



Rapport de Médecins du Monde

Etat des lieux des

Permanences d'Accès aux Soins de Santé

dans 23 villes où Médecins du Monde est présent

Direction des Missions France

Août 2010

Sommaire

Contexte.....	3
Méthodologie.....	4
Rappel des textes fondateurs et du cadre réglementaire	5
Synthèse de nos constats	6
Principaux constats	7
1 - L'accueil du public	7
2 - Le fonctionnement général	10
3 - La structuration avec les acteurs internes	14
4 - Le travail en réseau	16
Des pathologies lourdes, nécessitant l'accès à l'hôpital	17
Nos recommandations	18
Annexe	21
Questionnaire	21

Nous tenons à remercier les équipes de terrain de Médecins du Monde investies au quotidien ainsi que les acteurs des PASS qui ont collaboré avec nos équipes pour répondre aux questionnaires ou qui ont pu nous recevoir en entretien.

Contexte

« Faire face aux inégalités de santé qui touchent tout particulièrement les personnes les plus démunies est une priorité de santé publique. Tous les patients ont droit à des soins de qualité et à la prévention. »

C'est par ces propos introductifs que la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS) présente ses recommandations pour organiser les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) de façon efficace¹. Les PASS ont pour mission de rendre effectif l'accès et la prise en charge des personnes démunies non seulement à l'hôpital, mais aussi dans les réseaux de soins, d'accueil et d'accompagnement social.

Plus de dix ans après le vote de la loi de lutte contre les exclusions, Médecins du Monde souhaite soutenir et voir se développer et s'améliorer les dispositifs de prise en charge des publics en situation de précarité, d'autant plus nécessaires dans le contexte actuel de crise sociale.

La loi prévoyait la mise en place de 500 PASS sur l'ensemble du territoire, le dernier recensement du ministère en 2006 en dénombrait moins de 400...

Il s'agit de poursuivre l'ouverture des PASS, de consolider les PASS existantes et de les inciter à remplir pleinement et réellement leur mission d'accès aux droits et aux soins de toutes les personnes en situation de précarité, y compris et surtout des personnes n'ayant droit à aucune couverture maladie. Les retours des équipes de terrain de Médecins du Monde font le constat d'une mise en place des PASS inégalement effective selon les régions et les villes, avec pour certaines des dysfonctionnements plus ou moins importants et persistants.

Plus que jamais, le soutien de l'Etat est la condition sine qua non pour permettre la pérennisation et le développement des PASS. Mais les réformes concernant l'hôpital suscitent de vives inquiétudes quant à leur financement, leur pérennité ou tout simplement leur opérationnalité, en dépit des recommandations de la DHOS.

C'est pourquoi Médecins du Monde a souhaité étayer son diagnostic en demandant à ses équipes de terrain de renseigner un questionnaire décrivant le fonctionnement de la ou des PASS existantes dans les villes d'intervention de l'association, en vue de proposer des recommandations d'amélioration.

L'objet de notre étude n'est pas de se substituer aux autorités compétentes pour mener l'évaluation complète des PASS, ni de mesurer si et de quelles manières les recommandations de la DHOS sont suivies, ni de s'attacher aux mécanismes financiers du dispositif, mais bien de prendre la mesure de l'effectivité de la prise en charge des patients en situation de précarité.

¹ Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, Recommandations et Indicateurs pour organiser une Permanence d'Accès aux Soins de Santé, mai 2008

Méthodologie

Ce rapport a été réalisé à partir :

- des résultats du questionnaire envoyé aux équipes de Médecins du Monde en décembre 2009 (cf annexe), élaboré en se référant en partie au guide de recommandations de la DHOS ; certaines équipes ont pu recueillir des informations directement auprès de leurs interlocuteurs de la PASS ;
- de compte-rendus de rencontres des acteurs des PASS (réalisés entre janvier et mars 2010) au Havre, à Marseille (hôpital de la Conception), à Lyon, à Paris (hôpital Saint-Louis) et à Saint-Denis (93) ; le choix de ces villes a été arrêté selon les difficultés rencontrées ou les points positifs marquants, illustrant assez bien différents aspects du fonctionnement des PASS ;
- de rapports d'activité disponibles des PASS.

La situation de 28 PASS dans 21 villes a ainsi pu être analysée à l'aide du questionnaire (lorsque les réponses ont été apportées) :

Angoulême ; Bordeaux (Albret, Pellegrin, Lesparre, Libourne, Perrens) ; Cayenne ; Dunkerque ; Elbeuf ; Grenoble ; Le Havre ; Lyon (Hôtel Dieu, Vinatier, La Roseraie, PASS, mobile) ; Montpellier ; Nancy ; Nantes ; Nice ; Pau ; Poitiers ; Rouen ; Saint Denis (Seine Saint-Denis) ; Saint-Denis de la Réunion ; Saint Laurent du Maroni ; Strasbourg ; Toulouse et Valenciennes.

Nous ne disposons pas de questionnaires pour les PASS de Marseille (au nombre de 4 : *La Conception, Timone, Nord et Sainte Marguerite*), ni pour les 5 PASS de Paris avec lesquelles nos équipes de Paris ont l'habitude de travailler (parce que jugées fonctionnelles : *Saint-Antoine, Saint-Louis, Hôtel Dieu, Lariboisière, La Pitié Salpêtrière*), mais de compte-rendus d'activité et de visites.

Au total, ce sont 37 PASS dans 23 villes différentes qui ont été étudiées dans le cadre de cet état des lieux.

Rappel des textes fondateurs et du cadre réglementaire

La loi de lutte contre les exclusions de 1998² réaffirme la mission sociale de l'hôpital, notamment dans ses missions d'accès aux soins des personnes démunies et la lutte contre l'exclusion sociale.

L'article L.6112-6 du Code de la Santé publique, commenté dans la circulaire DH/AF1/DGS/SP2/DAS/RV3 du 17 décembre 1998 dispose que :

« Les établissements publics de santé [...] mettent en place les Permanences d'accès aux Soins de santé, qui comprennent notamment les 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, notamment en matière de couverture sociale. 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.

[...].

Les PASS sont des cellules de prise en charge médico-sociales qui doivent faciliter l'accès aux soins des personnes démunies au système hospitalier [...]. Elles ont aussi pour fonction de les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits, notamment en matière de couverture sociale. [...]

Les orientations nationales de formations prioritaires à caractère pluriannuel des établissements relevant de la fonction publique hospitalière sont données par circulaire. La circulaire DHOS/RH4 n° 2009-215 du 15 juillet 2009 fixe comme axe à renforcer « les principes d'organisation efficiente d'une PASS pour rendre effectif l'accès aux soins des publics en situation de précarité ».

Axe déjà annoncé dans la circulaire n°DHOS/P1/2008/180 du 5 juin 2008, où l'organisation d'une PASS pour l'accès aux soins des publics en situation de précarité et des migrants figurait également dans les axes à renforcer.

Ces circulaires notent l'engagement de la DHOS pour accompagner les personnels hospitaliers dans la mise en place des PASS.

² Loi d'orientation n°98-657 du 29 juillet 1998

Synthèse de nos constats

Sur les 37 hôpitaux étudiés, la plupart ne respecte pas leurs obligations d'accueil du public démuné en grande précarité. En effet, les personnes doivent disposer obligatoirement de droits potentiels pour accéder aux services de la PASS, c'est-à-dire être éligibles à l'assurance maladie ou à l'Aide Médicale Etat (afin que les coûts soient rapidement recouverts). Cette situation conduit de fait les personnes n'ayant aucun droit à différer les soins, ce qui peut avoir un coût humain mais aussi financier du fait du retard dans la prise en charge.

Seules 8 PASS reçoivent tous les publics en situation de précarité quels que soient leurs droits. L'accès aux soins des mineurs n'est pas systématiquement garanti.

Il est parfois difficile de savoir où se situe la PASS au sein de l'hôpital, le dispositif y est quelque fois méconnu, le lien avec le bureau des entrées pas toujours effectif et/ou efficient. Il arrive que les horaires ne soient pas adaptés.

La présence ou l'intervention d'interprètes n'est toujours pas systématique même si on peut noter une amélioration dans le recours aux interprètes professionnels, voire dans un cas au recours à des médiateurs interprètes. Un établissement fait même appel à une association de médecine transculturelle pour faciliter les échanges.

