

Réglementation
Permanence d'accès aux
soins de santé
Prise en charge

Politique de santé
Accès aux soins
Offre de soins
Législation

Exclusion
Pauvreté
Lutte
Rôle

Elisabeth RIVOLLIER

Praticien hospitalier, médecine générale, CHU de Saint-Étienne

Bruno de GOËR

Praticien hospitalier, médecine générale, centre hospitalier de Chambéry

Dix ans après la loi de lutte contre les exclusions **Le rôle des permanences d'accès aux soins de santé dans les textes officiels**

Les permanences d'accès aux soins de santé (Pass) sont des cellules hospitalières pluridisciplinaires, sociales et médicales pour l'accès aux soins des personnes démunies. Dix ans après la loi relative à la lutte contre les exclusions qui les a créées, les bénéfices attendus se heurtent à des difficultés, dont une aggravation des inégalités sociales de santé. Depuis 2003, aucun développement notable ne semble avoir été enregistré bien que différents textes officiels citent ce dispositif pour un recours aux soins courants comme à la prévention. En 2008, la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins a lancé une enquête pour disposer d'éléments quantitatifs et qualitatifs, afin d'améliorer le service rendu aux usagers en situation de précarité.

une couverture maladie de base pour tous, y compris la couverture maladie complémentaire, d'instaurer un revenu minimum et surtout d'engager l'ensemble du pays dans une dynamique cohérente avec élaboration d'une loi globale.

En 1988, le choix est porté prioritairement sur le RMI, mesure jugée indispensable bien que sectorielle. De 1988 à 1992, dans l'accompagnement spécifique du RMI, les travailleurs sociaux sont confrontés aux problématiques de santé déjà observées dès 1986 par Médecins du monde avec la Mission France. S'ensuit une floraison d'initiatives, de conventions, de cartes santé... En 1992, la loi réforme l'aide médicale départementale en lui donnant un cadre national. Les années suivantes, des avancées législatives sur l'accès aux soins *via* l'accès aux droits amendent en petites touches l'assurance maladie, permettant par exemple aux détenus et à leurs familles d'accéder à une couverture sociale. En 1994, un rapport du Haut Comité de la santé publique – « La santé en France » – attire l'attention sur l'augmentation des inégalités sociales en matière de santé, laquelle sera confirmée par un deuxième rapport⁽²⁾.

Parallèlement, certaines associations, dont ATD Quart-Monde, et des personnalités comme Geneviève de Gaulle-Anthonioz⁽³⁾ poursuivent la réflexion pour avancer vers une loi-cadre qui aborderait l'ensemble des aspects liés à l'exclusion sociale.

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

En 1995, un nouveau rapport – « Évaluation des politiques publiques de lutte contre la grande pauvreté » – est présenté au Conseil économique et social.

notes

(1) Conseil économique et social/
J. Wresinski, « Grande pauvreté
et précarité économique et sociale »
Direction des Journaux officiels,
rapport n°6, 28 février 1997.

(2) « La santé en France : 1994-1998 »,
La Documentation française, 1998.

(3) G. de Gaulle-Anthonioz, *Le Secret
de l'espérance*, Fayard, 2001.

L'histoire de la loi relative à la lutte contre les exclusions débute en 1987 avec un rapport⁽¹⁾ du Conseil économique et social qui dresse un état des lieux de la situation de la pauvreté en France et qui formule des propositions, dont la nécessité de parvenir à

Il a la particularité d'avoir été « travaillé » avec des personnes éprouvées par la misère et dont certaines paroles sont reprises. Une méthode d'élaboration et un choix de rédaction qui constituent une grande première.

Un chapitre concernant la santé et pauvreté démontre que les politiques sectorielles ont été, certes, suivies d'effets, mais qu'elles sont sans lien d'un secteur à l'autre; la complexité est majeure, tant pour les bénéficiaires que pour les professionnels. La nécessité d'une approche globale et de droit commun est soulignée. C'est alors qu'un discours du Premier ministre vient engager clairement le gouvernement : une loi à instaurer « doit marquer un changement complet d'état d'esprit. Elle n'a pas pour seul objet d'améliorer la situation des exclus, même si c'est sa vocation prioritaire. Son objectif est bien celui de la citoyenneté de tous, conformément à la Déclaration des droits de l'homme et au Préambule de la Constitution de 1946⁽⁴⁾ ».

