



PREMIERE RENCONTRE REGIONALE des professionnels des PASS

Se connaître & échanger

5 Février 2004, Centre de congrès Le Manège

Chambéry



L'hôpital agit contre l'exclusion sociale et pour la prévention en santé publique: Première journée des professionnels des Permanences d'Accès aux Soins de Santé

Dr Bruno De Goër, Centre hospitalier de CHAMBERY.

Plus d'une centaine de professionnels des Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) de Rhône-Alpes se sont retrouvés à Chambéry ce jeudi 5 février 2004 pour se rencontrer, échanger, dynamiser leurs actions. Objectif : améliorer la santé des personnes en grandes difficultés sociales.

La loi de lutte contre les exclusions de juillet 1998 a impulsé, avec la mise en place des PASS, une dynamique hospitalière pour l'amélioration de la prise en charge médicale et sociale, la facilitation de l'accès effectif aux droits, l'intégration dans un réseau sanitaire et social. Si les PASS sont des cellules médico-sociales, elles représentent aussi un mode de fonctionnement : l'institution hospitalière doit s'adapter aux réalités des personnes dans un double objectif d'accès au droit commun pour tous et de santé publique. Elles doivent faire évoluer le regard des soignants sur la précarité et l'exclusion.

En Rhône Alpes, de nombreuses initiatives ont permis d'amorcer des réponses diversifiées en fonction des hôpitaux, pour s'adapter aux réalités locales.

Cette journée, co-organisée par le Centre Hospitalier de Chambéry, la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales de Rhône-Alpes, la DDASS de la Savoie et la Société Régionale de Santé Publique, a permis de débattre autour des leviers à développer pour surmonter les difficultés liées au public, mais aussi aux institutions. Des ateliers autour du repérage des problèmes et solutions pratiques, de la construction du partenariat et de la façon de consolider les PASS, ont permis de multiples échanges. La place des usagers a été largement abordée. L'espace d'échanges libres autour des outils de communication a été l'occasion de discussions fructueuses entre les différents professionnels. L'Agence Régionale de l'Hospitalisation et la DRASS ont évoqué l'avenir en intégrant la future loi d'orientation en santé publique. La dynamique est lancée : d'autres rencontres entre acteurs de terrain, ouvertes à leurs partenaires extra hospitaliers, sont déjà envisagées.

Groupe de pilotage :

DRASS Rhône-Alpes : Mme Marie-Claude N'Djin, M. Jean-Michel Carret
Direction de l'hôpital de Chambéry : M. André-Valéry Philibert
PASS de l'hôpital de Chambéry : M. Bruno De Goër, Mme Annie Biboud, Mme Valérie Morales
DDASS de Savoie : Mme Sandrine Guille
SRSP : Mme Claude Ducos-Miéral, Mme Agnès Croatto

Sommaire

Accueil par M. Philibert, directeur CH de Chambéry	page 1
Les PASS en Rhône-Alpes : Existe-t-il une PASS standard ?	page 3

Tables rondes : Quels leviers pour surmonter les difficultés ?

S'appuyer sur les expériences de différentes PASS

Dans une grande agglomération / Hôpital de l'Hôtel-Dieu, Lyon	page 7
Avec une équipe mobile / Hôpital Saint Joseph-Saint Luc, Lyon	page 9
Avec une consultation externe/ PASS de Chambéry	page 13
Soignants et service social, mieux travailler ensemble en milieu rural L'expérience de l'équipe de La Mure.	page 17
Synthèse des débats de la 1 ^o table ronde	page 21

S'appuyer sur différents supports :

L'administration hospitalière	M. Barral	page 25
La formation des professionnels	PASS du CH d'Annecy.	page 29
Un partenariat fort	PASS du CH Beauvais	page 31
Synthèse des débats de la 2 ^o table ronde		page 33

Autour et avec l'utilisateur

Atelier 1 : Repérage des problèmes et solutions pratiques	page 37
Atelier 2 : La construction du partenariat	page 39
Atelier 3 : Consolider les PASS	page 41

Conclusions :

M. Van Den Berg, Secrétaire Général de l'ARH :	page 43
Mme N'Djin, Responsable du service Mission Promotion Santé à la DRASS	page 47
Questions de l'assistance	page 51

Les annexes

1. Présentation des ateliers : PASS de St Etienne ateliers 1 et 2 PASS de Chambéry atelier 2.	page 53
2. Présentation du questionnaire de l'Équipe de La Mure.	page 55
3. Diplôme de Grenoble	page 57
4. Résultats de l'évaluation de la journée par les participants.	Page 59
5. Liste et coordonnées des personnes présentes.	Page 63

Accueil des participants

Monsieur André-Valéry Philibert , directeur Centre hospitalier de Chambéry

Mesdames, Mesdemoiselles, Messieurs,

Je vous souhaite la bienvenue à cette rencontre régionale des Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS). La Savoie est heureuse de vous accueillir pour mieux « se connaître et échanger » : tel est l'objectif principal de cette journée.

A l'heure où chacun d'entre nous dispose des moyens les plus sophistiqués de communication (pas toujours les plus conviviaux), il existe donc des situations ou des expériences nécessitant un minimum de rencontre dont nous avons besoin pour travailler. A ce titre, je vous remercie d'être présent et de consacrer un peu de votre temps professionnel et personnel pour se mieux connaître.

L'objectif des PASS est éminemment humain : il s'agit de participer à la réduction des inégalités sociales de santé grâce à un meilleur accès à la prévention et aux soins pour les personnes en situation de grande précarité et d'exclusion sociale, en favorisant l'ouverture des droits et le recours à une couverture sociale minimum.

Cette intégration ou cette réintégration dans un circuit citoyen portant reconnaissance et respect de la personne humaine est à la hauteur des enjeux que la Société doit savoir arrêter sans oublier de répondre à ces questions fondamentales : qui fait quoi et comment ?

Alors les professionnels interviennent dans l'intérêt des patients, favorisant l'accueil, l'écoute, l'information, l'accompagnement, l'orientation juridique, en un mot assurent des missions sociales d'une diversité exemplaire, ne serait-ce que pour répondre à des problèmes aussi classiques que naturels : manger et dormir correctement, se soigner, se prendre en charge.

Certes la législation a imaginé un cadre juridique qui permet de démarrer, de mobiliser des médecins, des soignants, des travailleurs sociaux mais la traduction sur le terrain est souvent une difficulté supplémentaire et bonne volonté et tolérance accusent leurs limites. Le bénévolat (ou presque) peut être constructif mais les « constructions sur pilotis » sont quelquefois vacillantes ! Il faut donc être attentif et « rigidifier » progressivement le processus.

Le Centre Hospitalier de CHAMBERY s'est associé à la création d'une PASS aux côtés de la Ville et des organismes sociaux. C'est une expérience qui vaut ce qu'elle vaut.

L'installation d'une PASS à CHAMBERY a été dictée par deux postulats :

- Le respect de la mission sanitaire du centre hospitalier pour limiter, autant que faire se peut, l'accès des urgences aux véritables urgences de soins,
- La volonté institutionnelle d'ouverture de ce même centre hospitalier sur la ville et donc d'être acteur d'une politique sociale de la ville.

Notre PASS chambérienne vit donc d'un apport du secteur associatif (PASS Externe : Espace Solidarité) et d'un apport du Secteur Hospitalier (PASS Interne – B7).

Comme vous tous qui êtes ici, il s'agit d'apporter des réponses adaptées aux réels besoins de proximité exprimés dans un contexte de maîtrise des dépenses « tous azimut ».

Même en ayant cette idée en-tête, il faut résoudre des problèmes concrets, immédiats sur un territoire géographique...

Il faut donc des professionnels en nombre suffisant et fidélisés par des moyens en rémunération et en locaux suffisants, pouvant accueillir une organisation qui ne peut être que celle proposée par les gens du terrain et non par une sommité intellectuelle à cent lieues du problème de la rue.

Il faut identifier les personnes et les besoins pour que l'action soit efficace et non pas transférer au voisin la résolution du problème.

Cela finit par faire beaucoup de questions qui sont sans doute celles que se posent toutes les PASS installées ou qui rêvent de l'être : c'est donc l'intérêt évident de partager des expériences pour que chacun y trouve quelques réponses ou idées techniques ou organisationnelles pour faire correctement ce travail.

En somme, il s'agit de faire savoir ce qui se fait sur le terrain, avec les moyens du bord : une PASS n'est pas là pour évaluer la misère, elle participe à la gestion d'un risque, celui de l'incivisme jusqu'à l'exclusion, c'est dire si la société et ses élus doivent se pencher sur ce problème de la précarité au-delà de la chaleur d'un été.

Nous avons du travail et je suis sûr que les acteurs de terrain que vous êtes aideront à cette prise de conscience. Je vous souhaite une excellente et riche journée.

Les PASS en Rhône-Alpes : Existe-t-il une PASS standard ?

Dr Agnès Croatto (SRSP)

Des questionnaires élaborés conjointement par Sandrine Guille, chargée de mission pour les personnes en précarité auprès de la DDASS de Savoie et le Dr De Goer, médecin responsable de la PASS de l'hôpital de Chambéry, ont été envoyés aux différentes PASS et hôpitaux de la région afin de :

- Recenser les différentes PASS,
- Connaître leur organisation, leurs réseaux, leurs problèmes et les solutions adoptées,
- Préparer cette journée.

Rappel des textes : loi N°98-657 du 29 juillet 1998 Art. L. 711-7-1 .

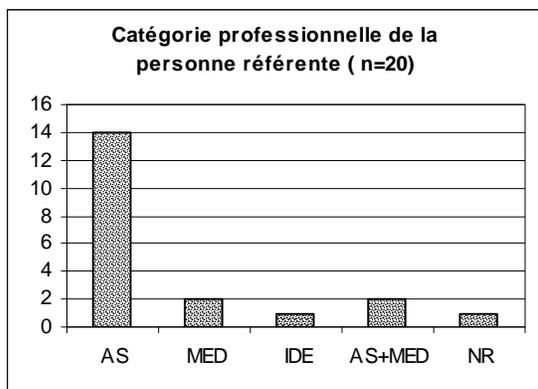
« Dans le cadre des programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins prévus dans le cadre de l'orientation lutte contre les exclusions, les établissements publics de santé et les établissements de santé privés participant au service public hospitalier mettent en place des permanences d'accès aux soins de santé, qui comprennent notamment des permanences d'orthogénie, adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits. Ils concluent avec l'Etat des conventions prévoyant, en cas de nécessité, la prise en charge des consultations externes, des actes de diagnostic et de soins ainsi que des traitements qui sont délivrés gratuitement à ces personnes.»

En Rhône-Alpes, 39 hôpitaux ou structures d'accompagnement aux soins ont été contactés, ils représentent 33 structures.

L'analyse concerne 20 fiches de description de mise en place des PASS (18 PASS identifiées dans le bilan de la programmation 2000- 2003),

Résultats de l'étude des fiches descriptives (DDASS de Savoie, PASS de Chambéry)

Les professionnels des PASS

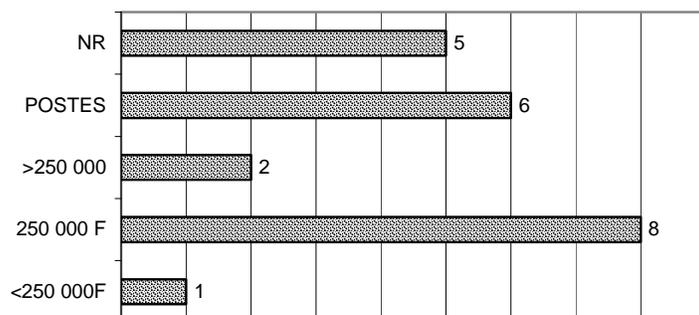


Le plus souvent la personne référente est l'assistante sociale ou le service social de la structure.

La PASS se situe le plus souvent à proximité du service des urgences : 10 sont situées aux urgences directement, 2 aux consultations d'accueil, 3 dans un autre endroit de l'hôpital, 3 ne répondent pas à cette question.

La date d'ouverture est en 2000 pour 9, en 2001 pour 6, après 2001 pour 2. 2 considèrent qu'elles existaient avant 2000.

Crédits alloués en 2002



Accueil du public :

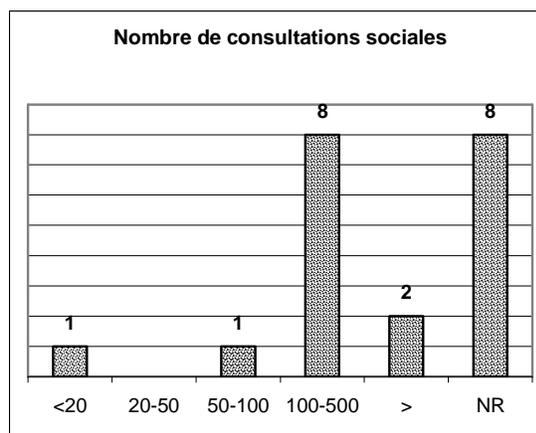
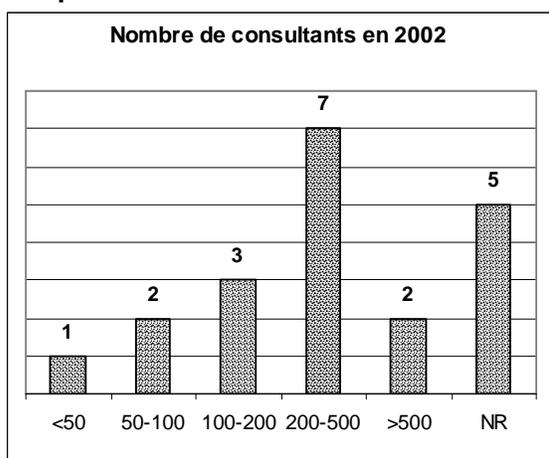
17 accueillent sans rendez-vous et 15 délivrent gratuitement des médicaments, 14 accueillent du public 5 jours sur 7, 3 les jours fériés et le week-end, 3 ont une activité partielle correspondant à des situations de structures géographiquement moins peuplées.

Partenariat des PASS : 14 PASS ont un comité de pilotage

Il se réunit 2 fois par an pour 7 d'entre elles, plus de 2 fois pour 5 PASS

7 ont des associations qui y participent.

Fréquentations des PASS



Conclusions

- Des PASS diversifiées : géographie, démographie, organisation ...
- 16 trouvent qu'elles sont adaptées à un public en précarité
- Les manques repérés par les professionnels : soins dentaires, psychiatriques, médecine générale, logement ...
- Les projets : à suivre.

Quels leviers pour surmonter les difficultés?

*S'appuyer sur les expériences de différentes
PASS*

Dans une grande agglomération / Hôpital de l'Hôtel-Dieu, Lyon

Dr Isabelle Schlienger
Mme Nathalie Laplace

La PASS de l'Hôtel Dieu est située dans le centre ville de Lyon. Elle a été créée en 2000 sur l'initiative des Hospices Civils de Lyon, au même titre que celle de l'hôpital Édouard Herriot.

La PASS de l'Hôtel-Dieu s'appuie sur une assistante sociale à temps plein et quatre médecins (six vacations médicales).

Une unité fonctionnelle a été créée pour les personnes reçues par l'assistante sociale. Cette unité fonctionnelle « accès aux soins » permet à ces personnes de consulter le médecin, d'avoir accès aux médicaments et à tout ce dont elles ont besoin dans l'hôpital. C'est un point très important pour elles et pour l'assistante sociale.

Un protocole a également été créé pour l'accès aux soins : toute personne qui vient à la PASS peut, grâce à ses étiquettes, repartir avec son traitement jusqu'à l'obtention de ses droits.

Le principal travail de l'assistante sociale est centré sur l'accès aux soins, tout en étant élargi à d'autres aspects, compte tenu de la situation de plus en plus précaire des personnes accueillies.

Sur l'Hôtel Dieu, à peu près 98 % des personnes reçues sont des étrangers dont un tiers sont en situation irrégulière et deux tiers sont demandeurs d'asile. Le problème majeur se situe au niveau de la langue, la moitié des personnes reçues seulement parle le français. Il n'y a pas d'interprète, la PASS compose avec ses ressources internes, c'est-à-dire un médecin qui parle arménien, deux qui parlent anglais et allemand, mais malheureusement aucun ne parle le russe alors que la population originaire de l'Est est en très grande proportion.

La PASS est installée en plein centre ville et n'est donc pas loin des associations. Le choix de cette installation a été fait en raison de cette situation géographique. De plus, la population accueillie historiquement à l'Hôtel-Dieu a souvent été une population très précaire. Sur l'Hôtel-Dieu, il y a un service qui traite les toxicomanies, les infections à VIH. Une des consultations les plus fréquentées est en maternité. La population étrangère reçue est une population jeune avec une forte demande en obstétrique. Depuis quelques temps, l'Hôtel Dieu, accueille de nombreuses femmes enceintes de 7-8 mois, ce qui pose de difficiles problèmes d'orientation.

Le problème a pu être résolu en interne récemment, les personnes sont suivies sur l'Hôtel Dieu ce qui facilite le travail de la PASS et permet de faire un suivi depuis l'arrivée des personnes jusqu'à leur accouchement et leur entrée en foyer après l'accouchement.

Le travail ne consiste pas simplement à résoudre les questions d'accès aux soins. Souvent une personne qui arrive dans le bureau de l'assistante sociale de la PASS est une personne qui était jusque-là à la rue et qui a appris l'existence de ce lieu, soit de bouche à oreille, soit par différentes associations. Ces personnes ne savent pas où se nourrir, et ont de gros problèmes. Le travailleur social consacre beaucoup de temps à rechercher des moyens en nourriture et hébergement.

En ce qui concerne le problème de la langue, des interprètes sont sollicités de temps en temps, mais le nombre important de nationalités différentes rend cette médiation difficile à gérer. Sur 2003, 74 nationalités ont été recensées sur l'Hôtel-Dieu.

Le travail accompli est facilité à l'intérieur de l'Hôtel-Dieu par la reconnaissance du service de la PASS et par la présence d'équipes référentes dans les services. C'est le cas en particulier au niveau du bureau des entrées, qui a beaucoup facilité le travail de partenariat avec l'extérieur de l'hôpital, avec différentes associations, institutions... A la caisse de sécurité sociale de Lyon, une cellule de lutte contre l'exclusion s'est créée; ainsi les accès aux soins sont assez rapides et il est possible de gérer les différents problèmes... pour l'instant.

L'activité a beaucoup augmenté au fur et à mesure des années (cf documents). La remontée de ces données d'activités a permis l'augmentation des moyens initiaux (un mi-temps d'assistante sociale et 4 vacations médicales) : le mi-temps est passé à temps plein et les 4 vacations ont été portées à 6. Ceci donne un bon exemple de la croissance de l'activité. En 2003, 1 000 personnes se sont présentées, le nombre de consultations médicales est monté aux alentours de 2 000. Le nombre de consultations médicales a augmenté mois par mois, la PASS est désormais à saturation.

En ce qui concerne les patients, ce sont plutôt des patients jeunes, 85 % ont entre 20 et 60 ans et 65 % entre 20 et 40 ans. Ils sont en général célibataires. 33 % sont originaires d'Afrique noire, 24 % du Maghreb, 22 % d'Europe de l'Est et 8 % de Français.

