



**CENTRE
HOSPITALIER**
de la Région d'Annecy

APPASSRA
Association des PASS

P.A.S.S

Permanence d'
Accès aux
Soins de
Santé

3ème rencontre régionale des P.A.S.S

Collaborations,
politiques sociales...
où en est-on ?

Rencontre du 11 octobre 2006
Centre hospitalier de la région d'Annecy

PREAMBULE

Le 11 octobre 2006, La PASS et le Centre Hospitalier d'Annecy ont eu le plaisir de recevoir et d'organiser cette troisième rencontre régionale des Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS).

L'Association des Professionnels des PASS de la Région Rhône-Alpes (APPASSRA) nous avait sollicité au printemps. Après quelques mois de travail, avec le soutien de Monsieur le Directeur et grâce au concours de professionnels du centre hospitalier et d'autres PASS de la Région nous avons pu accueillir plus de 80 participants.

Parmi ceux-ci, les professionnels des PASS de la Région fortement mobilisés bien sûr, mais aussi les représentants des institutions et financeurs, très intéressés pour réfléchir avec nous à la place des PASS dans les nouvelles politiques sociales.

Après des interventions plénières en matinée, cette journée s'est poursuivie par quatre groupes de travail, très riches pour l'ensemble des participants.

Anne Agnoli Médecin PASS
Cécile Rubin Assistante Sociale PASS
Centre Hospitalier de la Région d'Annecy

SOMMAIRE

Programme	page 4
Allocution de Monsieur le Préfet	page 7
Intervention de Monsieur VANDENBERGH, Directeur Agence Régionale Hospitalière Rhône Alpes (ARH)	page 9
Intervention de Madame Rivollier, Présidente de l'APPASSRA	page 10
Présentation Activité de la PASS d'Annecy	page 11
Madame SASS, Monsieur MOULIN : Centre Technique d'Appui et de Formation des centres d'examen de santé (CETAF) de Saint-Etienne « Etat de santé, recours aux soins, et identification des populations précaires »	page 14
« Prise en charge et actions vis-à-vis des personnes en situation de précarité »	page 21
Atelier n°1 : PASS et intervenants de l'urgence	page 28
Atelier n°2 : PASS et monde rural : quel repérage quel accompagnement ?	page 32
Atelier n°3 : PASS et parcours de soins	page 44
Atelier n°4 : PASS et réforme hospitalière	page 48
Conclusion de la journée	page 52
Annexes	page 54

PROGRAMME

8h30 - 9h : Accueil des participants
Présentation de la journée.

9h - 9h45 : Ouverture de la journée
Accueil par Monsieur le Préfet de Haute-Savoie
par Monsieur le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation de
Rhône-Alpes
par Monsieur Bernard BOSSON, Député-Maire d'Annecy
par Monsieur Serge BERNARD, Directeur du CHRA.

9h45 - 10h : Dr Elisabeth RIVOLLIER présidente de l'APPASSRA :
Historique des rencontres des PASS
Présentation de l'association des PASS (APPASSRA)

10h - 10h15 : Dr Anne AGNOLI , Mme Cécile RUBIN :
Présentation de la PASS d'Annecy.

10h15 - 10h30 : Pause

10h30 - 11h45 : Catherine SASS, Jean-Jacques MOULIN :
« Etat de santé, recours aux soins et identification des populations
précaires ».
Centre Technique d'Appui et de Formation des centres d'exams
de santé de Saint-Etienne (CETAF).

11h45 - 12h45 : Repas

13h-14h30 : Ateliers

- Atelier n°1 :

« PASS et intervenants de l'urgence : Quels liens ? quelles difficultés ? »

Modérateur : PASS mobile St Joseph St Luc, Lyon.

- Atelier n°2 :

« PASS et monde rural : quel repérage, quel accompagnement ? »

Modérateur: PASS Albertville.

- Atelier n°3 :

« PASS et parcours de soins : quelles adaptations possibles ? »

Modérateur : PASS de St Etienne.

- Atelier n°4 :

« Quelle place des PASS dans les réformes hospitalières ? »

Modérateur : PASS Chambéry.

14h30-14h45 : Pause

14h45-16h45 : Retour des ateliers

16h45-17h : Clôture : conclusion et perspectives :

Monsieur le Directeur de l'ARH

Monsieur Serge BERNARD, Directeur du Centre Hospitalier
d'Annecy

17h30 : Assemblée Générale de l'APPASSRA

ALLOCUTIONS

Allocution de Monsieur CARON, Préfet de Haute-Savoie

Monsieur le Député-Maire,
Madame la Présidente de l'Association des Professionnels des Permanences d'Accès aux Soins de Santé de Rhône-Alpes,
Monsieur le Directeur de l'Agence Régionale d'Hospitalisation,
Monsieur le Directeur du Centre Hospitalier de la Région d'Annecy,
Mesdames, Messieurs,

Bonjour,

Je vous remercie de m'avoir invité aujourd'hui à l'ouverture de cette rencontre régionale des acteurs de la prise en charge au sein et autour de l'hôpital, des populations en difficulté et je tiens à souligner l'importance que l'état accorde à ce que l'hôpital public soit un lieu d'accueil et de soins de toutes les populations sans distinction aucune.

Les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) ont été mises en place en France à partir de 1998 dans le cadre de la loi de lutte contre les exclusions et des Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes démunies. Elles sont des cellules de prise en charge médico-sociale destinées à faciliter l'accès des personnes démunies au système hospitalier, ainsi qu'au réseau institutionnel ou associatif de soins, d'accueil et d'accompagnement social. Elles ont également pour fonction d'accompagner ces personnes dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits sociaux et doivent organiser la continuité des soins à l'issue d'une prise en charge hospitalière.

15 Millions d'euros ont été attribués aux établissements de santé depuis 1998 pour cette prise en charge. C'est ainsi qu'ont été créés 364 PASS hospitalières et 4 PASS mobiles (enquête transversale réalisée « un jour donné » publiée fin 2005 par la Direction de l'Hospitalisation – DHOS – au Ministère de la Santé).

Les conclusions de cette étude, commanditée par la DHOS, et d'un rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales de mars 2003 dans le cadre du 2ème bilan de l'application de la loi relative à la lutte contre les exclusions, ont souligné que si la couverture géographique sanitaire et sociale était globalement suffisante, l'activité des différentes PASS était très contrastée et que les moyens restaient insuffisants dans la moitié des permanences pour permettre l'implication de référents médicaux les plus à même de mettre en place une coordination efficace avec les acteurs internes et externes.

En Haute-Savoie, au nombre de quatre, les PASS ont été mises en place progressivement entre 1999 et 2001. Cependant, l'hôpital d'Annecy, qui nous accueille aujourd'hui, était précurseur dans la mesure où il disposait depuis 1992, d'une cellule précarité fonctionnant avec un demi-poste d'assistante sociale au service des urgences et un poste administratif au bureau des entrées..

Dès 2000, dans le cadre du PRAPS, la DDASS a souhaité renforcer l'accès aux soins des personnes en situation de précarité en s'appuyant sur les Permanences d'Accès aux Soins de Santé avec les deux objectifs opérationnels suivants :

- Inscrire les PASS au cœur des réseaux territoriaux d'accès aux soins c'est-à-dire développer le partenariat local tant avec les structures sociales qu'avec les structures de soins ou la médecine libérale,
- Créer une coordination départementale des PASS.

Cette coordination, mise en place fin 2000, avec les travailleurs sociaux mais aussi avec les référents médicaux et le cadre de direction suivant la PASS dans chaque établissement, a créé une réelle dynamique départementale avec, entre autres, la mise en place d'un recueil homogénéisé des données permettant d'analyser les besoins et les difficultés d'accès aux droits et aux soins. Certes le fonctionnement des PASS demeure diversifié ainsi que l'organisation de celles-ci dans chaque établissement du département, mais je pense pouvoir dire que les PASS de Haute-Savoie remplissent une réelle fonction d'interface entre les acteurs sanitaires et les acteurs sociaux de ce département et concourent ainsi à la réduction des inégalités de santé et à la prise en charge de nos concitoyens les plus fragiles.

La réduction des inégalités de santé est un des axes forts à la fois du Programme Régional de Santé Publique et du 3ème Schéma Régional d'Organisation Sanitaire, qui viennent tous les deux d'être publiés. Ils seront déclinés dans ce département et doivent renforcer l'articulation des PASS avec les différents programmes territoriaux... C'est pourquoi les services de la DDASS qui représentent en même temps l'Etat et L'Agence suivront avec intérêt les débats et les propositions que vous émettrez et m'en tiendront informé.

Ces 3èmes journées régionales interprofessionnelles sont un moment fort de partage d'expérience et de bonnes pratiques.

Bon travail à tous et à toutes !

Intervention de Monsieur VANDENBERGH Secrétaire général de l'ARH Rhône Alpes

Monsieur VANDERNBERGH assure l'intérêt porté par l'ARH aux Permanences d'Accès aux soins de Santé (PASS) malgré la mise en place de la nouvelle tarification des hôpitaux.

Avec la mise en place de la nouvelle gouvernance, des perspectives intéressantes s'ouvrent pour ces dernières en terme de reconnaissance dans le dispositif de soins (rattachement par pôle d'activité).

L'activité des PASS entre dans les missions d'intérêt général (MIG) des établissements et fera à cet égard l'objet d'une évaluation par l'ARH dans le cadre des contrats d'objectifs et de moyens.

L'aspect qualitatif de l'évaluation est pointée, ainsi que l'importance de la formation des professionnels des PASS. A cet égard, une formation au niveau national va débiter en 2007 (décret de 2004).

Les PASS peuvent, de plus, jouer un rôle important d'amoindrissement des effets négatifs de la T2A

Enfin, les PASS s'inscrivent dans le Plan Régional de Santé publique (PRSP) avec l'objectif de réduire les inégalités d'accès aux soins : il faut noter qu'en région Rhône Alpes, la situation est dans la moyenne nationale avec surtout des inégalités de territoire.

Pour permettre une évolution favorable de cette situation, l'ARH Rhône Alpes préconise une territorialisation de l'action des PASS avec une coordination au niveau départemental et régionale ainsi qu'un recueil homogène des données.

Intervention de Madame Rivollier Présidente de l'APPASSRA

Elisabeth Rivollier, présidente de l'association des professionnels des PASS Rhône-Alpes, remercie la direction et l'équipe de la PASS de l'hôpital d'Annecy pour leur accueil et pour l'organisation efficace de cette 3ème journée de rencontre régionale des PASS ; elle rappelle les précédentes, la première à Chambéry en février 2004, la seconde à l'hôpital St-Joseph-St-Luc à Lyon en février 2005.

L'association a vu le jour le 22 décembre 2005 à la préfecture de Savoie, le siège social étant fixé au centre hospitalier de Chambéry. Elle a pour objectifs de réunir des professionnels des PASS de la région par des échanges autour de leurs pratiques, d'apporter une réflexion sur les objectifs et le développement des PASS, de faire connaître et reconnaître aux pouvoirs publics et institutions de santé publique les réalités et problématiques rencontrées sur le terrain, d'aider et de développer toute action allant dans le sens d'une amélioration de la santé des personnes en situation de grande précarité sociale.

Après une invitation des présents à rester à l'assemblée générale de l'association qui se tiendra en fin d'après-midi, est présentée une introduction aux interventions de la journée et aux ateliers.

