

INITIATIVES Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS)

● Créées en 1998 en France, les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) ont pour mission de faciliter l'accès au système de santé des personnes sans couverture sociale ou en situation de précarité, et de les accompagner dans la reconnaissance de leurs droits.

● Toujours rattachées à un établissement de soins, et le plus souvent implantées dans un hôpital, les PASS sont composées d'équipes pluridisciplinaires médicosociales qui travaillent pour que les patients ne "fassent qu'y passer" et retrouvent un accès aux soins dans la filière normale.

● Dix ans après leur création, environ 300 Permanences d'accès aux soins de santé essaient de faciliter en France l'accès aux soins et à la prévention, avec une approche globale et coordonnée. Leur organisation diffère largement, ainsi que leurs moyens, lesquels ne permettent pas toujours de remplir les missions premières des PASS.

Rev Prescrire 2010 ; 30 (324) : 778-780.

En France, en 2008, plus de 7 millions de personnes (12 % de la population française) vivaient en dessous du seuil de pauvreté (817 euros par mois pour une personne seule), dont 1,5 million de travailleurs pauvres (1). Selon l'Observatoire national de la pauvreté, le nombre de personnes pauvres, selon cette définition, n'augmente pas en France, mais leur situation financière se dégrade (a)(2).

Le droit à la santé, comme le droit au logement, est considéré comme un droit fondamental qui conditionne l'accès à d'autres droits (b)(2,3). En 1998, en France, suite à différents rapports et mesures réglementaires (lire en encadré page 780), une loi a été votée afin de lutter contre les exclusions et de garantir l'accès de tous aux droits fondamentaux, tous liés entre eux : emploi, logement, santé, justice, culture, éducation, protection de la famille et de l'enfance, notamment (4,5,6).

Par cette loi de 1998, confirmée par la loi "hôpital, patients, santé et territoires" du 21 juillet 2009, les établissements de santé participant au service public doivent

concourir « à la lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professionnels 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 et la discrimination » (article L. 6112-1 du Code de la santé publique) (4).

C'est dans ce sens qu'a été décidée, en 1998, la mise en place de cellules de prise en charge médicosociales dites "permanences d'accès aux soins de santé" (PASS), pour répondre aux difficultés d'accès à la prévention et aux soins des personnes en situation de précarité (article L. 6112-6 du Code de la santé publique) (5).

Que font ces permanences ? Quels sont leurs moyens ? Quel est leur avenir ?

Voici les principaux éléments de réponse.

Accès aux soins et reconnaissance des droits

Les PASS ont pour missions de faciliter l'accès aux soins et d'éviter la rupture des soins, notamment à la sortie de l'hôpital ; de jouer un rôle de prévention ; d'accompagner les personnes pour faire valoir leurs droits à l'assurance maladie ; d'informer et orienter sur les autres droits vers des structures d'accueil et d'accompagnement social adaptées (6).

Les PASS sont financées par une enveloppe globale annuelle dans le cadre des missions d'intérêt général, dont les montants sont gérés par le directeur de l'établissement hospitalier (D. 162-6 à D. 162-8 du Code de la sécurité sociale).

Des personnes en grande précarité sociale. Globalement, la majorité des personnes qui sont prises en charge par les PASS sont plutôt jeunes (âge moyen 41 ans) et vivent seules.

Elles sont dans une situation de grande précarité sociale, avec souvent plusieurs facteurs de précarité : absence de couverture sociale ou couverture incomplète ; absence de logement personnel ; absence de ressources et incapacité à faire l'avance des frais médicaux et pharmaceutiques (c)(6,7). En 2003, une petite majorité des personnes prises en charge dans les PASS était d'origine étrangère (7).

Un travail en équipe. Pour les professionnels des PASS, la prise en charge des personnes en situation de précarité nécessite encore davantage de travailler de façon coordonnée et pluridisciplinaire car les problématiques sociales, médicales et psychologiques de ces personnes sont particulièrement intriquées (6).

Les PASS sont des lieux de coordination de l'aide médicosociale, ce qui implique de nombreux intervenants : assistantes sociales, médecins, infirmières, psychologues, chirurgiens dentistes, secrétaires, agents administratifs, etc. (6).

Un peu plus de 300 PASS en France. En 2008, sur les 500 PASS initialement prévues par la loi, 288 PASS et 42 autres structures d'accueil ont été recensées (8). Parmi les PASS, une sur quatre (soit 77) est dite "mobile" (hors d'un établissement de santé) : ce sont des dispositifs complémentaires qui ont été créés pour répondre aux besoins des populations marginalisées et des populations isolées, notamment en milieu rural (8,9).