1998 : la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions

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

Il s'agit donc bien d'une loi-cadre dont l'objectif est l'accès de tous à l'ensemble des droits fondamentaux, tous interconnectés, définis dans le domaine de l'emploi, du logement, de la protection de la santé, de la justice, de l'éducation, de la formation et de la culture, de la protection de la famille et de l'enfance. Ainsi est définie « une nouvelle façon de lutter contre la pauvreté, à l'opposé de l'assistance⁽⁶⁾ ». L'article premier en définit tout l'enjeu et l'éthique : « La lutte contre les exclusions est un impératif national fondé sur le respect de l'égalité de tous les êtres humains et une priorité de l'ensemble des politiques publiques de la

nation. La présente loi tend à garantir sur l'ensemble du territoire l'accès effectif de tous aux droits fondamentaux [...]. L'État, les collectivités territoriales, les établissements publics dont les centres communaux et intercommunaux d'action sociale, les organismes de sécurité sociale, ainsi que les institutions sociales et médico-sociales participent à la mise en œuvre de ces principes [...]. »

Parmi les 159 articles, onze concernent spécifiquement la santé (art. 67 à 77). En particulier, l'article 73 stipule que « le service public hospitalier concourt à la lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion dans une dynamique de réseau ». Les établissements publics ou privés de santé doivent s'assurer qu'à l'issue de leur séjour les patients pourront poursuivre leurs traitements.

La mise en place des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (Praps) est prévue par l'article 71 et des permanences d'accès aux soins de santé (Pass) sont créées par l'article 76 : « [...] Les établissements publics de santé et les établissements de santé privés participant au service public hospitalier mettent en place des permanences d'accès aux soins de santé, qui comprennent notamment des permanences d'orthogénie, adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits. Ils concluent avec l'État 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. »

Des déterminants de santé sont abordés dans des articles portant sur d'autres domaines; ainsi, un article sur le logement impliquant la lutte contre le saturnisme illustre la volonté du législateur d'interconnecter les actions dans différents

domaines pour lutter contre les exclusions et leurs conséquences. La recherche du partenariat avec les personnes concernées par l'exclusion entre aussi dans les volontés du législateur (art. 151).

C'est dans ce contexte que sont créées et développées les Pass définies dans la circulaire du 17 décembre 1998⁽⁷⁾. Il s'agit d'un dispositif hospitalier basé sur des cellules de prise en charge médico-sociales ayant pour vocation de répondre aux difficultés d'accès aux soins des personnes en situation de précarité. Cet accès doit être ainsi facilité non seulement à l'intérieur du système hospitalier, mais aussi vers les réseaux associatifs et institutionnels de soins, d'accueil et d'accompagnement social. La structuration de chaque Pass doit tenir compte des réalités et dispositifs locaux préexistants. Le dispositif, souvent rattaché au service des urgences, peut également dépendre d'autres services de médecine ou être totalement transversal. Des procédures internes à l'hôpital doivent être mises en place pour une délivrance gratuite des médicaments, pour la réalisation sans facturation des examens complémentaires et avis spécialisés. L'objectif de cette prise en charge spécifique est de (ré)insérer les personnes dans le dispositif de soins de droit commun. Les Pass participent ainsi à la continuité des soins. Elles ont aussi un rôle de prévention et de formation; pour les professionnels hospitaliers, elles doivent être un « espace ressource » sur la question de la santé et de l'exclusion.

En mai 2000, à la demande de la Direction des hôpitaux, Jacques Lebas rédige un rapport de la mission d'accompagnement à la mise en place des Pass; des propositions y sont faites pour leur organisation.

notes

(4) Conseil économique et social/
G. de Gaulle-Anthonioz, « La grande pauvreté : évaluation des politiques publiques de lutte contre la grande pauvreté », Direction des Journaux officiels, 1995.

(5) Loi n° 98-657, JO, 31 juillet 1998, n° 175.

(6) Idem.

(7) Circulaire DH/AF1/DGS/SP2/DAS/RV3 n° 98-736.

