

Élisabeth RIVOLLIÉ*Médecin, PASS du CHU de Saint-Étienne,
Association de professionnels des PASS Rhône-Alpes***Élisabeth PIÉGAY***Cadre socio-éducatif et socio-anthropologue,
coordinatrice des PASS Rhône-Alpes***Adeline SCANVION***Médecin, PASS du CHU de Nantes
et PASS régionale Pays de la Loire*

Exclusion

Quelles prises en compte par l'hôpital ? Quelles liaisons avec le territoire ?

Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) accueillent des personnes en situation de précarité, cumulant des difficultés pour accéder aux droits et en position d'exclusion quant aux soins. Les équipes médico-sociales de ces dispositifs hospitaliers ambulatoires proposent des interfaces visant à faciliter cet accès. Elles travaillent en lien étroit avec d'autres dispositifs territoriaux.

Les PASS correspondent à des formes d'action publique inédites intégrées aux dispositifs mis en œuvre par les politiques de lutte contre les exclusions et d'insertion¹. Ces dispositifs s'appuient fortement sur la mobilisation d'acteurs informés, coordonnés et complémentaires. Ils se caractérisent par la territorialisation, la transversalité et l'évaluation². Leur vocation est d'apporter une réponse aux difficultés d'accès aux soins des personnes en situation de précarité³ et d'exclusion. Elles représentent des cellules de prise en charge médico-sociale comprenant au moins un accueil par un travailleur social, le

plus souvent un assistant social ; l'accès aux soins des personnes démunies doit ainsi être facilité non seulement à l'intérieur du système hospitalier, mais aussi vers les structures associatives et institutionnelles de soins, d'ac-

cueil et d'accompagnement social. Les personnes reçues dans ces dispositifs cumulent souvent des difficultés sociales : problèmes de couverture sociale, hébergements temporaires, absence d'hébergement, de logement, faibles ressources (minima sociaux) ou absence de ressources, travail précaire ou absent, situation familiale instable ou isolement, perte des repères socioculturels (pour les publics migrants), irrégularité de séjour, désocialisation partielle ou totale, handicap psychique non étayé, conduites additives, etc. Cette précarité peut conduire à la perte de l'estime de soi et à la grande exclusion⁴.

Pour un amorçage des soins et vers le droit commun

Les personnes en situation de grande précarité ont souvent recours aux soins sur le mode de l'urgence, et de façon

1. Loi d'orientation n° 98-657 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions. *Journal officiel*, 1998 ; 175 (31 juillet).

2. Claudel Guyennot, *L'Insertion, discours politiques et pratiques*, L'Harmattan, 1998.

3. Selon la définition donnée par l'État français : « La précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'as-

sumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit le plus souvent à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle tend à se prolonger dans le temps et devient persistante,

qu'elle compromet gravement les chances de conquérir ses droits et de réassumer ses responsabilités par soi-même pour un avenir meilleur. »

4. Sur les questions de la grande exclusion, voir le site de l'Observatoire national des pratiques en santé mentale et précarité (ONSMP- ORSPERE) et sa revue *Rhizome* (téléchargeable en ligne) : www.orspere.fr

Exclusion : quelles prises en compte par l'hôpital ?
Quelles liaisons avec le territoire ?

Actualités

Système
d'information

Sur le web

Précarités
et inégalités

International

Réflexions
hospitalières

Librairie

Offres
d'emploi

itérative en l'absence d'un accueil spécifique^{5,6}. L'accueil médico-social au sein des PASS assure un accès aux premiers soins médicaux via une consultation sociale et médicale. Il est l'occasion d'évaluer la situation de la personne dans sa globalité et de proposer des réponses adaptées.