Des moyens disparates et globalement insuffisants

La majorité des PASS (75 %) ont été créées entre 1998 et fin 2001 (8). Depuis, le nombre de créations a diminué, et une seule PASS a été ouverte en 2008 (d)(8). La majorité des PASS sont implantées dans des hôpitaux, notamment ceux pourvus de services d'urgence (8). Il n'existe quasiment pas de PASS dans les centres hospitaliers spécialisés (ex-hôpitaux psychiatriques) et les hôpitaux locaux (8).

D'après différentes enquêtes, les PASS sont toutes différentes en termes de ressources humaines, de budget, et d'organisation (e). Par exemple, à Marseille, une PASS a été créée en juillet 2007 : ouverte neuf heures par semaine, elle a accueilli 203 personnes en un an ; à Limoges, ville beaucoup moins grande, la PASS a été créée en 2001 et reçoit un millier de personnes par an (10).

Différents modes de fonctionnement. Selon le rapport 2008 de Médecins du monde, l'accès aux consultations spé-

cialisées au sein de l'hôpital (dentisterie, ophtalmologie, psychiatrie) serait souvent difficile dans une très grande majorité des PASS, ainsi que l'accès aux plateaux techniques, et la remise des traitements ne semble pas garantie par toutes les PASS (10).

Les PASS sont aussi inégales en termes de services offerts : du simple lieu d'accueil où une assistante sociale oriente la personne munie d'un "bon" vers un service hospitalier, à un réel service de consultation et d'information, comme c'est le cas selon Médecins du monde à Calais (même si la PASS n'est pas située au sein de l'hôpital), ou à Valenciennes, qui dispose d'une PASS mobile qui dirige les personnes vers la PASS de l'hôpital (10).

Médecins du monde a déploré que, même bien organisées, les PASS ne puissent répondre à l'ensemble des demandes, et que certains professionnels fassent défaut (dentistes, gynécologues, psychologues, etc.) (10). Mais aussi que les PASS manquent de traducteurs et que les horaires ne soient pas toujours adéquats.

Suite à son enquête de 2008, l'association a dénoncé le fait que la moitié des PASS ne reçoivent pas les patients qui n'ont pas droit à une couverture maladie, alors qu'il est dans leur mission de recevoir les patients quelle que soit leur situation administrative (sans droits, droits potentiels, droits ouverts) (10).

Des moyens humains très disparates. En 2008, 90 % des PASS disposaient des services d'une assistante sociale, 41 % d'une hôtesse d'accueil, 33 % d'une infirmière, 25 % d'un médecin généraliste ou urgentiste, 15 % d'un psychologue, 4 % d'une sage-femme et 3 % d'un dentiste (8).

Des expériences multiples. Les expériences des PASS sont multiples et montrent qu'il est difficile de savoir s'il est préférable qu'elles soient des structures indépendantes au sein d'un établissement hospitalier, ou rattachées à un service comme le service des urgences, le service de médecine ou le service social, voire s'il vaut mieux qu'elles soient dans l'enceinte même de l'hôpital ou à l'extérieur (f)(6).

Par exemple, à Dreux en Eure-et-Loir, l'équipe du Centre communal d'action sociale (CCAS) a analysé les freins à l'accès aux soins des personnes les plus défavorisées (11).

Ces freins étaient : la peur de se rendre à l'hôpital et d'y être "gardé" ; les difficultés de transport pour se rendre à l'hôpital ; les refus d'accepter ses propres difficultés de santé (addiction, atteinte psychologique, etc.) par peur d'être jugé ; un défaut de coordination entre tous les acteurs du CCAS (11).

Selon ce CCAS, une structure de proximité, sorte d'"épicerie sociale", est apparue comme le lieu adéquat pour mettre en place des actions alliant le social et l'accès aux soins : les personnes en situation de précarité connaissaient déjà ce lieu de vie, d'échange et de convivialité. Le médecin et l'assistante sociale de la PASS du centre hospitalier de Dreux ont proposé de déplacer les consultations PASS vers l'épicerie sociale de Vernouillet, commune membre de "Dreux agglomération" (11).

Un palliatif utile

Dans son rapport 2008, Médecins du monde a souligné l'apport des PASS pour l'accès aux soins des plus pauvres, au même titre que l'apport de la Couverture maladie universelle (CMU). Ainsi, depuis 2000, une dizaine de centres de Médecins du monde ont pu être fermés sur les 32 existants, grâce à la création de PASS ; à Nantes par exemple, le nombre de consultations médicales du centre de Médecins du monde a diminué de près d'un quart (10).

Le travail en réseau de certaines PASS permet d'améliorer la reconnaissance des différents droits fondamentaux (santé, logement, etc.) qui sont liés les uns aux autres (12). Ceci étant, la priorité initiale des PASS est d'intégrer ou de réintégrer les personnes les plus défavorisées dans le système de droit commun, et de n'être qu'un lieu de passage (12).