Présentation de l'activité de la PASS d'Annecy :

Dr AGNOLI ; Madame RUBIN

P.A.S.S
Permanence d'Accès aux Soins de Santé
Du Centre Hospitalier d'Annecy

Docteur Anne AGNOLI
Cécile RUBIN Assistante Sociale



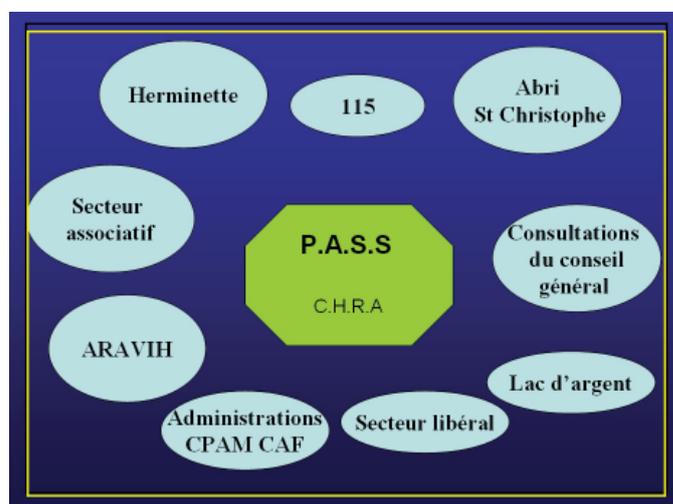
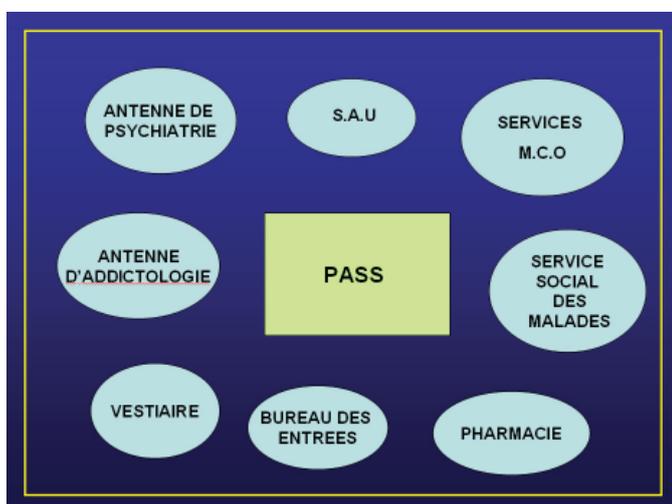
UNE ANTENNE MOBILE

- Un médecin et une assistante sociale toutes les deux à mi temps.
- Une activité transversale sur l'ensemble des services du CH.
- Une référence pour les partenaires extérieurs.

OBJECTIFS DE TRAVAIL

- Le retour vers le droit commun.
- Une réponse coordonnée:
médico-sociale
en réseau
en lien avec l'hôpital

PARTENAIRES



UNE CONSULTATION MEDICO-SOCIALE

ORGANISATION

- Sur rendez-vous dans les 48 heures.
- Une disponibilité téléphonique pour les partenaires extérieurs, (pré-orientation, information...).
- Une disponibilité pour les services hospitaliers (accompagnements, organisation soins d'aval,..).

POURQUOI ?

- Apporter un temps d'écoute, apprivoiser rassurer.
- Apporter une aide et un savoir faire aux patients et équipes soignantes.
- Accompagner le patient dans son circuit hospitalier.
- Coordonner le suivi médical (en urgence ou en différé, en aval,...).

ORIGINE DES SOLLICITATIONS

- Les personnes ou leurs familles.
- Les partenaires extérieurs.
- Les services du Centre Hospitalier.
- Le service social du Centre Hospitalier.

DES ACTIONS DE FORMATIONS, INFORMATIONS

FORMATION

- A destination des soignants.
- Pour les étudiants infirmiers, travailleurs sociaux, internes, médecins...
- Pour les usagers (SAMU, CESU,...).
- Interventions lors de congrès.

Agnol. A et coll. Profil d'un médecin de la PASS. JEUR 2005,18, 1S207.

INFORMATIONS

- Travailleurs sociaux du Centre Hospitalier.
- Bureau des entrées.
- Permanenciers et médecins régulateurs du Centre 15.

MISE EN PLACE DE PROTOCOLES

- Entre la PASS et la pharmacie pour la délivrance de médicaments.
- Avec le bureau des entrées et la CPAM pour l'ouverture des droits.

COORDINATION DU RESEAU

COORDINATION DU RESEAU

- Réunions de concertation mensuelles (infirmiers d'interface, travailleurs sociaux).
- Projets avec le réseau extérieur (consultations dentaires).
- Réponses concertées départementales (appel à projet Lits Halte Soins Santé).

DES PROJETS

PROJETS

- Mise en place d'une consultation dentaire sur le bassin annecien.
- Formalisation du lien avec la psychiatrie.
- Participation au travail des partenaires autour des populations âgées précaires.
- Accentuation des actions de formation (personnel hospitalier et extérieur).

« Etat de santé, recours aux soins, et identification des populations précaires »

Madame SASS, Monsieur MOULIN

Centre Technique d'Appui et de Formation des centres d'examen de santé (CETAF)
de Saint-Etienne

Première intervention : le score EPICES

Le score EPICES : un outil pour mieux identifier les personnes en situation de précarité



C. SASS, 3^{ème} rencontre régionale des P.A.S.S., 11 octobre 2006

Information - Prévention - Santé

Le score EPICES

Construction
Validation
Utilisation



C. SASS, 3^{ème} rencontre régionale des P.A.S.S., 11 octobre 2006

Information - Prévention - Santé

Construction du score EPICES

- 1998
- 18 centres
- 7208 sujets âgés de 16 à 59 ans



C. SASS, 3^{ème} rencontre régionale des P.A.S.S., 11 octobre 2006

Information - Prévention - Santé

Etape1: questionnaire socio-économique

42 questions recueillant des données sur :

- ✓ sexe, âge,
- ✓ diplômes, situation professionnelle,
- ✓ composition du ménage, logement,
- ✓ protection sociale,
- ✓ revenus et difficultés financières,
- ✓ insertion sociale,
- ✓ évènements graves dans la jeunesse,
- ✓ santé perçue,
- ✓ recours aux soins.



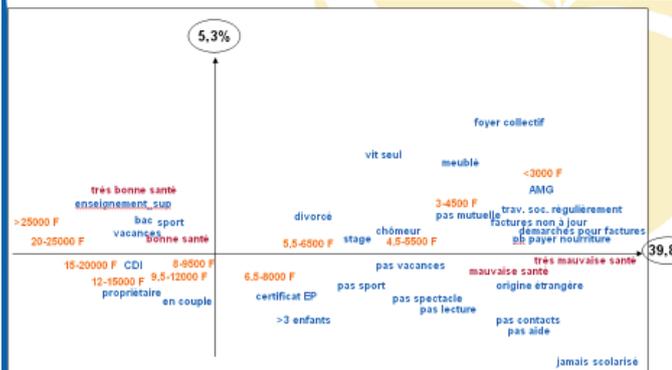
C. Sassi, 9^{ème} rencontre régionale des P.A.S.S., 11 octobre 2006

Information - Prévention - Santé

Questionnaire socioéconomique qui abordait les différentes dimensions de la précarité

Il a été administré à 7200 sujets qui ont bénéficiés d'un examen en 98

Etape2: Analyse Factorielle des correspondances



⇒ mise en évidence d'un axe de précarité



C. Sassi, 9^{ème} rencontre régionale des P.A.S.S., 11 octobre 2006

Information - Prévention - Santé

Etape 3: Sélection de questions

Par analyse de régression multiple:

- Identification parmi les 42 questions de 11 questions qui expliquent à 90% la position sur l'axe de précarité
- Chaque réponse est associée à un coefficient

Calcul d'un score individuel

0 —————> 100
absence de précarité —————> maximum de précarité



C. Sassi, 9^{ème} rencontre régionale des P.A.S.S., 11 octobre 2006

Information - Prévention - Santé

Les 11 questions du score EPICES

	Oui	Non
• Rencontrer un travailleur social	10,06	0
• Bénéficier d'une assurance maladie complémentaire	-11,83	0
• Vivre en couple	-8,28	0
• Être propriétaire de son logement	-8,28	0
• Rencontrer des difficultés financières	14,80	0
• Sport au cours des 12 derniers mois	-6,51	0
• Spectacle au cours des 12 derniers mois	-7,10	0
• Vacances au cours des 12 derniers mois	-7,10	0
• Contact familial au cours des 6 derniers mois	-9,47	0
• Aide en cas de besoin :		
➢ Hébergement	-9,47	0
➢ Aide matérielle	-7,10	0
Constante	75,14	



C. Sassi, 9^{ème} rencontre régionale des P.A.S.S., 11 octobre 2006

Le score EPICES

Construction
Validation
Utilisation



C. Sass, 3^{ème} rencontre régionale des P.A.S.S., 11 octobre 2006

Information - Prévention - Santé

Validation du score EPICES

Évaluer la pertinence du score EPICES à identifier des personnes en situation de précarité présentant des problèmes de santé



C. Sass, 3^{ème} rencontre régionale des P.A.S.S., 11 octobre 2006

Information - Prévention - Santé

Population

197 389 sujets adultes (≥ 18 ans)

- examinés en 2002
- 49,5% hommes
- 44,5 ans (14.6)



C. Sass, 3^{ème} rencontre régionale des P.A.S.S., 11 octobre 2006

Information - Prévention - Santé

Évaluation du score EPICES

Plus la **situation socio-économique est défavorable** plus le score EPICES est élevé

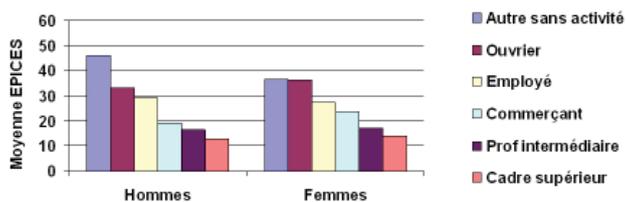
- Professions et catégories socioprofessionnelles
- Niveau d'études
- Stabilité de l'emploi
- Durée du chômage



C. Sass, 3^{ème} rencontre régionale des P.A.S.S., 11 octobre 2006

Information - Prévention - Santé

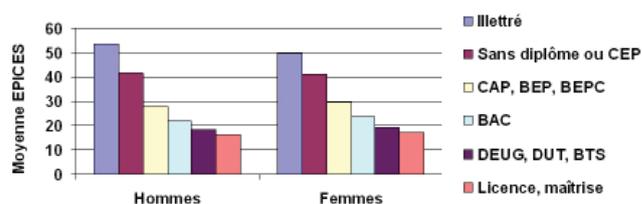
EPICES et catégories socio-professionnelles



C. Sass, 3^{ème} rencontre régionale des P.A.S.S., 11 octobre 2006

Information - Prévention - Santé

EPICES et niveau d'études



C. Sass, 3^{ème} rencontre régionale des P.A.S.S., 11 octobre 2006

Information - Prévention - Santé

Évaluation du score EPICES

Le risque d'avoir un **mode de vie défavorable pour la santé** augmente avec le score EPICES

- Tabagisme
- Activité physique
- Prise de psychotrope
- Non suivi dentaire, médical ou gynécologique



C. SASS, 3^{ème} rencontre régionale des P.A.S.S., 11 octobre 2006

Information - Prévention - Santé

Classes du score EPICES (Quintiles)

Quintiles EPICES	
Q1	[0,0-7,1[
Q2	[7,1-16,6[
Q3	[16,6-30,2[
Q4	[30,2-48,5[
Q5	[48,5-100]

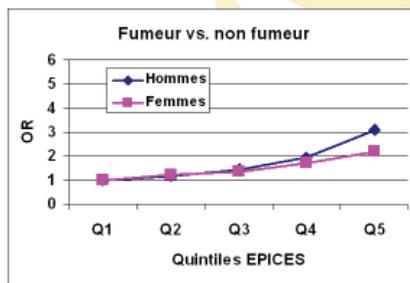
Précarité ↓



C. SASS, 3^{ème} rencontre régionale des P.A.S.S., 11 octobre 2006

Information - Prévention - Santé

EPICES et statut tabagique



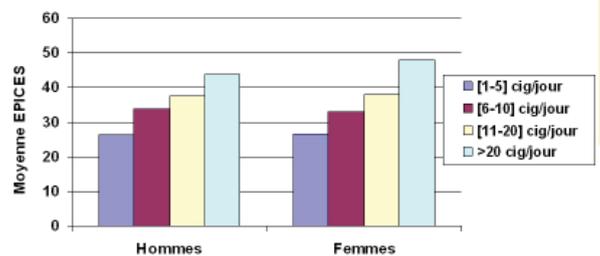
	Hommes	Femmes
Non fumeur	64,2%	72,7%
Fumeur	34,8%	27,3%



C. SASS, 3^{ème} rencontre régionale des P.A.S.S., 11 octobre 2006

Information - Prévention - Santé

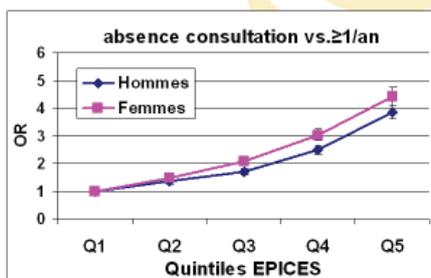
EPICES et consommation de tabac chez les fumeurs



C. SASS, 3^{ème} rencontre régionale des P.A.S.S., 11 octobre 2006

Information - Prévention - Santé

EPICES et non suivi dentaire



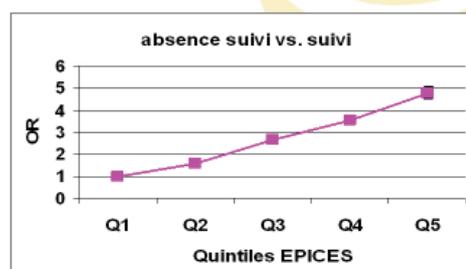
	Hommes	Femmes
Absence		
Consultation dentiste	22,5%	16,6%