La mission des permanences se veut transitoire et articulée avec les acteurs du soin publics et privés. Il s'agit pour le travailleur social d'engager les premières démarches nécessaires à l'ouverture des droits sociaux. Ces démarches sont conduites parallèlement à une première consultation médicale PASS assurée par le médecin de l'équipe PASS ou un médecin hospitalier (en général du service des urgences) si l'équipe PASS ne dispose pas de médecin. Ces démarches doivent permettre une orientation ultérieure vers les dispositifs de soins de droit commun. L'obtention d'une couverture sociale est la première condition du retour vers les soins en ville, même si pour certaines personnes qui cumulent d'autres obstacles aux soins (désinsertion, absence d'hébergement, isolement) le recours à la PASS peut se prolonger sur un temps plus long et nécessiter plusieurs consultations sociales et/ou médicales sans que celle-ci ne devienne une filière spécifique de soins.

Articulation sanitaire et sociale au sein des territoires de santé

La mise en place des PASS est une des réponses opérationnelles à la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998. Il s'agit donc d'une loi-cadre dont l'objectif vise l'accès de tous à l'ensemble des droits fondamentaux, interconnectés, dans tous les domaines : emploi, logement, santé, justice, éducation, formation et culture, protection de la famille et de l'enfance.

Est ainsi définie « une nouvelle façon de lutter contre la pauvreté, à l'opposé de l'assistance ». « Le service

*hospitalier concourt à la lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ces domaines, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion dans une dynamique de réseau »*⁷. Dans son volet santé, la loi considère l'accès aux soins des plus démunis comme un axe prioritaire. Pour réaliser cet objectif, des structures hospitalières publiques reçoivent annuellement un budget destiné à la mise en place de PASS dans le cadre de leurs missions d'intérêt général (MIG).

Les territoires sont organisés⁸ afin d'apporter une réponse cohérente et équitable en termes d'offre de soin entre établissements publics et privés de santé, et avec l'ensemble des professionnels du soin. Les activités de la PASS s'inscrivent dans cette politique hospitalière : elles doivent tirer parti de ces offres de soin pour répondre au plus près aux besoins des patients.

Ces activités se développent selon une logique de continuité de prise en charge de la personne dans sa globalité. La question de la réalité sociale du patient est centrale. Le travail social dans les PASS s'inscrit dans des liens de partenariat :

- avec les services sociaux du département et des communes,
- avec les administrations en charge des questions du logement d'urgence (notamment la direction départementale de la cohésion sociale), de l'insertion, de la scolarisation,
- avec l'ensemble du tissu associatif (dont les associations caritatives) en charge d'apporter des réponses sociales diverses aux difficultés des personnes (alimentation et vêtements, logement, insertion, soutien scolaire, citoyenneté, etc.).

Le travailleur social de la PASS accompagne la personne en situation de précarité dans la mise en place de ses droits, en lien avec ces partenaires

professionnels ou bénévoles. Cet accompagnement s'exerce dans une dynamique de coopération constructive pour et avec la personne : il vise à tisser les liens qui permettront un étayage collectif susceptible de prendre le relais de la PASS à plus ou moins long terme.

Les PASS dotées d'un personnel suffisant (au minimum un assistant social et un médecin) occupent une place essentielle à l'hôpital. Et grâce à leur connaissance du réseau local, organisent des actions médicales et sociales synergiques⁹.

Fléchages et accessibilité

Chaque agence régionale de santé est dotée d'un budget annuel de la DGOS réexaminé chaque année. Ce budget est réparti entre les établissements publics de santé en fonction de leur activité basée sur celle des urgences hospitalières. Ces établissements (MCO) ont été choisis de façon à apporter une réponse équitable en matière de dispositifs facilitant l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire régional.

Le budget alloué dans le cadre de la MIG PASS assure le fonctionnement et la pérennité du dispositif dès lors que le fléchage est respecté et les moyens alloués suffisants. Il finance les salaires des professionnels dédiés, les charges salariales et frais de fonctionnement de la structure, ainsi que de médicaments ou d'exams qui ne pourraient être recouverts par la caisse primaire d'assurance maladie.