Il existe une grande diversité de moyens et de modes d'organisation : certaines PASS ont des locaux et du personnel dédiés, une majorité sont rattachées à un service existant (le plus souvent les urgences). D'autres ont des ressources humaines et matérielles largement insuffisantes.

A noter que toutes les PASS bénéficient d'un temps de travailleur social. Certaines PASS ont même réussi à obtenir des augmentations de temps de travail (assistante sociale, IDE) ou création de poste (médecin) ou de nouveaux métiers (comme les agents d'accompagnement) après évaluation des besoins.

Mais on observe globalement un manque de personnel médical dédié à la PASS.

L'absence de consultation de médecine générale dans la moitié des PASS étudiées est signalée comme un frein à une prise en charge coordonnée. L'absence quasi-générale de PASS dentaires et de PASS psychiatriques reste une véritable carence. Les procédures sont parfois complexes pour accéder à la pharmacie de l'hôpital, ce qui amène certains patients à en sortir avec une ordonnance à honorer.

Il existe aussi des cas où les patients continuent à recevoir des factures.

Trop peu de moyens sont alloués à la formation des professionnels hospitaliers pour lesquels le niveau de connaissance du dispositif, de son fonctionnement et de son rôle reste insuffisant.

Les comités de pilotage existent dans la majeure partie des PASS mais ne sont pas toujours opérants et réguliers, ce qui peut nuire à leur efficacité.

Le travail en réseau doit être renforcé. Il existe parfois des difficultés d'orientation vers le droit commun de personnes disposant de droits ouverts, ce qui peut conduire à la saturation du dispositif.

Des actions hors les murs et des actions de prévention ciblées sont menées par près de la moitié des PASS en lien avec les partenaires du réseau, dans les lieux de vie ou d'hébergement du public concerné, actions qu'il faut continuer d'encourager.

D'un point de vue financier, les budgets sont trop peu conséquents et ne permettent pas de couvrir tous les besoins. Les conséquences observées : manque de personnel, soins différés, nombre de patients limités, avec pour corollaire des patients refusés, réseau insuffisamment développé par manque de moyens humains, des intervenants insuffisamment formés, ...

En conclusion, les PASS tiennent bien souvent à la volonté politique de la direction de l'hôpital. La prise en charge des publics en situation de précarité n'est pas toujours une préoccupation majeure au vu des enjeux de gestion des établissements et sont parfois perçues comme un instrument de recouvrement financier. Ceci étant, les PASS n'ont pas toujours les moyens nécessaires humains et matériels pour jouer leur rôle d'accueil des personnes les plus démunies.

Principaux constats

Nos principaux constats sont présentés au travers de quatre chapitres :

- l'accueil du public
- le fonctionnement général
- la structuration avec les acteurs internes
- le travail en réseau

1 - L'accueil du public

L'accueil de tous les publics, quels que soient leurs droits à la couverture maladie, est loin d'être systématique, même pour les mineurs

Les PASS constituent le seul dispositif de santé permettant en théorie l'accès intégral aux soins pour les personnes démunies et dépourvues de protection maladie. En particulier depuis que l'Aide Médicale Etat n'est plus accessible aux personnes présentes en France depuis moins de 3 mois³, elles sont le seul recours aux soins possibles pour les étrangers en situation irrégulière résidant en France au cours des périodes d'exclusion légale du droit à la protection maladie et pour les personnes disposant d'un visa touriste sans assurance maladie dans leur pays d'origine.

Et pourtant, sur les 37 PASS pour lesquelles la situation est connue ...

- Seules 8 PASS accepteraient de prendre en charge toutes les personnes qui se présentent, y compris les personnes sans droits potentiels et les personnes qui ont un visa touriste sans assurance dans leur pays d'origine et qui ont l'intention de résider sur le territoire ;
- 9 PASS reçoivent les personnes en France depuis moins de 3 mois mais ne prennent pas en charge les touristes sans assurance dans leur pays d'origine ;
- Une catégorie particulière est à relever, 6 PASS qui déclarent recevoir les personnes sans droits potentiels mais qui fixent des conditions à cela : facturation a posteriori, obligation d'effectuer des démarches dans un délai de 6 à 8 semaines (délais inadaptés pour les primo-arrivants), ... Une PASS reçoit les personnes sans droits potentiels ou traitent leurs dossiers à condition qu'elles aient été orientées par une association ou si elles sont hospitalisées ou s'il s'agit de femmes enceintes...
- 14 PASS ne reçoivent que les personnes disposant de droits potentiels, celles pour lesquelles les coûts pourront être rapidement recouverts. A noter que même dans cette catégorie, il existe une PASS qui ne reçoit les personnes avec droits potentiels que si elles ont été orientées par une structure partenaire.

A noter seulement 6 PASS qui réorientent systématiquement les personnes qui ont des droits ouverts vers le droit commun comme il se doit. A contrario, d'autres continuent de les recevoir (difficultés d'orientation, barrière linguistique, problèmes sociaux importants), alourdissant ainsi le dispositif et bien souvent le saturant.

Dans la mesure où l'état de santé des patients ne présente pas un caractère d'urgence, les PASS sont très souvent amenées à différer les soins, le temps que les droits soient effectivement ouverts ou que les personnes répondent aux critères d'éligibilité à la couverture maladie.

Cependant, trop souvent les patients sont réorientés vers les structures associatives, dont Médecins du Monde, pour entre autres assurer la surveillance médicale en attendant l'ouverture des droits...

³ Loi de finances rectificatives du 31 décembre 2003, article 97

Typologie des PASS selon le public qu'elles reçoivent		
Reçoit tout le monde	8	22%
Reçoit les personnes n'ayant pas de droits potentiels mais ne prend pas en charge les touristes	9	78%
Reçoit les personnes n'ayant pas de droits potentiels mais sous conditions	6	
Reçoit uniquement les personnes ayant des droits potentiels	14	
Total	37	

L'accueil des mineurs

Bien que les mineurs soient immédiatement éligibles à l'AME, de même que les enfants de demandeurs d'asile, dès leur entrée sur le territoire, leur accueil inconditionnel dans les hôpitaux pédiatriques est loin d'être la règle. Arguant de cette éligibilité immédiate, les institutions ont refusé pendant longtemps d'ouvrir des PASS pédiatriques. Mais cette position ne prend pas en compte les délais d'instruction de la demande qui peuvent être particulièrement longs (entre 1 et 3 mois selon les villes)

Notons à titre d'exemple, qu'à Paris, il a fallu une convention spécifique, signée en 2007 entre un hôpital parisien et le Centre d'Action Sociale et Protestant, sous l'égide de la Direction des Affaires Sociales et Sanitaires de Paris et par l'entremise de Médecins du Monde, pour permettre aux enfants des familles prises en charge à la Coordination d'Accueil des Familles Demandeurs d'Asile de bénéficier d'un accès aux soins gratuit pendant la période d'attente avant l'obtention d'une couverture sociale.

Il existe depuis mars 2010 enfin une PASS pédiatrique à Paris. Cependant, elle ne peut répondre à l'ensemble des demandes (pour toute la ville...).

L'accueil des mineurs isolés

La création d'un fond pour les « soins urgents et vitaux »⁴ en 2005 avait permis de pallier l'instauration du délai de 3 mois de présence en France pour accéder à l'Aide Médicale Etat. Ce fond permettait un financement des hôpitaux pour les soins qu'ils délivrent à des personnes non bénéficiaires de l'AME nécessitant des « soins urgents et vitaux » ou tous les soins relatifs aux femmes enceintes **et aux mineurs**. Or depuis une circulaire du 7 janvier 2008, les mineurs ne relèvent plus du fond « soins urgents et vitaux », puisque, en tant que mineurs, ils doivent normalement prétendre à une AME dès leur entrée sur le territoire. Toutefois cette disposition ne prend pas en compte la situation des mineurs isolés ne relevant pas d'une prise en charge par l'Aide Sociale à l'Enfance et pour qui la demande de couverture maladie qui doit être faite par leur représentant légal ne peut l'être (ni celle dont les parents dépassent le seuil d'attribution de l'AME). In fine ils ne sont pas couverts par l'Aide Médicale Etat, mais ne relèvent pas non plus de la circulaire « soins urgents et vitaux ».