Il est intéressant de souligner que le nombre moyen de consultations est de 2, chiffre relativement faible. Les prescriptions ont comporté des examens biologiques dans 29 % des consultations, de la radiologie dans 13 % des consultations, de l'hospitalisation dans 3 % et des médicaments dans 66% des consultations. Il n'y a donc pas toujours de prescription.

La PASS se veut une consultation de médecine générale. Les patients connaissent le nom du médecin et l'horaire de sa consultation, ce qui permet de fidéliser les soins. La PASS a un souci de prévention, elle pratique assez largement le dépistage pour les trois virus VIH, VHB et VHC. Les patients sont ainsi orientés vers les services spécialisés dans ces maladies virales au sein de l'établissement. Par ailleurs, elle essaie également de contrôler les vaccinations et de faire un peu de dépistage cardio-vasculaire. Enfin, il y a une importante prise en charge gynécologique et obstétricale. 53 % des personnes reçues sont des femmes jeunes.

Avec une équipe mobile / Hôpital Saint-Joseph- Saint-Luc, Lyon

Mme Élisabeth Piégai, assistante sociale
Dr Pascale Lacroix-Cornier

La présentation se déroulera en quatre points : Mme Piégai traitera tout d'abord de l'historique de l'équipe mobile, du cadre de référence et de l'aspect législatif. Puis seront abordés les objectifs et missions du réseau social « rue / hôpital », ainsi que de l'équipe mobile. Enfin, les quatre types de population rencontrée seront évoqués rapidement avant d'aborder l'aspect plus concret des activités de la PASS.

La PASS de l'hôpital Saint Joseph-Saint Luc est constituée d'une équipe mobile qui se définit comme étant atypique, d'où la nécessité de reposer le cadre de référence. Cette PASS s'est mise en place en juin 2001, dans le cadre de la loi de lutte contre les exclusions. La mise en place des PRAPS et des PASS traduit l'orientation de l'accès à la santé pour les populations les plus démunies.

L'équipe mobile de coordination s'est appuyée particulièrement sur une circulaire d'octobre 99 qui permettait le financement d'unités mobiles de soins. Historiquement sur Lyon, les professionnels qui s'occupent de la population SDF c'est à dire la veille sociale, les foyers d'hébergements d'urgence, les lieux d'accueil et de restauration, faisaient part de leurs difficultés pour accompagner vers les soins une population de grands SDF souvent très marginalisés et en grande incurie.

Cette population est effectivement un peu différente des populations que l'on peut rencontrer sur les PASS hospitalières. La population pour laquelle il y avait effectivement une inquiétude est celle qui ne venait pas jusqu'à la PASS. Les difficultés rencontrées par les professionnels concernaient l'accessibilité aux soins et non nécessairement l'offre de soins.

Un projet de terrain a été transmis en mai 2000 par le directeur de l'Agence Régionale de L'Hospitalisation (ARH) au Ministre de l'Emploi et de la Solidarité, et aux directeurs des hôpitaux. Sous la présidence du Préfet du Rhône et de l'ARH représentée par la DDASS du Rhône, une convention a été signée en octobre 2000 entre les directeurs de six institutions, constituant le réseau social « rue-hôpital » d'où est issue l'équipe mobile de coordination.

Les six institutions sont :

- le centre hospitalier Saint-Joseph- Saint-Luc,
- le foyer *Notre Dame des sans abris*. Ce foyer est un foyer d'hébergement d'urgence avec 160 lits d'hébergement d'urgence, 12 lits de repos pour homme, un point santé avec deux infirmiers salariés et des médecins bénévoles, un service d'insertion,
- le service de la veille sociale constitué d'une équipe de travailleurs sociaux qui « maraude » dans les rues de Lyon. Cette équipe n'est pas médicalisée,
- la fondation de *l'Armée du Salut* qui a un CHRS de 180 lits, une dizaine de lits d'urgence pour femmes, et des lits de repos également pour femmes. Ils sont gérés en association avec Médecins du Monde,
- l'équipe de psychiatrie mobile constitue la structure *Interface SDF*,
- *Médecins du Monde*.

La convention validée par le ministère a permis le déblocage de fonds pérennes pour financer la création d'une équipe et consolider les moyens mis à la disposition pour les lits de repos des deux foyers cités.

L'originalité de ce projet a été de proposer un dispositif adapté à la réalité lyonnaise, qui s'appuie sur les professionnels missionnés pour intervenir auprès des SDF.

La mise en place de l'équipe de coordination a permis de relier tous ces partenaires et de mettre en place des professionnels connaissant particulièrement bien le monde de la santé, un monde parfois inquiétant ou étranger pour les professionnels qui « gravitent » dans la rue.

L'équipe est constituée :

- d'un médecin, Pascale Lacroix- Cormier, à mi-temps, qui travaillait auparavant dans des services d'urgences hospitalières à Lyon (qui a un AEU en alcoologie)
- d'une infirmière diplômée d'Etat, Nicole Padre qui travaille à temps plein, qui a une dizaine d'années de pratique professionnelle en médecine interne (formée en alcoologie),
- d'une assistante sociale, Elisabeth Piégai, à temps plein, qui a travaillé auparavant 12 ans en psychiatrie en secteur adulte en intra et extra hospitalier. Cette pratique lui a permis de développer tout le travail de réseau et de partenariat. Elle a pendant deux ans bénéficié d'une formation à la prise en charge des adolescents en grande précarité.

Cette équipe fonctionne depuis le 18 juin, et est administrativement rattachée au Centre Hospitalier Saint Joseph- Saint Luc. Les locaux sont à l'extérieur de l'hôpital, à 200 mètres.

Objectif et missions du réseau

Le dispositif d'accès mis en place doit faciliter l'accès aux soins des grands précaires de droit commun ainsi que renforcer et compléter les actions de prévention et de soins en direction des plus démunis. Le dispositif doit également réaliser et coordonner toutes les articulations nécessaires entre les acteurs de la santé et du social dans une approche de complémentarité, en respectant la spécificité de chacun.

L'objectif de l'équipe mobile est de jouer un rôle de passerelle et de passeur d'information entre les différentes institutions. A travers un travail de terrain et un travail institutionnel, l'équipe essaie de travailler autour d'une prise en charge globale et cohérente de la personne, c'est à dire une prise en charge qui se voudrait psycho-médico-sociale.

Les missions propres confiées à l'équipe sont les suivantes :

- contribuer à la fonction d'accompagnement et de relais avant, pendant et après le soin ;
- répondre à la fonction d'alerte et de veille dans les différents services d'urgence lyonnais où transite fréquemment cette population ;
- répondre aux demandes d'aide pour l'accès aux soins formulées par nos différents partenaires;
- assurer les liaisons extérieures nécessaires à la continuité des soins et à l'orientation de la personne ;
- animer le réseau social « rue-hôpital » en favorisant les rencontres régulières entre les différents professionnels.

Les quatre types de population rencontrée sont :

- **Les grands SDF** tout d'abord, ceux que l'on appelle communément les clochards, sont le plus souvent des hommes, à 80 % dans notre activité. Leur histoire fait généralement apparaître une psychopathologie personnelle lourde

souvent doublée d'une histoire familiale très chaotique avec de nombreux traumatismes de la petite enfance : ruptures, abandons, inceste, violence...

Ainsi pour une raison ou pour une autre, ces personnes n'ont pu s'inscrire dans notre société (ou se sont dé-inscrites), mais ils gardent cependant des droits ouverts à la CMU, à l'AAH, au RMI ou sont en possibilité d'ouverture de droit.

Ce sont des personnes qui ont le plus souvent des difficultés à aller seuls aux soins, à poser une demande de soins adaptés, à investir un appartement ou même un lieu de vie. L'équipe retrouve toutes ces personnes souvent en grande incurie avec des problématiques lourdes : problèmes dermatologiques, problèmes d'hygiène, problèmes pulmonaires liés souvent à une consommation tabagique importante, problèmes hépato-gastro-entérologiques - notamment hépatiques avec la surconsommation alcoolique. Ces patients sont souvent incapables de faire seuls quoi que ce soit et nécessitent dans un premier temps, un apprivoisement pour, dans un second temps, réaliser un accompagnement concret après une évaluation de la pathologie et de la situation sociale.

- **Les personnes que l'on appelle « en précarité »**. Elles peuvent vivre dans un appartement mais ont du mal à l'investir totalement. On les rencontre aussi dans les lieux d'accueil de jour et dans la rue. Incapables de s'assumer seules, ces personnes demandent souvent un accompagnement vers les soins, vers la prévention, vers l'hygiène, mais également un accompagnement social, notamment pour la gestion de leur RMI ou leur mise sous tutelle.
- **La population que nous appellerons « les sans droit »**. Ce sont des étrangers qui ne sont pas en demande d'asile, arrivés en France pour des raisons économiques avec l'espoir de faire fortune. Ce sont des personnes qui ont travaillé pendant un moment « au noir ». Il y a des réseaux bien constitués. Les plus chanceux, qui ont ramassé un peu d'argent, sont repartis dans leur pays, mais les plus fragiles se sont précarisés et on les retrouve dans la rue. Ce sont des personnes qui s'alcoolisent massivement. Le plus souvent, il s'agit d'une population originaire des pays de l'Est. Cette population très jeune vit dans la rue et se trouve dans la même situation que les grands SDF clochards évoqués précédemment. Elles n'ont pas de droit, vivent du travail de la rue, de la manche, et surtout de trafic avec vente de produits illicites, licites, des vols divers et variés, de la prostitution...
- **Enfin, la population des demandeurs d'asile** est une population peu rencontrée puisqu'elle va jusqu'à la PASS de l'Hôtel Dieu. Cette population, souvent sans ressources, dans l'attente de l'étude de sa situation, est fragilisée par la vie dans la rue sans hébergement, sans nourriture, mais sait encore aller jusqu'à la PASS pour poser une demande de soins et d'accompagnement vers le droit. La PASS risque néanmoins de rencontrer cette population, une fois qu'elle sera déboutée car à ce moment là, il y a un fort risque de se précariser rapidement.

L'aspect plus concret des activités de la PASS

Concrètement, le travail consiste d'une part à un travail auprès des SDF, d'autre part à un travail auprès des partenaires, mais aussi à une activité d'information et de formation à plusieurs niveaux.

Auprès de SDF, il s'agit d'établir un lien pour pouvoir repérer la problématique globale aussi bien au niveau médical que social, faire un travail d'évaluation en vue d'une recherche de partenariats sur lesquels l'équipe pourra s'appuyer pour permettre un accompagnement

concret aux soins. Cet accompagnement peut se faire soit par l'équipe elle-même, soit par un partenaire, soit conjointement. La PASS essaie d'adapter les outils et la mise en place du partenariat, à la situation rencontrée.

L'équipe intervient dans les lieux de vie et d'errance des SDF c'est à dire dans la rue, dans les squats, dans les accueils de jour, aux urgences des hôpitaux, à la demande des partenaires qui sont préoccupés par la question de la grande incurie et de la précarisation d'une partie de la population sur Lyon et non uniquement des six partenaires qui font partie du réseau. L'équipe mobile intervient aussi dans les maraudes, de jour comme de nuit, pendant les plans « froid », avec l'équipe de la veille sociale, ceci à raison d'une à deux fois par semaine.

Auprès des partenaires, elle joue un rôle d'aide et de soutien technique du fait de sa connaissance de la population SDF et des différentes institutions intervenant autour de la problématique du champ sanitaire et social. La PASS a le souci de favoriser le plus possible l'articulation et la rencontre entre les acteurs du champ sanitaire et social aussi bien autour de prises en charges concrètes. Elle organise des synthèses, des rencontres régulières, de manière plus institutionnelle puisqu'elle participe à des rencontres avec les équipes, avec les services d'urgence. Elle essaie aussi d'animer le réseau. Un comité de pilotage à la DDASS du Rhône permet des rencontres deux fois par an, afin d'avoir un regard extérieur facilitant la réflexion sur des pratiques évolutives adaptées le plus possible à la réalité du terrain. Le troisième champ d'activité est l'activité d'information et de formation : information auprès de professionnels éducatifs dans la rue qui ont peu de connaissances des pathologies et ont besoin d'un éclairage médical et paramédical. Une information aussi auprès des professionnels médicaux dans les hôpitaux qui ne connaissent pas forcément les problématiques des grands précaires ni les problématiques médico-psycho-sociales.

L'équipe participe aussi à la formation des futurs professionnels des champs sanitaire et social par l'accueil des stagiaires assistantes sociales et infirmiers, par l'intervention dans les écoles de formation (écoles d'infirmiers, d'éducateurs spécialisés et d'assistants sociaux) au cours de sessions de formation sur la précarité. La PASS a également été interpellée par l'école des cadres de santé des Hospices Civils de Lyon pour faire des interventions dans le cadre de la formation continue et essaie de participer à différents colloques pour parler de ses pratiques et réfléchir ensemble.

Avec une consultation externe.

Mme Annie Biboud, Cadre de santé, Hôpital de Chambéry

Nul est besoin d'être expert pour savoir que, pour qu'une plante prenne racine et se développe harmonieusement, ce n'est pas seulement une affaire de main verte mais il faut aussi et surtout un bon terreau.

C'est l'histoire toute singulière de la PASS du CH de Chambéry.

Depuis le début des années 1980, une stratégie de prise en charge des personnes en situation de grande difficulté sociale est mise en place à Chambéry. Initiée par différentes associations, cette stratégie s'est trouvée confortée par des volontés politiques et institutionnelles fortes qui ont contribué favorablement à son développement et ont abouti au regroupement de ces associations au sein d'un même lieu d'accueil : **l'Espace Solidarité**.

Cet espace réunit un accueil de jour, une orientation vers l'hébergement, un foyer de nuit, un relais grand froid, une équipe de rue et quelques mètres plus loin, une cantine.

Parallèlement, et dans cette continuité, dans les années 1994 à 1996, d'autres acteurs des secteurs hospitaliers (SAU, DS, réseau ville-hôpital VIH), social et associatif local, ont réfléchi à l'amélioration de l'accueil et de l'accès aux soins de ces personnes. Cette réflexion s'est concrétisée par la mise en place d'un « **Point Santé** », consultation avancée qui se déroule 2 fois par semaine au sein de l'Espace Solidarité, lieu où se trouvent donc regroupés les services sociaux fréquentés par les personnes en difficulté.

Cette consultation s'adresse aux personnes n'ayant pas de droit ouvert ou ne pouvant faire l'avance de frais et son but est de les orienter vers le droit commun. Elle est réalisée en articulation avec le service social par la présence d'une assistante socio-éducative facilitant de manière importante ce travail.

La création de ce Point Santé va permettre un développement exponentiel de la prise en charge de la santé des personnes en situation de grande difficulté sociale.

En effet, dans le même temps et le même espace, quelques dentistes vont mettre leur compétence et leur disponibilité au service de ce public.

Le Point Santé, travaille en partenariat avec cette association dont une plage d'ouverture est commune. Par la suite, d'autres partenariats se développent dont certains sont directement issus de la dynamique liée à l'existence du Point Santé. Partenariat avec :

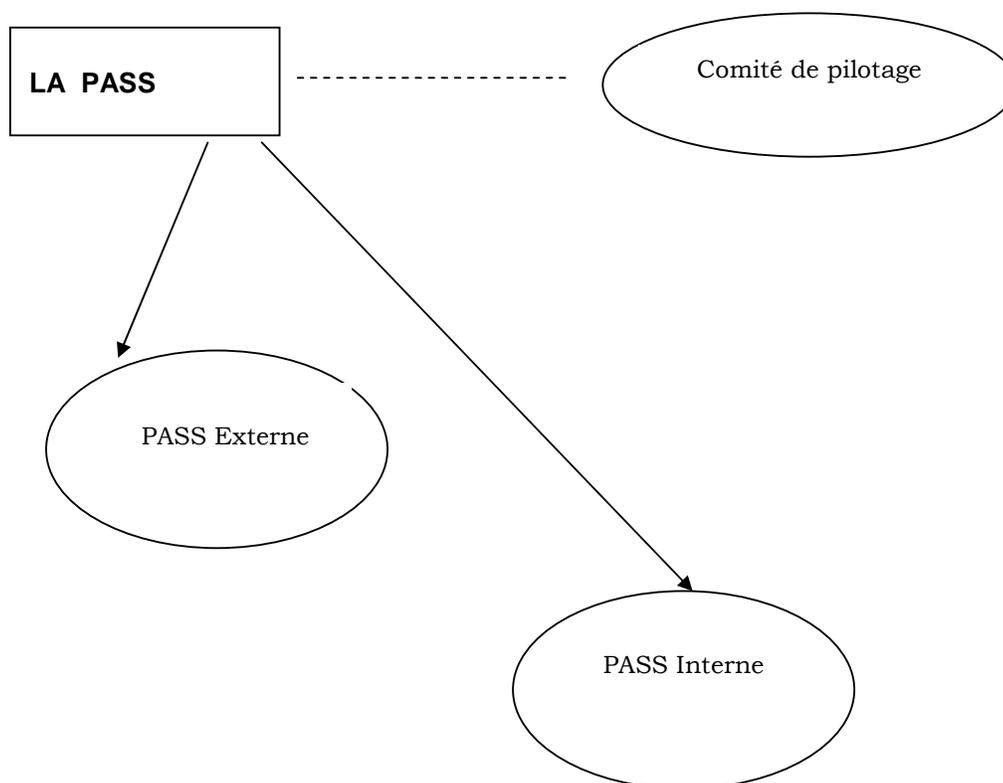
- Le CCAA par le détachement d'un travailleur social pour accompagner les personnes en difficultés avec l'alcool
- Le Pélican (Centre de soins pour toxicomanes et leur famille en Savoie) par la mise en place d'une équipe « Réduction des Risques » constituée d'un binôme éducateur/IDE qui accompagnent au quotidien les personnes exposées aux divers risques liés à la toxicomanie, sexualité, violences, hygiène, ...
- Le CHS de la Savoie, qui, plus récemment, a détaché un psychologue et des infirmières psychiatriques

Ces partenariats, tous réunis dans un même bâtiment, constituent un véritable « **Espace Santé** » où toutes les consultations sont des occasions d'aborder la santé dans sa globalité et de développer la prévention.

Ainsi, l'Espace Solidarité, en lien direct avec le secteur sanitaire général et le système social, évolue vers une véritable structure de santé publique et le travail multipartenarial permet le développement d'un véritable réseau médico social.

C'est dans ce contexte, qu'en novembre 2000, la mise en place de la PASS vient parachever le dispositif en consolidant et sédimentant ces nombreuses initiatives innovantes et coordonnées grâce à une formidable synergie militante.

Comment fonctionne la PASS



La PASS Externe

Elle s'appuie sur le POINT SANTE. Situé à proximité du centre ville, il est ouvert de 13H30 à 15H les mardi et vendredi : créneau horaire qui permet à ce public ciblé de prendre conscience de l'importance de la santé, à l'heure où il a mangé et ne cherche pas encore un lieu pour dormir. Le POINT SANTE est géré par le Centre Hospitalier avec la mise à disposition d'infirmières volontaires, issues de tout service, des médecins hospitaliers, et le rattachement de médecins libéraux au Centre Hospitalier.

Les missions principales de la PASS externe sont représentées par des consultations médicales et infirmières sans rendez-vous dans les créneaux horaires de permanence assurant :

- des soins curatifs
- des soins relationnels
- des soins éducatifs

- des actions de prévention et de vaccinations
- des actions de dépistage (VIH-VHC-VHB)
- des actions de formation en direction des étudiants infirmiers et infirmiers hospitaliers
- une collaboration avec les partenaires extérieurs.

