
TARBES	77 414	46 275	8 207 17.7%	26 000	156	546	936
ALBI	66 231	46 274	6 704 14.5%	29 000	174	609	1044
CASTRES	53 082	43 496	6 230 14.4%	37 000	222	777	1332
MAZAMET	25 849	17 409	1 622 15.4%				
MONTAUBAN	56 734	51 855	8 768 16.9%	23 000	138	483	828
RODEZ	38 458	23 707	2 973 12.5%	----			
AUCH	24 275	21 911	2 460 11.2%	10 000	60	210	360
LOURDES	15 592	15 242	2 033 13.3%	16 000	96	336	576
CAHORS	23 128	20 022	2 958 14.8%	15 600	94	328	562
MILLAU	22 840	21 371	2 576 12.1%	19 600	118	412	706
FOIX	10 374	9 109	1 299 14.3%	19 600	118	412	706
PAMIER	17 553	13 463	2 599 19.3%				
DECAZEVILLE	17 201	6 787	902 13.3%	7 600	46	160	274
ST GAUDENS	13 046	10 837	1 709 15.8%	11 600	70	244	418
VILLEFRANCE DE ROUERGUE	12 573	11 930	1 492 12.5%	----			
FIGEAC	9 977	9 592	1 047 10.9%	8 800	53	185	317
ST AFRIQUE	8 595	7 513	732 9.7%	----			

Source : INSEE, CAF, MSA, CRAM, ASSÉDIC

* estimation réalisée à partir de l'activité des urgences 2^e trimestre 2001. ORUMIP 0.6% : proportion des passages ayant fait l'objet d'une intervention sociale.

** proportion des prises en charge médico-sociale, médico-légale et psychiatrique (GPU 12, 13, 14) ORUMIP 2.1% estimation nationale 3.6%

Annexe 2

Extrait du SROS (1999-2004)
dans « Document de travail » p. 44

LES PERSONNES EN SITUATION PRÉCAIRE _____

La prise en charge s'articule autour d'un projet social s'inscrivant dans un réseau de prise en charge de la personne en situation précaire dont l'assistant de service social du service des urgences constitue l'interface, et s'appuyant sur :

- la formation et l'information du personnel sur l'intérêt à détecter les personnes en grande difficulté pour les aider à recouvrer leurs droits,
 - organisation d'accueil administratif, pour assurer le repérage des problèmes d'accès aux droits et élaboration d'une fiche de liaison destinée au personnel soignant et à l'assistante sociale.
 - aménagement de locaux particuliers identifiés pour la prise en charge des plus démunis si le volume des personnes en difficulté accueillies le justifie,
 - formalisation de procédures spécifiques (accompagnement social par les services administratifs et assistant de service social, de prise en charge médicale, psychiatrique ou psychologique nécessaire, de délivrance de médicaments en urgence pour la sortie du patient avec la définition d'un protocole pour les usagers de drogue, etc.),
 - amélioration de la connaissance statistique de ces populations,
 - mises à disposition du personnel d'un annuaire actualisé des professionnels et établissements de proximité.
-

REPUBLIQUE FRANCAISE

Liberté Egalité Fraternité

Agence Régionale de l'Hospitalisation de Midi-Pyrénées

Ref : CF/CF19Cayla-170502

Toulouse le 17 mai 2002

Monsieur le Directeur,

Dans le cadre de la préparation du 2^e Programme régional d'accès à la prévention et aux soins à laquelle l'ARH est associée, j'ai confié une mission particulière d'évaluation sur l'ensemble des 16 PASS existantes dans la région à :

Mme le Dr Cayla, de l'observatoire régional de la santé, M. Papon conseiller technique en travail social à la DRASS et Mme Gibel, conseillère technique en travail social également à la DRASS.

Après trois années de fonctionnement, il apparaît nécessaire d'opérer une mise à plat du dispositif d'accueil et de prise en charge des patients en situation de précarité.

Seront analysés les modes de fonctionnement des PASS et l'impact du dispositif tant en intra hospitalier qu'en extra hospitalier (changement des pratiques, développement des savoir faire).

L'évaluation sera effectuée à l'occasion d'une rencontre d'une journée sur chaque site à laquelle seront associés un représentant de la direction et les personnes référentes dans ce domaine (médecin urgentiste, cadre infirmier, cadre de service social...)

Contact sera pris par un des membres de la mission pour convenir avec vous d'une date dans le courant du mois de Juin.

La mutualisation des expériences devrait faciliter l'élaboration d'un référentiel régional développé dans le PRAPS à partir de 2003.

Je vous remercie pour votre participation et celle de vos collaborateurs et vous prie d'agréer, Monsieur le Directeur, l'expression de mes salutations les meilleures.

Pierre Gauthier

DESCRIPTION DU PROJET

Chef de projet :

Rattachement administratif :

- Référent social
- Référent médical
- Référent administratif

Début : année

- Projet :
- Dans projet d'action sociale
 - Soumis à CME
 - Inscrit dans projet d'établissement
 - Inscrit dans contrat d'objectifs et de moyens
 - Comité de pilotage

Composition

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Rythme des réunions :

.....

