

Entre réalités de terrain et enjeux politiques

Pierre-Henri Bréchat

Praticien hospitalier en mobilité à la polyclinique Baudelaire de
l'hôpital Saint-Antoine de l'AP-HP

Chercheur du département Politiques de Santé du PRES Sorbonne
Paris Cité [Institut Droit et Santé (IDS) de l'Université Paris
Descartes ; Centre d'Analyse des Politiques Publiques de Santé
(CAPPS) de l'EHESP et la Chaire santé de Sciences Po]

Professeur de l'EHESP

Vendredi 20 mai 2011

« La [permanence d'accès aux soins de santé - PASS] a fait les preuves de son efficacité sociale. [Elle est] exemplaire, car elle évite les dispositifs discriminatoires »

Simone Veil (Le Maine Libre, 1994)

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

- **Cellules de prise en charge médico-sociale** (loi d'orientation n° 98-657 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions)
- Mises en place dans le cadre des **programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins (PRAPS)**
- Financées au titre de la dotation nationale de financement des **missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC)**
- Facilitent **l'accès des personnes démunies au système hospitalier et aux réseaux** institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social
- Accompagnent **dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits**, notamment en matière de couverture sociale

Exemple de patientèle de PASS (1/2)

L'administration d'un questionnaire de handicap social-vulnérabilité sociale auprès de 450 usagers de la polyclinique de l'hôpital Lariboisière (Docteur Caroline Aparicio) a permis de mesurer que **94,5 % présentent un handicap social : 43,3 % un handicap social moyen et 51,2 % un handicap social fort.**

L'administration du même questionnaire auprès de 696 usagers du 14 mars au 4 avril 2007 a permis de mesurer au groupe hospitalier Lariboisière - Fernand Widal que 75,0 % des usagers présentaient un handicap social : 19,2 %, un handicap social fort (INSEE / Castiel, 2009).

Exemple de patientèle de PASS (2/2)

- **17,0 % adressés par leur médecin traitant ; 8,0 % par le service des urgences ; 75,0 % sont venus spontanément (ex policlinique Baudelaire et nord-est de Paris ; Clavreul, 2010)**
- Interroge sur nos évidences :
 - la précarité, ce ne sont pas seulement les **133 000 personnes n'ayant pas de domicile**, ni les **4 millions de bénéficiaires de la couverture maladies universelles (CMU)**, c'est prendre en compte des **impacts de la crise économique** : aggravation de la paupérisation des ménages les plus modestes et de la classe moyenne -travailleurs pauvres (**8 millions de personnes** en 2010 s'imposent des restrictions budgétaires en matière de soins médicaux en raison de leur coût, contre seulement 3 % il y a 30 ans (Bigot, 2010) ; Plus largement, près de **25 % de la population française pour le Haut comité de la santé publique (HCSP) dès 1998**),
 - **Déficit de médecins spécialistes en médecine générale en secteur 1 et dans certains territoires de santé.**

Exemples de prestations de PASS (1/2)

- Consultations médicales : **régulateur de l'accès aux soins spécialisés - gatekeeper, juste prescription, économies**
- Consultations par une assistante sociale : **reconnaissance des droits, « Bon Baudelaire », professionnels de santé publique/déterminants de la santé : logement, etc.**
- **coopération entre professionnels de santé (Loi HPST) : accueil-infirmière-médecin ; méd-assistante sociale ; méd-psychologue ; psychologue-psychiatre**
- **Adaptations pour prendre en charge des besoins de populations : gériatrie, violences, bucco-dentaire, etc.**
- Ancrage de la déontologie, de l'éthique, du droit, de la santé publique et de l'économie : **équilibre entre santé publique et régulation économique**

Exemples de prestations de PASS (2/2)

- **Mission de service public, intérêt général, solidarité, cohésion sociale**
- **Développement d'actions de prévention adaptées aux populations prises en charges**
- **Laboratoire de recherches et d'enseignements** (Universités, EHESP, Sciences Po, CNAM, etc.)
- **Participation à la réduction des inégalités de santé tant sociales que territoriales**
- **Participation à la construction du continuum « ambulatoire-prévention-urgences-sanitaire-médicosocial-social » de la planification de la santé des agences régionales de santé**
- **Participation à la construction d'une politique de santé publique par territoire de santé, prenant en compte tous les déterminants de la santé, dynamisant les partenariats interministériels et avec les collectivités territoriales et les associations, etc.**