La PASS Interne

Elle se développe à partir de l'unité des maladies infectieuses (service médecine B7) du Centre Hospitalier de Chambéry. Ceci est lié à l'histoire locale : réseaux VIH et toxicomanies, coordination du POINT SANTE, médecine carcérale.

Un mi-temps de praticien hospitalier a été obtenu pour la PASS complété par 0,25 équivalent temps plein d'assistant socio-éducatif prochainement augmenté à 0,50 ETP, 0,50 ETP de secrétariat, et à partir du 1^{er} mars 2004, 0,50 ETP infirmière.

Cette organisation permet des consultations de médecine polyvalente en urgence ou semi-urgence, soit à la demande des urgentistes, soit au service de consultations des maladies infectieuses, soit dans les différents services hospitaliers, pour soutenir patients et équipes soignantes. Il s'agit d'une activité transversale qui bénéficie à l'ensemble de l'hôpital et qui organise les meilleures conditions lorsque les hospitalisations sont nécessaires, et ce, dans tous les services de spécialités.

L'intervention du binôme médecin/assistante sociale apporte une aide dans la prise en charge de certains patients, en soutien des équipes soignantes, et non en se substituant à leur implication dans le suivi. Un créneau horaire de 9H à 10H du lundi au vendredi est réservé en priorité pour des consultations en urgence ou semi-urgence dans le service des maladies infectieuses ou dans les différents services du Centre Hospitalier.

Le temps infirmier permettra d'assurer les soins curatifs de type pansements lors des consultations, les soins éducatifs et de faire du lien avec le POINT SANTE, tâche qui incombe aujourd'hui à la Direction des soins.

La PASS interne a également pour mission de rédiger des procédures de fonctionnement, d'effectuer des actions de formation et d'organiser des rencontres dont le but est de modifier les pratiques hospitalières.

Le comité de pilotage

La PASS est assistée d'un **comité de pilotage** qui a pour mission de relever les difficultés d'accès aux services de l'hôpital, de les analyser afin de proposer des améliorations.

Il valide les procédures et aide à l'évaluation des consultations au sein de la PASS et des pratiques intra hospitalières. Il est composé de *44 membres* : 25% de représentants d'associations et 75% de professionnels du Centre hospitalier occupant des postes de travail très différents (médecins, Direction des soins, santé mentale, administratifs...)

Son rôle est important : véritable garantie en matière d'évaluation de l'organisation de l'accès à la santé des plus démunis au sein de l'hôpital, mais aussi véritable courroie de liaison de l'ensemble du dispositif de prise en charge.

Il travaille actuellement à l'élaboration d'une **charte**.

Voilà une situation qui peut paraître idyllique. Pour autant, tout n'est pas parfait. Il faut faire vivre et évoluer la PASS. Des questions se posent aujourd'hui et nous réfléchissons entre autre à comment maintenir une dynamique militante, comment redéployer, faire connaître

tout le fruit de ce travail au sein des unités de soins, comment s'adapter à un nouveau public de demandeurs d'asile et à la problématique des mineurs ...

Alors les leviers ?

Si un certain nombre de difficultés persistent encore aujourd'hui, on peut néanmoins repérer les atouts sur lesquels la PASS peut s'appuyer. Nous l'avons vu, l'engagement des acteurs qui impulsent une dynamique constante et le contexte favorable à l'épanouissement de cette activité sont des éléments clés.

Cependant, vous l'avez bien compris le levier principal, c'est la **PASS externe** qui a permis toute cette construction et sans laquelle, de toute évidence, les choses ne seraient pas ce qu'elles sont aujourd'hui.

Mais pour vivre et grandir, notre plante a besoin d'être alimentée et nourrie : la **formation** est essentielle et représente aussi un levier important. La PASS mène pour cela des actions de formation selon plusieurs axes :

- la formation des infirmières intervenant au point santé, leur permettant de mieux connaître d'une part les personnes accueillies et leur milieu de vie, d'autre part les dispositifs existants et les intervenants sociaux,
- la formation continue du personnel hospitalier, intitulée « mieux connaître pour moins exclure » : une session annuelle de 7 demi-journées,
- des interventions régulières à l'IFSI,
- des actions plus ponctuelles comme exemple une journée de formation multidisciplinaire autour du thème « santé et exclusion : quel travail en commun ? » qui a réuni en janvier 2003 plus de 130 acteurs locaux dont des praticiens libéraux (médecins généralistes, pharmaciens). Son but était de développer une culture commune autour de la précarité pour permettre un meilleur accompagnement des personnes.
- un projet de co-formation entre personnes en difficultés et professionnels en voie d'élaboration.

Nul doute que des journées d'échanges comme celle-ci sont naturellement des moments forts pour nous enrichir de nos expériences mutuelles.

Soignants et services sociaux, mieux travailler ensemble en milieu rural : l'expérience de l'équipe de La Mure (38).

Madame Annie Liber.
Point Ressources Santé- La Mure

Le projet que je vais vous présenter ne concerne pas une PASS. L'hôpital de La Mure est un petit hôpital dans lequel il n'y a pas de PASS proprement dit, mais «l'esprit de la PASS» est cependant présent.

Ce projet a démarré en 2002 entre le personnel du centre hospitalier, les services sociaux de ville et le Point Ressources Santé qui a une mission d'accès à la santé des bénéficiaires du RMI du département. Le Point Ressources Santé était là au départ, en appui technique.

La Mure est une petite ville disposant d'un hôpital local (2600 entrées par an) sur un plateau de montagne à une heure de Grenoble. Le bassin vivait de la mine, qui a fermé assez récemment, c'est pourquoi, d'un point de vue économique, la région est un peu sinistrée. L'hôpital est également en difficulté, la maternité a dû fermer au moment où le projet démarrait.

Ce contexte de difficultés économiques a peut être fait que les travailleurs sociaux de la ville se sont mobilisés sur la santé depuis plusieurs années.

L'objectif de ce projet est bien sûr d'améliorer la santé des personnes en difficulté, et se décline en deux points plus opérationnels. L'un était de «dépister» (dépistage ou repérage selon que l'on vient du secteur sanitaire ou social) les personnes en difficultés sociales qui ont recours aux soins, et l'autre de leur proposer une aide sur le plan social.

La première démarche était donc de mettre autour d'une table : les soignants de l'hôpital, les travailleurs sociaux des différents services de la ville (polyvalence de secteur, travailleurs sociaux du département mais aussi la Mutualité sociale agricole, les travailleurs sociaux de la mine qui continuent à être présents pour les anciens mineurs, la CRAM, les centres médico psychologiques) et le Point Ressources Santé.

Du temps fut nécessaire pour arriver à trouver un langage commun consistant à ce que tous les partenaires et les institutions en relation avec le public puissent s'engager à faciliter l'accès aux soins et aux droits sociaux.

Cet hôpital n'ayant pas de service social, il a fallu que des travailleurs sociaux extérieurs puissent entrer dans l'hôpital et fassent des entretiens. Au niveau des modalités, il était nécessaire de s'interroger pour savoir s'il était possible que des soignants les appellent. Si oui, selon quelles modalités : entretiens dans les chambres ou dans les bureaux ? Ce projet fut donc relativement long à élaborer car le changement de « territoire » suscitait l'inquiétude de tous.

Une fois le protocole mis en place, il fut convenu que toute personne ayant recours à l'hôpital devait se voir proposer un questionnaire comprenant 11 items permettant de calculer un score¹.

Un score élevé montrait que la personne était sans doute dans une situation de précarité. Cela donnait lieu à une proposition de rencontre avec une assistante sociale si la personne

¹ Protocole et questionnaire élaborés par l'équipe de La mure, peuvent être fournis. Voir annexe.

le souhaitait, soit pendant son séjour, soit après, en fonction de la situation. Une autre possibilité fut envisagée pour avoir accès à cette rencontre : le constat direct de problèmes sociaux par le personnel soignant. Au départ, celui-ci estimait savoir reconnaître la précarité et ne pas avoir besoin d'interpeller les gens sur leur situation. En effet, sur cette zone, il y a très peu de personnes précaires « bien visibles » tels les SDF, mais il y a par contre beaucoup de gens en précarité qui ressemblent à tout un chacun. Les deux systèmes restent nécessaires pour plus de complémentarité. Les deux voies sont possibles pour se voir proposer une rencontre avec une assistante sociale.

La présentation du questionnaire a été formalisée de manière à ne pas être stigmatisante et à être le mieux acceptée possible. Le but fut alors d'aider le personnel soignant n'ayant pas l'habitude d'aborder les personnes sur le plan du social. Globalement les 11 questions concernent le mode de vie, la nourriture, la couverture sociale, les loisirs, les sports, spectacles, vacances, le réseau familial, les aides possibles ainsi que le lien avec un travailleur social s'il existe déjà.

Le temps de remplissage est très rapide (moins de 5 minutes). Les personnes peuvent remplir le questionnaire elles-mêmes ou se faire aider.

Ce questionnaire a été très bien reçu par les usagers quelle que soit leur situation mais son acceptation fut plus difficile au niveau de l'hôpital. En effet, en plus des difficultés locales relatives à la fermeture de la mine et de la maternité, la mise en place de la RTT fut un frein à la mise en place de ce questionnaire. Une réelle difficulté fut relevée par les soignants qui ne se sentaient pas autorisés à aborder les personnes sur le plan social. Au bout de quelque mois, l'effectif de personnes précaires se situait à environ à 2%. Dans la validation de ce questionnaire, sorti d'une étude faite par le CREDES et les centres d'examen de santé, l'effectif attendu de personnes précaires devait être à peu près un quart ou un tiers des personnes consultantes. L'équipe s'est alors aperçue que le personnel soignant était tellement certain de reconnaître la précarité que le questionnaire n'était proposé qu'aux personnes préalablement repérées comme précaires.

Un passage systématique du questionnaire fut mis en place par l'équipe du Point Ressources Santé en faisant systématiquement le tour de toutes les chambres afin de le proposer, de tester son acceptabilité et de voir les résultats. A partir de ce moment-là, le nombre de personnes concernées par la précarité augmenta de 2 à 10%.

Cette expérience a permis de discuter sur cette notion de repérage « facile » de la précarité et de montrer qu'il était possible que l'hôpital construise avec les services sociaux un lien et des échanges à condition de bien préciser la mission. Les services sociaux n'avaient pas la mission de service social d'hôpital, il avait été par exemple précisé qu'ils ne s'occuperaient pas du placement des personnes âgées. Ce support fut intéressant pour aider l'équipe à mieux travailler en réseau. Suite à ce projet, les liens entre soignants et travailleurs sociaux se sont fait beaucoup plus facilement. Les soignants se sont intéressés à la question et certains ont demandé des outils sous forme d'affiche et de plaquette afin de les aider à aborder les questions sociales avec les patients.

Un nouveau projet est alors né où des usagers se sont associés pour créer, ensemble, un outil. Cet outil permet d'expliquer le rôle possible du social dans l'hôpital, les raisons pour lesquelles les personnes pouvaient avoir envie de rencontrer un travailleur social, et à quoi il peut servir.

Deux documents d'information ont été créés. Ce projet s'est arrêté ensuite car l'édition de ces documents n'a pu être possible. En effet, du point de vue du social, fournir des documents d'information à l'hôpital n'est pas la mission du Conseil Général, et pour l'hôpital, informer sur les services sociaux de ville ne fait pas partie de sa mission.

Ce qu'il en ressort d'important, c'est que, dans le protocole, les cadres infirmiers se sont chargés de proposer ce questionnaire. Dans ce contexte, il était difficile de demander plus encore aux soignants (et en particulier aux infirmières). Lorsque l'équipe est passée dans les services, les infirmières se sont vraiment intéressées et se sont spontanément associées au projet malgré la charge de travail. L'autre point paraissant important était le repérage de la précarité ou le diagnostic de la précarité : pour plus d'efficacité, il doit être systématiquement intégré dans les protocoles d'accueil des établissements. Enfin, on remarque un intérêt, du côté sanitaire comme du côté social, à prendre le temps de mieux se connaître et d'élaborer un langage commun de façon à être plus efficace par la suite dans la prise en charge commune des personnes.

DEBATS

Le débat, porté à la fois par les représentants des différentes PASS et l'institution de tutelle, a porté sur les points suivants :

- le financement de l'enveloppe Médicaments
 - les obstacles rencontrés par les «petites» PASS qui n'ont que de faibles moyens et peu d'environnement associatif
 - le montant global de la dépense PASS pour les hôpitaux
 - les difficultés d'hospitalisation de personnes sans droits
 - le problème de la sensibilisation des professionnels administratifs et des directions d'hôpitaux à la question de la précarité
 - l'intérêt du travail en réseau en interne et en externe
 - le problème du suivi à long terme par la PASS de personnes refusant les relais extérieurs.
-

- Les PASS de Thonon-les-Bains et de Lyon (Hôtel-Dieu) ont abordé la question du financement de l'enveloppe médicaments, s'agit-il de fonds de la DDASS ?
L'Hôtel-Dieu reçoit une aide financière de la DDASS pour le fonctionnement de la PASS ; mais cette dépense n'a pas été chiffrée pour l'instant. Les droits sont accordés par l'Assurance maladie à partir du jour de la demande. Une répartition du travail avait été organisée au plan local : *Médecins du Monde* accueille les touristes pour lesquels il n'y a pas de possibilité d'ouverture de droit. De nouvelles dispositions (réforme) ont été prises à compter du 1^{er} janvier 2004 mais on ne connaît pas encore la manière de les appliquer.
- La PASS de l'hôpital de Die soulève le problème des obstacles rencontrés par les petites PASS qui n'ont pas de soutien associatif local et de très faibles moyens. Plusieurs réponses :
les professionnels des PASS sont invités à se référer au cahier des charges fixé au moment de l'ouverture et à discuter avec l'interlocuteur institutionnel concerné.
La PASS de St Etienne évoque le montant de la dépense globale même si ce dernier n'est pas connu précisément. Il est important de rappeler que le dispositif permet des prises en charge en amont et évite ainsi des hospitalisations en urgence bien plus coûteuses. De plus, les traitements, en général peu onéreux, sont délivrés au début de la prise en charge et les droits sont ensuite régularisés.
- La PASS de Villefranche-sur-Saône souligne les difficultés d'hospitalisation des personnes sans couverture sociale, liées notamment à une difficulté de communication avec le bureau des entrées.
Les collègues de la PASS de l'Hôtel-Dieu suggèrent le recours à la procédure de demande d'aide médicale humanitaire qui, sur Lyon, permet de telles hospitalisations. Néanmoins, il s'avère que le délai d'instruction de ces demandes est très long notamment pour les demandeurs d'asile en attente de leur rendez-vous en Préfecture.

Ces difficultés posent le problème de la sensibilisation des professionnels administratifs et des directions d'hôpitaux à la question de la précarité, une problématique relativement récente. Les blocages sont liés à une représentation d'un coût surévalué d'une entrée « en masse » dans le dispositif, alors que la réalité porte sur la cohérence de l'articulation santé-social dans le cadre d'une prise en charge globale. De plus, il s'agit d'un contexte local très particulier à l'agglomération de Villefranche-sur-Saône qui n'a pas de foyer d'hébergement d'urgence, alors que l'on ne peut dissocier la question des soins de celle de l'hébergement.

- A la lumière de son expérience, la PASS de Lyon confirme l'intérêt d'un travail en réseau avec les associations extérieures spécialisées dans l'accès aux soins, mais aussi en interne à l'hôpital où l'accueil de patients ne parlant pas le français pose problème dans les services, services qu'il « faut accompagner » dans la démarche. Le travail de portage de projet par la direction de l'hôpital est particulièrement important dans ce cadre : définition des modalités d'entrée dans le dispositif PASS, lien avec les autorités de tutelle...
- LA PASS de Chambéry soulève le problème du suivi à long terme de personnes refusant les relais extérieurs, ce qui pose pour le personnel, des problèmes de justification du temps de travail.
En réponse, il est rappelé que ces prises en charge de personnes présentant une problématique d'isolement total, justifient encore plus le besoin d'un travail en partenariat et en réseau, étant donné que ce maillage permet souvent la « reconstruction » progressive de la personne, qui acceptera ensuite d'aller vers d'autres structures.
Est aussi posé le problème de la définition des missions de l'assistante sociale hospitalière, appelée à organiser en priorité des « sorties d'hôpital correctes » (vidage de lits), avant d'accompagner les personnes en situation de précarité.
Au vu de son expérience, la PASS de Lyon-Hôtel-Dieu confirme la nécessité pour l'assistante sociale PASS de disposer de temps pour l'accompagnement concret des personnes accueillies, action complémentaire de celle des collègues hospitalières.
- Intervention d'une PASS inter-hospitalière (localisation non connue) dont le rôle est l'ouverture de droits après orientation vers la médecine de ville. Le problème de l'articulation santé-social est particulièrement aigu puisqu'il s'agit d'une population très précaire pour laquelle il faut trouver en continu hébergement et nourriture. Ce public s'adresse à l'assistante sociale tous les après-midi pour des problèmes sociaux alors que les consultations médicales ont lieu le matin (problème du lien médical). Cet accueil de personnes en grandes difficultés et sans repère nécessite de grandes capacités d'adaptation quelle que soit l'institution de tutelle.

Quels leviers pour surmonter les difficultés?

S'appuyer sur différents supports

L'administration hospitalière.

Monsieur Bruno Barral, directeur de l'Hôpital neuro-cardiologique de Lyon

J'ai travaillé pendant 6 ans en Haute Normandie dans deux hôpitaux fusionnés (Elbeuf et Louviers), où j'ai mis en place deux permanences d'accès aux soins de santé. J'interviendrai sur le rôle de l'administration hospitalière, et j'essayerai de donner quelques éléments de réponse.

La mise en place de ces deux permanences externes fut un processus très long : j'ai pris mes fonctions en 1997, et la première PASS a été ouverte en 1999, il a fallu deux ans de discussion. La deuxième a été ouverte en 2000 dans un autre hôpital qui a été rattaché au premier. Ce sont des PASS externes parce que l'hôpital est à l'extérieur de la ville et il semblait indispensable de les installer près du centre ville.

Comment construire et diffuser autour de la permanence d'accès aux soins ? Je vois trois missions pour l'administration hospitalière. Il ne s'agit pas uniquement du directeur mais cela englobe tous les membres de l'équipe de direction, c'est une question de répartition de tâches.

La première tâche consiste à rappeler l'une des missions de l'hôpital : participer à la lutte contre les exclusions. C'est bien sûr déjà le B A BA, mais c'est sans doute le plus difficile. D'abord il s'agit d'une obligation législative récente dans le cadre de la loi de lutte contre les exclusions. Mais dans l'établissement où j'étais, le mouvement était engagé bien avant puisque l'ouverture d'une telle Permanence (on parlait de « Point Accueil Santé ») était une manière de décliner le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) pour les personnes en difficulté. Cela correspondait à un fort investissement de la région Haute Normandie, confrontée à un chômage important, une morbidité élevée, dans une agglomération comportant 18 % de chômeurs, avec beaucoup de répercussions dans le domaine santé – précarité. Par ailleurs, l'ARH (la DRASS) s'est fortement investie en accordant des crédits.