Rôle

.....

.....

Orientations données

.....

.....

- Communication et liens établis avec partenaires extérieurs
(modalités, convention Charte, ...) :
-
-
-
-

- Communication et liens établis avec partenaires intérieurs
(avec qui et comment ?) :
-
-

QUELLE INFORMATION ET COMMUNICATION SUR « PROJET PASS »
(objet et modalités)

Intérieur de l'hôpital

Extérieur de l'hôpital

Si information, décrire comment :

Satisfaction ? oui non

Si non, pourquoi, obstacles :

Quelles perspectives et qu'est ce qui permettait de lever les obstacles ?

QUEL EST LE DISPOSITIF POUR L'ACCUEIL ET LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS EN SITUATION DE PRECARITE

L'équipe : composition, temps, rôle de chacun, organisation

.....
.....
.....
.....
.....

Sur qui repose le dispositif :

- Un lieu, local identifiable (préciser localisation et existence ou non de fléchages, repères)
-
-
-
-
- Un circuit pré-établi dans l'hôpital
-
-
-
-
- Une facilitation des circuits habituels
-
-
-
-

Comment faites-vous le repérage ?

Le repérage est fait où ?

- à l'admission au service des urgences.....
-
- au bureau des admissions.....
-
- à l'accueil des différentes consultations
-
- en hospitalisation.....
-
- aux caisses.....
-

Comment ?

Des critères ont-ils été mis en place ou discutés pour définir la population ou les situations de précarité sociale visées par le dispositif (ou réflexion) : oui
 non

Commentaires (si oui : satisfaisant ? si non : pourquoi et perspectives ?) :

.....

.....

.....

.....

Ces critères ont été diffusés et communiqués

- aux surveillants
 - aux secrétaires
 - au personnel administratif
 - au personnel soignant : des urgences autres
 - aux médecins : des urgences autres
-

QUELLE ACCESSIBILITE ?

Localisation géographique et fonctionnement de la PASS

- dans service d'urgence
- à proximité
- autre :

Horaires de fonctionnement journalier

Amplitude de fonctionnement hebdomadaire.....

Modalités d'accueil – protocole

QUELS SONT LES SERVICES OFFERTS PAR LE DISPOSITIF ? (le plus de la PASS)

- Consultation médicale sans RDV, sans justificatif des droits
- Evaluation sociale / entretien avec assistante sociale
 - systématique avant ou après consultation médicale
 - systématique mais indépendamment de prise en charge médicale
 - proposée selon les cas
- Démarche systématique de récupération des droits
- Services accessibles aux patients avant le recouvrement de leurs droits grâce au dispositif :

	MEDICAMENTS délivrés par hôpital ou hors hôpital	LABORATOIRE	CONSULTATION HOSPITALIERE
Tous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Restriction	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUELLE EST L'ACTIVITE ACTUELLE ?

Système d'information : manuel informatique

Outils, protocole de liaison :

/ . aux patients accueillis dans permanences (*demandeur rapport d'activités*)

Nombre :

Profil :

Demande :

Orienté par :

Réponse :

**QUELLES SONT LES MODALITES DE REGULATION,
DE REAJUSTEMENT A L'INTERIEUR DE L'EQUIPE ?**

.....
.....
.....
.....
.....

**QUELLES SONT LES MODALITES DE FONCTIONNEMENT ET
D'ARTICULATION AVEC :**
points forts, points faibles

Service social hospitalier

.....
.....
.....

Service consultations externes

.....
.....
.....
.....

Bureau des entrées – service administratif

.....
.....
.....
.....

Services hospitaliers

.....
.....
.....
.....

**QUELLES SONT LES MODALITES DE FONCTIONNEMENT
AVEC PARTENAIRES EXTERIEURS ?**

Type de partenariat

.....
.....

Exemple

.....
.....

Eléments facilitant

QUEL EST L'IMPACT DE LA PASS (avant / après) ?

/ Formation intra hospitalière, extra hospitalière

.....
.....
.....
.....
.....

/ Sensibilisation

.....
.....
.....
.....
.....

/ Modification des pratiques

.....
.....
.....
.....
.....

Le dispositif PASS est-il révélateur, alerte des situations, des problèmes, des dysfonctionnements de réponses ? Si oui, exemple ? si non, pourquoi ?

.....
.....
.....
.....

Citer « situations évitables »

.....
.....
.....
.....

« situation de non qualité » en termes de prise en charge, de prévention :

.....
.....
.....
.....

Actuellement, quels sont les problèmes qui subsistent et les populations les plus à risque :

/ Retard de soins et de prévention

.....
.....
.....
.....
.....

/ Interruption de soins, pathologies cliniques

.....
.....

QUELLES PERSPECTIVES (blocage, pas blocage) ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

QUEL BUDGET (coût ARH) ET FINANCEMENT ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