Les constats suivants ont été basés sur le fonctionnement des PASS pour lesquelles nous disposions de questionnaire.

Le repérage des patients en situation de précarité est parfois aléatoire

Quand l'information sur le dispositif PASS au sein de l'hôpital a été réalisée et diffusée, l'ensemble du personnel hospitalier (et pas seulement le personnel médico-social) se trouve sensibilisé et peut repérer les personnes en situation de précarité et ainsi les orienter vers le service social.

Le repérage des patients en situation de précarité au sein de l'hôpital n'est pas jugé opérant dans près d'un tiers des PASS étudiées. La plupart du temps, le bureau des entrées ne signale pas systématiquement les cas au travailleur social.

Cette situation entraîne alors des difficultés de prise en charge. Si aucune démarche n'est effectuée, le patient recevra la facture correspondante aux actes pratiqués.

⁴ Circulaire DHOS/DSS/DGAS n° 141 du 16 mars 2005

Les plages horaires sont plutôt adaptées

Pour 7 PASS sur 10, les équipes de MdM estiment que les plages horaires sont adaptées pour recevoir le public. Dans un cas, les plages horaires ont pu être augmentées suite à une évaluation des besoins, d'où l'importance de mener ces évaluations tant pour l'organisation que le fonctionnement et la qualité d'accueil du public.

La place des urgences est importante puisqu'elles complètent le dispositif PASS et prennent le relais lorsque celui-ci est fermé (nuit et week-end) (signalé dans 6 PASS). Il faut toutefois veiller à ne pas encombrer le service des urgences, ce qui est un risque signalé par un certain nombre de PASS.

A contrario, pour 3 PASS sur 10, les horaires restent largement insuffisants : pas d'accueil les après-midi, fermeture en fin d'après-midi (17h00), horaires inadaptés au vu de la file active du dispositif (saturation, prise en charge différée, ...).

La circulation à l'intérieur de l'hôpital n'est pas toujours facilitée

Dans près de deux tiers des hôpitaux, un fléchage a été mis en place pour aider les patients à circuler dans les services et identifier la PASS mais il est jugé inefficace dans plus d'un tiers des cas où il existe : beaucoup se perdent en route, dispersion des bâtiments sur un même site, difficulté de circulation au sein même de l'hôpital, ... A noter que ceci est tout aussi vrai pour l'ensemble des usagers de l'hôpital.

Dans certains établissements, il existe du personnel dédié à l'accueil, qui accompagne les usagers au sein du dispositif. C'est une initiative qu'il faut encourager et valoriser.

Le recours à des services d'interprétariat professionnel est limité

Les PASS déclarent recourir à des services d'interprétariat de façon régulière pour 4 PASS sur 10 et de façon ponctuelle dans la même proportion. Cinq PASS n'y ont jamais recours.

Il ne s'agit pas toujours d'interprétariat professionnel. Beaucoup font encore appel aux personnels de l'hôpital, ce qui rend l'interprétariat aléatoire. La « débrouille » ou les bénévoles associatifs ont également été cités.

Dans 1 PASS, il est précisé que les patients seront accueillis uniquement s'ils viennent accompagnés d'un interprète. Dans une autre PASS, l'attente pour les patients sans interprète est systématiquement plus longue.

4 PASS, encore trop rares, disposent d'un budget spécifique pour l'interprétariat professionnel et ont par conséquent recours à ISM (InterService Migrant).

Mais le coût de l'interprétariat reste élevé et les budgets limités. Dans un cas cité, l'interprétariat ne peut être pris en charge que pour 5 personnes par an !

Dans 4 cas, il arrive aux PASS d'orienter les patients vers Médecins du Monde à cause de la barrière linguistique.

Cependant, il existe de moins en moins de refus clairs de prise en charge des patients à cause de la barrière linguistique. Les patients sont quand même reçus, mais il peut subsister des difficultés de compréhension entre le soignant et le patient durant l'entretien et l'examen médical (explication du diagnostic, observance des traitements, ...).

Une PASS a mis en place un dispositif innovant : un médiateur interprète facilite les relations entre les équipes médicales et les patients.

Une autre PASS a signé une convention avec une association de médecine transculturelle.

2 - Le fonctionnement général

Les moyens humains sont souvent insuffisants et inégaux

Même si les hôpitaux utilisent un vocable différent pour nommer le dispositif, la PASS doit être une cellule d'accueil fixe, identifiée, peu importe le service de rattachement, pourvu que ce soit opérationnel et non discriminant.

Pour qu'une PASS soit fonctionnelle et opérationnelle dans la prise en charge des publics, une équipe doit être dédiée au dispositif et composée à minima de personnel médical (médecin et infirmier), social et administratif avec un temps de coordination. Le nombre d'équivalents temps plein (etp) doit être ajusté au nombre de personnes accueillies et la diversification des métiers doit être encouragée pour pouvoir assurer une prise en charge de qualité.

6 PASS étudiées sur 10 sont des unités fonctionnelles et quatre sur dix sont décrites comme étant des dispositifs transversaux.

Plus d'un tiers sont rattachées aux urgences, 5 au service social, 2 sont sous la double tutelle urgences/service social. 5 seulement sont rattachées au service de médecine générale, 2 à un service de médecine spécialisée, 4 à la direction ou au pôle administratif.

Il existe une grande diversité de moyens humains selon les PASS étudiées, qu'elles soient transversales ou unités spécifiques. La grande majorité des PASS est dotée d'au moins 1 etp d'assistante sociale, qui a un rôle pivot dans le dispositif.

Les ressources humaines ne semblent pas toujours corrélées avec le nombre de patients reçus. A fréquentation équivalente (près de 500 personnes), certaines PASS disposent de plus de 3.5 etp (avec une grande diversité des métiers : agent d'accueil, travailleur social, infirmier, psychologue, urgentiste,...), dispositifs qu'il faut continuer d'encourager ; alors que d'autres fonctionnant avec moins de 2.5 etp (le plus souvent sans médecin) doivent absolument être renforcés.

Quelques PASS ont réussi à obtenir un renforcement de l'équipe (augmentation des etp d'infirmières, travailleurs sociaux, pérennisation d'un poste de médecin) ou la création de « nouveaux métiers », comme du personnel accompagnant les usagers au sein de la PASS, accompagnants santé, médiateurs, moniteurs-éducateurs, ...

Mais de façon générale, il subsiste des difficultés importantes : personnel social et médical non remplacé pendant les congés ou arrêts maladies, équipes proches de la saturation, équipes non dédiées pouvant être affectées dans d'autres services, ...

On observe globalement un manque de personnel médical dédié à la PASS.

L'accès à une consultation sociale est quasi général

L'objet des PASS est d'assurer une prise en charge socio-médicale globale de la personne : ouverture des droits, suivi des démarches, accompagnement dans le circuit hospitalier le temps de l'ouverture de droits et accompagnement vers le droit commun.

Dans la majorité des PASS, les patients voient systématiquement le travailleur social pour faire l'analyse de leur situation au regard de leurs droits à une couverture maladie. Certaines ne sont d'ailleurs que des PASS sociales, ce qui est peut être suffisant à condition que le relais avec les consultations hospitalières soit opérant ce devrait être notamment le cas dans tous les hôpitaux pédiatriques.

A noter que dans 2 PASS, les entretiens avec les travailleurs sociaux se font exclusivement sur rendez-vous, ce qui peut complexifier l'accès à ces consultations. Pour l'une d'entre elles, la prise de rendez-vous est téléphonique dans un souci de filtrer les seuls patients ayant des droits potentiels.

Cependant, 5 PASS étudiées ne semblent pas permettre un accès systématique à une consultation sociale pour l'analyse de la situation au regard des droits à une couverture maladie.

L'accès à une consultation de médecine générale n'est pas systématique

Près de la moitié des PASS étudiées ne disposent pas d'une consultation de médecine générale, parfois par choix : « *fonction d'accompagnement vers les soins, d'orientation, d'information et de prévention* », mais aussi « *l'hôpital ne souhaite pas ouvrir de service de médecine générale spécifiquement pour les précaires* » ; mais le plus souvent par manque de moyens : « *aucun médecin affecté* », « *poste de médecin non dédié* ».