Nous avons aussi essayé de construire une complémentarité avec d'autres actions de santé en place (expériences dans le domaine de la toxicomanie, de l'alcoologie, ...).

N'allant absolument pas dans la logique de l'hôpital de haute technologie qui passionne trop souvent le corps médical, la PASS représente une activité peu mise en valeur et cet état de fait constitue un problème. On trouve quelques alliés au sein de l'établissement : heureusement il y avait tous styles de médecins, mais la majorité de la commission médicale d'établissement s'intéresse surtout au nouvel IRM, au nouveau scanner. L'activité de la PASS ne l'intéresse pas beaucoup alors que son rôle consiste pourtant à réfléchir à la santé globale au sein de l'établissement.

Le plus difficile consiste à repérer quelques acteurs motivés en interne, il y en a partout. Ils sont parfois soignants, ils sont parfois médecins, parfois dans les services sociaux. Cela peut être aussi un membre de l'équipe de direction : je suis arrivé dans l'établissement, motivé par 15 ans d'histoire personnelle dans ce domaine. Il y avait sur place des gens qui étaient mobilisés, entre autres un chef de service des urgences, qui avait une expérience dans l'humanitaire et qui était convaincu qu'il y avait un vrai problème dans son service en matière de précarité. Quand je suis parti, il est devenu président de commission médicale.

La deuxième tâche consiste à construire un projet de multipartenariat inséré dans un réseau médico-social.

La première des actions a permis de rassembler les personnes conscientes des carences du système. La permanence d'Elbeuf qui était la première au commencement du dispositif en 96-98, est à la convergence de plusieurs acteurs :

- une commission locale d'insertion qui gérait les demandes RMI et un volet « insertion - santé » doté de crédits et qui ne savait pas très bien comment manager l'opération santé,
- une agglomération (district) qui constatait l'existence de problèmes de précarité graves dans son agglomération, un taux de chômage élevé,
- un établissement hospitalier qui se rendait compte que son service des urgences s'activait autour de situations difficiles et en définitif mal traitées puisqu'on laissait repartir les gens sans traiter le problème au fond.

Toute l'action a consisté à réunir les acteurs autour d'une table, à voir ce que l'on pouvait construire ensemble avant de définir qui serait prêt à financer quoi. Assez rapidement, nous avons rassemblé les partenaires dans un comité de pilotage. Il s'est réuni pendant la préparation tous les deux mois, puis deux fois par an après le lancement de la PASS.

L'équipe de direction a cherché à mobiliser divers financements. Nous avons un budget d'environ 700 000 francs, soit environ plus de 110 000 Euros. Ce budget a été mobilisé par l'ARH (65 000 Euros), par le Conseil général (40 000 Euros), la communauté d'agglomération. La Caisse primaire d'assurance maladie nous a aidés en matière d'investissement et de travaux, tout comme le Conseil régional. Tous les acteurs ont participé.

Ce travail du comité de pilotage a été important pour la construction du projet. La Caisse primaire d'assurance maladie a financé une partie de l'investissement, mais cela nous a aussi permis de repérer la personne qui allait nous aider en matière de rétablissement des droits. Ce lien avec la CPAM -associée depuis le début- fonctionne depuis 5 ans de manière satisfaisante et représente une garantie de réussite. Il est en effet très important d'associer les acteurs dès le début. Quand ils « prennent le train en marche », ils sont toujours dans un positionnement très critique.

Préciser les fonctions de chaque professionnel :

La présence d'un personnel salarié donne une certaine stabilité et nous nous sommes rendus compte assez rapidement à la pratique que le premier contact pour ce public était l'assistante sociale.

Dans la deuxième permanence, le Conseil général n'a pas voulu d'assistante sociale, car il préférerait utiliser les assistantes sociales de secteur. Il a proposé de mettre en place simplement une permanence médicale et soignante. On s'est rendu compte que quand l'infirmière cherche « à faire du social », elle n'est quand même pas complètement formée pour cela. Les gens viennent d'abord avec un problème social et le passage aux soins nécessite un long travail culturel, un travail de longue haleine et que cela ne se fait pas comme cela, en 5 minutes, il y avait une vraie difficulté avec cette organisation. Après un an de fonctionnement, nous avons obtenu le financement d'une assistante sociale autonome.

Ensuite encourager la structure à une évaluation permanente :

Nous avons repéré qu'il y avait des difficultés au service des urgences, ce qui expliquait notre souhait de créer cette structure. Mais au bout d'un moment, nous nous sommes rendu compte que personne ne venait des Urgences vers la PASS, ce qui a nécessité un nouveau travail de sensibilisation des Urgences. La PASS fonctionnait surtout en accueillant des personnes envoyées par des assistantes sociales de secteur, qui avaient beaucoup porté la structure. En effet, la circonscription d'action sociale a considéré qu'il y avait là un enjeu fort, il y a eu des réunions de présentation, des visites chez les médecins généralistes. Enfin il y a eu un travail de préparation et d'explication durant plusieurs mois.

Dans le cadre de ces évaluations permanentes, nous avons découvert des besoins en dentisterie, nous avons cherché des réponses en alcoologie, ainsi un centre de cure en alcoologie a été créé à la suite de ces observations car il était complémentaire. Nous avons cherché à évaluer si les gens ne restaient pas trop longtemps dans la structure, si nous ne mettions pas en place une médecine à deux vitesses : en fait les gens restaient trois mois maximum, ce qui est court...

L'observation a montré qu'avec l'instauration de la CMU, les publics changeaient, il y avait de plus en plus d'étrangers sans papiers...

Il y a eu aussi un travail important sur la relation avec le plateau technique. Comment faire pour que les gens qui sont identifiés à la permanence externe soient bien accueillis dans les services du plateau technique de l'hôpital ? En effet ce sont souvent des gens qui dérangent dans les salles d'attente....

La troisième tâche d'un directeur consiste à **faire évoluer le regard des personnels sur la précarité**, ce qui est très difficile et très long.

Autant la mise en place des 2 PASS est une réussite, portée par beaucoup de gens et assurée d'une certaine pérennité, autant il est très difficile de faire que la permanence soit vraiment l'affaire de l'hôpital et du personnel hospitalier. Je ne pense pas que nous y soyons bien arrivés... Certes, nous avons réussi des choses assez simples. Les relations de la permanence d'accès aux soins et l'hôpital ont été simplifiées, y compris en matière de paiement de frais d'hospitalisation concernant les populations précaires.

C'est une question aussi d'évolution des mentalités, de temps... Cela ne se fait pas tout seul et seul un réseau d'alliances peut permettre d'avancer.

La valorisation de la permanence auprès des services hospitaliers a été légère, mais elle ne dérangeait pas trop car elle était installée au loin. Nous en avons parlé dans le journal interne. Mais quand nous avons proposé d'insérer les questions de précarité dans le plan de formation des personnels hospitaliers, il y avait nettement moins de volontaires. Les gens étaient candidats pour des formations sur la toxicomanie, sur l'alcoologie, parce qu'ils avaient l'impression que c'était des choses assez cadrées. Mais quand nous parlions de précarité, c'était plus flou, il y a eu une réelle difficulté.

A cette époque-là l'arrivée des infirmiers psychiatriques dans les services d'urgence, a provoqué un grand changement. En effet, quand les infirmières des urgences voient arriver quelqu'un, elles s'occupent beaucoup de son problème organique. Elles sont formées pour cela, alors que l'infirmière psychiatrique qui est juste à côté, qui voit la même personne, qui est dans le même couloir, se préoccupe plus du problème global. L'action des infirmières psychiatriques sur les équipes des urgences pour détecter des personnes en difficultés a été de dire aux collègues : « attends, là, cette personne a un problème, tu ne l'as pas vu, son mal au ventre veut dire autre chose ». Les choses ont bougé grâce à l'intervention des infirmières psychiatriques.

Elles ont fait émerger des problèmes chez des gens qu'ils ont orientés vers les permanences.

Un demi-poste d'assistante sociale a été créé aux Urgences, que l'on n'a pas appelé « PASS interne », mais qui était très complémentaire pour qu'il y ait vraiment une prise en charge globale.

La place de la santé publique dans l'établissement a un peu bougé. Il reste à capitaliser, ce n'est pas fini, mais il y a des choses qui ont marché, d'autres moins. J'ai ainsi été content qu'on introduise la démarche santé – précarité dans le projet médical. Cela a été certes un paragraphe ou une demi-page, mais on a aussi introduit un paragraphe dans le contrat d'objectif et de moyens avec l'agence. Je pense que les choses avancent doucement et qu'il reste beaucoup à faire. Voilà le témoignage d'un directeur d'hôpital tel que je pouvais vous donner aujourd'hui....

La formation des professionnels

PASS d'Annecy et de Chambéry

Mme Doris Mall, assistante sociale Service des Urgences -Centre hospitalier d'Annecy
Dr. Bruno De Goer, PASS de Chambéry

Je suis assistante sociale aux urgences de l'hôpital d'Annecy et j'ai une mission PASS, Je participe à la PASS de l'hôpital, comme toutes les assistantes sociales de l'hôpital. J'ai simplement un rôle de référente par rapport à mes collègues, donc le docteur de Goer et moi-même allons vous parler de la formation du personnel de la PASS et des diplômes universitaires.

En l'absence du Dr Annie AGNOLI retenue au dernier moment, le Dr De Goer introduit cette intervention :

Dans ses notes de préparation, le Dr Annie Agnoli voulait parler en terme de formation à deux niveaux : la formation diplômante et la formation continue des personnels de la PASS.

Pour la formation diplômante, elle a listé trois diplômes universitaires qui sont :

- Un diplôme inter universitaire à l'université de médecine Paris XIII, à Bobigny,
- Un diplôme inter universitaire à la faculté de médecine université de Paris VI
- Un diplôme universitaire à la faculté de médecine de Grenoble.

Ce sont des diplômes universitaires axés sur la précarité où tout professionnel peut s'inscrire, ils ne sont pas réservés aux médecins, le public est théoriquement multidisciplinaire.

Le deuxième axe sont les formations à travers les journées de rencontre : les journées nationales (il y en a eu deux à Paris, dont la seconde en 2002 comptait 800 inscrits pour 250 places). A l'issue de cette seconde journée de rencontre nationale, il avait été proposé une déclinaison régionale et des rencontres entre des PASS un peu plus proches... par exemple les PASS rurales et les PASS plus urbaines. Il y a peut-être des exemples de ce type d'expériences, il y a eu d'ailleurs en Rhône- Alpes.

Quelle formation initiale ou continue faut-il pour les étudiants ou les soignants ?

Mme Doris Mall.

A l'hôpital d'Annecy, nous avons mis en place deux formations : une auprès de l'IFSI et une autre auprès des internes des Urgences de l'hôpital. La première se situe dans le cadre du module urgence réanimation. Le formateur qui s'occupe de ce module nous a demandé depuis deux ans d'intervenir pour parler des urgences sociales et plus particulièrement de la PASS. Ce sont des troisièmes années, nous passons à peu près deux à trois heures, avec les élèves infirmières, une fois par an depuis deux ans. Nous avons comme support une disquette de présentation que nous passons en préambule et ensuite nous discutons avec un échange de questions/réponses. Nous avons beaucoup d'appréhension par rapport à cette intervention qui signifie pour les élèves infirmières, une présence obligatoire (donc non choisie) et finalement, il y avait beaucoup de questionnements par rapport aux personnes démunies et à la prise en charge dans les différents services et notamment aux Urgences. Les élèves s'interrogent beaucoup sur le « comment cela se passe », à qui il faut s'adresser ... Ce qui les a beaucoup intéressés, c'est que l'on leur parle de CMU et d'AME parce que

cela leur paraît très flou. On en profite pour faire le tour des questions sociales et de la PASS de manière plus générale, quand on intervient à l'IFSI.

Le deuxième axe concerne les internes : on « profite » du changement des internes, au moment de leur arrivée aux Urgences. On leur propose un programme de formation en un mois. Dans ce cadre, le chef de service a demandé à l'assistante sociale des Urgences d'intervenir pour présenter son travail, d'expliquer quelle est sa fonction et comment elle peut travailler avec des internes qui n'ont pas forcément l'habitude de travailler avec une assistante sociale. On a décidé avec le docteur Agnoli , de présenter la PASS, toujours avec le même support. Ensuite on a eu un échange avec les internes qui débutent dans le service et qui doivent aussi prendre en charge les personnes démunies qui se présentent aux Urgences. L'objectif est d'arriver à rencontrer l'ensemble des nouveaux internes de l'hôpital, pour l'instant on se limite aux Urgences parce que c'est difficile à organiser, mais on aimerait que cela soit étendu à l'ensemble des internes de l'hôpital à chaque nouveau semestre. Ces internes font aussi des gardes aux Urgences et ont par ailleurs à prendre en charge des personnes démunies dans leur service.

Pour l'instant, ce sont les deux seules formations que nous ayons mises en place parce que nous n'avons pas beaucoup de recul à l'hôpital d'Annecy. Nous avons un binôme assistante sociale/ médecin PASS depuis le premier janvier 2004, il n'a pas pu fonctionner jusqu'à présent puisque le médecin n'a pas pris ses fonctions.

Nous avons réfléchi et nous avons bien sûr des idées quant aux formations prévues au sein de l'hôpital. Il est question d'intervenir dans les différents services d'hospitalisation pour présenter la PASS. Il est prévu aussi de faire une journée portes ouvertes et d'inviter l'ensemble du personnel au travers d'un 'affichage pour venir s'informer sur la PASS et son fonctionnement dans un hôpital. Nous avons souhaité ouvrir cette journée au réseau ville/hôpital, de manière à ce que les gens du réseau qui travaillent avec nous puissent aussi venir s'informer ce jour là.

Une journée portes ouvertes, la pose d'affiches, la rédaction de procédures de sollicitation de la PASS pour faciliter sa sollicitation au niveau des services... : tout cela nous paraît difficile en travaillant en binôme, nous n'avons pas de recul mais peut être y-a-t-il des gens qui ont une expérience dans la salle et qui pourraient nous parler des points suivants : comment se faire interpeller par les différents services, de quelle manière et avec quel support. Nous avons pensé rédiger des procédures de sollicitation que nous aurions distribuées aux différents services, aux cadres infirmiers et aux travailleurs sociaux qui interviennent dans ces services.

Un partenariat fort

Mme Pascale Keuch, PASS - Hôpital de Beauvais

La PASS de Beauvais ressemble beaucoup aux différentes expériences que j'ai pu entendre ce matin mais simplement, c'est une PASS qui a 10 ans cette année. Nous avons démarré en 1994, car une circulaire de Mme Simone Weil invitait les directeurs d'hôpitaux à faire des efforts sur l'accueil des personnes démunies. Elle avait été alertée par Médecins du Monde et ATD Quart monde, en particulier sur le fait que certains hôpitaux refusaient de soigner des personnes sans couverture sociale, sans domicile... . La direction de l'hôpital a souhaité mettre en place ce qui correspondait à une PASS, sur le plan médical, social et administratif.

Dès 1994, nous n'avons pas imaginé fonctionner sans les associations, les foyers d'hébergement ...et avons créé un comité de pilotage avec des représentants intra et extra hospitaliers.

1. Le public accueilli

Quand on parle de personne démunie, de qui parle-t-on ? C'est un préalable indispensable pour partager nos différentes expériences et évaluer la pertinence de nos dispositifs.

Trois premiers critères sont facilement repérables :

- un problème de santé,
- l'absence de domicile stable,
- l'absence de couverture sociale.

Le quatrième critère qui nous pose des problèmes de repérage concerne les difficultés d'accès ou de recours aux soins. Il s'agit :

- des freins culturels (mode de vie, pays d'origine) ;
- des freins administratifs (des personnes qui auraient droit à la CMU, à l'AME n'en bénéficient pas car les formalités rebutent) ;
- des freins financiers (parfois, des personnes ont des ressources en théorie mais sont victimes du surendettement ... et ne vont plus chez le médecin) ;
- des freins psychologiques (personnes qui n'investissent absolument pas leur santé et qui n'ont pas vu de médecin généraliste et bien sûr aucun spécialiste) ;
- des freins d'accès géographique (personnes du monde rural, de quartiers excentrés qui ont beaucoup de difficultés de transport) ;
- l'absence de référent santé.

2. Fonctionnement de la PASS

Nous avons mis en place un dispositif avec un accueil médical pour offrir un bilan de santé et un suivi médical, un accueil social, administratif, avec la mise en place de permanences de la sécurité sociale toutes les semaines à l'hôpital. Dès 1994, l'hôpital a accepté d'embaucher une éducatrice à mi-temps pour un accompagnement humain de la personne en difficulté vers le soin.

Donc en amont et en aval de l'hôpital, cette accompagnatrice transporte les personnes, prend le temps de les écouter. Ce poste à mi-temps est devenu temps plein dès 1996.

Ces différents accueils sont proposés à la personne selon une chronologie variable, relative à chaque personne. Ainsi, elle peut vouloir rencontrer l'assistante sociale trois fois avant d'accepter de voir le médecin. C'est l'hôpital qui s'adapte à chaque personne.

Notre PASS est une action partenariale forte qui repose sur la mobilisation du personnel hospitalier et de nos différents partenaires.

D'emblée, la direction de l'hôpital a souhaité participer au comité de pilotage avec le directeur des finances qui nous tient au courant régulièrement de chaque dépense pour les postes du personnel, pour les dons de médicaments, ...

Il y a aussi des référents médicaux, soignants, sociaux, administratifs et des psychologues. Au sein du comité de pilotage, nous pointons une implication très forte de la DDASS, de la Préfecture, des CHRS et associations caritatives... Leur mobilisation est essentielle dans la durée car, au départ, nous étions financés par le contrat de ville de Beauvais et ensuite, grâce à la loi contre les exclusions, par le budget de l'ARH. Bien sûr, il faut veiller à une harmonie territoriale en continu.

Le comité de pilotage est donc très important. Il a mis en place des groupes de travail pour évaluer la PASS avec l'ingénieur qualité de l'hôpital, des formations rassemblant les partenaires intra et extra hospitaliers. Quelques référents de la PASS ont d'ailleurs bénéficié de formations très pointues dans le domaine de la précarité.

3. Extension de la PASS

Le comité de pilotage a souhaité étendre l'action de la PASS avec des consultations hospitalières avancées, médico-sociales (CHAMS). En 1999, ses membres ont constaté que malgré l'existence de la PASS, des personnes ne pouvaient accéder aux soins. Nous avons donc ouvert ces permanences, trois demi-journées par semaine en centre ville afin d'aller au devant des personnes démunies et sortir des murs de l'hôpital. Il ne s'agit pas d'une filière spécifique mais bien d'un accueil à la carte.

En 2001, nous avons souhaité étendre notre PASS au monde rural avec un accompagnement social spécifique sur 5 cantons du Nord Ouest de l'Oise.

L'objectif général, c'est donc bien de faire évoluer le dispositif de soins hospitaliers, afin d'accueillir et de permettre l'accès aux soins de tous. C'est possible en inventant des solutions qui tiennent compte des contraintes locales fondées sur un partenariat fort. **Bien sûr, il n'y a pas de modèle unique, seul l'objectif et les considérations éthiques doivent être partagés.**

DEBATS

L'ensemble des débats a porté sur trois points :

1. Information-Formation continue du personnel hospitalier.
2. Formation initiale et diplômante :
3. Organisation particulière des PASS :

Information Formation continue du personnel hospitalier :

En Haute Savoie : une évaluation des PASS s'est déroulée dans le cadre du PRAPS Rhône-Alpes auprès des professionnels de l'hôpital, les résultats du questionnaire passé dans les trois PASS montraient qu'il n'y avait aucune formation spécifique proposée. Par contre d'autres formations pouvaient comporter de petits volets sur les spécificités du public en précarité. Début 2002, l'ensemble du personnel hospitalier ne connaissait quasiment pas l'existence des PASS.