C. SASS, 3^{ème} rencontre régionale des P.A.S.S., 11 octobre 2006

Information - Prévention - Santé

EPICES et non suivi gynécologique



Femmes	
Absence de suivi	31%



C. SASS, 3^{ème} rencontre régionale des P.A.S.S., 11 octobre 2006

Information - Prévention - Santé

Évaluation du score EPICES

Le risque d'avoir un **mauvais état de santé** augmente avec le score EPICES

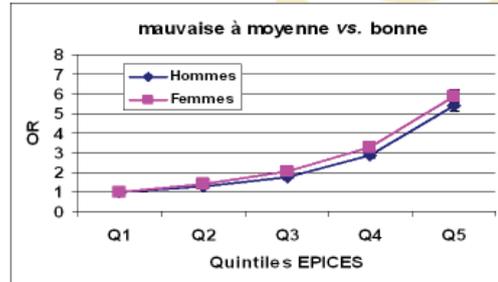
- Santé perçue
- Obésité, maigreur
- Diabète
- Hypertension
- Santé bucco-dentaire



C. Sassi, 3^{ème} rencontre régionale des P.A.S.S., 11 octobre 2006

Information - Prévention - Santé

EPICES et santé perçue



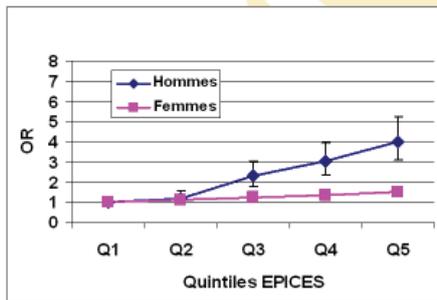
	Hommes	Femmes
Mauvaise à moyenne	31,5%	36,0%



C. Sassi, 3^{ème} rencontre régionale des P.A.S.S., 11 octobre 2006

Information - Prévention - Santé

EPICES et maigreur



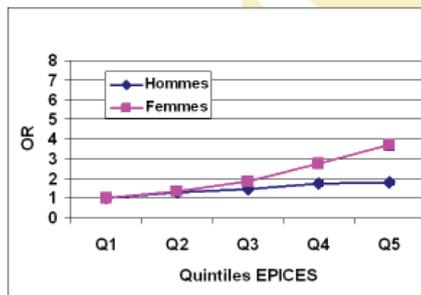
	Hommes	Femmes
IMC < 18,5 kg/m ²	1,9%	4,6%



C. Sassi, 3^{ème} rencontre régionale des P.A.S.S., 11 octobre 2006

Information - Prévention - Santé

EPICES et obésité



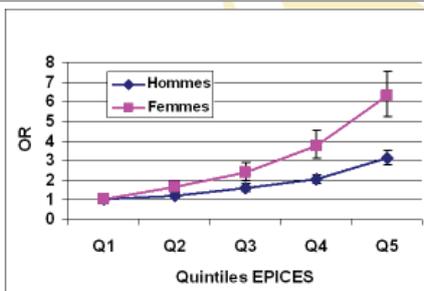
	Hommes	Femmes
IMC ≥ 30kg/m ²	12,1%	14,5%



C. Sassi, 3^{ème} rencontre régionale des P.A.S.S., 11 octobre 2006

Information - Prévention - Santé

EPICES et diabète



	Hommes	Femmes
Diabète	5,0%	3,9%

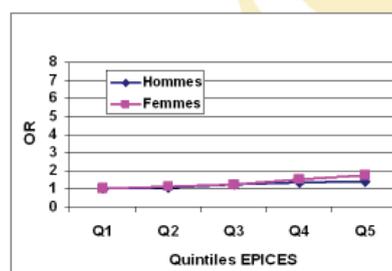
Glycémie à jeun ≥ 7mmol/l et/ou hypoglycémiant



C. Sassi, 3^{ème} rencontre régionale des P.A.S.S., 11 octobre 2006

Information - Prévention - Santé

EPICES et hypertension



	Hommes	Femmes
Hypertension	33%	23%

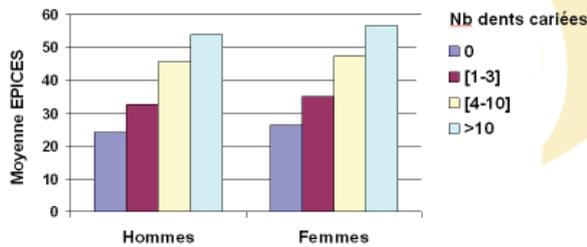
PAS≥140 ou PAD≥90 et/ou antihypertenseurs



C. Sassi, 3^{ème} rencontre régionale des P.A.S.S., 11 octobre 2006

Information - Prévention - Santé

EPICES et dents cariées



C. Sassi, 3^{ème} rencontre régionale des P.A.S.S., 11 octobre 2006

Information - Prévention - Santé

Le score EPICES

Construction
Validation
Utilisation



C. Sassi, 3^{ème} rencontre régionale des P.A.S.S., 11 octobre 2006

Information - Prévention - Santé

EPICES et critères socio-administratifs

La comparaison entre EPICES et la définition administrative fait apparaître des **populations précaires** au sens du score EPICES non repérées par la définition administrative (ADM)



C. Sassi, 3^{ème} rencontre régionale des P.A.S.S., 11 octobre 2006

Information - Prévention - Santé

Populations discordantes EPICES / ADM

Non précaires ADM et «précaires EPICES »

- Niveau d'études peu élevé
- Emploi précaire
- Mauvais suivi médical
- État de santé médiocre

19,6%

Précaires ADM et «non précaires EPICES »

- Niveau études élevé
- Bon accès aux soins
- Bon état de santé

8,2%



C. Sassi, 3^{ème} rencontre régionale des P.A.S.S., 11 octobre 2006

Information - Prévention - Santé

EPICES, équilibre glycémique et complications liées au diabète

H. Le Bihan, *Diabete Care*, 2005, 28:2680-85

- ❑ Niveau de précarité ↔ équilibre du diabète
- ❑ ↗ complications microvasculaires
- ❑ ↗ durée d'hospitalisation



C. Sassi, 3^{ème} rencontre régionale des P.A.S.S., 11 octobre 2006

Information - Prévention - Santé

EPICES, anxiété, dépression et rapports au temps

N. Fieulaine, *CIPS*, 2006, sous presse

- ❑ Niveau de précarité ↔ anxiété et dépression
- ❑ Niveau de précarité ↔ rapport négatif au passé



C. Sassi, 3^{ème} rencontre régionale des P.A.S.S., 11 octobre 2006

Information - Prévention - Santé

En résumé

- Le score EPICES permet de
 - ✓ détecter la précarité
 - ✓ quantifier la précarité
- EPICES permet de repérer des sujets en situation de précarité présentant un état de santé dégradé qui ne sont pas repérés par la définition administrative



C. Sass, 2^{ème} rencontre régionale des P.A.S.S., 11 octobre 2006

Information - Prévention - Santé

Perspectives

EPICES, un outil pour:

- identifier les publics précaires
- mieux connaître leurs besoins
- faciliter le dialogue et la communication
- aider à la prise en charge de leur santé

Sass et al, BEH 2006, 14, 93



C. Sass, 2^{ème} rencontre régionale des P.A.S.S., 11 octobre 2006

Information - Prévention - Santé

Remerciements

Réseau des Centres d'examens de santé

Groupe de travail EPICES

Loïc Abric
Florence Girard-Romano
René Guéguen
Catherine Guénot
Pierre Magnier
Edith Martin
Emilio La Rosa
Bernard Royer
Danielle Rubirola



C. Sass, 2^{ème} rencontre régionale des P.A.S.S., 11 octobre 2006

Information - Prévention - Santé

Merci pour votre attention



C. Sass, 2^{ème} rencontre régionale des P.A.S.S., 11 octobre 2006

Information - Prévention - Santé

CETAF de Saint-Etienne : deuxième présentation

« Prise en charge et actions vis-à-vis des personnes en situation de précarité »

Les Centres d'examens de santé financés par l'Assurance Maladie

Prise en charge et actions vis-à-vis des personnes en situation de précarité

Anancy, octobre 2006



Santé – Précarité

Santé

- OMS (1945) : « ... bien-être **physique, mental et social** ... »
- OMS (1986) : « ... réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins, évoluer avec le milieu et s'adapter à celui-ci ... »

Environnement social

Précarité

« Perte d'une ou plusieurs des **sécurités** permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs **responsabilités élémentaires** et de jouir de leurs **droits fondamentaux**. »

Instabilité sociale

D'après Wresinski 1987, Haut Comité de la Santé Publique, 1998



Information - Prévention - Santé

Processus dynamique

« La précarité le résultat d'un enchaînement d'évènements et d'expériences qui conduisent à des situations de **fragilisation économique, sociale et familiale**. »

D'après Haut Comité de la Santé Publique, 1998



Information - Prévention - Santé

Précarité

« Les processus de précarisation touchent ... un nombre considérable de personnes qui sont – objectivement ou qui se sentent – **menacées par l'évolution d'une société dont les règles ont été brutalement modifiées ...** »

D'après Haut Comité de la Santé Publique, 1998



Information - Prévention - Santé

Dimensions

- Emploi
- Ressources
- Famille
- Logement
- Éducation et culture
- Protection sociale
- Santé

Centres d'examens de santé
1992



Information - Prévention - Santé

Situations par rapport à l'emploi

Situations par rapport à l'emploi

- En 1992 : « article 2 »
 - Chômeurs
 - RMI / CMU (2000)
 - Contrat Emploi Solidarité
 - 16-25 ans en insertion
 - Sans Domicile Fixe



Information - Prévention - Santé

Recrutement des personnes en situation de précarité



Information - Prévention - Santé

Situations par rapport à l'emploi

1995 - 2002

Précaires : 704 128

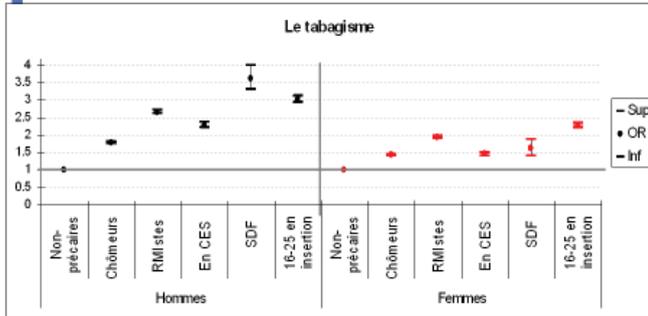
- Chômeurs 349 326
- RMI 172 166
- CES 29 230
- SDF 2 913
- 16-25 ans en insertion 150 493