En l'absence d'une consultation de médecine générale, plusieurs cas de figure sont rencontrés :

- les personnes sont souvent orientées vers les urgences ;
- 1 PASS n'accueille le public que s'il a été orienté par une structure ayant effectué au préalable une consultation de médecine générale ;
- une autre oriente les patients vers Médecins du Monde pour les consultations de médecine générale...

Une autre PASS vient d'obtenir l'ouverture d'une consultation de médecine générale, mais sur rendez-vous exclusivement... Les autres PASS accueillent le public sur horaires libres (selon disponibilités) et sur rendez-vous. 2 PASS signalent recevoir des personnes en rendez-vous que si un interprète est prévu.

Les PASS qui ne disposent pas de consultation de médecine générale par manque de moyens plébiscitent cependant ce type de consultations pour organiser une prise en charge de qualité et faciliter l'accès aux consultations de spécialistes, dans un souci de parcours de soins coordonné.

Le plateau technique est accessible une fois que les personnes sont entrées dans le dispositif

L'ensemble du plateau technique semble à priori accessible une fois que les personnes ont été acceptées dans le dispositif.

Toutefois, bien souvent, si l'état de santé n'est pas jugé urgent, les soins et donc l'accès au plateau technique sont différés en attendant que la personne puisse disposer de droits effectifs à la couverture maladie.

A noter que 3 PASS sur 10 ne proposent pas de soins infirmiers.

Les procédures de remise de traitements ne sont parfois pas opérationnelles

Dans plus de la moitié des PASS, les traitements sont remis pour la durée totale de la prescription.

6 les remettent partiellement, 4 ne remettent jamais les traitements. L'une d'entre elles oriente vers une pharmacie de ville avec laquelle il existe une convention. En revanche, 2 PASS orientent les patients vers Médecins du Monde pour la remise de leurs traitements...

Les procédures de remise de traitement ne sont pas toujours pratiques et opérationnelles, ni même connues par le personnel hospitalier : dans un cas, les médicaments sont donnés en fonction des dates de rendez-vous avec le travailleur social; dans un autre cas, si le patient nécessite un traitement, il doit repasser voir le travailleur social pour obtenir un « bon », ce circuit jugé complexe et lourd pour les patients, est, selon l'hôpital, le seul moyen de permettre la « traçabilité » de l'activité de la PASS.

Dans un autre cas, les patients doivent revenir 24 heures après, c'est-à-dire une fois la commande reçue. La pharmacie peut également se trouver sur un autre site, pas forcément fléché et à proximité. Une PASS ne délivre les traitements que pendant les horaires d'ouverture de la pharmacie, différents de ceux de la PASS. Dans plusieurs cas, la remise du traitement dépend de la connaissance de la PASS par le service prescripteur

Les traitements ne sont quelquefois pas remis en l'absence de droits potentiels.

Tous ces facteurs conduisent de fait le patient à sortir de l'hôpital avec une ordonnance à honorer.

A noter que dans la plupart des PASS, les patients ayant des droits ouverts sont directement orientés vers une pharmacie de ville.

L'accès aux soins dentaires reste problématique

Même si on peut saluer la création de quelques PASS dentaires, suite à un appel à projet datant de juillet 2009 prévoyant l'ouverture d'une dizaine de PASS dentaires sur tout le territoire (14 finalement ont été retenues), leur mise en place est très progressive (difficultés d'organisation et de recrutement, malgré un budget dédié). De façon générale, l'accès aux soins dentaires reste problématique pour une large partie de la population (même pour les personnes bénéficiant d'une CMU complémentaire et encore plus pour les bénéficiaires de l'AME), fait souligné par la grande majorité des PASS étudiées. Les PASS dentaires restent très insuffisantes en nombre.

Les patients sont très souvent orientés vers les structures associatives, dont Médecins du Monde, lorsque l'association a un cabinet dentaire (10 villes, l'un des cabinets dentaires est ironiquement baptisé « PASS dentaire » par la PASS elle-même) ou vers des dentistes libéraux avec lesquels des conventions ont été formalisées (uniquement lorsque la personne a des droits potentiels). Le service odontologie d'un hôpital reçoit les personnes orientées par la PASS que « *si la douleur est insupportable* ».

A noter quelques expériences positives : une PASS qui procède une fois par mois à un dépistage bucco-dentaire lors d'actions mobiles ; une autre dont le travailleur social se déplace à l'école dentaire où des consultations dentaires peuvent être dispensées au public précaire, une autre qui a rouvert l'ancienne consultation dentaire de Médecins du Monde avec un budget accordé par la Direction Générale de la Santé, qui est par conséquent devenue une PASS dentaire.

L'accès aux consultations de psychiatrie reste tout aussi problématique et limité

Il en est de même pour les consultations de psychiatrie dont l'accès n'est pas toujours facile.

Pourtant, l'appel à projets de 2009 prévoyait également la création de 40 PASS psychiatriques sur l'ensemble du territoire.

Dans la vingtaine de villes étudiées, 3 projets de mise en place de PASS psychiatriques ont été signalés mais en précisant que les échéanciers n'étaient pas prévus.

Seules 6 PASS (à peine deux sur dix) offrent, au jour de notre état des lieux, des consultations de psychiatrie.

Les patients sont très souvent orientés vers le centre médico-psychologique (CMP). Rappelons que les CMP (sectorisés) ont des difficultés à répondre à la demande (délai de rendez-vous très longs, refus de prise en charge des patients sans couverture maladie, pas de délivrance de médicaments...). Par conséquent, de nombreux patients qui ont besoin de soins ne peuvent pas y avoir accès.

Dans un cas cité, lorsqu'il y a des difficultés à orienter vers les services de soins psychiatriques, une équipe de l'unité mobile de psychiatrie-précarité (EMPP) peut être interpellée et peut venir rencontrer les patients à la PASS pour créer du lien et travailler cette orientation.

Toutes les personnes en situation de précarité ou d'exclusion constituent la population cible de ces EMPP. Ces unités se mettent progressivement en place depuis la circulaire du 23 novembre 2005⁵ ; on en dénombrait 92 fin 2008.

Un élargissement de ce type de dispositif mobile ainsi qu'un renforcement des PASS pourraient permettre d'assurer, en partie, une meilleure couverture territoriale et prise en charge psychiatrique des publics en situation d'exclusion.

Notons que le rapport sur « la santé des personnes sans chez soi » de Vincent Girard, Pascale Estécahandy, Pierre Chauvin⁶ recommande une meilleure coordination et articulation entre les accompagnements sociaux et les médecines somatique et psychiatrique, tout en favorisant le soin de proximité.

⁵ Circulaire DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B n 2005-521 du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale, des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie

⁶ Girard V., Estécahandy P., Chauvin P. « La santé des personnes sans chez soi », Plaidoyer et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen, novembre 2009.

Les patients continuent à recevoir des factures

Il existe quelques cas où les patients reçoivent des factures.

Une PASS laisse aux patients un délai de 6 à 8 semaines pour effectuer leurs démarches en vue de l'obtention d'une couverture maladie. Passé ce délai, les patients reçoivent la facture des soins et traitements.

Autre exemple, une PASS émet des bons de circulation, mais qui sont refusés par la caisse de l'hôpital, ce qui conduit à une facturation, voire à une procédure contentieuse entre l'hôpital et les usagers, quand ceux-ci ne sont pas solvables, ce qui est le cas de la grande majorité du public auquel les PASS doivent offrir leurs services.

Certaines PASS ne financent pas les hospitalisations et les facturent si le patient n'a aucun droit potentiel et ce malgré le texte fondateur qui prévoit une prise en charge de tous les actes thérapeutiques nécessités par l'état du patient.

Des patients reçoivent des factures a posteriori pour des soins qui n'ont pas été pris en charge dans le cadre du fond « soins urgents et vitaux ».

Les actions hors les murs doivent être encouragées

Des initiatives d'actions « hors les murs » sont bien évidemment les plus adaptées pour atteindre le public en grande exclusion dans des logiques de survie au quotidien et ne se projetant pas forcément dans une démarche de soins.

Presque la moitié des PASS mènent des actions « hors les murs », c'est-à-dire qu'elles se déplacent sur les lieux de vie ou dans les associations partenaires où se rendent les personnes : foyers de migrants, terrains où vivent les Roms, lieux d'accueil de jour, centre d'hébergement de nuit, mission locale auprès des jeunes de moins de 25 ans, programme d'échange de seringues, restaurant social, ...