A Lyon : les Hospices civils ont monté, au moment de l'ouverture des PASS, des formations destinées à un triple public :

- les agents administratifs du bureau des entrées,
- les personnels sociaux, les assistantes sociales,
- et les infirmières.

Les agents ont demandé à venir à ces formations, qui ont été réalisées sur plusieurs sites, notamment l'Hôtel Dieu, où elles ont eu lieu plusieurs fois et seront proposées deux fois par an.

A Chambéry : dans le cadre de la formation continue, il y a une formation (une session annuelle seulement car il n'y a pas beaucoup de demandes), qui n'est pas obligatoire. Il y a eu 40 personnes lors de la première session, puis entre 6 et 15 personnes selon les sessions. La réduction du temps de travail a été un facteur limitant du nombre d'inscrits ces dernières années. Il y aura prochainement une nouvelle session. Une réflexion est menée avec la directrice de la formation continue pour rendre cette formation obligatoire pour certains personnels (notamment les urgences, le service sécurité...) dans les 2 ans suivant l'embauche dans un service donné. Tout ceci est en cours de réflexion et paraît intéressant puisqu'il existe des formations obligatoires sur un certain nombre de thèmes, pour les nouveaux agents.

Par ailleurs, à sa création, la PASS a été présentée aux partenaires extérieurs lors de réunions d'équipes: assistantes sociales de secteur, mission locale, associations, CHRS... et aux différents services du centre hospitalier.

Au sein du centre hospitalier, le service sécurité a été particulièrement intéressé. L'équipe doit être reçue à nouveau par le chef du bureau des entrées, et s'est imposée aux urgences, parce que c'est le service avec lequel elle travaille en direct. Au bout de trois ans et demi de fonctionnement de la PASS, les partenaires extérieurs connaissent mieux la PASS que les professionnels hospitaliers.

A Elboeuf : l'établissement hospitalier est important (250 lits de court séjour), l'entrée dans les services (urgences, consultation) a souvent été faite avec l'arrivée d'un malade passé par la PASS, donc sur une situation précise. L'infirmière, souvent à l'occasion de l'orientation, a eu des contacts avec tel ou tel service d'exploration fonctionnelle, d'urgence ou d'ailleurs, de

consultation ou même de médecine générale, et c'est par ces contacts que progressivement elle a discrètement glissé dans certains services. A ce moment là, il y a eu des réunions ponctuelles, qui lui ont permis de rencontrer les services.

En chirurgie, peu de personnes se sont senties concernées. En maternité par contre, les professionnels étaient beaucoup plus sensibles parce qu'ils avaient affaire à des situations sociales, l'équipe sociale fonctionne très bien entre la permanence à l'extérieur, les différentes équipes, les différentes personnes dans les services. Les assistantes sociales ont tenu un rôle d'information sur la permanence, et fonctionné en relais.

Enfin, une formation a été inscrite à l'accueil lors de la mise en place de la PASS, pendant 2-3 ans, et une présentation de la PASS en quelques mots a été inscrite dans le livret d'accueil du personnel hospitalier.

Pour les hôpitaux du Léman : le travail d'orientation dans les autres services est ingrat, et il est important qu'il y ait des retours sur ce qui s'est passé sur les situations. Les soignants ont la perception d'une évolution favorable.

Formation initiale et diplômante :

- A Lyon : En faculté de médecine, dans le module de santé publique, une présentation sur le travail des PASS a été faite avec Médecins du Monde. Malheureusement, les étudiants n'en ont pas compris la portée, et l'expérience n'a pas été renouvelée l'année suivante. Par contre la prise en charge de la précarité est au programme (d'internat de médecine) et d'ici quelques années, tous les étudiants auront eu un minimum de savoir, mais aussi l'occasion de se poser la question de la prise en charge des personnes en précarité. Les Hospices Civils de Lyon travaillent sur les problèmes sociaux des personnes en situation de précarité, dans les écoles d'infirmières, il s'agit de modules optionnels.
- A Chambéry à l'école d'infirmières, il y avait initialement 2 heures, puis 4 heures dans le module de santé publique, module obligatoire jusqu'à l'année dernière. Ce module de santé publique est devenu optionnel depuis cette année. On intervient donc qu'après des étudiants qui le choisissent.
- A Paris : un stage santé- précarité organisé par l'hôpital de La Pitié Salpêtrière, l'hôpital de St Louis et celui de St Antoine (une année sur chaque hôpital). Il comporte 3 fois une semaine au cours de l'année, plus un stage et un mémoire. Il est multidisciplinaire et permet des échanges avec les différents représentants de toutes les provinces de France autant au niveau rural qu'urbain.
- A Grenoble, il y a un DEU Santé- Précarité, 3 semaines dans l'année.

Organisation particulière des PASS :

- Une PASS externe : la mission France de Médecins du Monde à Grenoble, est la PASS externe non officielle à Grenoble. Comment peut fonctionner une filière non spécifique à l'hôpital avec du personnel qui est attribué dans le cadre des PASS, mais qui est « noyé » dans le personnel hospitalier, avec un public en difficulté qui est aussi noyé dans le flux des Urgences d'un grand hôpital ? Comment peut-on avoir une filière de prise en charge spécifique des personnes précarisées et en même temps comment faire en sorte que ces moyens mis à disposition de l'hôpital, qui manque d'effectif, soient réellement utilisés pour ce qui est prévu ?

- **Une équipe PASS polyvalente** : dans les hôpitaux du Léman à Thonon les Bains et Evian, la PASS est répartie sur tous les travailleurs sociaux, avec 5 ou 6 travailleurs sociaux qui mènent d'autres actions en dehors. Il y a des inconvénients et des avantages à cette situation, mais au regard du nombre de situations vues par les uns et par les autres, cela représente effectivement un poste à temps complet. Tous les professionnels « font de la PASS », et ainsi en cas de congé, en cas de vacances, en cas d'absence, il y a toujours quelqu'un qui peut recevoir.
- **Accompagnatrice de santé** : l'infirmière de l'équipe mobile de coordination du réseau social « Rue-hôpital » à Lyon, est un tiers, elle connaît de par sa fonction d'infirmière l'hôpital, la rue, les squats, les foyers d'hébergement, et accompagne les équipes éducatrices. Son rôle est de dédramatiser les situations, de pas envoyer aux Urgences un malade qui a un autre problème de santé. Ce rôle d'accompagnatrice est essentiel pour les gens qui ne savent pas aller seuls à l'hôpital, elle introduit à l'hôpital des personnes qui n'y sont jamais les bienvenues, elle les présente aussi aux équipes soignantes. Elle effectue un travail de préparation qui évite les entrées aux Urgences. Il n'y a pas beaucoup d'expériences d'infirmières mobiles, d'accompagnatrices de santé, ce sont des expériences qui semblent importantes à développer.
- **Une complémentarité de fonction** : à la PASS de l'Hôpital de Privas en Ardèche, qui est un tout petit hôpital, l'assistante sociale est à 30 % sur la PASS et une autre est à temps plein sur l'hôpital. Ces deux professionnelles fonctionnent toutes les deux sur la PASS. En janvier 2003 il y a eu la mise en place d'une équipe de liaison et de soin en addictologie avec une infirmière. Ceci a permis de relancer la PASS puisque le travail est fait en équipe.

Atelier 1

Autour et avec l'utilisateur : Repérage des problèmes et solutions pratiques

Animation : Mme Myriam Talon, Mme Marie-Thé Seng

En introduction, il est rappelé

- que le repérage des difficultés et l'anticipation des problèmes / solutions constituent deux démarches fondamentales pour le bon fonctionnement des PASS,
- que le dispositif des PASS est par définition transitoire; l'orientation vers le droit commun reste l'objectif « in fine ».

1) L'illettrisme et autres désavantages pour les soins

- Le défaut de couverture sociale : difficulté fréquente mais pour laquelle des solutions existent par l'ouverture de droits ; des problèmes persistent pour les personnes en situation irrégulière et celles qui ont un simple visa touristique.
- L'accès aux mutuelles : l'avance des frais auprès des professionnels de santé reste problématique ; parmi les solutions, l'aide à la mutualisation et l'attribution d'aides financières ponctuelles.
- La barrière de la langue est une difficulté importante, les primo-arrivants constituant la moitié de la clientèle. Certaines PASS ont expérimenté avec succès le recours à un organisme de traducteurs (conventionnement) et par ailleurs une liste des médecins de ville maîtrisant une ou des langues étrangères a été dressée.
- L'illettrisme : cette difficulté n'est pas visible au prime abord, étant donné les stratégies de contournement mises en place par les personnes concernées. 3 types de solutions : le recours aux codes « couleurs et chiffres », le principe de consignes simples et précises, l'accompagnement physique des personnes vers les lieux importants.
- Les difficultés de comportement : elles se situent au niveau de la compliance (programmation de rendez-vous, anticipation de la démarche de soins). L'attention à porter à la démarche d'accueil est primordiale.
- Difficultés spécifiques :
 - L'accueil des gens du voyage, dont la fidélisation à un médecin traitant et l'intégration au système de soins restent difficiles. Parmi les solutions : se rendre sur les aires de stationnement, préciser que la PASS conservera le dossier médical en vue de consultations ultérieures susceptibles de rythmer les déplacements, respecter la culture de cette communauté centrée sur une personne référente (fonctionnement proche du clan).
 - Il existe une précarité « silencieuse » chez des personnes non repérables d'emblée et pourtant en grande difficulté. Il convient de se doter d'un outil de repérage (ex. le questionnaire mis en place à La Mure en Isère) à diffuser dans tous les lieux d'accueil social.

Propositions :

- ❖ *Le recueil de la parole des consultants* quant à leurs difficultés d'accès à la santé, sachant que 90% d'entre eux sont orientés par des personnes relais – travailleurs sociaux ou bénévoles d'associations. L'importance de travailler en prévention, donc en amont de l'hôpital, d'anticiper et de repérer est à souligner.

- ❖ *L'accompagnement physique* est une autre ressource (témoignage d'une infirmière équipe mobile PASS) : la démarche de fidélisation à un médecin traitant et d'accompagnement à la santé représente un travail de fourmi, non quantifiable, mais qui évite à terme le passage aux Urgences.
- ❖ *La nécessaire mobilisation des équipes PASS* auprès de l'ensemble des services hospitaliers, pour se faire connaître et reconnaître, et faire respecter la mission d'accueil de l'hôpital de tout malade. La PASS est donc surtout un état d'esprit, un engagement.

2) La délivrance des médicaments

L'expérience de la PASS de l'hôpital de Thonon (74), à savoir l'élaboration -à la demande des financeurs- d'un protocole valable pour tous les hôpitaux du Léman (pharmacies, services des urgences, services de radiologie), a montré l'intérêt de la constitution d'un *registre PASS* où sont consignés tous les actes demandés ainsi que les médicaments délivrés, en contre-partie d'une veille quant à l'accès aux droits. Ainsi 90 % des droits de clients réguliers de la PASS ont pu être récupérés, ce qui représente un avantage non négligeable en termes de gestion financière pour l'hôpital.

Si le fonctionnement en réseau (nombreux échanges entre professionnels) constitue un point fort de l'expérience, certaines difficultés demeurent telles que l'impossibilité de couverture immédiate dans certains cas -malgré les dispositifs CMU ou AME-, l'insuffisance du budget de fonctionnement, la nécessité de l'extension du registre PASS à une ou deux officines de ville.

Atelier 2

Autour et avec l'usager : La construction du partenariat Confidentialité et relations avec les partenaires

Animation : Mme Véronique Famelat-Banet, Mme Valérie Morales

31 personnes participaient à l'atelier :

14 assistants sociaux ; 2 agents d'accueil social ; 4 Infirmières ; 1 secrétaire ; 1 directeur ; 4 médecins ; 1 psychologue ; 1 éducateur spécialisé ; 2 cadres socio-éducatifs ; 1 coordonnateur PRAPS.

Relations avec les partenaires extérieurs et confidentialité :

La confidentialité est une préoccupation majeure exprimée par les participants de l'atelier. Souvent les situations des personnes reçues sont bouleversantes et déstabilisantes pour les professionnels. Il y a une crainte d'oublier cet élément essentiel.

Le médecin est garant du secret. C'est pour lui une exigence. S'il est nécessaire de transmettre une information, le médecin encourage la personne à le faire. Le patient doit toujours être averti de l'information notée et partagée et donner son accord. Il doit être acteur ou partenaire dans ce partage de l'information, il faut discuter de ce qu'il doit révéler (gale dans un foyer par exemple). Le patient et le médecin doivent donc se mettre d'accord.

L'information partagée doit se limiter à ce qui est utile et nécessaire. Lorsqu'un travailleur social demande ou apporte des éléments nécessaires pour l'évolution de la situation, le médecin peut donner un « accusé de réception » : « oui, je m'en occupe ».

Le secret ne doit pas être un obstacle pour les soins. Chacun est responsable des confidences reçues, médecin ou travailleur social. Des questionnements ont été exprimés autour des dossiers informatisés.

Dans quelles conditions les personnes en difficultés peuvent-elles être reconnues comme partenaires ?

Le partenariat peut être décliné dans différents axes :

- faire en sorte que les personnes soient actrices dans leurs parcours de santé
- les groupes de parole et les actions de santé communautaire
- les personnes en difficultés, elles-mêmes formatrices de professionnels : c'est ce troisième axe qui a été développé.

En effet, il existe trois types de savoirs : le savoir universitaire, celui des professionnels ou bénévoles engagés sur le terrain et le savoir issu de l'expérience vécue. Il faut provoquer des échanges entre ces différents types de savoirs, tous nécessaires et complémentaires.

L'expérience de co-formation initiée par le mouvement ATD Quart Monde a permis de décrire les conditions et les outils nécessaires à la réussite d'un tel partenariat dans le cadre d'une formation mutuelle entre personnes en difficultés et professionnels (voir annexe).

Les expériences exprimées dans le groupe et débat :

Un groupe d'usagers à Lyon, un film effectué avec les usagers d'un CHRS de l'Armée du Salut, le PRAPS de Haute Savoie sur « l'aide aux aidants », la particularité du milieu rural (culture, attitude de mutisme) ...ont été évoqués.

Apprendre des autres, travailler sur les représentations, sur l'estime de soi ... sont des éléments nécessaires. Le partage des savoirs implique l'ébranlement de la toute puissance des savoirs reconnus (notamment la toute puissance médicale) et donc l'acceptation d'être dérangé.

Atelier 3

Autour et avec l'utilisateur : Consolider les PASS

Animation : M. Frédéric Sahajian, Mme Ducos-Miéral

L'évaluation

Tout nouveau dispositif mis en place justifie pour son maintien ou son orientation d'être évalué, l'évaluation pouvant lui apporter les éléments confortant ses bases ou permettant sa réorientation. Elle peut et doit être organisée et menée avec les professionnels eux-mêmes. Dans le cas des PASS, il s'agit essentiellement d'une évaluation descriptive, qui porte sur plusieurs aspects :

- L'approche sociale :

Il existe des outils d'observation sociale, communs à tous les services sociaux, mais ils ne sont pas adaptés à la spécificité de la population des PASS.

On peut regretter une insuffisance de prise en compte charges sociales qui interviennent sur les personnes (problèmes de domicile, de travail...)

Par ailleurs, il est observé dans la pratique un délai d'ouverture des droits de 60 jours, ce qui est loin du délai estimé par les travailleurs sociaux (15jours à 3 semaines).

- L'approche médicale :

Elle peut être étudiée à partir des fiches médicales utilisées pour chaque patient lors des consultations. Il apparaît qu'il n'y a pas de spécificité de diagnostic ou de pathologie, on retrouve les grandes pathologies habituelles mais dont le diagnostic ou l'évolution peuvent être modifiés par les conditions de la précarité (retard au diagnostic, au traitement, complications).

Des fiches ont pu être créées pour cette observation, et sont en général adaptées par les équipes, l'absence de standardisation de ces outils de recueil rend la connaissance et la comparaison plus difficiles. Il s'agit souvent de recueils discontinus

L'ANAES (Agence nationale de l'évaluation en santé) a réalisé en 2003 une étude au niveau de 20 PASS pendant 6 mois. Elle montre qu'il n'y a pas de surconsommation médicale (2 consultations par patient en 6 mois), et confirme l'absence de pathologies spécifiques.

- L'approche préventive :

Ce n'est pas une priorité pour cette population qui est confrontée à une réalité immédiate de santé, les autres réalités pratiques de la vie passant au premier plan. La notion de prévention n'est pas systématiquement abordée par les professionnels avec les patients qui ont du mal à se projeter dans l'avenir sur ces thèmes.

Deux exemples font état d'avancées dans ce champ, avec l'expérience de deux villes : Thonon qui a développé une structure délocalisée, plus proche des personnes, et Grenoble où Médecins du Monde aborde la prévention sur le thème demandé par la population (toxicomanie, sida...), répondant ainsi à une demande réelle et permettant d'apporter des informations attendues.

Le Pilotage :

L'observation et l'évaluation du dispositif permettent d'apprécier sa pertinence et sa capacité à répondre aux besoins repérés, elles apportent les éléments d'orientation nécessaires à son pilotage. S'agissant de structures innovantes, même si certaines d'entre elles ont déjà

plusieurs années de fonctionnement, elles doivent sans cesse s'interroger sur l'évolution des besoins, sur ce qui n'a pas été exprimé ou entendu, et s'adapter à toute nouvelle situation non encore prise en compte.

Il n'y a pas de fonctionnement type, les modalités d'organisation sont très variables selon les PASS, en fonction du contexte historique local, de l'engagement des partenaires, de leurs objectifs.

Il faut donc suivre l'évolution de chaque PASS et prévoir toutes les mesures d'accompagnement nécessaires. Le pilotage est un outil indispensable au fonctionnement des PASS, qui doivent encore sensibiliser les acteurs et les partenaires, et asseoir leur existence.

Le comité de pilotage a donc un rôle de suivi, évaluation, atteinte des objectifs, adaptation des moyens, toujours en fonction du contexte local.

Il est souhaitable que ce comité puisse s'ouvrir plus largement, aux autres services hospitaliers ainsi qu'aux partenaires extra hospitaliers, de façon à sensibiliser et mobiliser le plus d'acteurs possibles.

Conclusions

Monsieur Van Den Berg, Secrétaire général de l'ARH

L'Agence a financé il y a quelques années, essentiellement en 1999 et 2000, la mise en place d'une trentaine de PASS. De Lyon, il est toujours assez difficile de se rendre compte de ce qui se passe exactement sur le terrain.

Aussi nous avons essayé de savoir où les crédits étaient allés, car nous distribuons beaucoup d'enveloppes aux établissements, et on n'est pas toujours très sûr que l'argent alloué va bien à l'endroit où il doit aller. J'ai pu me rendre compte, de manière très concrète, que ces PASS fonctionnaient, évidemment avec certaines difficultés, mais que globalement, ce qui avait été fait à ce moment là rendait un service.