PASS \Rightarrow centre de santé primaire poli(y)valent (CSPP)

[poli = ville (policlinique) ou poly = nombreux](1/2)

- *PASS + centre de santé (Loi HPST) + pôle de santé (Loi HPST-collectif PASS) + centre de prévention \Rightarrow CSPP*
- **Offre de soins de premier recours (Loi HPST) qui prend en charge et assure le suivi (secteur 1) de tous ceux qui y viennent, et ce dans un contexte de : précarisation croissante de la société ; vieillissement de la population ; manque de médecins généralistes conventionnés en secteur 1 ; T2A**
- **Prend en charge des patients « complexes » (HCAAM ; Vinquant, 2010) : précaires, âgés, atteints de pathologies chroniques, migrants, etc. /simplexes/T2A**
- **Nécessite une prise en charge interdisciplinaire (médecin, assistante sociale, infirmière, psychologue, etc.) au sein d'une structure spécialisée**
- **Lieu de mixité sociale et de solidarité**

**PASS ⇒ centre de santé primaire poli(y)valent (CSPP)
[poli = ville (policlinique) ou poly = nombreux](1/2)**

La prise en charge pluridisciplinaire de chaque entrée peut revenir à 94,86 euros (Rapport Hubert), ou 130,99 euros par consultation (prise en charge interdisciplinaire), ce qui est > à un acte effectué par un médecin libéral (48 euros ; seul) et < au montant moyen d'un passage aux urgences : 223 euros, ou 262,86 euros en centre hospitalier universitaire (Policlinique Baudelaire 2010 ; Cour des Comptes, 2006).

Capitation-salariat / activité à l'acte

**Contrat (prévention, prise en charge pluridisciplinaire)
/ MIGAC**

Arguments pour le développement des PASS-CSPP

(1/2)

Correspond aux **trois enjeux économiques pour le développement de la médecine ambulatoire et des soins de santé primaires** (de Pouvoirville, 2009) :

- 1)-**développement des soins primaires (PASS-CSPP)** car moins coûteux que les soins secondaires et tertiaires ;
- 2)-**amélioration de l'interdisciplinarité** entre médecins et autres professionnels qui peut participer à la diminution des coûts mais aussi à la continuité et à la coordination des soins ;
- 3)-**amélioration de l'efficacité et de l'efficience de la coordination des différents intervenants de la prise en charge des patients « complexes », c'est à dire nécessitant des prises en charge complexes dans des organisations complexes.**

Besoin d'incitations économiques et d'« **acteurs intégrateurs** », comme les **PASS-CSPP**.

Arguments pour le développement des PASS-CSPP

(2/2)

Il faut prendre en charge la précarité et les inégalités de santé si l'on ne veut pas l'effet boomerang de l'augmentation des hospitalisations des dépenses d'assurance maladies (Mackenbach, 2007).

Prendre en charge la précarité peut être une priorité tant économique que de santé publique.

Conclusion (1/2)

Pendant près de 20 années, les professionnels de santé des PASS ont développé des **expériences**, des **savoirs-faire**, des **partenariats**, des **coopérations**, et des **innovations** pour adapter les pratiques et les dispositifs aux besoins de santé des **patients complexes** : précaires, migrants, âgés, atteints de pathologies complexes, etc.

Ils sont des **innovateurs contre les inégalités de santé** et des **innovateurs pour une santé accessible à tous**.

Ce sont aussi les **constructeurs d'une société solidaire**.

Conclusion (2/2)

Pour remporter les défis liés aux augmentations de la précarité, des inégalités de santé et du vieillissement, alors que les « filets de sécurité » comme les PASS peuvent être fragilisés, **la solidarité doit devenir un axe renforcé des politiques publiques.**

Ces politiques doivent pouvoir s'appuyer sur des dispositifs (PASS-CSPP) et une **planification de la santé** pouvant prendre en compte l'ensemble des **déterminants de la santé** sur le **moyen et le long terme**, afin de participer à l'**amélioration de l'état de santé de toute la population.**