>> Visibilité du dispositif à l'hôpital

Panneaux indicatifs, présentation dans le livret d'accueil, information sur les sites intranet et Internet : la visibilité du dispositif à l'intérieur d'un établissement de santé est essentielle. Les services hospitaliers (urgences, bureau des entrées, services de soins) sont des vecteurs d'orientation importants dans la mesure où l'information sur l'existence de la PASS circule dans l'établis-

sement. Parallèlement, des actions régulières de communication - auprès des réseaux et des partenaires qui reçoivent des publics en situation de précarité - sont indispensables.

>> Repérage des difficultés d'accès aux soins

Les personnes reçues dans les permanences sont, dans leur majorité, orientées vers les PASS par des professionnels ou bénévoles d'organismes extérieurs à l'hôpital : organismes d'accompagnement social, comme les associations accueillant les nouveaux arrivés sur le territoire français et assurant la domiciliation ; équipes mobiles de rue accompagnant les personnes très désocialisées. D'autres sont orientées par des administrations (caisse d'allocations familiales, CPAM...) ; ou encore, par des professionnels de santé, dans la mesure où ils ont repéré - savent repérer - une difficulté d'accès aux soins due à une assurance maladie incomplète ou inexistante. Un grand nombre de personnes en situation de précarité viennent à la PASS après avoir été informées par le bouche à oreille, et relèvent effectivement de ce dispositif : elles représentent dans certaines permanences près de 40 % des usagers ¹⁰.

>> Information des correspondants

Les personnes démunies malades et sans assurance maladie ne sont pas forcément en lien avec les dispositifs d'aide susceptibles de les orienter vers une PASS. Ou si elles sont en contact avec des professionnels de santé, ces derniers ne connaissent pas toujours le dispositif. Le renouvellement des professionnels de santé, par exemple des cadres soignants dans les services, exige un rappel constant de l'existence du dispositif. De fait, les permanences ne couvrent pas l'ensemble des besoins. Une information ciblée de l'ensemble des correspondants potentiels optimiserait leur accès. Sinon,



Crédit : E. Rivollier, Pass CHU de Saint-Étienne

Sur le site de l'ancien hôpital, un marquage au sol orientait les publics de l'accueil des urgences aux locaux de la PASS.

les PASS risquent de fonctionner en vase clos, avec quelques structures seulement, et d'être méconnues à l'intérieur même de l'hôpital.

La sensibilisation des professionnels hospitaliers au repérage des situations d'exclusion est nécessaire. Une des missions des professionnels exerçant au sein des permanences est d'assurer un rôle de formation/information à l'hôpital et auprès des partenaires (professionnels, bénévoles).

Ces fléchages hospitaliers de différentes natures - signalisations, fléchage financier et programme de formation - sont nécessaires pour que soit accessible une PASS, et tangible la lutte contre les exclusions.

Une approche et une coordination médico-sociales au plus près de la personne

Au-delà d'un service hospitalier, la PASS est constituée de professionnels

5. B. de Goër, B. Gales, A. Agnoli, Spécificités de la prise en charge d'un public précaire dans un service d'urgence, Société française de médecine d'urgence, congrès, juin 2010 - <http://www.ap-passra.org/theses-memoires/>
6. A. Redelmeier, J.-P. Moli, J. Tibshirani, "A randomised trial of compassionate care for

the homeless in an emergency department", *The Lancet*, 1995, vol. 345, n° 8958: 1131-1134.

7. Article 73 de la loi d'orientation n° 98-657 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions, *Journal officiel*, 1998; 175 (31 juillet).

8. Dans le cadre de la loi Hôpital, patients, santé, territoires (HPST).

9. E. Rivollier, B. de Goër, « Dix ans après la loi de lutte contre les exclusions. Le rôle des permanences d'accès aux soins de santé », *Gestions hospitalières*, février 2009: 76-80

10. Rapport d'activité de la PASS de Saint-Étienne, année 2010: http://www.chu-st-etienne.fr/default.aspx?mon_motcle1=reseaux&mon_motcle2=pass

Exclusion : quelles prises en compte par l'hôpital ? Quelles liaisons avec le territoire ?