Les actions de prévention mentionnées traitent des sujets tels que : addictions, VIH, IST, hépatites, tuberculose, prévention dentaire, vaccinations, saturnisme, alimentation.

Une PASS a mis en place avec l'équipe MdM un groupe de parole ouvert aux femmes, celui-ci est co-animé par les travailleurs sociaux.

A noter l'exemple particulier d'une PASS dont une antenne se situe dans une maison associative regroupant CHU, CCAS et associations.

A relever également la participation mensuelle d'une PASS à une maraude organisée par le Samu social, il s'agit d'une prise de contact avec le public pour une orientation vers le dispositif fixe. La PASS en question souhaite évaluer la pertinence de cette action et la plus-value de ces consultations avancées et mesurer ainsi si cette approche permet de prendre en charge plus rapidement les personnes concernées et d'éviter le recours systématique aux urgences.

Une autre PASS souhaite participer aux activités mobiles de MdM (bus accueillant les personnes en situation de grande exclusion).

La visibilité de la PASS et la communication sur son rôle peuvent être améliorées

L'hôpital doit mettre en place une signalétique adaptée pour rendre la PASS visible et accessible aux patients et connue de l'ensemble du personnel.

Il doit donner les moyens de les informer du rôle de la PASS et de son fonctionnement.

Une brochure d'information sur la PASS et son fonctionnement n'existe que pour 6 PASS sur 10 des PASS étudiées.

Quand elle existe, elle est compréhensible dans la majorité des cas. Elles sont quelquefois traduites dans plusieurs langues. A noter 3 cas où il a été relevé que la brochure était incompréhensible.

Il existe toutefois un problème de diffusion, puisque dans plus d'un tiers des cas, la brochure n'est pas diffusée largement au public.

Les PASS les plus récemment créées n'ont pas encore mis en place cet outil. Cependant, une PASS qui existe depuis 1999 est seulement en train d'élaborer une brochure d'information.

Dans 1 cas, il est précisé que le bureau des entrées n'informe jamais le public de l'existence de la PASS, mais on peut présumer à la lecture de l'ensemble des questionnaires, que ce cas n'est pas isolé.

Deux tiers des PASS étudiées ont développé une stratégie de communication en direction des professionnels du réseau pour expliquer le rôle et le fonctionnement de la PASS.

Parmi les exemples cités : invitation aux réunions du comité de pilotage, brochures d'information à destination des professionnels, lien avec les structures accueillant le public, participation aux réunions des instances et réseaux locaux se préoccupant de la précarité et de la santé.

Mais on ne saurait dire si ces stratégies mises en place sont efficaces.

Il est noté l'intervention de certaines PASS dans le cursus de formation des élèves infirmiers, travailleurs sociaux, faculté de médecine ou dans des DU santé/précarité.

Certaines PASS sont terrain de stage pour ces mêmes étudiants.

Des recueils d'activité et de données médico-sociales tardent à se mettre en place

Présenter les objectifs formalisés de la PASS, le suivi de l'activité, le profil des personnes reçues, leurs difficultés, le type de pathologies rencontrées mais aussi le suivi des ressources du dispositif et des dépenses est nécessaire pour contribuer au bon fonctionnement et à la visibilité de la PASS.

Les trois quarts des PASS étudiées diffusent un rapport d'activité, mais toutes ne disposent pas d'un recueil de données sociales et médicales. 7 PASS sur 10 déclarent utiliser un recueil de données, mais celui-ci ne porte que sur les données sociales ou médicales.

Evaluer la satisfaction des usagers ne semble pas être une priorité et est sûrement difficile à mettre en place

Il est recommandé de réaliser des enquêtes de satisfaction des patients en situation de précarité ou auprès des partenaires qui les prennent en charge en amont ou en relais de la PASS, d'autant que cela s'inscrit dans une démarche globale de qualité de l'établissement, où tout patient peut/doit être interrogé à l'issue de sa prise en charge de l'hôpital.

2 PASS ont procédé jusque là à des enquêtes de satisfaction auprès des usagers. Pour l'une d'entre elles, l'enquête a porté sur à peine 20 usagers, lors d'un deuxième passage dans le dispositif. Même si ces quelques patients se déclaraient satisfaits du dispositif, autant dire qu'ils étaient peu représentatifs du nombre de patients reçus par cette PASS.

3 PASS ont par ailleurs procédé à des enquêtes de satisfaction auprès des partenaires. L'une d'entre elles s'est montrée peu satisfaite du peu de retours de leur part. L'une précise qu'elle n'a pas procédé à des enquêtes formelles, mais reste en demande des dysfonctionnements constatés. Les réunions régulières avec les partenaires restent des moments privilégiés pour aborder les difficultés.

3 - La structuration avec les acteurs internes

Des référents clés sont identifiés

Pour structurer les relations avec les acteurs internes, il est nécessaire d'identifier des référents clés, interlocuteurs clairement identifiés, mobilisés au sein de l'établissement de santé pour conduire les missions de la PASS.

Seules 3 PASS semblent ne pas disposer de référents clés au sein du dispositif. Pour les autres, il s'agit essentiellement du travailleur social et/ou du médecin coordinateur lorsqu'il existe. (Nous ne disposons pas dans le cadre de cet état des lieux d'éléments d'évaluation du temps dédié à la coordination du dispositif.)

Le dispositif reste méconnu en interne

On constate un déficit de connaissance du dispositif au sein même de l'hôpital. Pour seulement 6 PASS, le dispositif est suffisamment connu et identifié. Il l'est partiellement dans les trois quarts des cas.

La connaissance du dispositif peut tenir à la personnalité des intervenants de la PASS, travailleurs sociaux ou/et médecins coordinateurs (quand ils existent), qui y travaillent bien souvent depuis de nombreuses années.

Mais il faut constamment rappeler au personnel de l'hôpital l'existence du dispositif et son fonctionnement (turn over important). Malgré les efforts de sensibilisation et de formation/informations relevés dans certaines PASS, il subsiste une majorité de cas où les professionnels hospitaliers méconnaissent le dispositif. Ils peuvent en connaître l'existence, mais ne savent pas forcément quelle est sa fonction, qui peut y être adressé, voire même sa localisation au sein de l'hôpital. Le manque de volonté de la direction à faire connaître le dispositif (pour éviter « *un effet d'appel d'air des publics précaires* ») a été signalé dans certains cas.

La formation des professionnels hospitaliers est encore trop peu organisée

Un travail de formation/information au sein de l'hôpital sur le rôle et le fonctionnement de la PASS est essentiel. Mais il s'agit également d'initier au sein de l'établissement une réflexion éthique, ponctuelle et régulière sur l'accueil et la prise en charge médico-sociale des personnes en situation de précarité.

Les deux tiers des PASS ont organisé au cours des deux dernières années, des sessions de formation/information auprès du personnel de l'hôpital. Cependant, le contenu de formation, les destinataires, mais surtout la régularité diffèrent d'une PASS à l'autre.

Parmi les exemples cités sur le contenu : fonctionnement de la PASS, connaissance du public, aide au repérage des patients sans couverture maladie, accueil et circulation des patients, utilisation d'outils (protocoles, fiches de liaison), ...

Parmi les exemples cités sur les publics cibles : bureau des entrées, urgences, caisses, ...

Parmi les exemples cités sur la fréquence : présentation d'un cas pratique une fois par mois lors de staff ; pour 1 PASS, une seule session d'information sur le dispositif a eu lieu en 2008 et uniquement auprès des cadres (session non renouvelée depuis).

Une PASS a signalé que la formation n'était pas la préoccupation majeure du fait de problèmes financiers de la structure.

Les comités de pilotage, quand ils existent, sont parfois jugés inutiles

Dans plus de 8 PASS sur 10, il est signalé l'existence d'un comité de pilotage. Cependant, une tendance générale serait à la diminution de la fréquence des réunions organisées.

Les comités de pilotage sont quelquefois jugés peu utiles du fait de l'absence de réunion régulière. Certains ne se réunissent plus depuis plusieurs années. D'autres ont été très actifs au moment de la mise en place de la PASS (réunions trimestrielles pour définir son fonctionnement, facturation, liens entre les différents services de l'hôpital par la mise en place de protocoles...), mais cela ne semble plus être le cas désormais. De façon générale, les comités de pilotage se réunissent au mieux une fois par an.