Je voulais d'ailleurs vous **remercier pour le travail** que vous réalisez. Je sais que c'est un travail difficile parce qu'il est un peu marginal par rapport à la fonction principale de l'hôpital. En tout cas, il est souvent perçu comme cela, à tort à mon avis, mais je crois que c'est un peu inhérent au contenu de cette activité et je ferais un parallèle avec un autre domaine auquel je m'intéresse très directement à l'agence, la culture de l'hôpital. Je fais un parallèle entre ces deux domaines, parce qu'à mon sens ce sont des approches tout à fait transversales et qui ont le grand mérite de décroiser l'hôpital.

L'hôpital, comme toutes les institutions d'ailleurs, a une tendance fâcheuse à cloisonner les choses, à répartir les affaires dans des petites cases qui ensuite ne communiquent plus entre elles, et au bout d'un moment, l'institution finit par perdre le sens même de ce pourquoi elle existe.

Par votre activité, vous êtes vraiment au cœur de la fonction de l'hôpital qui ne devrait pas être que de la médecine en général, qui ne devrait pas être seulement de soigner, mais surtout de permettre aux gens d'être en meilleure santé.

Vous me direz, si on soigne c'est pour que les gens soient en meilleure santé, mais la santé c'est plutôt ce qui se passe *avant* que l'on soit malade, plutôt que *quand* on est malade. Tout ce que vous faites est utile pour ce qui se situe avant le soin et après le soin, ce qui constitue finalement beaucoup plus la santé que le soin lui-même. Il ne faut surtout pas confondre santé et système de soins, et on le sait aujourd'hui, le système de soins n'intervient que pour une part dans l'état de santé de la population. Il y a beaucoup d'autres facteurs qui sont aussi importants et c'est un peu le travers des professionnels de santé de penser que la santé des gens ne dépend que d'eux, position de toute puissance qui a été évoquée tout à l'heure.

Vous devez avoir le sentiment que votre activité n'est pas suffisamment reconnue ou qu'elle dérange. Mais n'est-ce pas un signe de réussite ? Le jour où vous ne dérangerez plus, il faudra vous interroger sur ce que vous faites, il y aura quelque chose qui dysfonctionne.

Parce que ces activités sont un peu transversales ou à contre-courant, elles dérangent, c'est dans leur nature même.

Quelques mots pour parler des **réformes en cours** : elles sont nombreuses, et peuvent d'une certaine manière inquiéter, par rapport à l'orientation qu'on cherche à donner au fonctionnement de l'hôpital aujourd'hui. Vous avez entendu parler sans doute du plan « Hôpital 2007 », c'est un plan qui comporte plusieurs volets, dont je vais extraire quelques points vous concernant directement.

La nouvelle gouvernance : on met sous ce vocable tout ce qui concerne le fonctionnement interne de l'hôpital, il s'agit essentiellement de modifier un peu le pilotage de l'hôpital. Certaines présentations ont montré des ponts qu'il faudrait établir, on a parlé tout à l'heure d'un comité de pilotage, où j'ai retrouvé un peu l'idée contenue dans la nouvelle gouvernance. Il s'agit d'essayer de décloisonner l'organisation actuelle, de fonctionner plus en pôles d'activité qu'en service individualisé. Au travers de cette idée, il y aurait la possibilité pour les PASS de s'intégrer mieux dans un pôle d'activité au sein de l'hôpital.

Il y a aussi dans la nouvelle gouvernance une **plus grande responsabilisation des acteurs**, en particulier des directeurs dans leur gestion. Il y a aussi une volonté d'associer plus fortement autour d'un objectif, entre la partie direction administrative et la partie médicale.

La réforme financière ou budgétaire, va introduire la tarification à l'activité, avec une recherche de rendre l'hôpital plus productif.

Que veut dire pour un hôpital d'être plus productif? C'est l'idée, comme dans un autre secteur d'activité économique, d'utiliser au mieux les moyens disponibles. Cela se traduit essentiellement en matière hospitalière, par la réduction des durées moyennes de séjour.

Ce qui va changer principalement dans le fonctionnement budgétaire des hôpitaux, publics ou participant au service public ?

Jusqu'à présent, il s'agissait d'un fonctionnement budgétaire basé sur les dépenses. Chaque année, l'agence allouait un budget à l'hôpital pour fonctionner, et les PASS en ont fait partie. Cette enveloppe spécifique était allouée aux agences qui l'ont redistribuée aux hôpitaux pour la mise en oeuvre.

Ce qui va constituer dorénavant le budget de l'hôpital, ce ne sont pas ses dépenses mais ses recettes. C'est à dire que les moyens dont disposera l'hôpital (pour une part importante mais pas pour la totalité) vont dépendre de son activité, donc des recettes issues des séjours réalisés. Plus la durée des séjours diminue, plus l'hôpital peut accueillir un grand nombre de malades et être productif et donc disposer de moyens importants.

Ainsi, une activité comme la PASS qui ne participe pas directement à l'activité en terme de séjour, pourrait être considérée comme non productive ou moins productive que d'autres activités.

Cette évolution va se faire progressivement, cette année il y a seulement 10 % du budget qui va dépendre de l'activité, mais l'objectif à terme est d'atteindre 100 %. On sait cependant qu'à l'hôpital public, une certaine partie des activités de l'hôpital ne peut pas dépendre de l'activité, ce sont notamment les missions d'intérêt général. Ce champ ne sera pas concerné de la même façon.

Dans tous les pays étrangers où a été mis en oeuvre ce mode de tarification, ceux qui sont les plus avancés n'ont jamais réparti plus de la moitié du budget à l'activité. C'est à dire qu'il y a au moins la moitié du budget qui reste, lui, attribué sous forme d'enveloppe, comme on le connaissait précédemment.

Néanmoins, l'activité d'urgence qui est celle à laquelle vous vous rattachez le plus, sera considérée comme une mission d'intérêt général. Les services d'urgence vont d'abord être rémunérés par un forfait global. Une partie des recettes, destinées à couvrir ces services d'urgence vont dépendre directement du nombre de passages aux urgences.

Le financement des urgences bascule dans le nouveau système dès cette année 2004 à 100 %, Chaque hôpital reconnu comme ayant un service d'accueil des urgences donc essentiellement SAU, recevra un forfait selon le volume de son activité. Il y aura des seuils et on rajoute un forfait de 25 € par nombre de passages. Ceci fait apparaître l'importance d'avoir un volume d'activité important.

Dans ce cadre quel avenir pour les PASS ? Il faut garder l'idée qu'aujourd'hui, on peut certainement mieux faire valoir l'intérêt de ces structures et notamment la filière. Y compris en termes de meilleure productivité de l'hôpital, les PASS peuvent avoir un rôle important à jouer, surtout pour nos concitoyens qui passent un temps très long dans les services d'accueil des urgences.

La circulaire budgétaire 2004 ne parle pas directement des PASS, néanmoins il y a quand même un plan « urgences », qui débouche sur un certain nombre de mesures qui seront financées en 2004. Parmi ces mesures, on peut citer le renforcement des équipes qui font l'accueil des urgences, sur la problématique de l'accueil, avec la présence nécessaire d'un travailleur social même si ce n'est pas cité explicitement dans les développements futurs du plan.

Nous devons attacher une attention plus particulière à ces aspects, et utiliser notre capacité à rendre compte de l'évaluation des bénéfices de la mise en place de PASS.

Mme Marie-Claude N'DJIN,
Responsable du service Mission Promotion Santé à la DRASS Rhône Alpes

Dans le service que j'encadre nous avons, entre autres, comme responsabilité, la coordination régionale du PRAPS, aussi les PASS nous intéressent elles même si nous ne travaillons pas directement avec les hôpitaux.

L'administration de l'État vient en appui et participe à cette journée pour essayer de comprendre dans quelle problématique se trouvent les hôpitaux de Rhône-Alpes pour le fonctionnement des PASS, et concrètement, quels sont les éléments freins, les appuis ?...

Je souhaite vous faire passer un certain nombre de **messages** par rapport aux freins qui vous gênent ; il y a le problème du *choc des cultures*, évoqué plusieurs fois ce matin ; on sent bien qu'il y a une difficulté pour arriver à concilier des cultures très différentes entre les professionnels. C'est peut-être une explication à l'indiscipline de certains étudiants quand on leur parle de la précarité. Dans leur formation, dans le bain culturel dans lequel ils se trouvent, ils n'ont pas cette sensibilisation dès le début. Ils n'ont qu'un regard, personnel, parfois un peu complexé, par rapport à cette approche de la précarité, qui comme certains d'entre vous l'ont dit est une thématique nouvelle, une problématique nouvelle.

Je crois qu'il faut oser s'affranchir d'un certain nombre de cloisons mentales, qui sont souvent les plus résistantes. En effet, quand on est un professionnel du domaine social, on est concerné par la santé, et c'est normal. Quand on est un professionnel de la santé on est concerné par le social et c'est normal aussi. Ne soyons pas timorés par rapport à cette question, osons **affirmer que nous sommes à la fois concernés par la santé et le social** dans le domaine où nous travaillons. C'est d'ailleurs toute la problématique de notre Ministère.

Ce qui m'a marqué dans les témoignages que j'ai entendus ? Quand on est seul à porter une PASS, comme c'est lourd et fragile à la fois ! C'est quand même bien mieux de la **porter à plusieurs, en interne et avec des partenaires extérieurs** ! ça a tellement plus de sens et c'est tellement plus efficace ! Il faut vraiment faire passer ce message pour travailler en réseau, essayer de construire des réseaux.

Au début, c'est vrai, c'est très contraignant : il faut parler, expliquer, convaincre, prendre des contacts divers et variés et construire petit à petit, mailler en quelque sorte. Il faut oser ... Évidemment comme le disait Monsieur Van Den Berg, cela va déranger, parce que l'hôpital va s'ouvrir vers l'extérieur. Ce n'est pas simple d'ouvrir l'hôpital vers l'extérieur car il faut ensuite résoudre la question de savoir comment travailler ensemble ?

Des formations devraient vous aider ; l'administration peut vous appuyer en soutenant financièrement des formations de ce type
Mais votre motivation est l'élément préalable indispensable.

"Et nos directeurs ? Que font-ils ?" **La notion du pilotage représente aussi un enjeu.** alors M. Barral, nous a présenté un exemple extraordinaire de pilotage, avec son exposé sur "comment un directeur pilote la mise en place d'une PASS ».

Le pilotage se joue à trois niveaux, et si un seul des trois niveaux ne fonctionne pas correctement, il handicape les deux autres :

- **Le niveau national** : Avec la Loi de santé publique qui sera promulguée sans doute à la fin de ce semestre, le PRAPS bascule de la lutte contre les exclusions vers la santé publique. Cela ne veut pas dire qu'il ne s'intéresse plus au social, mais en terme d'affichage l'objectif du Praps est un objectif de santé publique.

Pour les PASS c'est la même chose, d'ailleurs les PRAPS et les PASS sont extrêmement liées puisque les PASS sont un des volets importants des PRAPS.

La Loi de santé publique va impulser une nouvelle dynamique. Elle demande de travailler par programme et donc par projet. Chaque thématique va être travaillée par projet, et la PASS est un projet. Cela suppose de faire l'effort de définir des objectifs précis, de déterminer des résultats attendus, de fixer des indicateurs pour apprécier ensuite les résultats obtenus, puis leur donner une visibilité. Il ne suffit pas de bien travailler, il faut aussi donner de la visibilité aux résultats de son travail, et cette visibilité s'appuie sur le suivi et l'évaluation, qui sont à prévoir et à réaliser.

C'est à cette condition que les PASS seront crédibles, entendues, reconnues.

- **Le niveau régional** : le niveau régional va devoir mettre en place des groupements régionaux de santé publique. Un groupement de santé publique c'est un GIP, qui va intégrer un certain nombre de partenaires. C'est donc avant tout de la gestion de partenariat. Dans ce partenariat, l'Etat est majoritaire mais il va associer des partenaires : l'ARH, l'Assurance Maladie à travers l'URCAM, la CRAM et les collectivités territoriales volontaires qui s'investissent dans le champ de la santé.

Le groupement régional de santé publique devra mettre en oeuvre ce que l'on appelle un plan régional de santé publique. Ce plan régional devra à la fois intégrer les plans nationaux et aussi des priorités que l'on va définir au niveau régional. Ce sera au groupement régional de santé publique de dire comment positionner les PASS en terme de priorité.

L'esprit de la Loi est de resserrer les liens entre le système de prévention, mal financé, et le système de soins, mieux doté.

Le PRAPS mais aussi le SREPS (Schéma Régional d'Éducation Pour la Santé), sont prévus dans la Loi ; ils gardent donc leur caractère prioritaire. Des évaluations sur ces dispositifs sont prévues.

- **Le niveau de pilotage local** : il se fait au niveau des directeurs des établissements qui sont des relais fondamentaux de l'action nationale et régionale.

Les PASS doivent donc être conduites comme des projets, à travers ces différents niveaux de pilotage qui sont tous nécessaires et complémentaires.

Quant à vous, vous avez à vous mobiliser pour rendre visibles les résultats de votre travail. Et puis si vous avez à vous adresser à un gestionnaire, apprenez à parler un langage de gestionnaire ; il y a la aussi une question de cultures ; chacun n'entend bien que le langage qui est le sien. Si les gestionnaires pour l'instant n'entendent pas votre langage de professionnel du social, de professionnel de la santé, il faut faire valoir que si la PASS est un dispositif qui a comme cible principale le public en situation précaire voire d'exclusion pour améliorer la prise en charge de ces personnes, il y a bien un effet de régulation, puisque, lorsqu'une PASS fonctionne bien en réseau, à la fois en interne et avec l'extérieur, **elle devient un système de régulation pour l'hôpital.**

L'hôpital a finalement un intérêt à travers la PASS, et le directeur de l'hôpital a lui aussi, en tant que bon gestionnaire, un intérêt au bon fonctionnement de ce dispositif pour améliorer la gestion de son établissement.

QUESTIONS

Quelles sont les évolutions des subventions allouées aux PASS depuis leur création ?

Il me semble que c'était de l'ordre de 250 000 Francs par PASS (32 000 € environ)
Est-ce qu'elles ont été intégrées depuis au budget hospitalier ? Est-ce qu'elles sont toujours distinctes ?

Réponse de Monsieur Van Den Berg :

L'essentiel des crédits a été alloué sur deux exercices ce qui a permis de financer 28 permanences sur la région, ces crédits ont été intégrés dans les budgets des établissements concernés et ont suivi l'évolution normale du budget de l'hôpital. On ne doit pas être très loin du même volume. Mais les établissements ont pu faire varier ces moyens, on ne s'immisce pas dans la gestion quotidienne de l'établissement.

Il y a une volonté politique claire aujourd'hui d'accélérer le développement des réseaux de soins, donc on bénéficiait déjà d'une enveloppe spécifique dans la région, comme pour toutes les régions en France, cette enveloppe est triplée cette année. Elle commence à prendre une importance grandissante et c'est un biais aussi qui peut permettre, puisque ces réseaux comportent notamment des réseaux de prise en charge des urgences, de développer des actions dans un sens d'ouverture de l'hôpital vers la ville. Ces réseaux peuvent être financés à partir du moment où il s'agit d'une action conjointe ville/hôpital ; cette enveloppe est attribuée après une instruction des dossiers de réseau qui est faite en commun entre l'ARH et l'URCAM, soit un dispositif commun qui s'appelle Cap Réseau, une sorte de guichet unique, devant lequel vous pouvez déposer votre dossier de réseau. Il est instruit conjointement par l'ARH et l'URCAM.

Exister-t-il une aide pour valoriser les outils des PASS ?

Réponse de Monsieur Van Den Berg :

C'est à 2 niveaux, ce qu'a évoqué Mme N'Djin est un niveau macro, une politique régionale éventuellement et là on est un peu sur la prospective puisque la loi n'est pas encore votée, on ne sait pas exactement son contenu final et ensuite ce que l'on mettra dedans.

Dans l'aspect plus micro, ce qui va changer ce n'est pas tellement vis-à-vis de l'agence, c'est plutôt pour le coût vis-à-vis des directions d'établissement. L'activité d'urgence devenant rémunérée de manière très directe en fonction du nombre de passages, logiquement un bon directeur d'hôpital devrait s'interroger sur ses coûts en matière de prise en charge des urgences et probablement y intégrer la PASS, de façon à mettre en face la recette que cela lui procure. Même si globalement l'activité d'urgence est considérée comme une mission d'intérêt général, elle comporte un aspect forfaitaire et donc une partie de la recette dépend du volume de l'activité.

Alors comment évaluer la PASS ? Je n'ai pas de recette miracle, j'étais dans le groupe et j'ai entendu des interventions intéressantes : une dame a expliqué notamment qu'un patient avait fait plusieurs séjours dans un établissement, mais qu'il était en rupture. La PASS avait

démontré que si on voulait vraiment apporter une vraie solution à cet homme, il fallait au contraire un séjour plus long, qui déboucherait vraiment sur le retour à un état de santé, et c'est l'un des travers actuellement du PMSI. On pourrait aussi avec cette logique, faire sortir les gens systématiquement et les faire re rentrer pour faire diminuer la fameuse durée moyenne de séjour, là il y a une perversion du système.

Si la PASS peut faire ce genre de chose, c'est qu'elle correspond bien à ce qui est recherché. On a bien vu que les durées moyennes de séjour n'étaient pas les mêmes entre le secteur public et le secteur privé, et qu'elles étaient notoirement plus longues dans le secteur public. On sait bien que certaines cliniques, se séparent des patients qui restent trop longtemps, parce « qu'ils n'ont plus d'intérêt » pour l'établissement.

Il est prévu quand même un système de tarification adaptée, ce qu'on appelle les séjours extrêmes. A chaque séjour il y a des bornes qui sont fixées, bornes basses, bornes hautes, si dans un certain nombre de cas, on dépasse la borne haute, l'hôpital bénéficie toujours d'une recette mais qui est moindre que pendant la durée normale du séjour. Le critère de base correspond au nombre de gens qui passent, ensuite il faut faire dans le qualitatif.

Réponse de Madame N'Djin :

Il faut aussi travailler sur les accès aux droits qui sont à récupérer, tout l'accès au plateau technique, qui peut aussi être valorisé. Dans le Plan Régional de Santé, on devra intégrer le SROS, les deux seront très imbriqués le Plan Régional de Santé et le CROS. Évidemment on ne peut, avec cette loi de santé publique, ignorer les PASS. Surtout si on arrive à démontrer qu'elles apportent une vraie plus-value en santé publique et dans la bonne gestion des hôpitaux.

Réponse de Monsieur BESSON :

Question sur les CHRS :

C'est un peu difficile, quand on compare la problématique des personnes âgées pour lesquelles il n'y a pas de place en maison de retraite et celle des personnes en grande difficulté susceptibles d'être hébergées en CHRS où les places sont globalement insuffisantes.. C'est vrai qu'il y a là peut être quelque chose à faire, parce qu'on pourrait créer des PASS à l'infini et ouvrir des hôpitaux, mais s'il n'y a pas de structure alternative permettant l'accueil de personnes âgées sur 6 mois-1 an et de services d'accueil de personnes en grandes difficultés, la difficulté est réelle.