Actualités

Système d'information

Sur le web

Précarités et inégalités

International

Réflexions hospitalières

Librairie

Offres d'emploi

de formations différentes. Ces derniers ont choisi de s'inscrire dans une pratique de leur métier qui dépasse leur champ clinique propre pour s'ouvrir sur celui de l'autre et construire une culture commune. Cette culture est indispensable pour apporter une réponse adaptée et globale à des problématiques d'individus confrontés à des situations de plus en plus complexes et invalidantes.

En PASS, l'accès aux soins et aux droits s'envisage par un temps d'accueil personnalisé : la reconnaissance sociale et la restauration de l'estime de soi sont un préalable indispensable pour engager les soins. Ce travail demande du temps. Il est spécifique à chaque personne. Le retour au système de droit commun se réalise lorsque les conditions sociales, psychologiques et environnementales sont réunies. Ceci implique des repères déontologiques forts car il s'agit de lutter contre les pressions susceptibles de s'exercer dans un sens ou un autre (lâcher trop vite un patient, ou au contraire le garder).

Les professionnels des permanences d'accès aux soins de santé construisent leurs pratiques et développent leurs outils dans l'objectif de répondre aux cahiers des charges des PASS¹¹, tout en s'adaptant aux besoins réels des populations sur le territoire couvert. Ceci afin d'éviter soit des doublons en matière de services, soit des manques. Leur travail exige l'activation de partenariats forts avec les autres dispositifs accessibles sans assurance maladie¹². Une connaissance réciproque entre structures permet une coordination efficiente et l'organisation de complémentarités pour des interventions pertinentes.

Liens avec les médecins généralistes pour des relais durables

>> Contacts et transmissions

Les médecins généralistes de secteur 1 représentent la pierre angulaire des relais de ville à l'issue des prises en charge PASS.

Assistants sociaux et médecins du dispositif assurent en permanence ce travail de sensibilisation et de soutien. Les contacts et la transmission d'informations médicales, au cas par cas, sont primordiaux pour un bon accueil par les généralistes. Un nombre important de médecins-relais permet de ne surcharger aucun d'eux : il s'agit d'une condition exprimée par les généralistes pour continuer à recevoir les patients adressés par la PASS. Cette régulation se révèle d'autant plus importante que ces médecins reçoivent d'autres patients qui présentent également des complications sociales, à l'exception de celle liée à l'assurance maladie. Quand cette dernière difficulté se rajoute, le recours à la PASS leur est bien connu¹³.

D'une série d'entretiens conduits auprès de généralistes de la région nantaise¹⁴, il ressort que les patients orientés à l'issue du dispositif PASS ne posent pas de difficultés majeures. L'observance des rendez-vous est bonne. La barrière de la langue n'est pas l'obstacle le plus évoqué. Les difficultés les plus importantes concernent les pathologies psychiques des migrants qui demandent un temps de consultation important. En matière de transmissions, les généralistes ont exprimé le souhait d'une réception plus rapide des courriers.

>> Stages d'internes

Il existe un bon moyen de sensibiliser les nouvelles générations de médecins aux questions de précarité et prises en charge médico-sociales : les stages d'internes de médecine générale en PASS. C'est l'occasion pour ces jeunes professionnels d'approfondir la communication avec les personnes en difficulté, de débrouiller des situations complexes, de faire face à des ruptures de soins, d'aborder la grande exclusion, de définir au cas par cas des priorités de soins, etc. En lien avec les enseignants universitaires de médecine générale, les professionnels des PASS

peuvent aussi contribuer à la formation de nouvelles générations de médecins dans un cadre plus magistral, avec l'objectif d'une plus grande vigilance sur les difficultés liées à la précarité, et d'une meilleure adaptation aux situations sociales des patients.