Non-précaires : 516 607

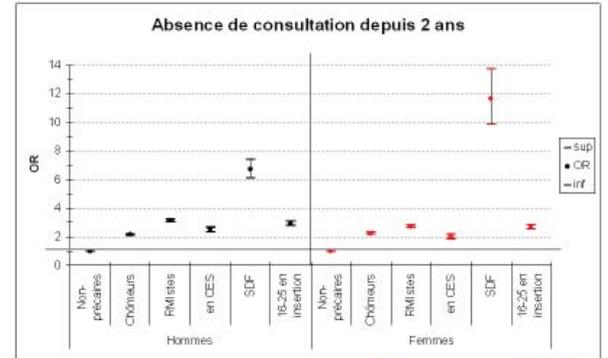


Information - Prévention - Santé

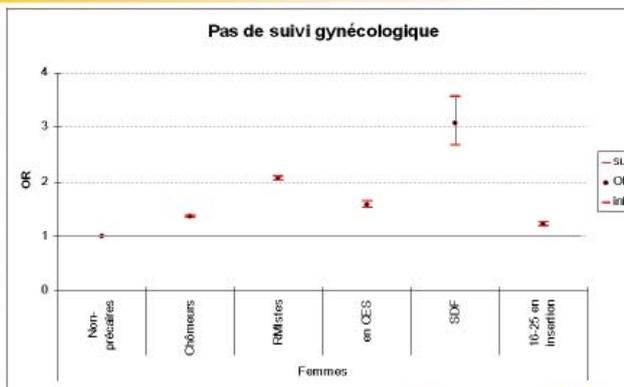
Tabagisme



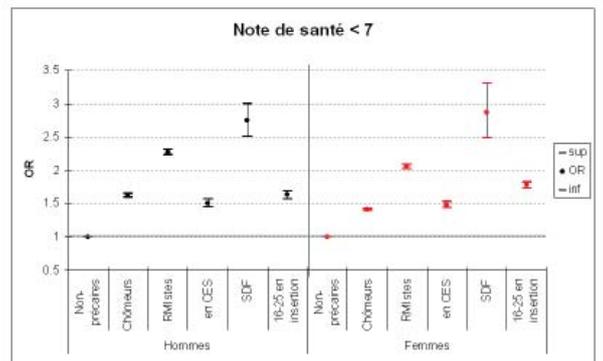
Non suivi médecin - dentiste



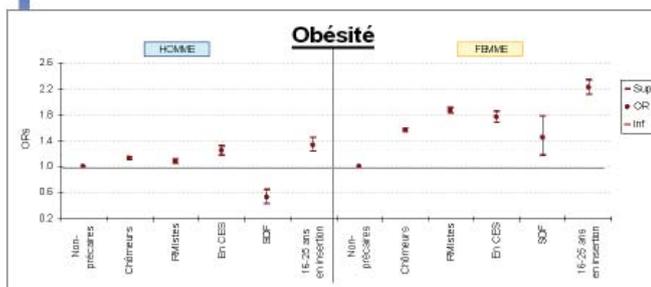
Non suivi gynécologique



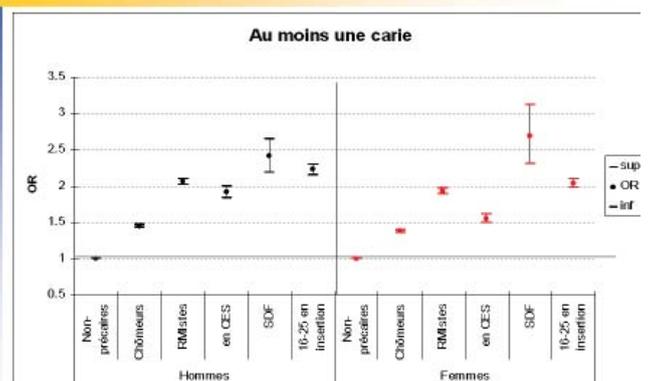
Perception négative de la santé



Obésité



Caries dentaires



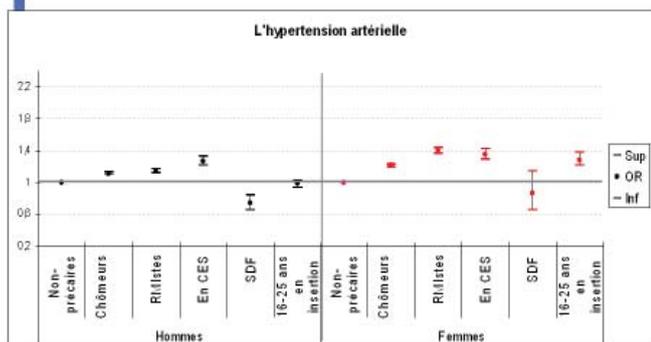
1999 - 2003

105 901 « jeunes en insertion »

138 344 jeunes
scolaires/étudiants/actifs

Les jeunes 16 – 25 ans en insertion

Hypertension artérielle



Assurance Maladie Cetaf
Information - Prévention - Santé

Alcool, hommes

« BOIT CERTAINS ou TOUS les JOURS vs NE BOIT JAMAIS »



Fig 2C : Alcool, certains jours ou tous les jours, Hommes

INCB Cetaf
Information - Prévention - Santé

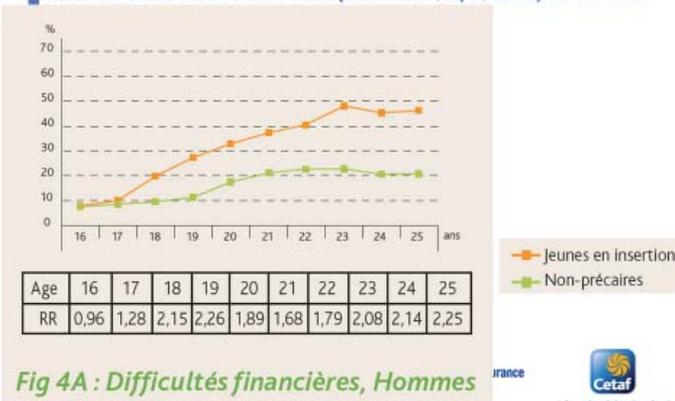
Si l'on s'intéresse à l'effet par âge, on remarque dans un premier temps que les prévalences augmentent bcp entre 16 et 25 ans pour les 2 catégories.

De plus, de 16 à 18 ans, les prévalences des précaires sont au dessus des NP: les jeunes en insertion ont 2 fois plus de risque de consommer de l'alcool à ces âges là. Par contre, cette tendance s'inverse à 19 ans.

Les jeunes en insertion ont moins de risque de déclarer une consommation d'alcool avec âge.

Difficultés financières, Hommes

« Y-a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF ...) ? » oui vs non

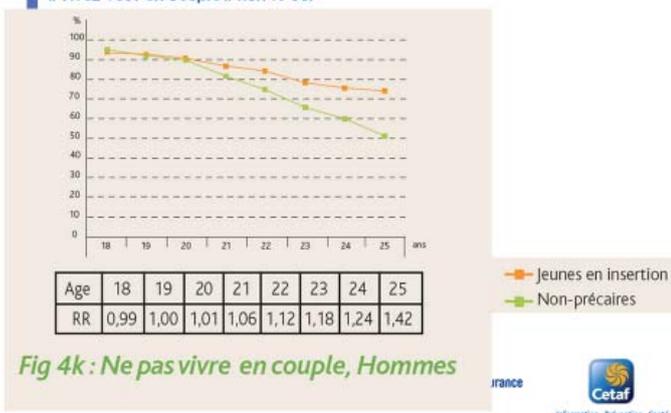


Il y a une interaction âge/précarité significative.

En effet, aux plus jeunes âges les précaires n'ont pas vraiment plus de risque mais avec l'âge, on remarque une forte augmentation des prévalences.

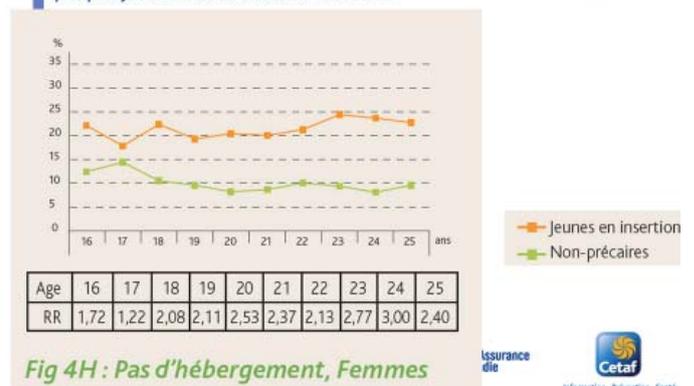
Ne pas vivre en couple, Hommes

« Vivez-vous en couple » non vs oui



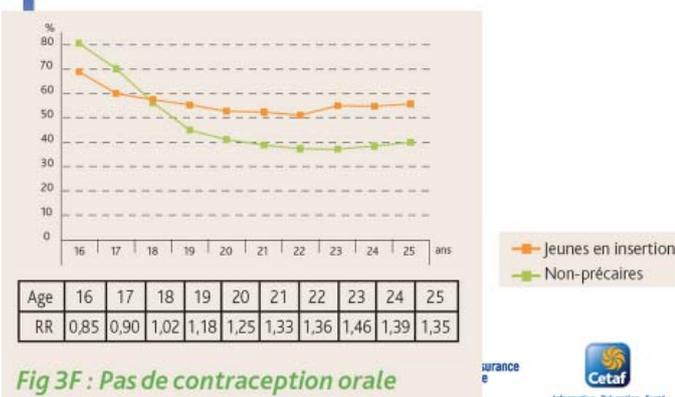
Pas d'hébergement, Femmes

« En cas de difficulté (financière, familiale, 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 ? » oui vs non



Absence de contraception orale

Pas de prise de contraceptif oral / prise d'un C.O



L'effet de l'âge et de la précarité est à nouveau intéressant.

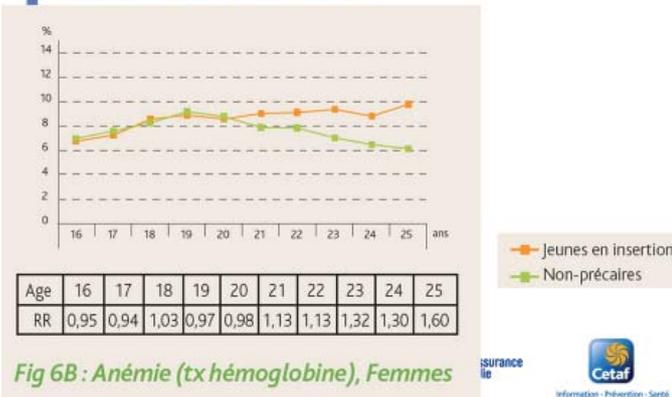
A 16 et 17 ans, ce sont les NP qui ont plus de risque de ne pas prendre de C.O (les prévalences de non C.O chez les NP sont au dessus des précaires).

La tendance s'inverse vers l'âge de 18 ans, où la courbe des précaires passent au dessus de celle des NP.

On remarque aussi que les jeunes sont de mieux en mieux suivis avec l'âge: prévalences de non C.O diminuent avec l'âge surtout chez NP (de 80 % à 16 ans à 40 % à 25 ans chez NP). Les prévalences chez les jeunes en insertion se stabilisent.

Anémie, Femmes

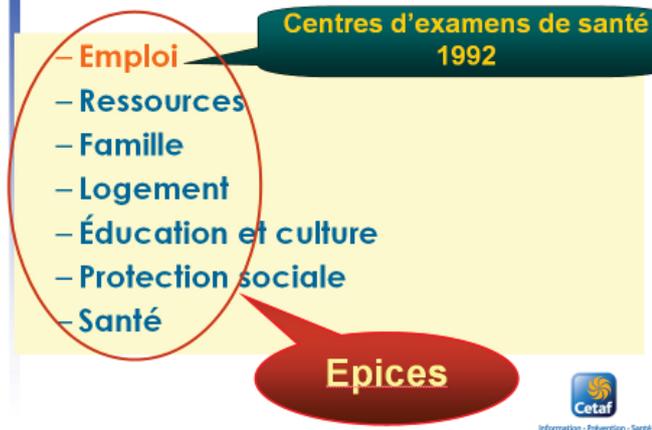
• Avoir un taux d'hémoglobine < 120 g/l



Chez les femmes, on remarque que les prévalences d'avoir des problèmes d'anémie sont plus élevées que chez les hommes.

D'autre part il y a une interaction significative avec l'âge; en effet de 16 à 20 ans, on n'observe quasiment pas de différence entre les p et NP par contre à partir de 21 ans, les jeunes en insertion ont de plus en plus de risque d'avoir des problèmes d'anémie comparés aux NP.

Sécurités



ATELIERS

ATELIER N ° 1

PASS ET INTERVENANTS DE L'URGENCE

■ Compte-rendu

Modérateur : PASS de Lyon Saint Joseph Saint Luc
Elisabeth Piegay assistante sociale

Pour les intervenants de l'urgence (le 15, les pompiers, les services de police, les services d'accueil des urgences) la PASS est un partenaire important dans le repérage et dans la prise en charge des situations de précarité . Cependant, la méconnaissance du fonctionnement même de la PASS ne permet pas toujours de l'interpeller à bon escient.

Les intervenants de l'urgence ont des moyens de repérer ces situations mais restent démunis quant aux outils pour apporter des solutions.

De nombreux appels entrant sur le 15 viennent, en effet, de personnes en grande difficulté psycho-sociale (jeunes errants, précaires, sans domicile fixe, personnes isolées, personnes en souffrance psychique).

La présence d'un assistant de service social sur le centre 15, comme c'est le cas sur Grenoble, facilite le lien entre l'urgence et les dispositifs médico-sociaux pour les situations qui relèvent des compétences de ces derniers.

En Haute Savoie, dans l'objectif d'une meilleure réponse à ces situations repérées, a été mise en place une fiche de liaison entre permanencier et assistante sociale du SAU, fiche mentionnant les données socio-administratives, le référent s'il existe et la typologie de la problématique rencontrée.

Il est nécessaire d'insister sur la qualité des liens inter-partenariaux, en amont et en aval des prises en charge. Il faut ensuite savoir restituer car cela permet aussi d'aiguiser la vigilance de ceux qui ont repéré.

Chacun des participants note l'importance de la communication, de la transversalité, et de la reconnaissance même de la PASS au sein de son institution hospitalière.