Réponse de Monsieur Van Den Berg :

Sur la question des médicaments : il faut payer les médicaments consommés (en particulier les molécules onéreuses). La contre partie demandée est un contrat de bon usage (pas trop d'information encore sur ce sujet). Affaire à suivre.

Madame N'Djin :

On peut réfléchir ensemble au soucis des CHRS, les financements de ces structures sont fragiles, il est difficile d'apporter des réponses pour le moment. Il est très difficile d'anticiper l'avenir avec toutes les réformes à venir.

ANNEXES

1. Présentations des ateliers : PASS de St-Etienne au cours des ateliers 1 et 2
PASS de Chambéry au cours de l'atelier 2
2. Questionnaire de l'équipe de La Mure.
3. Diplôme de Grenoble
4. Résultats de l'évaluation de la journée par les participants.
5. Liste et coordonnées des personnes présentes.

ATELIER 1 : REPÉRAGE DES PROBLÈMES ET DES SOLUTIONS PRATIQUES

« Illettrisme et autres désavantages pour les soins »

Équipe PASS – CHU de Saint-Etienne

Repérer chez les consultants un analphabétisme ou un illettrisme, va permettre de veiller aux modalités de la prise en charge à certains détails. Une adaptation pratique des professionnels à ce handicap est nécessaire.

D'autres désavantages sociaux pour accéder aux soins, autres que le défaut d'assurance maladie, sont repérables dans la population qui fréquente la consultation, en particulier les difficultés de communication orale, les troubles du comportement, la perte de repères, les difficultés de planification. Ces consultants se présentent alors souvent adressés ou même accompagnés par des travailleurs sociaux. Autour de la plainte, des diagnostics, va alors s'élaborer un projet de soins pour une prise en charge transitoire qui peut se prolonger.

ATELIER II : LA CONSTRUCTION DU PARTENARIAT

« Relations avec les partenaires extérieurs et confidentialité »

Equipe PASS – CHU de Saint-Etienne

Le bon respect de la confidentialité est une préoccupation qu'expriment fréquemment les consultants.

Les partenaires extérieurs, professionnels sociaux, sont des alliés pour une amélioration d'existence de la personne. Il est parfois justifié qu'ils reçoivent des informations dans la mesure où ils peuvent aider la personne dans la mise en œuvre ou le suivi des soins. Cependant, le contenu de cette information doit toujours être discuté préalablement avec le patient, et si possible être délivré en sa présence.

Dans quelles conditions les personnes en difficultés peuvent-elles être reconnues comme partenaires ?

Equipe PASS – CH de Chambéry

Si la construction du partenariat est en général évoquée entre les différents professionnels, soit internes à une institution, soit travaillant dans des contextes très différents, la construction du partenariat avec des personnes en grandes difficultés ne doit pas être oubliée. Elle est même incontournable dès lors que l'on se situe comme acteur de lutte contre la misère et l'exclusion.

En effet, au-delà du souci porté par chaque professionnel pour permettre aux personnes d'être actrices dans leur projet de santé, et au-delà de la mise en place de groupes de parole ou d'actions de santé communautaire, les personnes en difficultés peuvent être de réels partenaires : par exemple dans le cadre de la réflexion des politiques autour des structures sensées les aider ou de la formation des professionnels.

Le Centre Hospitalier de Chambéry a représenté le monde de la santé dans le programme expérimental Quart Monde Partenaire*, démontrant que les PASS peuvent avoir un rôle de recherche autour d'actions novatrices dans la lutte contre les exclusions. Ce programme a permis d'identifier des conditions pour que les personnes en difficultés soient reconnues comme partenaires à part entière :

- 1- **Les professionnels doivent avoir la certitude que les personnes en situation d'extrême pauvreté ont un savoir à partager avec la société** (dit savoir d'expérience, ou savoir de vie).
- 2- **Ils reconnaissent que ce savoir est nécessaire** : des échanges entre les trois types de savoir (celui des sciences, le savoir d'action, le savoir de vie) sont indispensables à la construction respective de chacun d'entre eux. Ils ont conscience que les pouvoirs, les savoirs et les moyens d'énonciation de ceux-ci sont très inégalement répartis.
- 3- **Les acteurs doivent être dans une attitude de co-chercheur**, de co-formateur, de co-acteur face à la réalité, l'identification des questions, de leur mise en problématique et de la recherche de solutions. Une telle attitude commune, soutenue par des moyens pédagogiques et méthodologiques, permet de rétablir l'égalité entre les groupes d'acteurs différents, de sortir des pratiques normalisantes, de sortir des 'on sait mieux que vous ce qui est le mieux pour vous'. Elle permet de se mettre d'accord ensemble sur l'analyse de la situation de départ, sur les objectifs à atteindre, les moyens et les méthodes à mettre en œuvre, les différentes étapes du projet et de se fixer des temps d'évaluation avec les différents partenaires impliqués.
- 4- **Ne pas être isolé**. Les professionnels de l'intervention sociale font partie d'un groupe avec leurs collègues, leur équipe de travail et sont mandatés par leur institution, alors que les personnes en situation de pauvreté font partie d'un groupe non structuré, qui est leur milieu de vie. Il convient de créer des espaces de liberté, d'expression ou de formation où les très pauvres peuvent s'exprimer, écouter les autres, apprendre, dialoguer dans un climat de confiance. C'est le groupe qui légitime leur prise de parole.

Ceci étant acté, pour mettre en place un partenariat efficace et respectueux autour d'un projet, il convient donc de :

- 1- **Mettre en place des critères de recrutement des acteurs désireux de s'impliquer dans un tel partenariat**. Les pré-requis nécessaires sont: du côté des personnes en difficultés, l'expérience de la grande pauvreté, la formation à l'expression, la formation au travail en groupe et à la réflexion, l'appartenance à un collectif de pairs. Du côté des professionnels, la pratique professionnelle avec des publics en grandes difficultés sociales, le volontariat, l'accord de son institution
- 2- **Veiller à ce que dans le groupe de travail, l'indépendance entre les participants soit assurée** : les personnes en grandes difficultés ne doivent en rien être inscrites dans un lien d'autorité ou de dépendance par rapport aux professionnels, les acteurs doivent être absolument libres les uns par rapport aux autres.
- 3- **Mettre en place une indispensable équipe pédagogique** pour soutenir et animer la participation, l'expression et le dialogue. Celle-ci doit créer les conditions d'un rapport de réciprocité par l'acceptation fondamentale de l'autre, dans son savoir, dans sa parole, dans sa position et son identité. Il convient d'éviter que la parole des professionnels s'impose à la parole des personnes en difficultés. Ceci signifie qu'il faut accompagner en amont et en aval des rencontres, et aller au rythme du plus lent.



Questionnaire CH

Mieux prendre en charge votre santé dans l'avenir

Ce questionnaire doit nous permettre, si vous êtes actuellement dans une situation difficile, de vous proposer de rencontrer un travailleur social afin de mieux préparer votre sortie de l'hôpital. Bien entendu cette rencontre n'aura lieu que si vous le souhaitez et vos réponses resteront confidentielles.

1 - Vivez-vous en couple ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
2 - Etes-vous propriétaire de votre logement ? (ou accédant à la propriété)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
3 - Y a t il des moments dans le mois où vous ne pouvez pas acheter la nourriture car vous avez besoin parce que vous n'avez pas assez d'argent ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
4 - Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire par : - mutuelle ou assurance - CMU Complémentaire	Oui <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
5 - Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
6 - Vous est-il arrivé d'aller au spectacle, au cinéma au cours des 12 derniers mois ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
7 - Vous est-il arrivé de partir en vacances au cours des 12 derniers mois ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
8 - Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille (autres que vos parents ou vos enfants) ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
9 - En cas de coup dur (financier, familial, de santé ...) y a t il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour : - vous héberger quelques jours en cas de besoin ? - vous apportez une aide en argent (y compris prêt) ?	Oui <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
10 - Rencontrez-vous parfois un travailleur social ? (assistante sociale, éducateur)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Source : Centres d'Examens de Santé, 1998

Nom, prénom (facultatif) :

Age :

Sexe :

Merci de rendre ce questionnaire au cadre de ce service.

Merci de votre participation

L'utilisation de ce questionnaire nécessite de calculer un score, les questions ayant des « poids » différents. Vous pouvez nous contacter pour plus d'information si vous désirez utiliser cet outil.

Point Ressources Santé – 33 rue Victor Hugo – 38610 Gières
tél : 04.76.89.31.42- fax : 04.76.59.16.10 - e-mail : prs.oiseableu@libertysurf.fr

Score de Précarité : méthode de calcul proposée (présentation)

Ce score varie de 0 à 100 de la situation la moins précaire à la plus précaire (en fait le score minimum est de -1 pour des questions d'arrondis destinés à simplifier les calculs). Le seuil à partir duquel une personne est considérée en situation précaire est de 65. Environ un tiers de la population a un score de plus de 65 et est donc considéré comme pouvant être en difficulté.

En pratique :

Ce score est calculé à partir d'une constante égale à 85 et les réponses permettent de rajouter ou d'enlever des points afin d'établir le score.

	Constante = + 85	
	oui	non
1 - Vivez-vous en couple ?	- 8	0
2 - Etes-vous propriétaire de votre logement ? (ou accédant à la propriété)	- 8	0
3 - Y a t il des moments dans le mois où vous ne pouvez pas acheter la nourriture dont vous avez besoin parce que vous n'avez pas assez d'argent ?	+ 15	0
4 - Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire par : - mutuelle - CMU	- 12	0
5 - Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?	- 7	0
6 - Vous est-il arrivé d'aller au spectacle, au cinéma au cours des 12 derniers mois ?	- 7	0
7 - Vous est-il arrivé de partir en vacances au cours des 12 derniers mois ?	- 7	0
8 - Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille (autres que vos parents ou vos enfants) ?	- 10	0
9 - En cas de coup dur (financier, familial, de santé ...) y a t il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour : - vous héberger quelques jours en cas de besoin ? - vous apportez une aide en argent (y compris prêt) ?	- 10	0
	- 7	0
10 - Rencontrez-vous parfois un travailleur social ? (assistante sociale, éducateur)	0	- 10
Score =		

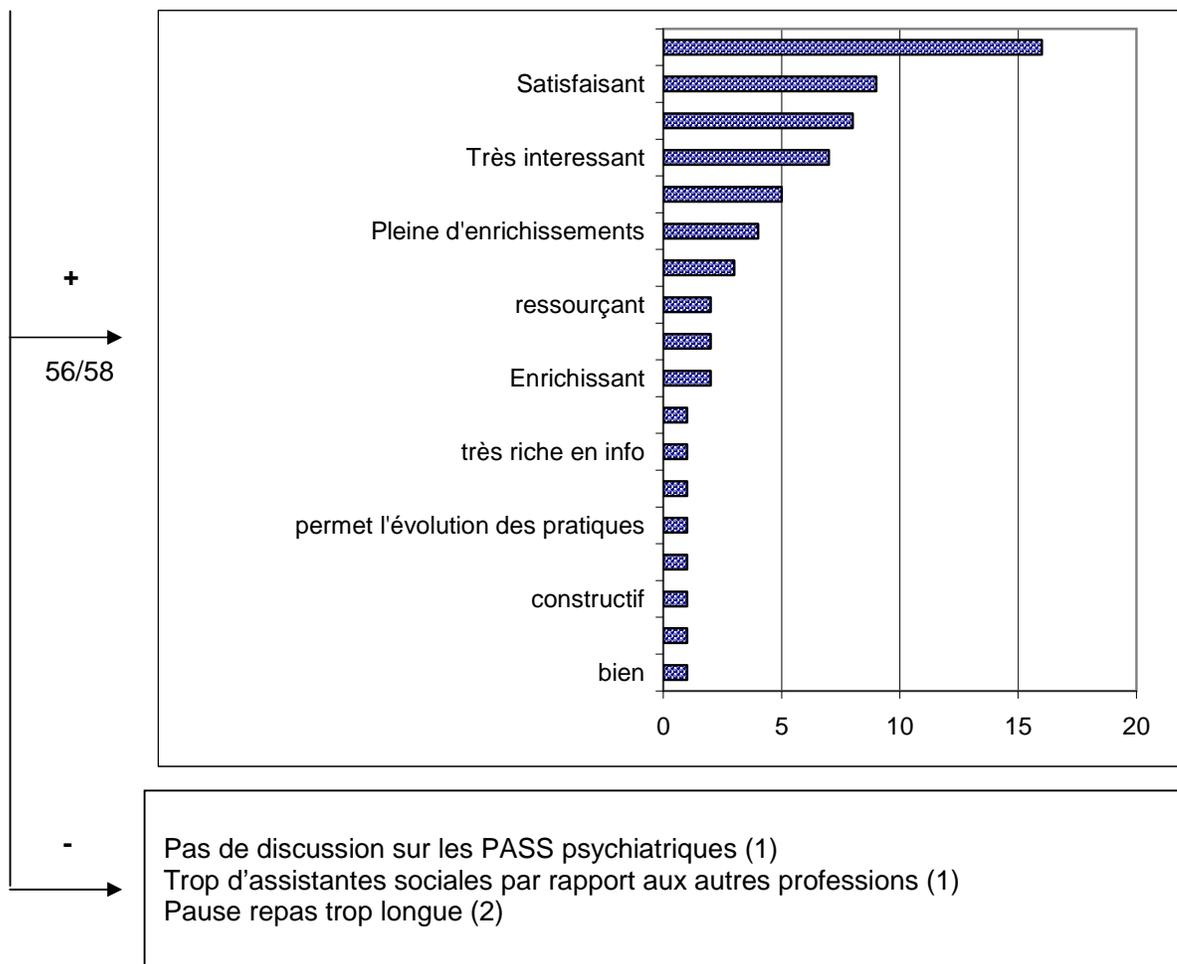
Exemples : Une personne très isolée, locataire, n'ayant aucun loisir, ayant des problèmes d'argent majeurs sans prise en charge (ni CMU, ni aide sociale) aura un score de 90. La même, si elle a la CMUC et a rencontré un travailleur social, aura un score de 88. La même si elle peut compter sur son entourage en cas de coup dur aura un score de 71.

En pratique toute personne ayant un score d'au moins 65 devrait se voir proposer un contact avec une assistante sociale.

Bilan de la journée du 5 février – Agnès Croatto/ Sandrine Guille

58 répondants :soit 51% des participants.

1. Satisfaction générale de la journée (58 fiches) réponses multiples



12 remarques de satisfaction sur le contenu des interventions :

- Bonnes, complètes, intéressantes.
- Diversifiées et adaptées, pleines d'enrichissement.

2 personnes proposent d'autres formes d'intervention :

- Chaque PASS se présente
- Une réponse institutionnelle à développer

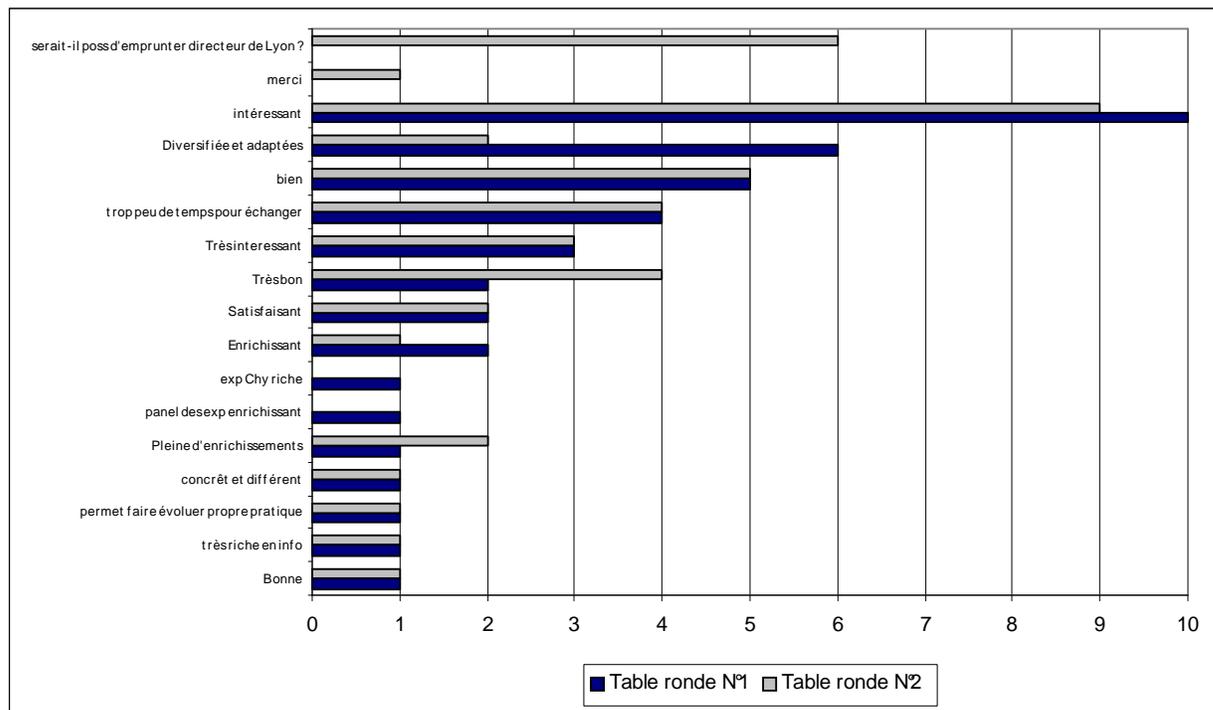
1 remarque pour le futur :

- Les expériences des PASS sont à mutualiser.

2. Remarques sur les tables rondes

S'appuyer sur les expériences des différentes PASS : 32 fiches comportent des remarques sur la table ronde.