Ce constat peut toutefois être contre balancé par l'existence de réunions plus « informelles », souvent animées par les assistantes sociales, dans le cadre de leur travail en réseau.

Pour que le comité de pilotage ait un véritable rôle, il doit réunir les différents professionnels (institutionnels et associatifs), travaillant à la prise en charge des personnes précaires et les acteurs de l'hôpital impliqués (direction de l'établissement, social, urgences, pharmacies, direction des soins infirmiers, direction des finances, service des admissions...).

Quand le comité de pilotage existe, les acteurs clés du domaine sanitaire et social y sont généralement représentés. Mais il est tout de même signalé quelques cas où le comité de pilotage n'est pas ouvert aux structures associatives.

4 - Le travail en réseau

Le rôle d'orientation, d'accompagnement, de mise en lien et de continuité des soins jusqu'à l'effectivité du retour dans le droit commun est reconnu

Le rôle d'orientation, d'accompagnement, de mise en lien et de continuité des soins jusqu'à l'effectivité du retour dans le droit commun a été souligné par l'ensemble des PASS, mais sans qu'on puisse réellement en apprécier la réalité. Un véritable travail de réseau doit permettre d'organiser le relais de la prise en charge.

Seule une évaluation de la PASS et de son fonctionnement peut permettre d'apprécier l'effectivité du retour dans le droit commun.

A noter l'exemple remarquable d'une PASS qui assure le suivi et la continuité des soins sur les lieux de vie des personnes.

Une autre mentionne qu'elle aimerait pouvoir assurer ce rôle mais qu'elle se trouve limitée dans ses moyens...

Le travail de réseau est essentiel à maintenir et/ou à développer

La moitié des PASS déclarent avoir mis en place des partenariats pour pérenniser les liens avec les autres membres du réseau. Il ne s'agit pas toujours de conventions écrites, certaines maintiennent des liens par des contacts et rencontres régulières, des participations aux réunions de plate-forme santé/précarité, aux réunions de la veille sociale, aux réunions du réseau ville-hôpital, etc ...

Certaines ont toutefois formalisé des conventions avec les partenaires associatifs (Samu social, Armée du salut), avec des associations d'interprètes, mais aussi avec les dentistes de ville, le centre de dépistage anonyme et gratuit, ou la cellule de lutte anti-tuberculose, ou projettent de le faire avec les Lits Halte Soins Santé.

Il est signalé quelques cas où la visibilité de la PASS reste faible et des cas où les partenariats sont insuffisamment développés.

Quelques exemples de protocoles extra-hospitaliers

Nous avons relevé peu d'exemples de protocoles extra-hospitaliers mis en place avec les partenaires du réseau (dans à peine 4 PASS sur 10).

Cependant quelques expériences existent : demande d'admissions dans des lits de repos pour des soins de suite (lits halte soins santé), fiche de transmission/liaison à destination des partenaires associatifs ou institutionnels qui connaissent la personne, pharmacies et laboratoires de ville, centre de dépistage IST, relais vers un autre hôpital en cas de fermeture de la PASS, ...

Des pathologies lourdes, nécessitant l'accès à l'hôpital

Une enquête réalisée en 2007 par l'équipe de la PASS de l'hôpital Saint-Louis à Paris et portant sur 100 patients adressés par le centre de Médecins du Monde, pour lesquels il a été nécessaire d'affiner le diagnostic, montre le caractère tardif du recours aux soins des patients avec des pathologies « lourdes » qui ne peuvent relever que de services hospitaliers.

Cette enquête présente les résultats suivants :

- Aucun patient n'avait de couverture maladie ;
- Un traitement a été prescrit dans 49 % des consultations, un bilan biologique a été prescrit dans 47 % des consultations ;
- 8 % des consultations ont été suivies d'une hospitalisation dont 6 programmées et 2 en urgence.

Les pathologies sont particulièrement lourdes et nécessitent le recours à une structure hospitalière.

Dans le repérage des diagnostics réalisés par la PASS, on relève entre autres :

- 6 diabètes de type 1 ;
- 11 diabètes de type 2 dont 8 compliqués ;
- 2 diabètes de type 2 insulino-requérants ;
- 6 hypertensions artérielles (hors diabète) dont 1 maligne et 1 sévère ;
- 9 hépatites B ;
- 9 hépatites C ;
- 2 infections VIH ;
- 6 cancers déjà connus et 6 suspicions de cancer ;
- 3 suspicions de tuberculose nécessitant des explorations ;
- 1 cirrhose ;
- 1 insuffisance rénale nécessitant une dialyse.

Ces chiffres mettent en évidence que les recours à la PASS sont motivés par des situations de grande vulnérabilité sociale, et dans plus de 5 cas sur 10 par des pathologies nécessitant l'expertise et le recours au plateau technique d'un centre hospitalier.

Cette enquête montre que l'abord médico-social de ces patients permet la prise en charge la mieux adaptée mais également la moins coûteuse tant en termes humains que financiers.

Ces résultats soulignent la nécessité de développer ces dispositifs d'accueil des publics en situation de précarité à l'ensemble du territoire et de leur accorder les moyens financiers et humains pour qu'ils soient en mesure de répondre aux besoins de prise en charge globale.

Nos recommandations

L'ensemble des recommandations que nous formulons reprennent souvent des bonnes pratiques que certaines PASS ont déjà réussi à mettre en œuvre, grâce à l'appui qu'elles ont pu recevoir de la part de l'établissement et au travail de réseau. Ces recommandations ne sont donc pas impossibles à appliquer, mais ne peuvent l'être sans une volonté forte de l'établissement avec le soutien de l'Etat.

Pour garantir l'accès à la prévention et aux soins des personnes démunies et leur assurer une prise en charge de qualité, 4 points sont fondamentaux :

- Poursuivre et consolider l'ouverture des PASS sur l'ensemble du territoire, notamment dans les villes où les indicateurs de précarité sont importants, « *sans créer au sein de l'hôpital des filières spécifiques pour les plus démunis* ».
- Poursuivre et consolider la mise en place des PASS mobiles, seul dispositif opérant et de proximité pour repérer et aller au devant des publics en situation d'exclusion les plus éloignés des structures de soins, en complémentarité avec les lieux fixes.
- Accueillir toutes les personnes en situation de précarité : inciter les PASS à remplir réellement leur mission d'accès aux droits et aux soins de toutes les personnes en précarité, y compris et surtout des personnes n'ayant droit à aucune couverture maladie.
- Garantir l'accès aux soins à tous les mineurs en procédant à l'ouverture immédiate de leurs droits à la couverture maladie, sans délais d'instruction.

Et plus particulièrement,

→ Pour l'accueil du public

- **Se donner les moyens d'accueillir et de comprendre le public ne maîtrisant pas la langue française**
→ par le recours a minima à l'interprétariat professionnel avec un budget dédié et au mieux à des médiateurs interprètes
- **Rendre le dispositif accessible et adapté**
→ par l'élargissement des horaires en fonction des besoins des publics, par la mise à disposition de locaux adaptés au nombre de personnes reçues, par l'organisation du relais avec les urgences uniquement en cas de fermeture de la PASS
- **S'assurer du repérage systématique des patients en situation de précarité par l'ensemble du personnel hospitalier (caisses, bureau des entrées, accueil des différentes consultations, ...)**
→ par un bref entretien lors du premier accueil avec 3 questions systématiques sur le fait d'avoir ou non la sécurité sociale, une mutuelle et un domicile