2003 : état des lieux

La Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (Dhos) rédige en 2004 une fiche de synthèse à partir de trois études menées en 2003 :

- une étude transversale à la demande de la Dhos par Gres Médiation Santé ;
- une étude longitudinale sur vingt sites commandée par l'Anaes et la Dhos ;
- les données de l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) issues du deuxième bilan de l'application de la loi du 29 juillet 1998.

Sont ainsi répertoriées 364 Pass :

- leur implantation territoriale est jugée satisfaisante ;
- elles sont surtout pourvues de travailleurs sociaux ;
- quatre sont mobiles ;
- 15 % sont organisées en unité spécifique ;
- 43 % n'ont pas de médecin référent ;
- 9,5% existent sans personnel dédié.

Une importante hétérogénéité des Pass est ainsi mise en évidence. Quant à leur implantation dans un réseau, 98 % ont un partenariat avec les acteurs sociaux, 35 % seulement avec les médecins généralistes libéraux.

2004 : la loi relative à la politique de santé publique

En 2004, la loi relative à la politique de santé publique inscrit dans ses objectifs⁽⁸⁾ « la réduction des inégalités de santé, par la promotion de la santé, par le développement de l'accès aux soins et aux diagnostics sur l'ensemble du territoire ». L'accès à la prévention et aux soins des populations fragilisées constitue un objectif prioritaire de la politique

de santé, et les programmes de santé publique dans leur stratégie doivent systématiquement prendre en compte les groupes les plus vulnérables. Chaque plan régional de santé publique doit comporter un ensemble coordonné de programmes et d'actions pluriannuels.

2005-2007 : les Pass dans les textes d'autres dispositifs

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

Ainsi, le Programme de lutte contre la tuberculose en France 2007-2009, lancé par le Comité national d'élaboration du programme de lutte contre la tuberculose et diffusé par les Ddass, citent les Pass parmi d'autres structures permettant de favoriser l'accès aux soins et de développer la confiance dans le dispositif de soins : elles contribuent à assurer un diagnostic précoce et un traitement adapté pour tous les cas de tuberculose maladie. Elles ont également comme mission de permettre l'obtention d'une couverture maladie, de relayer l'information quant à l'assurance de la confidentialité auprès des professionnels de santé.

Dans une circulaire⁽⁹⁾ relative à la prise en charge des patients migrants/étrangers en situation de vulnérabilité infectés par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), les Pass sont considérées comme contribuant à stabiliser la situation administrative en facilitant l'ouverture des droits en matière de couverture sociale, les démarches devant être engagées dans les jours qui suivent la découverte de la séropositivité, avec une attention toute particulière pour simplifier au maximum la constitution du dossier. De plus la mise en relation des publics migrants/étrangers avec les Pass est perçue comme un moyen de réduire le nombre de perdus de vue, car elles anticipent les craintes des patients en ce qui concerne d'éventuels frais ou des difficultés administratives.

En novembre 2006, dans son rapport sur l'évolution du dispositif de dépistage de l'infection par le VIH en France⁽¹⁰⁾, le Conseil national du sida fait figurer, parmi les moyens à mettre en œuvre pour développer l'offre de dépistage aux populations les plus exposées, l'objectif d'aller vers les personnes originaires de zones de fortes prévalences d'infection par le VIH en développant l'offre de test dans les lieux d'accueil des personnes en situation de précarité. Les Pass y sont citées comme un des lieux où l'offre globale d'un bilan de santé peut permettre une généralisation de la proposition des tests de dépistage VIH.

Par ailleurs, un guide méthodologique⁽¹¹⁾ concernant les soins aux personnes détenues et élaboré par le ministère de la Santé et de la Protection sociale et le ministère de la Justice indique de remettre aux personnes sortant de prison une liste de structures, dont celle des Pass.

Le dernier Praps et les Pass

La circulaire n°DGS/2007/430 du 7 décembre 2007 relative aux Praps, programmes majeurs pour lutter contre les inégalités sociales de santé, pose à nouveau le constat de l'hétérogénéité des publics et l'effet parfois paradoxal des campagnes de prévention. Elle réaffirme l'importance du décroisement entre santé et social. Les Pass sont citées comme un des recours à la prévention et aux soins des personnes précaires. Dans les stratégies d'action à mettre en œuvre, l'amélioration du rôle des Pass passe par leur affirmation dans les territoires de santé, en consolidant et en développant l'efficacité du dispositif par des recommandations.