Freins et limitations à l'orientation vers le droit commun

Plusieurs situations de terrain, de natures très différentes, rendent difficiles l'accès aux soins dans les dispositifs de droit commun.

>> Résidents d'autres États européens avec assurance maladie du pays d'origine

Certaines personnes, certes peu nombreuses dans les files actives, n'ont pas droit à une assurance maladie sur le territoire : il s'agit de résidents étrangers issus d'un autre État européen et disposant d'une assurance maladie dans leur pays de provenance. Le service des relations internationales de la CPAM doit obtenir la prise en charge des frais de soins par l'assurance du pays d'origine. L'hôpital demeure longtemps impayé et les soins non hospitaliers ne sont pas possibles, sauf si les frais sont entièrement payés par la personne concernée.

>> Personnes très désocialisées

D'autres personnes arrivent dans les PASS comme dans une ultime phase d'échouage et de soins. Fortement désocialisées, elles souffrent souvent de troubles psychiques majeurs (psychose, schizophrénie) associés à des comportements psychopathiques et/ou des conduites addictives. Fréquemment, ce public a aussi des problèmes de santé somatiques non diagnostiqués, non traités. Tout l'art de l'équipe médico-sociale consistera à établir un lien rassurant avec la personne de manière à prendre en charge la question sociale et procurer les premiers soins somatiques. Parallèlement est proposé au patient

d'établir, pour lui et avec lui, un lien avec un professionnel des soins psychiques, de l'équipe mobile psychiatrie-précarité (EMPP) quand elle existe, ou d'un centre médico-psychologique (CMP).

>> Accompagnements à adapter

Il ne faut pas se cacher la difficulté pour les CMP (et l'hôpital) d'accueillir ce public et de l'accompagner : ses difficultés à se rendre à un rendez-vous fixé longtemps à l'avance (rapport au temps et à l'espace particulier), à respecter les règles de bienséance qu'imposent ces lieux accueillant tout public, à suivre un traitement et à reconnaître son besoin de soin au long cours sont réelles. Délicat d'imaginer, dans ce contexte, un relais vers un médecin généraliste à court et moyen terme. De fait, nombre de PASS continuent de suivre ces personnes et de « bricoler » des prises en charge de soins spécialisés avec les partenaires, même lorsque la question de l'assurance maladie est résolue.

>> Personnes migrantes et/ou très fragilisées

Après avoir été réassurées, les personnes suivies à la PASS sont en majorité capables de s'adapter et entrent dans une démarche active de soins, y compris celles qui ne connaissent pas le système de santé et mal encore la langue française. Mais leur assurance maladie obtenue, elles demeurent en situation de précarité : absence d'hébergement stable, épuisement des recours pour une demande d'asile, situation irrégulière, handicaps sociaux, affectifs, culturels, économiques, sont autant de facteurs de fragilité. On pourrait être tenté de les garder pour les protéger d'un nouvel abandon : elles ont enfin retrouvé confiance dans ce lieu et par ses liens et craignent de tout perdre à nouveau. D'où l'importance de travailler au plus tôt avec la personne en lien avec des partenaires médicaux et sociaux et d'assurer l'accompagne-



Crédit : E. Rivollier, en Drôme, Rhône-Alpes

« Une nouvelle façon de lutter contre la pauvreté, à l'opposé de l'assistance »
(article 73 de la loi d'orientation n° 98-657 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions).

ment de la personne par tous les moyens adaptés, y compris si nécessaire par un accompagnement physique, et pas uniquement téléphonique ou par courrier.

>> Représentations des professionnels

Les correspondants soignants, notamment hospitaliers, se tournent parfois avec facilité vers la PASS sans rechercher s'il existe ou non des problèmes d'assurance maladie ou d'exclusion. Par exemple, les personnes ayant des difficultés d'expression en français sont catégorisées d'emblée « PASS ». La PASS est alors sollicitée, alors que certaines d'entre elles sont déjà bien insérées dans le réseau de droit commun.