→ Pour le fonctionnement général

- **Garantir systématiquement l'accès à une consultation de médecine générale, favorisant l'accès aux consultations spécialisées, dans le cadre d'un parcours de soins coordonné**
→ par la mise en place d'une consultation de médecine générale au sein de la PASS quand il s'agit d'une unité spécifique ; d'une consultation de médecine générale en horaires libres, au sein de l'hôpital, quand il s'agit d'un dispositif transversal
- **Faciliter l'accès aux consultations dentaires et psychiatriques**
→ par la mise en place effective des PASS dentaires et psychiatriques
- **Garantir l'accès à l'ensemble du plateau technique de l'hôpital ;**
- **Garantir l'accès à la pharmacie avec la délivrance systématique et gratuite de médicaments durant toute la durée nécessaire pour les personnes sans droits ouverts à la couverture maladie, y compris pour les personnes sans droit potentiel ;**
→ par la mise en place de fiches de liaison ou de protocoles simples et adaptés
- **Rendre accessibles les prothèses dentaires, ophtalmiques et auditives à l'ensemble des publics précaires**
→ par le développement de projets de convention avec des professionnels partenaires
- **Se donner les moyens (en terme financier et ressources humaines) de mettre en place des actions de prévention**
→ par des actions dans les lieux de vie et dans les salles d'attente de l'établissement : mise à disposition d'outils existants (brochure, affiches...), de matériel de prévention, recours à des personnels formés aux techniques de counseling pour aborder notamment les questions liées au VIH ou aux hépatites, dépistage de la tuberculose, des maladies chroniques (diabète, hypertension, ...), prévention bucco-dentaire, organisation de groupes de parole, ...
- **Affecter du personnel dédié, en adéquation avec la fréquentation du dispositif et s'assurer de la continuité du dispositif en cas de vacance de poste sur l'un ou plusieurs des pôles social, médical, infirmier, administratif et de coordination.**
- **Promouvoir et valoriser de nouveaux métiers type médiateurs, accompagnants de santé, ...**

→ Pour la structuration avec les acteurs internes

- **Assurer la connaissance systématique par l'ensemble du personnel hospitalier de l'existence de la PASS, de son fonctionnement et de son rôle ;**
→ par la mise à disposition de brochures d'information, la communication dans le journal interne, la mise en ligne sur l'intranet de l'hôpital, l'affichage dans l'organigramme, ...
- **Initier au sein de l'établissement une réflexion éthique, ponctuelle et régulière sur l'accueil et la prise en charge médicale des personnes en situation de précarité pour l'ensemble du personnel administratif, socio-éducatif, médical et soignant**
→ par des actions de sensibilisation, de formation et par le développement d'outils pour avoir une connaissance partagée des publics, de leurs problématiques sociales impactant leur état de la santé, par la mise en place d'un cahier des charges de formations avec un contenu, des publics cibles et une régularité imposés
- **Mettre en place et activer les comités de pilotage, composés de représentants de la direction de l'hôpital et des acteurs médico-sociaux intramuros et extramuros (institutionnels et associatifs) ;**
→ par l'organisation de réunions régulières à des fréquences au moins bi-annuelles

→ Pour le travail réseau

- **Faire connaître le dispositif PASS à l'extérieur de l'hôpital à toutes personnes ou structures travaillant dans le champ de la santé et de la précarité**
→ par la diffusion large de guides sur le fonctionnement de la PASS (public reçu, consultations proposées, heures d'ouverture, ...), par l'élaboration et la diffusion large du rapport d'activité auprès des acteurs médico-sociaux du bassin de l'hôpital, élaboré à partir d'un recueil de données médico-sociales, objectivant le profil et les besoins de santé de la population, par une participation aux réunions organisées par le réseau santé/précarité, veille sociale, ateliers santé-ville, ...
- **Développer les liens avec les partenaires externes pour favoriser l'accompagnement des personnes vers le droit commun, en particulier pour les personnes disposant de droits à une couverture maladie complète**
→ par l'identification des relais (médecine de ville, relais institutionnels et/ou associatifs, centres médicaux de santé...), par le développement des partenariats et la mise en place de fiches de liaison
- **Développer des actions de proximité (« sortir des murs ») pour faciliter les liens avec les populations les plus exclues des dispositifs sur leurs lieux de vie**
→ par l'organisation d'actions de prévention ciblées sur les lieux de vie des publics précaires (foyers d'hébergements, ...) en s'associant avec des structures partenaires, par des maraudes en soirée en lien avec des acteurs de terrain pour une prise en charge médico-psycho-sociale globale de la personne
- **Sensibiliser les futurs professionnels aux questions de santé/précarité dans les formations (initiales et continues) médicales, paramédicales, travailleurs sociaux**
→ par l'intervention dans les cursus de formation et des offres de stage au sein de la PASS

et de façon générale, pour assurer le fonctionnement et l'efficacité du dispositif, et le pérenniser, il est nécessaire de :

- **Rendre obligatoire l'évaluation de la PASS (moyens, actions menées, résultats, coûts)**
→ par l'identification d'un référent PRAPS au sein de chaque ARS pour coordonner les PASS à l'échelle régionale et veiller à l'évaluation et à l'attribution des moyens
- **Allouer un budget dédié, fléché, pérenne**, en adéquation avec la fréquentation et l'ensemble des actes dispensés au travers du dispositif et tenant compte du coût lié à la prise en charge de la précarité

Annexe

Questionnaire

Généralités

Nom de la PASS et date de sa création : _____

Nombre de personnes reçues en 2008 à la PASS : _____

Nombre de personnes reçues en 2009 (à ce jour) si vous disposez déjà de l'information : _____

Nombre de personnes reçues l'année de sa création : _____

Fonctionnement (question 1 à 10) :

1. A quel service est rattachée la PASS ?

- aux urgences
- à une consultation de médecine générale
- à un service social
- autre, précisez : _____

2. La PASS est-elle un dispositif transversal ou une unité spécifique pour le public en situation de précarité ?

- c'est une unité fonctionnelle spécifique
- c'est un dispositif transversal

3. Quels sont les jours et horaires d'ouvertures ?

Jours (barrer les jours où la PASS est fermée)	Horaires : précisez les plages horaires (ex : de 14h00 à 17h00)
Lundi	
Mardi	
Mercredi	
Jeudi	
Vendredi	
Samedi	
Dimanche	

4. Selon vous, les horaires sont ils adaptés à l'accueil du public

- Oui, pourquoi ? _____
- Non, pourquoi ? _____

5. La PASS a-t-elle fonctionné toute l'année ?

	toute l'année 2008	toute l'année 2009
<input type="checkbox"/> Oui		
<input type="checkbox"/> Non, pourquoi ?		

Remarques complémentaires et suggestions d'amélioration : _____

6. Quelles sont les ressources humaines dédiées à la PASS ? Quel est leur temps de travail ? Quelles sont leurs plages horaires ?

Préciser la fonction et nombre d'ETP (exemple : une assistante sociale à 0.5 ETP, présente à la PASS tous les matins)

Fonction	Nombre d'ETP	Plages horaires de présence

7. La Pass a-t-elle recours à des services d'interprétariat ?

- Souvent
 De temps en temps
 Non jamais

8. La barrière linguistique peut-elle amener la PASS à refuser les patients?

- Oui, il peut arriver que la PASS ne prenne pas en charge des patients à cause de la barrière linguistique
 Non, les patients sont toujours reçus quelle que soit leur langue

9. La Pass oriente-t-elle des patients directement vers MDM à cause de la barrière linguistique ?

- Oui systématiquement
 Oui de temps en temps
 Non

Si oui, précisez pour quelle population _____

10. Vers quelle autre structure la PASS oriente-t-elle des patients en cas de barrière linguistique ?

Remarques complémentaires et suggestions d'amélioration : _____

Visibilité et repérage des patients dans l'hôpital (question 11 à 14)

11. Le repérage des personnes en situation de précarité est-il fait dans l'hôpital ?

- Oui Non

Si oui : où, comment, par qui ? _____

12. Un « fléchage » est-il organisé pour aider le patient à circuler dans les services ?

- Oui Non

Si oui, est-il efficace selon vous?

- Oui Non

13. Une signalétique particulière est-elle mise en place pour rendre la PASS visible et accessible aux patients et à l'ensemble du personnel ?

- Oui, précisez : _____
 Non

14. Selon vous, la PASS est-elle un dispositif suffisamment connu au sein de l'hôpital ?

- Suffisamment
 Partiellement
 Pas du tout

Remarques complémentaires et suggestions d'amélioration : _____

Prise en charge du patient (question 15 à 32)

15. La PASS reçoit-elle ?

- **toutes les personnes sans droits (touristes ou en France depuis moins de 3 mois)**
 Oui Non
- **toutes les personnes avec droits potentiels non ouverts :**
 Oui Non
- **toutes les personnes ayant des droits ouverts :**
 Oui Non

Précisez les cas particuliers (exemple : une PASS qui reçoit les personnes sans droits pendant une dizaine de jours et qui ensuite ne les suit plus) : _____

16. Les patients non pris en charge par la PASS sont-ils orientés ?

Oui Non

Si oui vers qui ?