■ Retour d'expérience

L'exemple de Lyon :

Dr Pascale LACROIX CORNIER
PASS de Lyon Saint Joseph Saint Luc



Protocole d'intervention



LES SIGNATAIRES

15
115
SDIS
Police Nationale
Police Municipale
Gendarmerie Nationale
Equipes Mobiles du SAMU SOCIAL 69



OBJECTIF

Mobiliser les différentes institutions, dans la limite de leurs compétences respectives, autour des questions de prise en charge des personnes en situation de grande précarité, notamment pendant les périodes de grand froid



Législation

Circulaire DGAS /1A du 11 octobre 2005

- Une vigilance particulière doit s'exercer concernant les personnes sans domicile fixe, très désocialisées, refusant tout, aide ou hébergement ce qui les met en situation de danger potentiel
- Toutes les personnes qui le souhaitent doivent bénéficier d'un accueil et d'une mise à l'abri quelle que soit leur situation administrative



EN PRATIQUE

- Prise en compte rapide des signalements par le service qui les réceptionne.
- Recherche et accompagnement et orientation vers le service compétent ou la structure adaptée le cas échéant.



INTERVENTION DES SIGNATAIRES :

- 115
 - Evaluation de la demande
 - Le cas échéant retransmission du signalement pour traitement aux services compétents



• Equipes mobiles du SAMU SOCIAL 69

- Repérage et suivi des personnes réfractaires à un hébergement
- Lien pluri-quotidien avec le 115



• 15

- Le médecin régulateur propose le moyen d'intervention adapté à la situation, au regard du diagnostic médical posé.
- Il apporte sa compétence aux autres signataires afin d'apprécier le risque sanitaire au vu des renseignements communiqués.



• 17

- Police municipale :
 - Intervention auprès des personnes signalées ou rencontrées.
 - Existence d'un poste de coordination qui centralise et traite les demandes d'intervention.
- Police Nationale :
 - Liens réguliers avec le 115 et les équipes mobiles
 - Recensement hebdomadaire des personnes SDF pour signalement à leurs équipes sociales.



• Gendarmerie Nationale

- Prend en charge tout signalement inquiétant sur son territoire d'intervention en allant vérifier sur place l'état de la personne signalée.



SITUATIONS PARTICULIERES

• SDIS

– Intervention dans 3 situations :

- » Les premiers secours
- » Les interventions sur demande du 15
- » Les situations de carence de moyens

• Ebriété :

- Ebriété isolée → police
- Ebriété et problème de santé → 15

• Violences conjugales :

- Hébergement à l'hôtel avec soutien associatif



SUIVI DU PROTOCOLE

- Comité de pilotage en début et fin de plan froid avec les signataires, animé par la DDASS
- Recueil des incidents sous forme de fiches préalablement établies qui seront centralisées et traitées par la DDASS

ATELIER N ° 2

PASS ET MONDE RURAL

quel repérage quel accompagnement ?

■ Compte-rendu

Modérateur : PAYS Serge
Educateur
PASS CH Albertville

Le groupe est constitué de 13 personnes.

Il est ressorti des débats, que les PASS souvent situées dans des hôpitaux sont principalement tournées vers les citadins et moins vers les ruraux.

Une représentante de la MSA nous a fait part d'une étude effectuée par leur service concernant le repérage des besoins de soins et des actions menées sur le secteur de la Haute-Savoie.

Les personnes présentes ont noté qu'il existait une méconnaissance entre les acteurs de secteur et les PASS.

Des difficultés ont aussi été notées dans l'accès aux soins tant dans le domaine des transports que dans celui de l'accès au plateau technique des hôpitaux.

En conclusion nous avons pu dégager trois points :

Territoire : Définir ou préciser le territoire d'intervention des PASS, les territoires de santé et territoires sociaux ne correspondant pas forcément.

Repérage : Développer le réseau et se faire connaître. Développer le partenariat avec les différents acteurs sociaux et médicaux présents sur les secteurs

- Médecins du travail et Médecins libéraux
- Centres Communaux d'Action Sociale
- Caisses d'Allocations Familiales
- Centres de Médecine Préventive
- Commissions Locales d'Insertion
- Mutualité Sociale Agricole
- Associations de Familles Rurales
- Les Elus

Préciser avec les autres acteurs les critères d'admission aux PASS.

Accompagnement : Le groupe a réaffirmé le rôle d'accompagnement des PASS vers les soins, tant au sein de l'hôpital qu'en dehors.

PASS rurales : quel repérage quel accompagnement ?

■ Retour d'expérience n°1

PAYS Serge
Educateur
PASS CH Albertville

Albertville est une petite ville d'environ 20000 habitants à l'entrée de la vallée de la Tarentaise (vallée des principales stations de ski). La PASS y a été voulue comme une articulation entre le milieu médical et le secteur social. Elle fait partie d'un réseau, ce qui facilite l'accès aux soins et la mise en place de projets des personnes, avec les divers intervenants (soignants, lieux d'hébergement, secteur social, etc...).

Les différents acteurs sont fortement impliqués à travers leur participation au comité de pilotage de la PASS.

Le public est constitué principalement de personnes installées sur le secteur ou de passage dans le centre d'hébergement (saisonniers, SDF).

Je vais relater une action menée dans le cadre de notre PASS en collaboration avec les travailleurs sociaux de la CLI (Commission Locale d'Insertion).

La CLI, qui dépend du conseil général, gère le RMI (Revenu Minimum d'Insertion) et dans ce cadre est en contact avec un public en situation de précarité tant en ville qu'en campagne.

Les personnes du milieu agricole sont également accompagnées par les Travailleurs Sociaux de La MSA (Mutualité Sociale Agricole).

La présence de travailleurs sociaux de proximité qui permet un assez bon repérage des besoins de soins en milieu agricole.

Une fois le problème repéré il s'agit ensuite de trouver les moyens d'accompagner les personnes vers des soins.

En août 2005 la CLI du territoire d'Albertville contacte la PASS pour le cas d'une personne d'une quarantaine d'années, célibataire et isolée, résidant au fin fond du Beaufortain (vallée plutôt très agricole et très isolée, surtout l'hiver).

Cette personne se retrouvait dans une situation financière difficile suite à une interdiction de vendre le lait de ses vaches. Son exploitation avait été décrétée comme n'étant plus aux normes. Bien que travaillant il n'avait plus de revenus.

Cette personne, très attachée à sa terre et à ses bêtes, se trouvait dans un profond désarroi.

Cet homme avait envoyé un courrier au président de la CLI, menaçant de mettre fin à ses jours au cas où son RMI ne serait plus versé.

Cette menace a été prise au sérieux.

La personne avait déjà été hospitalisée quelques années plus tôt et suivie par le CMPA (Centre Médico-Psychologique Adultes) pour des épisodes dépressifs et des problèmes d'alcool.

Dans un premier temps le président de la CLI, également élu de ce secteur, a rencontré cette personne, qu'il connaissait déjà, afin d'évaluer la situation.

De son côté la CLI a contacté les différents partenaires concernés et une réunion de synthèse a rapidement été organisée réunissant la CLI, la MSA, le CMPA et la PASS afin de tenir compte des différents aspects de la prise en charge de la personne et lui proposer un projet cohérent.

En accord avec les partenaires nous sommes donc allés rencontrer cette personne à son domicile (l'accompagnatrice RMI et moi-même).

Nous avons proposé à ce monsieur de reprendre contact avec le CMPA ainsi qu'un accompagnement de la PASS dans cette démarche de soins.

Suite à son accord nous avons organisé un RdV au CMPA et la PASS a assuré le premier transport afin de faciliter la reprise de contact.

Un nouveau RDV a été fixé au CMPA avec le médecin Psychiatre pour lequel la PASS est intervenue uniquement dans l'organisation du transport avec un VSL. (Chose qui sera aujourd'hui impossible vu la modification des modalités de prise en charge des transports en cas de consultation).

La personne a ensuite pu poursuivre ses RdV de manière autonome.

Afin de conduire de telles actions dans les PASS de petites villes il est nécessaire:

De développer le repérage des situations et des besoins de soins (il existe une précarité installée qui n'utilise pas ou mal le système de soins).

De développer la communication avec les différents partenaires (les PASS ont besoin de se faire connaître et reconnaître)

De bénéficier de moyens pour assurer l'accompagnement de la personne (en temps et en véhicule)

■ Retour d'expérience n°2

L'exemple de Lyon :

MSA de la Haute Savoie
Nathalie ASS – J.Bordy

Bilan de santé

pour les personnes en situation de précarité

Mai 2003



730403 plazu.bilan.santé - crédit photo : A. Declieux, P. Aucante/CCMSA - Conception et impression : MSA des Alpes du Nord

L'objectif de cette action

Il est double :

- Dépister et contribuer à la prise en charge précoce des facteurs de risque et des pathologies éventuelles,
- Réintégrer dans le système de santé les personnes en situation de rupture avec celui-ci.

A qui s'adresse ces bilans ?

- A l'ensemble des adhérents de la Mutualité Sociale Agricole, en rupture avec le système de soins, âgés de plus de 16 ans sans limite d'âge et sur la base du volontariat.

Qui identifie les personnes concernées par ces bilans ?

- Chacun des secteurs d'activité de la MSA et notamment les services médicaux et sociaux.
- Les partenaires travaillant au quotidien auprès des publics en situation de précarité.

Qui peut sensibiliser l'adhérent à sa santé ?

- L'ensemble des services médicaux de la MSA (médecin de prévention, médecin conseil et médecin du travail).
- Les travailleurs sociaux de la MSA.
- L'ensemble des acteurs du secteur médico-social à l'échelon communal ou départemental.

Qui propose le bilan de santé à l'adhérent ?



• **C'est le travailleur social de la MSA** qui, lorsqu'une personne a été repérée, s'assure de l'ouverture des droits, prend contact avec celle-ci et lui propose d'effectuer le bilan de santé.

Si la personne donne son accord, le travailleur social informe le médecin de prévention de la MSA.

• **C'est le médecin de prévention de la MSA**

qui se rend au domicile de la personne pour expliquer la démarche et remet à cette occasion :

- Le questionnaire à compléter et aide à le remplir si nécessaire.
- Le dossier médical qui sera à remettre au médecin traitant.
- Le dossier de prise en charge pour les consultations de médecine générale et les examens complémentaires.

Au retour de la visite à domicile, le médecin de prévention prend contact avec le Service Social (et confirme par l'envoi d'une fiche de liaison) pour indiquer si la personne donne suite à la démarche.

Si c'est le cas, il prend également contact avec le médecin traitant pour lui présenter l'objectif de l'action.

L'Assistante Sociale sera ensuite le référent :

- Pour organiser si nécessaire le premier rendez-vous avec le médecin traitant.
- Pour assurer le suivi de ce bilan de santé (1^{ère} visite - consultation complémentaire, examens. 2^{ème} visite chez le généraliste) et faire le nécessaire pour solliciter les prises en charge de soins (si nécessaire en prestations extra légales).

En quoi consiste ce bilan ?



1 - Un bilan de santé effectué par un médecin généraliste.

La personne se rend chez le médecin généraliste de son choix avec le questionnaire complété (si la personne n'a pas de médecin traitant, le médecin de prévention lui aura donné la liste des médecins généralistes de son secteur).

Le médecin généraliste :

- Prend connaissance du dossier et conduit son entretien avec la personne.
- Effectue l'examen médical.
- Vérifie la nécessité d'un bilan dentaire qui sera réalisé par un dentiste libéral.
- Décide des examens complémentaires à réaliser, inclus dans le panier de soins, préalablement défini (voir annexe en page 4).
- Décide d'avoir recours à un ou deux avis médicaux spécialisés pris en charge dans le cadre du panier de soins.
- Contacte si besoin, avec l'accord de la personne, le médecin de prévention de la MSA, qui se mettra en relation avec les intervenants MSA appropriés.
- Décide d'un nouveau rendez-vous avec l'assuré, si nécessaire, pour le suivi médical.
- Complète et retourne au médecin de prévention la fiche de prescription ou la synthèse du bilan de santé, si aucun examen complémentaire n'a été prescrit.



2 - La prescription d'examens complémentaires si nécessaire.

A la suite de la consultation et selon les prescriptions du médecin généraliste, l'adhérent :

- Prend rendez-vous chez un radiologue pour la radiographie pulmonaire.
- Prend rendez-vous chez le dentiste afin d'effectuer l'examen dentaire.

Pour les soins prothétiques (hors adhérents bénéficiant de la CMU-C), une prise en charge complémentaire au titre des prestations extralégales pourra être demandée par l'adhérent qui transmettra le devis à la caisse.