Les Pass en 2008

Les Pass implantées ont une structuration, des moyens et une visibilité très variables. Elles seraient au nombre de 400 en France. Des recommandations de bonne organisation ont été diffusées

notes

(8) Loi n° 2004-806 du 9 août 2004, JO, 11 août 2004, n°185.

(9) Circulaire DGS/SD6A/DHOS/E2 n°2006-250 du 8 juin 2006.

(10) www.cns.sante.fr

(11) Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues, 2004 (inclus dans la circulaire du 10 janvier 2005).

par la Dhos en mai 2008 ; un livret téléchargeable ⁽¹²⁾ vise à aider les établissements à mieux structurer leur intervention par une réflexion sur les modes d'organisation et d'évaluation de leurs services, et à définir s'il y a lieu des étapes de progrès.

La Dhos a lancé une enquête en 2008 pour disposer aux niveaux régional et national d'éléments quantitatifs et qualitatifs sur le nombre, l'activité et les moyens mis en œuvre dans les Pass. L'objectif est de pouvoir, à terme, mieux attribuer les ressources (mission d'intérêt général Pass), de soutenir et valoriser les équipes par une animation régionale et nationale et d'améliorer le service rendu aux usagers en situation de précarité.

À noter un rapport d'information du Sénat daté de juillet 2008 sur les politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion qui s'est efforcé de recenser divers indicateurs mesurant la pauvreté ⁽¹³⁾. La généralisation des Pass fait partie des mesures suggérées, avec un objectif de 500 Pass, notamment dans les zones rurales et un développement des Pass dentaires, pédiatriques, psychiatriques.

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

Dans le cadre du plan Périnatalité, dans le but d'améliorer l'accès aux soins des femmes enceintes, des moyens spécifiques ont été accordés jusqu'à alors à un nombre très restreint de Pass.

En regard de l'esprit de la loi de 1998

Les études sus citées et les échanges comme ceux organisés en Rhône-Alpes (*encadré 1*) démontrent clairement que le travail des Pass en réseau est effectif et permet d'avancer dans l'interconnexion des droits. Les acteurs des Pass sortent des murs de l'hôpital, coordonnent des

encadré 1 L'Appassra

En région Rhône-Alpes, des professionnels de permanences d'accès aux soins de santé (Pass) se sont constitués en association loi 1901 dans le but premier d'échanger autour de leurs pratiques :

- en organisant des échanges d'informations entre professionnels des Pass, avec d'autres intervenants sanitaires et sociaux impliqués dans le domaine de la précarité et de l'exclusion, entre les professionnels et les usagers ;
- en apportant une réflexion sur les objectifs et le développement des Pass ;
- en faisant connaître et reconnaître aux pouvoirs publics et institutions de santé publique de la région Rhône-Alpes les réalités et problématiques rencontrées sur le terrain ;
- en aidant à développer toute action allant dans le sens d'une amélioration de la santé des personnes en situation de grande précarité sociale.

La quatrième journée de rencontre régionale à Saint-Étienne, en mars 2008, en présence de partenaires associatifs et institutionnels, a été l'occasion de mettre en perspective ces dispositifs hospitaliers dix ans après la loi qui les a fondés et de réaffirmer leur place dans le système actuel des soins.
<http://appassra.over-blog.com/>

réseaux, voire proposent et organisent des actions innovantes.

Un risque majeur serait que l'existence des Pass justifie des politiques d'exclusion. Ces dernières années, les restrictions d'accès à la CMU ou à l'aide médicale d'État, la mise en place de franchises, les réformes hospitalières avec la tarification à l'activité, vont à l'encontre de l'accès aux soins pour les plus démunis alors que les inégalités de santé s'accroissent ⁽¹⁴⁾. Les Pass peuvent donner bonne conscience, les pauvres ayant leurs « spécialistes professionnels ». Ces dérives iraient à l'encontre de l'essence même de la loi de lutte contre les exclusions. Par ailleurs, très peu d'avancées ont vu le jour en termes d'actions participatives, dont le partenariat avec les personnes et les familles, point central de la loi. Quelques expériences isolées sont repérables : groupes de paroles à l'île de

La Réunion ou formations de professionnels avec des personnes ayant une expérience de vie très difficile ⁽¹⁵⁾.