Les équipes PASS doivent sans cesse veiller à rappeler aux professionnels du soin et du social la règle du droit commun : quand la situation de la

personne peut permettre une prise en charge directe par leurs services, elle n'a pas à transiter par la PASS.

>> Discontinuité et refus de soins

Sur certains territoires, la pénurie de médecins généralistes de secteur 1 est une difficulté majeure rencontrée par les PASS pour assurer la continuité des soins. La création des maisons médicales de garde ne répond pas à ce problème de continuité des soins : ce n'est pas leur fonction (les médecins n'ont pas vocation, dans ce cadre, à être des médecins traitants référents) et elles ne pratiquent pas le tiers payant. Le développement des centres de santé mutualistes (ou autres) pourrait constituer une réponse à cette pénurie médicale dans le secteur libéral.

Bien que marginaux, les refus de soins de professionnels de santé aux bénéfi-

11. Cahier des charges des PASS en Rhône-Alpes : voir le site de l'Association des professionnels des permanences d'accès aux soins de santé Rhône-Alpes : www.appassra.org

12. Notamment : centres de protection maternelle et infantile, équipes de périnatalité, planning familial, centres de vaccinations, centres d'in-

formation et de dépistage anonymes et gratuits, dispensaires et équipes mobiles de Médecins du monde et de la Croix-Rouge française, équipes mobiles psychiatrie-précarité, équipes mobiles d'addictologie de liaison, centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues.

13. Rapport d'activité de la PASS du CHU de Saint-Étienne, année 2011, accessible sur demande à elisabeth.rivollier@chu-st-etienne.fr

14. Thèse en cours - faculté de médecine de Nantes - « Étude auprès des médecins généralistes de la région nantaise recevant des patients sortis du dispositif PASS ».

Exclusion : quelles prises en compte par l'hôpital ? Quelles liaisons avec le territoire ?

Actualités

Système d'information

Sur le web

Précarités et inégalités

International

Réflexions hospitalières

Librairie

Offres d'emploi

ciaires de l'aide médicale d'État, de la couverture maladie universelle (CMU) et CMU complémentaire, sont une réalité reconnue par l'État¹⁵. Des actions sont conduites pour y remédier¹⁶.

Ces freins et limitations à l'orientation vers le droit commun font courir aux PASS un risque : celui de devenir la filière unique de soins pour les plus démunis. Maintenir les personnes dans ces dispositifs hospitaliers ne correspond pas à l'objectif qui a présidé à la création des PASS, et est contraire à l'esprit de la loi. Ces dispositifs n'ont pas vocation, par ailleurs, à répondre à toutes les insuffisances du système de soins, notamment celles liées aux évolutions de la démographie médicale. Cependant, ils restent nécessaires pour les personnes en errance, sans domicile, en crise ou rupture familiale, cumulant ces difficultés qui aboutissent à l'exclusion.

Maintenir le cap vers l'insertion : responsabilité et déontologie

Rappelons que la PASS est un dispositif transitoire (et nécessaire). Il permet à différents publics d'accéder aux premiers soins, pour ensuite être soignés dans le dispositif de droit commun, comme tout un chacun sur le territoire français. Lors du premier accueil pour soin à la permanence, les professionnels de la PASS ont le devoir d'informer systématiquement la personne de leur cadre d'intervention, en ayant le souci de le faire avec tact et sécurité¹⁷.