Au vu de l'augmentation des inégalités de santé et des mesures successives qui vont à l'encontre de l'accès aux soins des personnes démunies (restrictions d'accès à la CMU, franchises, inflation du reste à charge des patients), le dispositif des PASS est un palliatif certes, mais un palliatif qui est appelé à durer, et même à être développé, tant que l'organisation des soins reste défaillante par ailleurs (8,12,13,14).

Un dispositif à faire connaître à tous les professionnels concernés et à la population, en général.



a- Différentes définitions de la pauvreté existent, en fonction des indicateurs retenus, notamment les revenus et les conditions de vie (réf. 2,15).

b- Dans son rapport 2010, l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale souligne que « les difficultés d'accès et d'inégalités à certains droits fondamentaux renvoient à des problèmes structurels que non seulement les réformes conduites au cours des dix dernières années n'ont pas permis de résoudre mais ont parfois accentués » (réf. 16).

c- Dans son rapport 2008, l'association Médecins du monde alerte sur l'émergence de populations telles que les "travailleurs pauvres" (réf. 10). Entre 2004 et 2005, le nombre de travailleurs pauvres selon la définition européenne aurait augmenté de 100 000 (réf. 12).

d- Au total, entre 1999 et 2008, 16 millions d'euros ont été consacrés aux PASS par les lois de financement de la sécurité sociale (réf. 17).

e- Pour aider les établissements à construire leur propre PASS, la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation de soins (DHOS, devenue depuis 2010 la Direction générale de l'offre de soins (DGOS)) a produit différents documents. Pour en savoir plus, lire la référence 17.

f- Plusieurs relecteurs du projet de ce texte ont déploré que les PASS soient trop peu connues des autres services de l'établissement où elles sont situées, au point parfois d'être peu fréquentées.

Extraits de la recherche documentaire Prescrire.

1- Sénat "Rapport d'information fait au nom de la mission commune d'information sur les politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion" Paris 2 juillet 2008 : 314 pages.

2- Onpes "Le rapport de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale 2007-2008" La Documentation française 2008 : 209 pages.

3- Prescrire Rédaction "Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne" *Rev Prescrire* 2003 ; 23 (243) : 703-706.

©Prescrire

Lutte contre les exclusions en France : les constats se succèdent et s'aggravent

● **Les annonces de mesures de lutte contre la pauvreté se succèdent, mais seuls quelques textes législatifs ont vu le jour. Les impulsions politiques pour améliorer la situation font défaut.**

En France, les mesures ou les annonces de lutte contre la pauvreté se succèdent depuis la fin des années 1980 (1).

- 1987 : rapport du Conseil économique et social sur la pauvreté en France, proposant notamment d'apporter par la loi une couverture maladie de base pour tous, et d'instaurer un revenu minimum (2).
- 1988 : création du Revenu minimum d'insertion (RMI).
- 1988 : une circulaire relative à l'amélioration des conditions d'accès aux soins des personnes démunies rappelle le rôle des hôpitaux (3).
- 1993 : une circulaire précise que l'hôpital doit rester un lieu privilégié où les plus démunis peuvent faire valoir leurs droits et recommande la création d'une cellule spécialisée (1,4).
- 1994 : rapport du Haut comité de la santé publique sur l'augmentation des inégalités sociales en santé (5).
- 1994 : les associations regroupées au sein d'une commission de 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". Un collectif est créé : le collectif "Alerte" (www.alerte-exclusions.fr).
- 1995 : un rapport du Conseil écono-

mique et social sur l'évaluation des politiques publiques de lutte contre la grande pauvreté montre la nécessité d'une approche globale et de droit commun (1).

- 1995 : une circulaire préconise l'élaboration d'un programme régional d'accès aux soins des plus démunis (Praps). Selon la charte du patient hospitalisé : « l'accès au service public hospitalier est garanti à tous, en particulier aux personnes les plus démunies, quand bien même elles ne pourraient justifier d'une prise en charge par l'assurance maladie » (6).
- 1998 : loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions (7).
- 1998 : circulaire créant les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) (8).
- 2000 : rapport de la mission d'accompagnement de la mise en place des PASS (1).
- 2003 : état des lieux fait par la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) (1).
- 2004 : loi relative à la politique de santé publique (1,9).
- 2005-2007 : les PASS sont citées dans différents programmes comme le Programme de lutte contre la tuberculose (2007-2009), et dans d'autres textes comme la circulaire relative à la prise en charge des migrants/étrangers en situation de vulnérabilité infectés par le HIV (1).
- 2007 : une circulaire réaffirme l'importance du décloisonnement entre la santé et le social (10).