- Se rend dans le laboratoire d'analyse biologique afin d'y effectuer le bilan prescrit par le médecin généraliste.
- Prend rendez-vous auprès du (des) spécialiste(s) pour le(s)quel(s) le médecin généraliste a prescrit une consultation.

Le référent s'assure de la prise de rendez-vous chez les professionnels de santé concernés par la suite du bilan de santé.

Tous les examens complémentaires sont exécutés chez les professionnels au choix de l'adhérent et pris en charge à 100 %. Toutefois, ceux-ci doivent respecter le tarif de responsabilité de l'assurance maladie.

Les praticiens complètent les prises en charge et les retournent au médecin de prévention de la MSA sous enveloppe T.

Les transports pourront être pris en charge sur la base des transports en commun et sur présentation du titre de transport. De façon exceptionnelle et après validation de la caisse, le transport en taxi peut être pris en charge.



3 - Une synthèse du bilan de santé.

A l'issue des examens complémentaires, l'adhérent se rend chez le médecin généraliste.

Ce dernier :

- effectue le bilan des résultats des examens complémentaires,
- complète et transmet au médecin de prévention de la caisse la synthèse du bilan de santé.

Les traitements prescrits par le médecin généraliste seront pris en charge au titre du risque maladie.



4 - Un suivi de l'adhérent.

L'objectif premier de cette action étant la réintégration des personnes en situation de précarité dans le système de soin, **un questionnaire est adressé après un délai de 6 mois** par le médecin responsable du dossier aux adhérents pour lesquels une prise en charge médicale était nécessaire.

Si l'adhérent ne répond pas à ce courrier, **le médecin de prévention de la caisse prend contact avec lui** et lui propose une rencontre pour faire le point sur sa situation.

Dans tous les cas, ce travail de suivi se fait en étroite collaboration avec le Service Social.

Le panier des soins

Consultations médicales

Spécialistes : 2 consultations (une seule consultation par spécialiste).
Radiologie : 1 radiographie pulmonaire.
Dentiste : 1 bilan dentaire.

Laboratoire

Analyses de biologie

- Numération formule sanguine (hémogramme dont plaquettes)
- Dosage de la créatinine
- Dosage de la glycémie
- Dosage des gamma GT
- Transaminases SGOT, SGPT
- Taux de prothrombine
- Bilan lipidique : triglycérides, cholestérol total, aspect du sérum à 4°C, dosage de l'apolipoprotéine A1 ou du HDL cholestérol par précipitation.

Sérologie

- Sérologie hépatite B
- Sérologie rubéole (pour les femmes)

Les sérologies hépatite C et VIH ne sont pas incluses dans le panier de soins du fait de leur prise en charge à 100 % sur le risque-maladie.

Analyses d'urine

- Albumine
- Sang
- Sucre

MSA des Alpes du Nord

Isère :

5, place Gustave Rivet
38048 Grenoble Cedex 1
tél. 04 76 88 76 00
fax. 04 76 88 76 88

Siège Social - Savoie :

106, rue Juiverie
73016 Chambéry Cedex
tél. 04 79 62 87 00
fax. 04 79 62 89 10

Haute-Savoie :

2, boulevard du Fier
74993 Annecy Cedex 9
tél. 04 50 88 16 00
fax. 04 50 57 92 92

www.msaalpesdunord.fr

PROBLEMATIQUES SANTE

MENAGES R.M.I (production laitière)	MENAGES NON R.M.I (production laitière)
1) Déprime	1) Conjointe = conduite addictive
2) R.A.S	2) Physique
3) Stress	3) Mal être
4) R.A.S	4) Mal être
5) Déprime + mal être = répercussion sur le travail	5) R.A.S
6) R.A.S.	6) Mal être toute la famille
7) Stress	7) Physique + Psychologique
8) Physique	8) Conjointe = physique + mal être = répercussion sur le travail
9) Physique + conduite addictive	9) Physique + conduite addictive
10) Physique = répercussion sur le travail	10) R.A.S
11) Physique + stress = répercussion sur le travail	11) Mal être
12) Mal être	12) Physique
13) Stress	13) Physique + déprime + conduite addictive
	14) Stress + déprime = répercussion sur le travail
	15) Déprime = répercussion sur le travail

0 problématique = 3 foyers

1 problématique = 7 foyers

2 problématiques = 3 foyers

0 problématique = 2 foyers

1 problématique = 8 foyers

2 problématiques = 4 foyers

3 problématiques = 1 foyer

SYNTHESE DES PROBLEMATIQUES IDENTIFIEES

MENAGES R.M.I	MENAGES NON R.M.I
R.A.S = 3	R.A.S. = 2
STRESS = 4	STRESS = 1
PHYSIQUE = 4 dont : <ul style="list-style-type: none"> - 1 conduite addictive - 1 stress - 2 répercutions sur le travail 	PHYSIQUE = 6 dont : <ul style="list-style-type: none"> - 1 problème psychologique - 1 conduite addictive - 1 déprime + conduite addictive - 1 mal-être
DEPRIME = 2 dont : <ul style="list-style-type: none"> - 1 mal être = répercutions sur le travail 	DEPRIME = 1 dont : <ul style="list-style-type: none"> - répercutions sur le travail
MAL-ETRE = 1	MAL-ETRE = 4
	CONDUITE ADDICTIVE = 1

PROBLEMATIQUES SANTE

ISOLES R.M.I (production laitière)	ISOLES SANS R.M.I (production laitière)
1) Psychiatriques + répercutions sur le travail	1) Problème physique + conduites addictives
2) Déprime + répercutions sur le travail	2) Problèmes psychiatriques
3) Psychiatriques	3) Problèmes psychiatriques + répercutions sur le travail
4) Problème physique + déprime + mal être + conduites addictives	4) Problème physique
5) Conduites addictives + répercutions au travail	5) Problème physique
6) Problème physique + déprime + conduites addictives	
7) Stress + déprime + mal être + conduites addictives	
8) Problème physique + mal être + conduites addictives	
9) Stress + déprime + mal être + répercutions au travail	
10) Déprime + Mal être	
11) Problèmes psychiatriques + mal être	
12) R.A.S.	
13) Stress	
14) Problème physique + Problèmes psychiatriques + conduites addictives + répercutions au travail	
15) Stress + déprime	
16) Mal être + conduites addictives	

0 problématique = 1 foyer
 1 problématique = 5 foyers
 2 problématiques = 4 foyers
 3 problématiques = 4 foyers
 4 problématiques = 2 foyers

0 problématique = 0 foyer
 1 problématique = 4 foyers
 2 problématiques = 1 foyer

PROBLEMATIQUES SANTE

ISOLES R.M.I	ISOLES NON R.M.I
R.A.S = 1	R.A.S. = 0
STRESS = 4	STRESS = 0
PHYSIQUE = 4	PHYSIQUE = 3
DEPRIME = 7	DEPRIME = 0
MAL-ETRE = 7	MAL-ETRE = 0
CONDUITES ADDICTIVES = 7	CONDUITES ADDICTIVES = 1
REPERCUTION AU TRAVAIL = 4	REPERCUTION AU TRAVAIL = 1
PROBLEMES PSYCHIATRIQUES = 4	PROBLEMES PSYCHIATRIQUES = 2

EN RESUME

SUR 28 MENAGES	SUR 21 ISOLES
Pas de problèmes de santé = 5	Pas de problèmes de santé = 1
1 Problématique = 15	1 Problématique = 9
2 Problématiques et + = 8	2 Problématiques et + = 11

ATELIER N ° 3

PASS ET PARCOURS DE SOINS

■ Compte-rendu

Modérateur : PASS de Saint Etienne

Vincent BOURGIN - assistant social

Par définition, les PASS s'adressent aux personnes qui se trouvent hors de tout parcours de soins. L'objectif de ce type de consultation est « d'accrocher » les personnes en situation de précarité afin de les amener à se soigner puis de les aider à « décrocher » de la PASS pour réintégrer le système de droit commun.

Sont évoqués, par les équipes de terrain un certain nombre de remarques :

- La nécessité d'établir des ponts avec les services de la CPAM, au regard de la complexité des situations administratives des personnes s'adressant au PASS...
- La problématique de l'errance des personnes en grande précarité, de leur non-inscription dans un territoire géographique et de fait de la non-adaptation de l'obligation de déclarer un médecin référent.
- La barrière de la langue qui rend très difficile l'orientation auprès de généraliste de ville. Création d'un site sur l'initiative de la PASS de Chambéry : <http://traducmed.free.fr>
- Le déremboursement de certains médicaments.
- Les refus de certains praticiens libéraux de recevoir en consultation des bénéficiaires de la CMUC. Une procédure de signalement de ce type de pratique est possible via les CPAM, possibilité d'obtenir des formulaires dans les CPAM afin d'aider les personnes victimes de refus de soins de les faire remonter.
- La participation forfaitaire de 1 € demandée à tous (sauf bénéficiaires de la CMUC) alors que des données existent quant au non-recours aux soins à cause de difficultés financières. La CPAM rappelle le dispositif crédit d'impôts pour financer une partie de la charge financière liée à l'acquisition d'une mutuelle.

■ Retour d'expérience



PASS et intégration dans le système de soins de droit commun.

Permanence d'Accès aux Soins de Santé / Service d'Urgence.

29/03/2007

PASS CHU Saint Etienne.

1

OBJECTIFS :

- En quoi notre action favorise-t-elle l'accès aux soins de médecine de ville ?
- Les patients poursuivent-ils leur démarche de soins auprès d'un médecin généraliste libéral après avoir été pris en charge par la PASS ?

29/03/2007

PASS CHU Saint Etienne.

2

METHODE : étude prospective sur l'année 2005.

- Patients inclus :
 - ◆ Au moins une consultation médicale.
 - ◆ Une date de sortie du dispositif signifiée au patient.

29/03/2007

PASS CHU Saint Etienne.

3

METHODE : recueil des données à l'entrée du dispositif.

- Age, sexe.
- Situation familiale.
- Situation socio-économique.
- Revenu par rapport au seuil de pauvreté.
- caractère stable ou précaire du mode d'hébergement.
- situation au regard de l'assurance maladie

29/03/2007

PASS CHU Saint Etienne.

4

METHODE : recueil des données à la sortie du dispositif.

- situation au regard de l'assurance maladie.
- caractère stable ou précaire du mode d'hébergement.
- Durée de la prise en charge.
- Type de relais
 - ◆ relais « nominatif » auprès d'un généraliste.
 - ◆ Relais « non nominatif » auprès d'un généraliste.
 - ◆ Relais « autre » : sage femme, psychiatre...

29/03/2007

PASS CHU Saint Etienne.

5

METHODE : recueil des données à 6 mois de la sortie du dispositif.

- 1er volet : observation du recours par le patient à des consultations :
 - ◆ de médecine générale en ville,
 - ◆ spécialisées libérales,
 - ◆ spécialisées hospitalières
- 2ème volet : évaluation de l'évolution de la situation sociale du patient.

29/03/2007

PASS CHU Saint Etienne.

6

RESULTATS

29/03/2007

PASS CHU Saint Etienne.

7

Caractéristiques générales du public accueilli à la PASS :

En 2005, 611 patients ont été reçus, 586 ont eu au moins une consultation médicale

- personnes étrangères hors CEE : **66 %**
 - ◆ 38 % demandeurs titre séjour (Asile majoritairement)
 - ◆ 18 % de situations irrégulières.
 - ◆ 9 % de visas touristiques.
- Revenu < au seuil de pauvreté* : **87 %** (*650 € / mois).
- Absence d 'assurance maladie ou assurance incomplète : **81 %**.
- Logement précaire : **56 %**.

29/03/2007

PASS CHU Saint Etienne.

8

Au terme de l 'année 2005 :

- 19 % file active.
- 64 % « perdus de vue ».
- **17 %** ont été « invités » à intégrer le système de soins de droit commun.
 - ◆ Soit **99 patients**.

29/03/2007

PASS CHU Saint Etienne.

9

Les patients de l'étude :

- Homme : **62 %**.
- 26 / 45 ans : **53 %**.
- Étrangers hors CEE : **78 %**.
- Revenus < au seuil de pauvreté : **96 %**.
- Absence d 'assurance maladie ou assurance incomplète : **80 %**.
- logement précaire : **63 %**.

29/03/2007

PASS CHU Saint Etienne.

10

Situation à la sortie du dispositif :

- 58 % 2 à 4 consultations.
- 62 % logement précaire.
- 70 % en cours de régularisation ou situation irrégulière.
- 100 % acquisition d 'une assurance maladie.
 - Dont 28 % **AME**.

29/03/2007

PASS CHU Saint Etienne.

11

Type de relais :

- **67 %** auprès d 'un médecin généraliste nominatif.
- 19 % auprès d 'un médecin généraliste non nominatif.
- 13 % relais autres.