L'hôpital et le service rendu au patient

Des Pass dotées de moyens de base et davantage structurées pourraient être en mesure de participer activement à la « réactivation de la mission sociale de l'hôpital afin de le mobiliser dans son ensemble » selon les termes du Conseil économique et social ⁽¹⁶⁾.

Pour l'hôpital, les Pass représentent un point fort pour le droit des usagers. Le Conseil national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé rappelle et réaffirme la fonction sociale de l'hôpital, l'importance de la coordination des moyens entre composantes médicale et sociale, la place des soins relevant d'actions non instrumentales comme l'édu-

notes

(12) Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative, Organiser une permanence d'accès aux soins de santé. Recommandations et indicateurs - www.sante.gouv.fr/html/dossiers/pass/accueil.htm

(13) www.senat.fr/rap/r07-445-1/r07-445-11.pdf

(14) « Aggravation des inégalités sociales de santé en France », Revue Prescrire, 2006, n°278, p. 861.

(15) B. de Goër, C. Ferrand, P. Hainzelin, « Croisement des

savoirs : une nouvelle approche pour les formations sur la santé et la lutte contre les exclusions », Santé publique 2008, n°20 (2), pp. 163-175.

(16) « L'accès de tous aux droits de tous par la mobilisation de tous », avis adopté le 18 juin 2007.

cation et le lien social, la nécessité d'une médecine sobre⁽¹⁷⁾. Les actions quotidiennes des Pass auprès des patients tendent vers ces valeurs⁽¹⁸⁾. Parmi les critères permettant d'éclairer la pertinence des choix budgétaires, celui de vulnérabilité demanderait à être davantage pris en compte dans une perspective d'équité entre les citoyens⁽¹⁹⁾.

L'antidote à la filière spécifique pour les pauvres

Les Pass ont une place centrale dans le soin global à la personne en situation de précarité. Par la connaissance qu'elles ont du réseau local, elles peuvent mettre en place des actions synergiques médicales et sociales pour une aide et un accompagnement des personnes, éventuellement pour la prévention.

La dérive vers des unités spécifiques de soins pour les pauvres est souvent une crainte exprimée par divers professionnels jusqu'à être un frein à la mise en place des Pass. En fait la (ré)intégration

dans le système de soins de droit commun est un objectif prioritaire des Pass. Le dispositif constitue donc un passage. Ce point fondamental doit être signifié clairement à la personne dès son entrée dans le dispositif et doit être expliqué aux autres soignants hospitaliers. À l'admission dans le dispositif, les liens tissés antérieurement avec des soignants ou des structures de soins existantes doivent être recherchés pour être ensuite réinvestis si la personne le souhaite. Lors de la sortie, le relais vers un médecin généraliste de proximité, le plus souvent, fera l'objet d'une transmission pour le moins écrite, ce qui suppose des moyens en secrétariat médical. En intrahospitalier, former les personnels d'accueil et de soins sur les mécanismes de l'exclusion, les phénomènes psychologiques réactionnels, comme la honte, permet un meilleur repérage des personnes concernées, un accueil plus favorable et une adaptation efficiente de l'aide apportée. Dans certains hôpitaux, l'absence de

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

notes

(17) CCNE, « Santé, éthique et argent : les enjeux éthiques de la contrainte budgétaire sur les dépenses de santé en milieu hospitalier », avis n° 101, 28 juin 2007 - <http://www.ccne-ethique.fr>

Revue Prescrire, « Hôpitaux : pas de gestion sans éthique », 2008, n°292, p. 133.

(18) E. Rivollier, « Permanences d'accès aux soins de santé : une passerelle vers les personnes précarisées », La Santé de l'homme, n°382, mars-avril 2006.

(19) CCNE, « Santé, éthique et argent : les enjeux éthiques de la contrainte budgétaire sur les dépenses de santé en milieu hospitalier », op. cit.