L'année 2010 a été consacrée "Année européenne de lutte contre la pauvreté et l'exclusion" (11).

La réalité est moins ronflante en termes de nombre de PASS, d'insuffisance des

moyens alloués et des disparités de fonctionnement : lire pages 778-779.

©Prescrire

- 1- Rivollier E et de Goër B "Dix ans après la loi de lutte contre les exclusions. Le rôle des permanences d'accès aux soins de santé dans les textes officiels" *Gestions hospitalières* Février 2009 : 76-80.
- 2- Wresinski J "Grande pauvreté et précarité économique et sociale" Conseil économique et social - Séances des 10 et 11 février 1997 (6) : 104 pages.
- 3- "Circulaire du 8 janvier 1988 relative à l'amélioration des conditions d'accès aux soins des personnes les plus démunies" *Journal Officiel* du 6 février 1988 : 1835.
- 4- "Circulaire DH/AF1/DAS/RV3 n° 33-93 du 17 septembre 1993 relative à l'accès aux soins des personnes les plus démunies" Site www.sante.gouv.fr consulté le 25 mai 2010 : 4 pages.
- 5- Haut comité de la santé publique "La santé en France. Rapport général" La documentation française Paris 1994 : 334 pages.
- 6- Cannier O et coll. "L'hébergement des patients en situation de précarité. Les permanences d'accès aux soins de santé" Urgences 2007. Site www.sfm.u.org/fr consulté le 24 juin 2010 : 10 pages.
- 7- "Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions" *Journal Officiel* du 31 juillet 1998 : 11679.
- 8- "Circulaire DH/AF1/DGS/SP2/DAS/RV3 n° 98-736 du 17 décembre 1998 relative à la mission de lutte contre l'exclusion sociale des établissements de santé participant au service public hospitalier et à l'accès aux soins des personnes les plus démunies" *Bulletin Officiel* n° 99/1 : 6 pages.
- 9- "Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique" *Journal Officiel* du 11 août 2004 : 85 pages.
- 10- "Circulaire DGS n° 2007-430 du 7 décembre 2007 relative au programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (Praps)" *Bulletin Officiel* du ministère de la santé n° 2008-1 : 2 pages.
- 11- "Année européenne de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale" Site <http://ec.europa.eu/social> consulté le 4 novembre 2009 : 1 page.

► 4- "Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions" *Journal Officiel* 31 juillet 1998 : 11679.

5- Rivollier E "Permanences d'accès aux soins de santé : une passerelle vers les personnes précarisées" *La Santé et l'homme* 2006 ; (382) : 24-25.

6- Cannier O et coll. "L'hébergement des patients en situation de précarité. Les permanences d'accès aux soins de santé" Urgences 2007. Site www.sfm.u.org/fr consulté le 24 juin 2010 : 10 pages.

7- Fabre C et coll. "Évaluation des permanences d'accès aux soins de santé" Direction de l'hospitalisation et de l'organisation de soins, Paris 2003 : 60 pages.

8- Direction de l'hospitalisation et de l'organisation de soins "Enquête nationale 2008 sur la mise en œuvre du dispositif des permanences d'accès aux soins de santé PASS" Paris octobre 2009 : 59 pages.

9- "Conférence régionale de santé de Franche-Comté. Séance plénière annuelle" Dossier de presse 8 décembre 2008 : 5 pages.

10- Médecins du monde "Rapport 2008 de l'observatoire de l'accès aux soins de la mission France de médecins du monde" Paris octobre 2009 : 224 pages.

11- "Une permanence d'accès aux soins et à la santé à l'épicerie sociale de Vernouillet" Site www.unccas.org consulté le 4 novembre 2009 : 2 pages.

12- Rivollier E et de Goër B "Dix ans après la loi de lutte contre les exclusions. Le rôle des permanences d'accès aux soins de santé dans les textes officiels" *Gestions hospitalières* février 2009 : 76-80.

13- Prescrire Rédaction "Hôpitaux : pas de gestion sans éthique" *Rev Prescrire* 2008 ; 28 (292) : 133.

14- Prescrire Rédaction "Franchises" : pas seulement une question de principe" *Rev Prescrire* 2007 ; 27 (288) : 783.

15- Prescrire Rédaction "En France, en 2010, 6 millions de personnes subsistent grâce aux minima sociaux" *Rev Prescrire* 2010 ; 30 (323) : 702-704.

16- Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale "Bilan de 10 ans d'observation de la pauvreté et de l'exclusion sociale à l'heure de la crise. Rapport 2009-2010" La Documentation française 2010 : 168 pages.

17- Direction de l'hospitalisation et de l'organisation de soins "Organiser une permanence d'accès aux soins de santé PASS. Recommandations et indicateurs" Paris 2009 : 10 pages.