29/03/2007

PASS CHU Saint Etienne.

12

Recours aux soins au delà de la prise en charge PASS.

- 63 % ont consulté au moins une fois un généraliste.
 - ◆ Aucune consultation : 37 %.
 - ◆ de 1 à 3: 29 %.
 - ◆ 4 et + : 34 %.
- 34 % ont consulté au moins une fois une consultation spécialisée.
- 38 % ont bénéficié d 'au moins une consultation hospitalière.

29/03/2007

PASS CHU Saint Etienne.

13

Recours aux soins et stabilité de logement

consultation MG Logement	Oui	Non
stable	43%	57%
Précaire	52%	48%

29/03/2007

PASS CHU Saint Etienne.

14

Recours aux soins et type de relais :

Consultation MG Type de relais	oui	non
Relais nominatif	72%	18%
Relais non nominatif	47%	53%
Relais autre	38%	62%

29/03/2007

PASS CHU Saint Etienne.

15

Conditions d'un relai « réussi ».

- Prise en charge transitoire annoncée en début de prise en charge.
- Acquisition d 'une assurance maladie.
- Réseau de médecins généralistes.
- Transmission écrite des données médicales
- Possibilité de réintégrer le dispositif PASS.

29/03/2007

PASS CHU Saint Etienne.

16

Limites :

- Enquête limitée à une partie du public reçu à la PASS.
- Difficulté à collecter les informations concernant la situation du patient à 6 mois.
- Durée de l 'enquête réduite (6 mois).
- Sur- représentation du public des étrangers hors CEE.

29/03/2007

PASS CHU Saint Etienne.

17

Conclusion

- Deux types de prise en charge :
 - ◆ consultations de type « médecin généraliste ».
 - ◆ Consultations de type « dispensaire ».
- Qualité du relais
- La prise en charge PASS n 'est qu'un maillon susceptible de favoriser l 'insertion dans le système de droit commun.

29/03/2007

PASS CHU Saint Etienne.

18

ATELIER N ° 4

PASS et réforme hospitalière

■ Compte-rendu

Modérateur : Dr Bruno DEGOER
Médecin PASS de Chambéry

Cet atelier était composé de 17 participants, de métiers et de provenances très variés. Un directeur d'hôpital, des assistantes sociales, infirmières, cadres de santé, médecins...

Les axes débattus ont été les suivants :

1/ En lien avec la réforme hôpital 2007

a/ La tarification à l'activité

La tarification à l'activité implique des diminutions des durées moyennes de séjour. Le financement des PASS est actuellement bien notifié comme faisant partie de l'enveloppe MIGAC.

Plusieurs questions se posent :

- Comment effectuer des demandes de financement sur les enveloppes MIGAC ?
- Les PASS resteront-elles uniquement dans ces enveloppes ou y aura t-il à terme un financement sur le modèle du service des urgences (forfait + activité) comme le propose le rapport de la DHOS ?
- Quelle extensibilité des enveloppes MIGAC?
- Lors de demandes complémentaires, quels risques de concurrence entre les différents services d'un même Centre Hospitalier ou d'un même pôle?
- A terme, en cas de financement mixte (forfait +activité), n'y a t-il pas un risque d'auto entretien de l'activité alors que la PASS a pour objectif l'orientation vers le droit commun ?
- Quelle valorisation de l'activité infirmière et assistante sociale?

Il est constaté dans le groupe que les PASS sont très différentes quant à un rattachement à une unité fonctionnelle : certaines en ont une, d'autres non, d'autres pour qui une seule partie de l'activité y est incluse. Ceci démontre la fragilité du système en regard d'un enjeu majeur: l'accès aux droits et aux soins, qui est une priorité de santé publique.

Proposition : Que chaque PASS soit rattachée à une unité fonctionnelle à travers laquelle son activité puisse être transparente.

b/ La nouvelle gouvernance

Les services hospitaliers se réunissent en pôles. On constate que les PASS, selon les hôpitaux, peuvent être inclus dans des pôles très différents, dont éventuellement dans un pôle qui ne soit pas un pôle d'activité médicale. Il doit y avoir un contrat entre le pôle et le conseil exécutif de l'établissement, à travers le projet de pôle. Il convient que chaque PASS connaisse au plus vite son pôle de rattachement, qu'elle définisse ses objectifs et ses moyens de fonctionnement afin de l'inclure dans ce contrat qui est conclu pour 5 ans, co-signé par le Président de la CME et le Directeur. Les PASS peuvent alors négocier dans le contrat d'objectifs et de moyens de leur établissement. Elles peuvent s'appuyer sur les fiches MIGAC qui doivent être remplies par les établissements.

Remarque d'un membre du groupe : le service social doit être indépendant de la Direction des Soins (décret de 1993 sur le travail social hospitalier). Il est également notifié qu'au 1er janvier 2007, la volonté de diminuer les durées moyennes de séjour va s'amplifier avec la mise en place des groupes homogènes de séjour.

c/ La certification

Dans ce cadre, la prise en charge des plus démunis et la continuité des soins sont valorisées, ainsi que le travail en réseau. Cette certification, obligatoire pour les établissements, peut également être un point d'appui pour les PASS. Cela peut également permettre d'insister pour la mise en place d'un comité de pilotage lorsqu'il n'existe pas, ou pour le stimuler lorsqu'il se réunit peu fréquemment.

2/ Le débat s'est élargi à d'autres réformes

a/ Que deviennent les PRAPS ?

Le PRAPS 2003/2006 va se terminer. Il semblerait que ces PRAPS n'existeront plus sur le modèle actuel, mais qu'il y aura une déclinaison du PRAPS à travers le programme régional de santé publique dans son aspect précarité. Ce programme régional de santé publique vient d'être rendu public par le Préfet de région. Il convient d'attendre la mise en place du groupement régional de santé publique (GRSP) pour qu'il puisse être activé.

b/ La loi de santé publique

Elle affirme que la politique de santé publique concerne la réduction des inégalités de santé (sur l'ensemble du territoire) : elle peut donc aussi être un point d'appui.

c/ Les synthèses des rapports de l'ANAES, de l'IGASS et de Grès Médiation Santé peuvent être également utiles, ainsi que divers autres documents (plan national d'action pour l'inclusion sociale...)

d/ La réforme sur la formation médicale continue et l'évaluation des pratiques professionnelles des médecins

Celles-ci sont dorénavant obligatoires. Des réunions de concertation pourraient être valorisées dans ce cadre, dès le moment où elles sont régulières, formalisées et pluridisciplinaires. Ceci n'est évidemment valable que pour les PASS ayant un médecin.

3/ La Question du contrôle a également été abordée

Il semble que certains établissements n'ont pas mis en place une PASS telle qu'elle devait être définie, tout en ayant obtenu des moyens financiers. Si l'établissement ne veut pas revoir les choses dans le sens des financeurs, il est possible de prendre contact avec un médecin inspecteur de santé publique de la DDASS correspondante. A noter que les visites de certification peuvent aussi être un moyen de pression.

Retour en séance plénière et discussion

Des questions sont posées sur la circulaire « soins urgents », qui ne prend en charge que des personnes étrangères en situation irrégulière depuis moins de 3 mois sur le sol français, dans le cadre de l'urgence, et tout ce qui est en lien avec l'hospitalisation.

Discussion également autour de la variabilité des lignes de crédits pour les médicaments, la biologie ou la radiologie (pour exemple 10 000 € par an au CHU de Grenoble). Certaines PASS proposent une avance des médicaments, rendus lors de l'ouverture des droits.

■ Retour d'expérience

Retour d'expérience à la PASS de Chambéry :

Un poste d'interne en médecine générale dans le cadre d'une PASS.

Pour qu'une PASS bénéficie d'un interne, et qu'un interne puisse bénéficier d'une formation dans le cadre d'une PASS, en dehors d'un poste spécifique exceptionnel dans des grands CHU, il existe 2 possibilités:

- Dans le cadre d'un stage de médecine générale chez le praticien (UPL), il est possible d'intégrer une journée ou une demi-journée dans d'autres structures que les cabinets : type PMI, PASS, UCSA... Ce projet est à définir avec le généraliste responsable de l'UPL.
- Il est également possible d'effectuer un stage en 6ème semestre dans le cadre d'un projet personnel dans une structure ayant une pratique proche de la médecine générale. Le financement peut être obtenu soit sur un budget de l'hôpital en accord avec la direction de l'établissement, soit sur un budget dans le cadre d'un stage de médecine générale (SASPAS, le 2ème stage de médecine générale organisé durant le 6ème semestre). Dans ce cadre, il faut obtenir une supervision d'un médecin généraliste durant ce stage. C'est ce qui a été accordé à Chambéry (faculté de médecine de Grenoble), stage articulé entre diverses activités médico-sociales (prisons, CSST, PASS, réseaux de soins).

Lors de ce stage, il a été créé un outil informatique à base d'un site Web, permettant la traduction sonore de phrases type d'une consultation médicale, avec la création pour le moment de 5 langues : roumain, allemand, portugais, chinois et espagnol. D'autres langues sont en cours d'enregistrement. L'objectif est de permettre une meilleure prise en charge des personnes migrantes ne parlant pas le français :

<http://traducmed.free.fr>

Si des bénévoles souhaitent proposer une nouvelle langue contactez Charles Vanbelle :

traducmed@free.fr

Conclusion de Monsieur BERNARD, Directeur du CHRA

Monsieur Serge BERNARD, Directeur du Centre Hospitalier d'Annecy, donne quelques repères à propos des MIGAC : distinguer les missions d'intérêt général et les actions de coopération. Les hôpitaux ont été interrogés sur des bases financières pour les calculs des MIGAC, fin 2003. Ces bases sont opposables pour la construction économique du système. Les pratiques étant hétérogènes, une base estimative financière a été proposée. Les hôpitaux ont donc fait un travail d'inventaire.

Monsieur Bernard fait ensuite la synthèse de la journée :

« Les choses s'arrangent mais cela ne va pas mieux » écrivait l'auteur américain Kate Atkinson.

Afin que cela aille de mieux en mieux, Monsieur Bernard souligne l'intérêt et la nécessité de se faire connaître. Pour cela il faut d'abord identifier tous les actes faits par nos PASS au sein de nos établissements. Chaque PASS possède un numéro d'Unité Fonctionnelle, et il est important de répertorier ce que nous faisons et d'en rendre compte. Il est important de réaliser des études sur les populations dont les PASS s'occupent et de les diffuser largement (compte-rendus d'activité). Il faudrait pour cela un système de recueil, de statistiques et de typologies homogènes aux différentes PASS.

Par ailleurs, comme stipulé dans l'atelier, il convient que chaque PASS trouve sa place au sein du pôle de rattachement, et négocie la base budgétaire. L'enveloppe MIGAC est plutôt prévue pour payer du fonctionnement. La problématique des PASS existe également pour d'autres services. Monsieur Bernard note que la réforme du système de santé est actuellement en cours de montée en charge. Il convient d'assurer la transparence. Il y a toujours des solutions. Et les contrôles débutent.

Il faut, de plus, sans cesse être à la recherche d'« alliés » que ce soit en intra ou en extra hospitalier.

Les PASS, selon Mr Bernard, ne risquent pas de disparaître (pendant les cinq ans à venir au moins) pour au moins trois raisons :

- le dispositif est intégré dans le SROS 3 en région Rhône-Alpes
- il existe un contrat entre les établissements hospitaliers et l'ARH
- il existe un contrat entre les pouvoirs publics et l'ARH

Cependant, en temps que consommateurs de deniers publics, nous sommes redevables d'une démarche d'évaluation avec la mise en place d'indicateurs de performance et de résultats ;

L'ARH travaille à fixer des indicateurs.

Ces indicateurs peuvent participer aux atouts qui nous sont offerts pour mieux nous affirmer ;

Il nous faut nous questionner :

- Sommes-nous bien identifiés en tant que PASS ?
- Disposons-nous de moyens de communication ?

Il nous faut nous appuyer sur tous les supports possibles pour faire connaître nos PASS. Ou bien travailler sur la création de nouveaux supports.

Un autre conseil nous est donné : optimiser nos liens avec l'assurance maladie.

Autre point important concernant la place des PASS dans les réformes hospitalières : il nous faut nous informer correctement du contexte, de la législation, ...

Plus nous nous exprimerons en tant que professionnels, et professionnels de terrain, plus nous pourrons nous impliquer et faire évoluer les réformes.

Nous allons devoir effectuer un travail important dans les domaines des politiques « qualité » et « amélioration des soins ».

Monsieur Bernard nous souhaite bon courage et remercie tout le monde.