- CASO de MdM
- centre de santé de la ville
- urgences de l'hôpital
- réseau ville santé
- autres, précisez _____

Remarques complémentaires et suggestions d'amélioration : _____

Les consultations sociales :

17. Les patients voient-ils systématiquement l'assistant social pour l'analyse de leur situation et de leurs droits à une couverture maladie?

Oui Non

18. L'AS est-il présent à toutes les plages horaires d'ouverture de la PASS ?

- Oui
- Non ? Si non, qui se charge de l'accueil ? _____
- Ne sait pas

19. L'AS reçoit-il les patients ?

Exclusivement sur rendez-vous En horaires libres

20. Quel est le rôle de l'assistant social dans la PASS (accueil, participation au comité de pilotage, travail en réseau...) ? _____

Remarques complémentaires et suggestions d'amélioration : _____

Les consultations médicales :

21. La Pass offre-t-elle des consultations de médecine générale ?

Oui Non

Si oui :

- sur rendez-vous exclusivement
- horaires libres

Si non, précisez pourquoi : _____

22. La Pass offre-t-elle des consultations de médecine psychiatrique ?

Oui Non

Si oui,

- sur rendez-vous exclusivement
- horaires libres

Si non, comment la prise en charge s'organise-t-elle, quels sont les relais ? _____

23. La Pass offre-t-elle des consultations dentaires ?

Oui Non

Si oui,

- sur rendez-vous exclusivement
- horaires libres

Si non, comment la prise en charge s'organise-t-elle, quels sont les relais ? _____

24. Plus généralement, la Pass favorise-t-elle l'accès à des consultations spécialisées ?

Oui, comment _____

Non

Si oui, précisez lesquelles : _____

Si oui,

- sur rendez-vous exclusivement
- horaires libres

25. Si la Pass est amenée à différer la prise en charge d'un patient, sur quels critères le fait-elle ?

- sur critères médicaux, précisez _____
 sur critères sociaux (en particulier pour les personnes sans droits potentiels), précisez _____
 autres critères, précisez _____

26. Une attention particulière est-elle portée au suivi des patients (observance thérapeutique, consultation de contrôle/suivi, mise en lien avec le réseau ville/hôpital, s'assurer qu'une continuité des soins est garantie jusqu'à l'effectivité du retour au droit commun...)?

- Oui, précisez _____
 Non

27. Les patients de la PASS ont-ils accès au plateau technique ?

- Oui, dans sa totalité
 Oui, partiellement, précisez _____
 Non

Si non, pourquoi ? _____

28. Les traitements sont-ils remis au patient dès sa sortie de l'hôpital, quelle que soit sa couverture maladie ?

- Oui les traitements sont remis pour la durée totale de la prescription
 Oui les traitements sont remis **mais** partiellement (ne couvre pas la durée totale de la prescription)
 Non, les traitements ne sont jamais remis
Si non, vers qui est orienté le patient ? _____

29. Si les traitements sont remis, est-ce qu'ils le sont systématiquement pour tous les patients, quels que soient leurs droits ?

- Oui
 Non, précisez _____

30. La Pass propose-t-elle des soins infirmiers ?

- Oui
Si oui, précisez
- les types de soins : _____
- les plages horaires : _____

Les soins infirmiers sont-ils ?

- sur rendez-vous exclusivement
 horaires libres

Non

Si non, vers qui sont orientés les patients ? _____

31. La PASS participe-t-elle à des actions de prévention (dans la PASS ou à l'extérieur – en lien avec les structures extérieures ?)

- Oui Non

Si oui, lesquelles, avec qui et quels types d'actions de prévention réalisées ? _____

32. La PASS a-t-elle une activité « hors les murs » (activité mobile, se déplace en dehors de la structure hospitalière, ...) ?

- Oui Non

Si oui, décrivez brièvement la nature des actions menées, mêmes ponctuelles. _____

Remarques complémentaires et suggestions d'amélioration : _____

Formation/ information / travail en réseau (question 33 à 38)

33. Ces deux dernières années, la PASS a-t-elle organisé des sessions de formations / informations auprès du personnel de l'hôpital? (sur l'existence de la PASS, la prise en charge des populations précaires, pour faciliter l'accueil et la circulation de ces publics au sein de l'hôpital, ...)

- Oui Non

Si oui, précisez le contenu, le public cible et qui les organise et les anime ? _____

34. La PASS développe-t-elle au sein de l'hôpital une stratégie de communication / une démarche « d'aller vers » en direction des publics fragiles ?

- Oui, précisez _____
 Non (logique de guichet)

35. La PASS développe-t-elle une stratégie de communication en direction des professionnels du réseau prenant en charge les différents aspects de la précarité ou des professionnels de santé ?

- Oui, précisez _____
 Non

36. La PASS a-t-elle formalisé des partenariats pour pérenniser les liens entre elle et les autres membres du réseau prenant en charge les différents aspects de la précarité. Si oui, avec qui et sous quelle forme, pour quel type de partenariat ?

- Oui, précisez _____
 Non

37. Un guide ou une brochure d'information sur la PASS et son fonctionnement existe-t-il ?

- Oui Non

Si oui, est-il compréhensible pour le public ?

- Oui Non

Si oui, est-il largement diffusé au public ?

- Oui Non

38. La PASS diffuse-t-elle son rapport d'activité ?

- Oui (*merci de nous l'envoyer !*)
 Non

Remarques complémentaires et suggestions d'amélioration : _____

Outils utilisés (questions 39 à 41)

39. La PASS a-t-elle mis en place des protocoles spécifiques (ex : avec la pharmacie hospitalière pour la délivrance de traitements, avec les urgences en dehors de l'ouverture de la PASS, repérage/circulation/ orientation des publics, accès aux consultations, aux soins de suite, fiche de transmission pour s'assurer de la réussite de l'orientation, etc ...)?

Si oui, précisez les protocoles mis en place ? Sont-ils selon vous opérants ?

Intrahospitaliers ?

- oui, précisez _____
 non
 nsp

extrahospitaliers ?

- oui, précisez _____
 non
 nsp

40. La PASS utilise-t-elle un recueil des données socio-médicales ?

- Oui Non

41. La PASS réalise-t-elle des enquêtes de satisfaction

- auprès des patients ?

- Oui Non

- auprès des partenaires qui prennent en charge les patients suite à des orientations ?

- Oui Non

Remarques complémentaires et suggestions d'amélioration : _____

Mise en place de la PASS et mise en œuvre de ses actions (questions 42 à 47)

42. Des référents clés sont-ils mobilisés au sein de l'établissement pour conduire les missions de la PASS (équipe de direction, service social, encadrement infirmier, médecin coordonnateur)?

Oui Non

Si oui, précisez le nombre, qualité, temps dédié des référents PASS, modalités d'organisation _____

43. A la mise en place de la PASS, y a-t-il eu des obstacles financiers, institutionnels, politiques...?

Oui Non

Si oui, pouvez-vous les décrire ? _____

44. Existe-t-il un comité de pilotage ?

Oui Non

Si oui, vous paraît-il utile ?

Oui Non

Si non, pourquoi ? _____

45. Quelle est sa composition ? (type de fonctions et structures représentées) _____

46. MDM en fait-il partie ?

Oui Non

47. Quelle est la fréquence des réunions et quels sont les problèmes abordés ? _____

Remarques complémentaires et suggestions d'amélioration : _____

Relations PASS et MDM, vos recommandations (questions 48 à 52)

48. Travaillez-vous en partenariat avec des interlocuteurs identifiés de la PASS ?

Oui Non

Si oui, précisez lesquels ? Quelles sont vos relations ? _____

49. Y a-t-il une entente particulière entre MDM et la PASS pour la prise en charge du public ?

Oui Non

Si oui, qui reçoit qui et sur quels critères ? _____

50. Selon vous, quel est l'impact de la mise en place de la PASS sur la nature et le volume de l'activité de MDM ? _____

51. Quels sont les problèmes évoqués par la PASS ?

de façon générale : _____

Et en particulier, si elle ne remplit pas « ses fonctions » ? (problèmes financiers, manque de ressources humaines,...) : _____

52. Quels sont selon vous les atouts et les points à améliorer de cette PASS ?

Quelles sont vos recommandations pour améliorer le fonctionnement de la PASS ? _____