Les PASS mettent en œuvre plusieurs actions complémentaires de manière à garantir des conditions de soins rassurantes à l'issue du dispositif :

- **un réseau tissé avec les généralistes ;**
- **une articulation et une coordination** avec les actions développées par les ateliers santé-ville et les réseaux de soins ;
- **une diffusion de savoir-faire** auprès des autres professionnels de l'hôpital, avec des formations « précarité » visant à repérer ces situations. Ce savoir-faire gagnerait à être davantage

présenté dans le cadre des formations initiales soignantes. Il est essentiel que les professionnels des PASS sollicités dans ce cadre répondent aux demandes qui leur sont faites, avec une prise en compte de la charge de travail supplémentaire liée à ces actions de formation ;

- **une coopération avec les travailleurs sociaux** du réseau qui œuvrent, eux aussi, à des objectifs de réinsertion : les centres d'hébergement de réinsertion sociale (CHRS) correspondent avec des soignants de proximité souvent déjà sensibilisés aux problèmes de la précarité ;
- **des actions d'échanges et de concertation avec les CPAM** afin de lever certains obstacles : en 2012, la coordination des PASS et les CPAM de Rhône-Alpes ont signé une convention-cadre PASS/CPAM¹⁸ qui engage l'ensemble des huit caisses de la région. En 2013, cette convention donnera aux professionnels des PASS l'accès à au moins un interlocuteur privilégié au sein de chaque CPAM. Ceci afin de traiter dans un délai court (72 heures) les dossiers complexes et/ou bloqués.

Le développement de postes de professionnels médiateurs, notamment infirmiers (pas forcément hospitaliers), concourt aussi à une meilleure insertion des publics précaires dans le soin. Ces professionnels, en lien étroit avec les PASS, accompagnent, notamment en phase relais, les personnes qui rencontrent des difficultés à s'orienter ou à s'adresser aux soignants au sein du système de droit commun.

15. Enquête de Médecins du monde (2006), rapport de l'IGAS et de l'IGF (mai 2007), testing du collectif interassociatif sur la santé (2009). Voir aussi le dossier consacré au sujet le 2 juillet 2009 par l'association Que choisir (www.quechoisir.org), ainsi que les sites www.mipes.org, les sites www.mrie.org, et le récent rapport (mai 2012) de l'Institut de recherche et de documentation en économie de la

santé sur l'analyse territoriale des obstacles à l'accès aux soins des bénéficiaires de la CMU complémentaire dans les départements de l'Ome et la Nièvre : www.cmu.fr/fichiers/Refus_soins_en_milieu_rural.pdf

16. Campagne de sensibilisation, rapport de la Conférence nationale de santé « Résoudre les refus de soins », septembre 2010, création de poste de conciliateur au sein des

Quelles perspectives pour les usagers ?

Dispositifs hospitaliers, les PASS répondent à une difficulté d'accès aux soins et droits de publics de plus en plus nombreux et variés. Elles constituent une réponse hospitalière ambulatoire, complémentaire des autres services de soins, en proposant une prise en charge des personnes dans leur globalité.

Les PASS renouent avec la dimension d'accueil de l'hôpital et ses missions de santé publique. Ces dispositifs spécifiques s'intègrent dans un réseau de professionnels et partenaires, en interne comme en externe. Ainsi peuvent se construire des alliances pour des parcours de soins adaptés aux publics précaires, avec des prises en charge plurielles, souples et orientées à terme vers la médecine de ville et les dispositifs de droits communs, publics ou privés.

De réelles difficultés persistent pour ce retour dans le système de droit commun. Le travail d'information et de sensibilisation est à poursuivre. Il importe que les acteurs de soins et des dispositifs de santé restent attentifs aux problématiques de la précarité, de manière à éviter le plus possible l'enfermement et la stigmatisation dans des filières spécifiques.

Reste à développer, associée à cette attitude vigilante, une démarche démocratique d'intégration des publics concernés. Car ces publics contribuent à élargir la réflexion sur les besoins de santé, et le vécu de tous dans les dispositifs de soins actuels. ■

CPAM etc.).

17. Fabienne Bruyère *L'Éthique du « care »*, éditions Que sais-je, PUF, 2011.

18. Cette convention de partenariat a été signée entre les CPAM de la région Rhône-Alpes, représentées par leurs directeurs, et l'Association des professionnels des permanences d'accès aux soins de santé Rhône-Alpes.