S'appuyer sur les différents supports : 29 fiches comportent des remarques sur la table ronde :



Pas de réponse négative (pas assez de temps pour échanger)

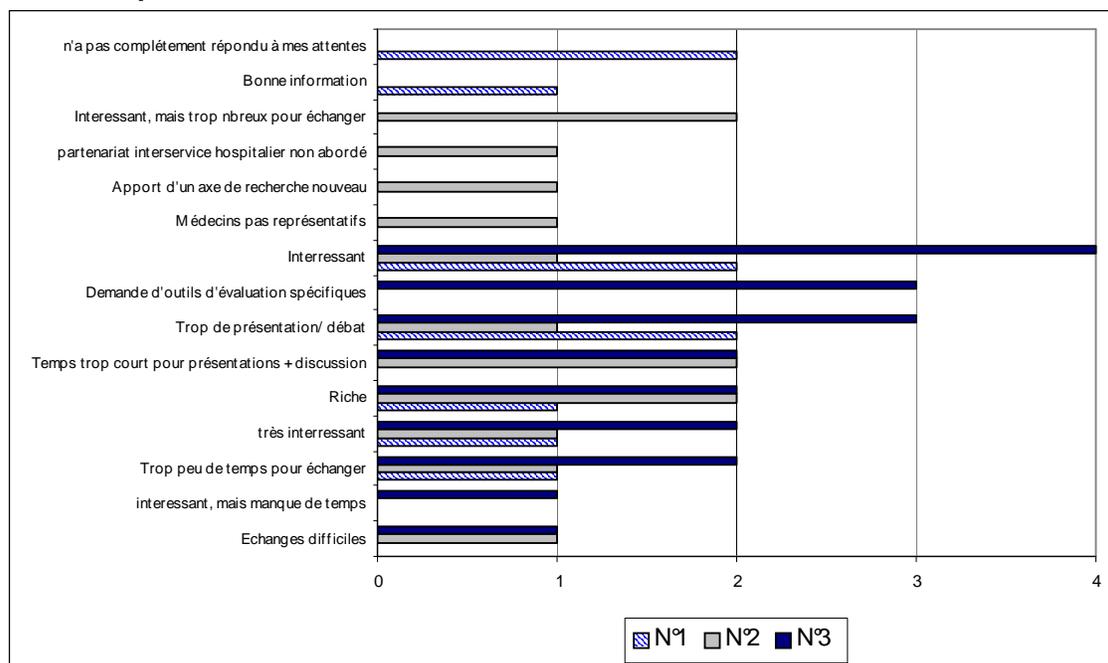
3. retours sur les ateliers selon les participants des ateliers :

atelier n°1 : Repérage des problèmes et solutions pratiques

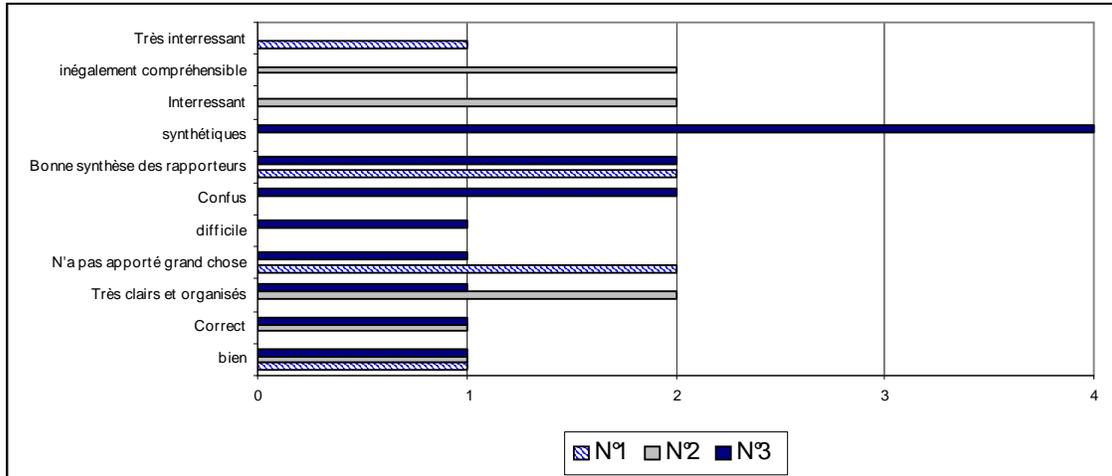
atelier n°2 : Construction du partenariat

atelier n°3 : Consolider les PASS

3.1. remarques sur les ateliers



3.2. Retours des ateliers en plénière



Les appréciations sont très variées, les participants étaient de professions différentes.

4. Cette journée a t'elle répondu aux objectifs :

Oui pour 22 personnes, oui/non pour 14, non pour 3.

Le bilan est donc extrêmement positif, les participants ont émis des remarques, 30 ont explicité leur avis :

Regrets : en attentes d'outils techniques (exemples de protocoles, conventions, fiches de liaison...)	3
Rencontres et journée de qualité	3
A renouveler	2
échanges d'expériences enrichissantes	2
effort ARH DRASS intéressant mais trop limité	2
interventions variées, intéressantes	2
permet de situer la position de l'administration et de l'Etat	2
Très bonne initiative. Riche en expérience	2
A refaire. Merci pour l'organisation	1
apport intéressant représentant DRASS	1
ARH encourageant sur le bienfait de notre travail mais non sur notre avenir	1
bonne initiative très attendue par les professionnels de terrain qui se sentent souvent isolés dans leur PASS	1
enrichissante	1
inquiétudes / sélection des patients au CH, à l'horizon 2007	1
journée bien organisée tant sur le fond que sur la forme	1
journée très intéressante et riche	1
mérite une continuité et une évaluation des activités pro	1
Notre Pass n'est pas isolée face aux difficultés	1
souhait d'avoir un répertoire de toutes les PASS	1
voudrait un écrit de cette journée	1
peu d'approche psy	

5. Faut-il envisager une autre journée :

47 sur les 58 fiches demandent une autre journée, à 1 an (6 mois et 18 mois) pour 26 d'entre elle Pour la majorité le lieu est indifférent ou dans chaque département, avec les partenaires, thématique, monde rural.

COORDONNEES DES PERSONNES PRESENTES

VILLE	TITRE	NOM	STRUCTURE	ADRESSE	CODE	MAIL
ALBERVILLE Cédex	Mme	Bertrand Mireille	centre hospitalier BP 126	r Pierre de Coubertin	73208	
ALBERVILLE Cédex	M.	Chiffard	centre hospitalier BP 126	r Pierre de Coubertin	73208	
ALBERVILLE Cédex	M,	Pays Serge	centre hospitalier BP 126	r Pierre de Coubertin	73208	
ANNECY	Mme	Agnoli Annie	Centre hospitalier	1 av Trésum	74000	
ANNECY	Mme	Mall Doris	Centre hospitalier	1 av Trésum	74000	sau.ass-soc@ch-annecy.fr
ANNECY-DDASS	Mme	Mangin	DDASS de Haute-savoie	Rue dupanloup	74000	
ANNECY	Mme	Femelat-Banet Véronique	CG74/SRSP	1 r 30e Régiment d'Infanterie	74000	veronique.famelat-banet@cg74.fr
PRIVAS Cédex	Mme	Ferroux	DDASS de l'Ardèche	BP 715, 2 bis, rue de la recluse	07007	
AUBENAS	Mme	Tastevin Jeanine	Centre hospitalier	16, av bellande	07 200	
BEAUVAIS	Mme	Keusch	Accueil Hôpital Solidarité Centre hospitalier	avenue Léon Blum	60021	p.keusch@ch-beauvais.fr
BOURG EN BRESSE Cédex	Mme	Brun Sylvie	Centre hospitalier service PASS	900 rte de Paris	01012	sbrun@ch-bourg01.fr
BOURG EN BRESSE Cédex	Mme	Fhriat	DDASS de l'Ain			
BOURG EN BRESSE Cédex	M.	Metton Pierre	Centre hospitalier service PASS	900 rte de Paris	01012	pierre.metton@9online.fr
BOURG EN BRESSE Cédex	Mme	Paget Laetitia	Centre hospitalier service PASS	900 rte de Paris	01012	lpaget@ch-bourg01.fr
BOURG EN BRESSE Cédex	Mme	Velhet	DDASS de l'Ain	33 Avenue du mail	01012	
BOURGOIN JALLIEU Cédex	Mme	Peysson Nadège	Centre hospitalier BP 348		38317	dg@ch-bourgoin.rss.fr
BRON	M.	Barral Bruno	Hôpital Neuro-cardiologique	28, Avenue Doyen Lépine	69500	bruno.barral@wanadoo.fr
CHAMBERY cedex	Mme	Beget Christiane	Centre hospitalier PASS	B.P. 1125,	73011	
CHAMBERY cedex	Mme	Biboud Annie	Centre hospitalier PASS	B.P. 1125,	73011	annie.biboud@ch-chambery.fr
CHAMBERY cedex	Mme	Bonneau Nicole	Centre hospitalier PASS	B.P. 1125,	73011	nicole.bonneau@ch-chambery.fr
CHAMBERY cedex	Mme	Cartanas Danielle	Centre hospitalier PASS	B.P. 1125,	73011	
CHAMBERY cedex	M.	de Goer Bruno	Centre hospitalier PASS	B.P. 1125,	73011	pass@ch-chambery.fr
CHAMBERY cedex	M,	Divy	CH Sud Réunion			pass@ch-sudreunion.fr
CHAMBERY cedex	Mme	Grange Anne Frédérique	Centre hospitalier PASS	B.P. 1125,	73011	
CHAMBERY cedex	Mme	Maurisset Sabine	Centre hospitalier PASS	B.P. 1125,	73011	
CHAMBERY cedex	Mme	Morales Valérie	Centre hospitalier PASS	B.P. 1125,	73011	
CHAMBERY cedex	Mme	Penas Catherine	Centre hospitalier PASS	B.P. 1125,	73011	catherine.penas@ch-chambery.rss.fr
CHAMBERY cedex	M.	Philibert André Valéry	Direction du CH de Chambéry	B.P. 1125,	73011	andre.valery.philibert@ch-chambery.fr
CHAMBERY-DDASS	Mme	Duparc	DDASS de Savoie	Carré curial	73000	
CHAMBERY-DDASS	Mme	Guille	DDASS de Savoie	Carré curial	73000	dd73-actions-sante@sante.gouv.fr

CHAMBERY-DDASS	Mme Langely	DDASS de Savoie	Carré crurial	73000	laurencelangely@yahoo.fr
CHAMBERY-DDASS	Mme Robin	DDASS de Savoie	Carré crurial	73000	
CREST	Mme Desfriches-Doria Véronique	Centre hospitalier service PASS	Rue Ste Marie	26400	dalant.doria@wanadoo.fr
CREST	Mme Testard Samantha	Centre hospitalier service PASS	Rue Ste Marie	26400	samantha.testard@wanadoo.fr
DIE	Mme Balmond	CH Die	Rue Bouvier	26150	-
DIE	Mme Chazalet danielle	CH Die	Rue Bouvier	26150	-
DIE	Mme Duriez françoise	CH Die	Rue Bouvier	26150	duriez-françoise@wanadoo.fr
DIE	Mme Leblanc Brigitte	CH Die	Rue Bouvier	26150	-
DIE	Mme Navarin Ghislaine	CH Die	Rue Bouvier	26150	-
FEURS	Mme Machado Sylvie	Centre hospitalier BP 122	26, rue Camille Pariat	42110	
FEURS	Mme Richard Yvette	Centre hospitalier BP 122	26, rue Camille Pariat	42110	
FIRMINY	Mme De Carvalho M-C	Centre hospitalier général	BP 130	42704	
GIERES	Mme Legendre françoise	Point ressources santé-Lamure	33, rue Victor hugo	38610	prs.oiseaubleu@libertysurf.fr
GIERES	Mme Liber Annie	Point ressources santé-Lamure	33, rue Victor hugo	38610	prs.oiseaubleu@libertysurf.fr
GIVORS	Mme Mirguet	Hôpital	9 av Prof Fleming	69 700	
GRENOBLE	Mme Augereau M-T	Clinique mutualiste des eaux claires	rue du DR Calmette	38000	mt.augereau@umgec.fr
GRENOBLE	M. Baguet	Médecins du monde CASO	19, rue René Thomas	38000	patrick.baguet@ifrance.com
GRENOBLE	Mme Brion Danie	CHU Grenoble	BP 217	38043	dbrion@chu-grenoble.fr
GRENOBLE	M. Denis	Médecins du monde CASO	19, rue René Thomas	38000	
GRENOBLE		CHU-Grenoble	BP 217	38043	
GRENOBLE		CHU-Grenoble	BP 217	38043	ymateos@chu-grenoble.fr
GRENOBLE		CHU-Grenoble	BP 217	38043	
GRENOBLE	Mme Rouquet Florence	Médecins du monde CASO	19, rue René Thomas	38000	-
GRENOBLE	M Verdun françois	CHU-Grenoble	BP 217	38043	-
GRENOBLE-DDASS	Mme Rosetto	DDASS de l'Isère	17 rue du comdt l'Herminier	38000	sylvie.rosetto@sante.gouv.fr
LYON	Mme Lacroix-Cormier	Equipe Mobile de coordination CH ST-Joseph St-Luc	20 Quai Claude Bernard	69005	placroixcormier@ch-stjoseph-stluc-lyon.fr
LYON	Mme Padre Nicole	Equipe Mobile de coordination CH ST-Joseph St-Luc	20 Quai Claude Bernard	69005	npadre@ch-stjoseph-stluc-lyon.fr
LYON	Mme Piegay Elisabeth	Equipe Mobile de coordination CH ST-Joseph St-Luc	20 Quai Claude Bernard	69005	epiegay@ch-stjoseph-stluc.fr
LYON	Mme Roupioz Annie	Hôpital HEH	1, place d'Arsonval	69003	annie.roupioz@chu-lyon.fr
LYON	M. Van Der Berg	ARH	94, Rue servient	69003	arhra@wanadoo.fr
LYON Cédex 02	Mme Belmont Bernadette	Hôpital Hôtel-Dieu	1, place de l'hôpital	69288	bernadette.belmont@chu-lyon.fr
LYON Cédex 02	Mme Laplace Nathalie	Hôpital Hôtel-Dieu	1, place de l'hôpital	69288	
LYON Cédex 02	M. Sahadjian	Hôpital Hôtel-dieu	1, place de l'hôpital	69288	-
LYON Cédex 02	Mme Schlienger Isabelle	Hôpital Hôtel-Dieu	1, place de l'hôpital	69288	isabelle.schlienger@chu-lyon.fr

LYON Cédex 02	Mme Tinland Elizabeth	Hôpital Hôtel-Dieu	1, place de l'hôpital	69288	elizabeth.tinland@chu-lyon.fr
LYON Cédex 03	Mme Aillerie Céline	Hôpital Edouard Herriot,	5 place d'Arsonval	69437	
LYON	Mme Villard-Briand	DDASS du Rhône	245 r Garibaldi	69003	
LYON	M. Brandizi	DRASS-RA	107 r Servient	69003	jean-noel.brandizi@sante.gouv.fr
LYON	M. Carret	DRASS-RA	107 r Servient	69003	jean-michel.carret@sante.gouv.fr
LYON	Mme N'Djin	DRASS-RA	107 r Servient	69003	marie-claude.ndjin@sante.gouv.fr
LYON	Mme Croatto Agnès	SRSP	9, quai Jean Moulin	69001	
LYON	Mme Ducos-Mieral Claude	SRSP	9, quai Jean Moulin	69001	
LYON	Mme Seng Marie-Thé	SRSP	9, quai Jean Moulin	69001	
LYON	Mme Talon Myriam	SRSP	9, quai Jean Moulin	69001	
MONTBRISON	Mme Boilot Béatrice	Centre Hospitalier	BP219	42601	
MONTBRISON	Mme Escoffier Monique	Centre Hospitalier	BP 219	42605	
MONTE LIMAR Cédex	Mme jourdan Paule	Centre hospitalier général	BP 249	26216	serv.social@ch-montelimar.fr
PRIVAS Cédex	Mme Patrinos	Centre hospitalier BP 707	Avenue Pasteur	07 007	dalant.doria@wanadoo.fr
PRIVAS Cédex	Mme Sorrentino Monique	Centre hospitalier BP 707	Avenue Pasteur	07 007	
ROANNE	Mme Adam Claudette	PASS du Centre hospitalier	28, rue de Charlieu	42300	claudette.adam@ch-roanne.fr
ROANNE	Mme Portier Jany	PASS du Centre hospitalier	28, rue de Charlieu	43 300	jany.portier@ch-roanne.fr
Romans sur Isère Cedex	M. Genevey Pierre	CH Romans-Saint-Vallier	Route de Tain, B.P. 1002,	26102	
Romans sur Isère Cedex	Mme Guimbault Michèle	CH Romans-Saint-Vallier	Route de Tain, B.P. 1002,	26102	
Romans sur Isère Cedex	Mme Jousain Sylvie	CH Romans-Saint-Vallier	Route de Tain, B.P. 1002,	26102	sylvie.noyer@ch-romans-saintvallier.fr
Romans sur Isère Cedex	Mme Plantier Véronique	CH Romans-Saint-Vallier	Route de Tain, B.P. 1002,	26102	
Romans sur Isère Cedex	M. Veyrier	CH Romans-Saint-Vallier	Route de Tain, B.P. 1002,	26102	service.social.rms@ch-romans-saintvallier.fr
Saint-chamond	Mme Roattino Annie	Centre hospitalier pays de Gier	19, rue victor Hugo	42403	
Saint-Egrève	Mme Chavallard Nicole	Pôle précarité CH Saint-Egrève	BP 100,	38120	
Saint-Egrève	Mme Cheval Chantal	Pôle précarité CH Saint-Egrève	BP 100,	38120	cheval.chantal@free.fr
Saint-Egrève	Mme Favre des Côtes C.	Pôle précarité CH Saint-Egrève	BP 100,	38120	cfavredescotes@ch-saint-egreve.fr
Saint-Egrève	Mme Perroud	Pôle précarité CH Saint-Egrève	BP 100,	38120	
Saint-Egrève	Mme Reynaud	Pôle précarité CH Saint-Egrève	BP 100,	38120	
Saint-Egrève	Mme Vernerey Michel	Pôle précarité CH Saint-Egrève	BP 100,	38120	mvernerey@ch-saint-egreve.fr
SAINT-ETIENNE Cédex2	Mme Bourgin V	CHU Bellevue	27, Bld Pasreur	42055	pass.bv@chu-st-etienne.fr
SAINT-ETIENNE Cédex2	Mme Chetot C	CHU Bellevue	27, Bld Pasreur	42055	
SAINT-ETIENNE Cédex2	Mme Pascal C	CHU Bellevue	27, Bld Pasreur	42055	
SAINT-ETIENNE Cédex2	Mme Rivollier E	CHU Bellevue	27, Bld Pasreur	42055	
SAINT-ETIENNE-LOIRE	Mme Jan Annabelle	4 Rue des trois meules	27, Bld Pasreur	42000	annabelle.jan@sante.gouv.fr
THONON LES BAINS Cédex	M; Besson	Hôpital G. Pianta BP 526	3, Avenue de la dame	74203	j.besson@ch-hopitauxduleman.fr
THONON LES BAINS Cédex	Mme Damien Bernadette	Hôpital G. Pianta BP 526	3, Avenue de la dame	74203	b.damien@ch.HDL.fr

THONON LES BAINS Cédex	Mme Tollet Verdier Véronique	Hôpital G. Pianta BP 526	3, Avenue de la dame	74203	v.tolletverdier@wanadoo.fr
TOURNON	Mme Grangeat	CH de Tournon	Place jean Jeurès	07300	
TOURNON	Mme Justice Véronique	CH de Tournon	Place jean Jeurès	07300	
VALENCE-Cédex	Mme Puzzin	DDASS	BP 1126, 13 Av Maurice faure	26011	
VENISSIEUX cédex	Mme Antoneli Pascale	clinique mutualiste "La roseraie"	avenue du 11 novembre 1918,	69694	
VENISSIEUX cédex	Mme Bozzi Marion	clinique mutualiste "La roseraie"	avenue du 11 novembre 1918,	69694	
VENISSIEUX cédex	Mme MBelel Juliette	clinique mutualiste "La roseraie"	avenue du 11 novembre 1918,	69694	
VIENNE	Mme Belantin Monique	CH- Lucien Husel		38200	m.belantin@ch-vienne.rss.fr
VILLEFRANCHE SUR SAONE	Mme Godard M-L	Centre hospitalier BP 436	Plateau d'ouilly	69655	mfgodard@ch-villefranche.fr
VILLEFRANCHE SUR SAONE	Mme Moureau Muriel	Centre hospitalier BP 436	Plateau d'ouilly	69655	mmoureau@ch-villefranche.fr
VOIRON	Mme Fonters Michel	Centre hospitalier BP 208	Route des Gorges	38 506	drh.secretariat@ch-voiron.fr
VOIRON	Mme Vassal Annie	Centre hospitalier BP 208	Route des Gorges	38506	