ANNEXES

1 - STATUTS DE L'APPASSRA

2 - BIBLIOGRAPHIE

3 - REMERCIEMENTS

Statuts de l'APPASSRA

Article premier :

Il est fondé entre les adhérents aux présents statuts une association régie par la loi du 1er juillet 1901 et le décret du 16 août 1901, ayant pour titre :
Association des Professionnels des Permanences d'Accès aux Soins de Santé Rhône-Alpes
Sa durée est illimitée.

Article 2 : buts

Cette association a pour but :

- de réunir les professionnels des permanences d'accès aux soins de santé de la région Rhône-Alpes pour des échanges autour de leurs pratiques ;
- d'organiser des échanges d'informations :
 - entre les professionnels des PASS
 - entre les professionnels des PASS et d'autres intervenants sanitaires et sociaux impliqués dans le domaine de la précarité et de l'exclusion
 - entre les professionnels et les usagers
- d'apporter une réflexion sur les objectifs et le développement des PASS ;
- de faire connaître et reconnaître aux pouvoirs publics et institutions de santé publique de la région Rhône-Alpes les réalités et problématiques rencontrées sur le terrain ;
- d'aider à développer toute action allant dans le sens d'une amélioration de la santé des personnes en situation de grande précarité sociale.

Article 3 : siège

Le siège social est fixé au Centre Hospitalier de Chambéry,
BP1125, 73011 CHAMBERY Cedex

Il pourra être transféré par simple décision du Conseil d'Administration, ratifiée par l'Assemblée Générale.

Article 4 : composition

L'association se compose de membres adhérents c'est à dire de toute personne physique ou morale ayant été agréée par le bureau du conseil d'administration, ayant adhéré aux présents statuts, signé un bulletin d'adhésion et réglé sa cotisation annuelle.

Article 5 : condition d'adhésion

Sont adhérents les personnes tel notifié à l'article 4, dont la demande d'adhésion a été acceptée par le bureau du conseil d'administration. Ils s'engagent à verser une cotisation annuelle dont le montant est fixé par le conseil d'administration.

Article 6 : radiations

La qualité de membre se perd :

par démission,

par décès,

radiation pour non paiement de la cotisation après deux lettres de rappel,

radiation pour motif grave prononcée par le bureau. Le membre concerné est entendu préalablement et peut faire appel dans un délai de un mois auprès du conseil d'administration.

Article 7 : ressources

Les ressources de l'association se composent :

des cotisations de ses membres,

de toute ressource autorisée par les textes législatifs en vigueur

Article 8 : conseil d'administration

L'association est administrée par un conseil composé de trois membres à douze membres, représentant au minimum deux professions différentes.

Les membres du conseil sont élus pour deux ans par l'assemblée générale. Les membres sont rééligibles.

Si le conseil se retrouve à moins de trois au cours de son mandat, il choisit des remplaçants provisoires parmi les membres de l'association. Le remplacement définitif se fait par vote lors de l'assemblée générale, au moment où le mandat du membre remplacé expire.

Les membres du CA sont élus au bulletin secret (sauf consensus) par l'AG.

Article 9 : bureau

Le conseil d'administration choisit parmi ses membres, au scrutin secret sauf consensus, un bureau composé d'au minimum 3 personnes: un président, un secrétaire, un trésorier. Il peut y adjoindre: un ou des vice(s) présidents, un secrétaire adjoint, un trésorier adjoint.

Le bureau est élu pour un an. Les membres sont rééligibles. Aux réunions du bureau peut être adjointe, à sa demande, avec voix consultative, toute personne dont la compétence peut l'aider dans son travail.

Article 10 : réunion du conseil

Le conseil d'administration se réunit au moins une fois par an sur convocation de son président ou sur la demande du quart de ses membres.

Un tiers au moins des membres présents ou représentés est nécessaire pour la validité des délibérations, avec un minimum de trois personnes présentes.

Les décisions sont prises à la majorité des voix ; en cas de partage la voix du président est prépondérante. Les votes peuvent avoir lieu à bulletin secret à la demande d'un administrateur.

A chaque réunion il est prévu un procès verbal signé par le président et le secrétaire.

Article 11 : assemblée générale

L'assemblée générale ordinaire comprend tous les membres. Elle se réunit au minimum une fois par an. Les membres sont convoqués au moins quinze jours avant. L'ordre du jour est indiqué sur les convocations ; il comporte le rapport moral du président, le rapport financier du trésorier, les questions soumises par des membres de l'association et déposées auprès du secrétaire.

Le président assisté des membres du bureau préside l'assemblée générale.

Le trésorier rend compte de sa gestion et soumet le bilan à l'approbation de l'assemblée. Après épuisement de l'ordre du jour, il est procédé au remplacement des membres du conseil.

Article 12 : assemblée générale extraordinaire

Le président peut convoquer une assemblée générale extraordinaire selon les modalités prévues par l'article 11 ou, si besoin est, sur la demande de la moitié de ses membres. L'assemblée générale extraordinaire délibère sur les modifications de statut . Elle peut décider la dissolution et l'attribution des biens de l'association.

Article 13 : règlement intérieur

Un règlement intérieur peut être préparé par le conseil d'administration et adopté par l'assemblée générale. Il est éventuellement destiné à fixer divers points ayant trait à l'administration interne de l'association.

Article 14 : dissolution

La dissolution ne peut être prononcée que par l'assemblée générale extraordinaire convoquée à cet effet. Cette dernière désigne un ou plusieurs commissaires dont elle détermine les pouvoirs et qu'elle charge de liquider les biens de l'association. L'actif est dévolu, s'il y a lieu à une association poursuivant un objectif similaire, conformément à l'article 9 de la loi du 1er juillet 1901 et au décret du 16 août 1901.

Le Président
Elisabeth RIVOLLIER

Le Secrétaire adjoint
Bruno DE GOER

REFERENCES

Troisième rencontre régionale des PASS

11 Octobre 2006

Ouvrages :

Parfois, il discutait avec Dieu. Pia PETERSEN , Edition Actes Sud, 2004, 230 p.

Exclusion et Intégration sociale : d'hier à aujourd'hui. PETIT Jacques-Guy. Edition Anthropos. 1999,

La santé passe par la dignité : François-Paul DEBIONNE. Collection «Des livres contre la misère» Éditions Quart Monde/Éditions de l'Atelier, 2002, 240 p.

Gens pauvres, pauvres gens dans la France du XIXème siècle. GUESLIN André. Ed. Aubier, Collection historique, Paris, 1998, 314 p.

La fabrique des exclus : MAISONDIEU Jean. Edition Bayard, 1997.

Les pauvres et leur histoire : de Jean Valjean à l'abbé Pierre. PIERRARD Pierre. Ed. Bayard, 2005, 317 p.

A la rue ! Collectif des morts de la rue, Ed. Buchet/Chastel, Paris, 2005, 198 p.

SDF, l'obscénité de malheur. BABIN P., Ed Erès, 2004.

La santé mentale en actes. De la clinique au politique. Sous la direction de J. Furtos et C. Laval. Editions Eres, 2005, 357 p

La métamorphose de la question sociale : une chronique du salariat. Robert CASTEL, Paris, Ed. Fayard, Collection « L'espace du politique », 1995, 490 p.

Et si les pauvres nous humanisaient. Colette et Michel COLLARD GAMBIEZ., Ed Fayard, Paris, 2004.

Traité de santé publique. BOURDILLON F., BRÜCKER G., TABUTEAU D., Ed. Flammarion médecine sciences, 2004. 536 p.

La défaite de la santé publique : MORELLE A., Ed. Flammarion, 1996.

La défaite de la santé publique : MORELLE A., Ed. Flammarion, 1996.

Précarité et Santé. LEBAS J., CHAUVIN P. Ed. Flammarion médecine sciences, Paris, 1998, 300 p.

Quand la santé devient publique. GIRARD JF., Ed. Hachette Littératures, 1998, 261 p.

Pouvoir et maladie en Afrique. Anthropologie sociale dans la banlieue de Dakar : FASSIN D., Ed. PUF, 1992.

L'insécurité sociale : qu'est-ce qu'être protégé ? CASTEL R., Ed. du seuil. 2003, 95 p.

La nouvelle question sociale : repenser l'Etat providence : ROSANVALLON P., 1998, Ed. du Seuil, 222 p.

Les Naufragés. DECLERCK P., Ed. Plon, coll. Terre Humaine, 2001, 458 p.

Le sang nouveau est arrivé. DECLERCK P., Ed. Gallimard, 2005, 91 p.

Culture et santé publique. MASSE R., Ed. Gaëtan MORIN, 1998, 499 p.

Une médecine inhospitalière. Y.JAFFRE et J.P.OLIVIER DE SARDAN, Collection : Homme et Société : Sciences économiques et politiques, Paris : Karthala , 2003, 462 p.

Migrants/étrangers en situation précaire, Prise en charge médico-psycho-sociale. Le COMEDE 2005, 440 p.

Les SDF, visibles, proches, citoyens. D.BALLET. Coll. Sciences sociales et sociétés, PUF, 2005, 384 p.

La question SDF, critique d'une action publique. DAMON J., Coll. Le lien social, PUF, 2002, 288 p.

L'urgence de la misère: SDF et Samu social. RULLAC S. Ed. Les quatre chemins, 2004, 188 p.

Données sur la situation sanitaire en France en 2003. Etudes et statistiques Ministère des affaires sociales. 2004, 346 p.

Articles :

Les associations communautaires de migrants : le journal du Sida, août 2006.

Les assistantes sociales hospitalières : précarisées face aux précaires : le journal du sida, septembre 2006.

Pauvreté précarité : quelle santé promouvoir ? Périodique, LA SANTE DE L'HOMME. juillet-août 2000. Volume, fascicule ; 348 :11-44.

Démarche participative et santé : mythe ou réalité. Périodique, LA SANTE DE L'HOMME, mars-avril 2006 , n°382.

Pratiques d'accompagnement. Rhizome Bulletin national de santé mentale et précarité

Ethique de l'intervention, conflits et légitimité. Rhizome Bulletin national de santé mentale et précarité

Peut-on agir efficacement sur les inégalités sociales de santé? FLORES P, Falcoff H. La revue du praticien 2004 ; 54 : 2263-2270

Sujets en situation de précarité. DANESHPOUY M. et coll . La revue du praticien 2005 ;55 : 887-892

Etude rétrospective des caractéristiques médico-psycho-sociales de 350 patients ayant consulté une permanence d'accès aux soins de santé en 2002. De la Blanchardière A., Méouchy G, Brunel P, Olivier, La revue de médecine interne ; 25 (2004) : 264-270.

Santé des populations précarisées. Dans : Médecine générale, Ed. Masson, 138-143.

Les maladies infectieuses chez les sans abris. P. GAZIN, P. BROUQUI. Antibiotiques 2004; 6: 175-179 P.

IGAS. 2ème bilan de la loi relative à la lutte contre les exclusions. Mars 2003 , Partie 3: Les permanences d'accès aux soins de santé ; 32 à 48.

Rapport du conseil économique et social sur l'hôpital public 2005. L'accès aux soins des personnes démunies ; 51-56.

Le médecin face à la précarité. Bulletin de l'ordre des médecins. N°10 décembre 2005.

REMERCIEMENTS

Mr BERNARD Directeur du Centre Hospitalier d'Annecy

Mr CARON : Préfet de la Haute Savoie

Mr VANDENBERGH : Secrétaire général de l'ARH Rhône Alpes

Mr BONHOMME : Directeur DDASS de la Haute Savoie

Merci aussi

Mme COLIN : inspectrice DDASS de la Haute Savoie

Mme LEGRAND : médecin inspecteur de la DDASS de la Haute Savoie

Mmes GRANCHAMP et MANGIN : respectivement élue et médecin à la Mairie d'Annecy

Mme DANJOU : Médecin au Conseil Général de la Haute Savoie

Mme PINDON : responsable de service des actions de santé à la Caisse Primaire d'Assurances Maladies de la Haute Savoie

Mr VERMOREL : médecin conseil responsable Sécurité Sociale

Mme BETON : assistante Sociale à la Mutualité Sociale Agricole de la Haute Savoie

Mr MOULIN et Mme SASS du CETAF de Saint Etienne

Mme RIVOLLIER Présidente de l' APPASSRA et ses membres

Mesdames les Secrétaires de direction du Centre Hospitalier d'Annecy

Mesdames les Secrétaires du SAMU

Mme AZZEDDINE : infographiste du CHRA

Mme PRUD'HOMME : responsable communication, affaires juridiques et relations avec les usagers, et sa secrétaire

Mme THOME et l'ensemble du personnel des cuisines du CHRA

Merci également à tous les experts et modérateurs d'atelier

Merci à tous les participants