

# Pass : vers de nouvelles organisations plus collaboratives

Les permanences d'accès aux soins de santé (Pass) sont des dispositifs institutionnels, essentiellement intrahospitaliers, existant depuis vingt ans, permettant un accès aux soins ambulatoires<sup>1</sup> à des patients en situation de précarité, en particulier sans prise en charge sociale.

Depuis leur création, les publics accueillis en Pass ont évolué. Ainsi, en 2016, une étude réalisée par le Collectif national des Pass dénombrait 85 % de patients migrants dans trente Pass en France [56]. En 2018, des proportions similaires étaient retrouvées à l'échelon national dans 442 Pass, avec 21 % de patients français<sup>2</sup>.

Différents modèles d'organisation existent. La Pass peut être « transversale » avec un accueil dans le service des urgences. Dans ce cas, l'assistant social intervient après la consultation de médecine spécialisée, permettant d'éviter la facturation des consultations et des actes réalisés et l'accès gratuit aux médicaments à la pharmacie de l'hôpital.

Nous nous appuyons ici plutôt sur le modèle de la Pass « dédiée », qui consiste à réunir dans une même unité de lieu, type polyclinique, des professionnels de champs variés, médecins (surtout généralistes ou internistes), infirmiers, assistants sociaux, avec idéalement également du temps de psychologue, de secrétariat et de psychiatre (référence article Sylvie Zucca)

## Les Pass : des dispositifs hors des cadres hospitaliers classiques

Dans un système hospitalier marqué par un fonctionnement en silo, par la technologie de pointe et par la fragmentation en hyperspécialités, les Pass proposent une approche de santé globale qui intègre le contexte et l'environnement des patients. Il s'agit d'une approche centrée sur la personne, personnalisée, « sur mesure », et qui prend en compte les personnes concernées.

Une autre particularité des Pass est leur mode de financement. Alors que le reste de l'hôpital est majoritairement financé à l'activité (T2A), les Pass sont financées

1. Peuvent être pris en charge dans le cadre de la Pass les consultations, les soins infirmiers, les examens complémentaires, biologiques et d'imagerie, et les médicaments. Les hospitalisations, y compris les hospitalisations de jour, n'entrent pas dans ce cadre.

2. Données DGOS issues de PIRAMIG (recueil 2019 sur les activités de 2018) :

– 442 Pass identifiées en 2019 (état des lieux toujours en cours) : 311 généralistes et 56 spécialistes ont renseigné des données (parfois de manière partielle) ;

– file active déclarative globale : 194 966 dont 132 190 nouveaux patients (68 % de la file active) ;

– origine géographique : Afrique sub-saharienne (27 %), Maghreb (11 %), Europe hors Union (21 %), France (21 %), autre pays de l'Union européenne (8 %), Asie (7 %), Amérique (5 %), non renseignée (5 %).

par des crédits mission d'intérêt général (MIG). Chacune des Pass en France reçoit un budget limité pour financer le personnel, les consultations, les examens complémentaires, les traitements et l'accès à l'interprétariat professionnel. Le budget global fixé par la DGOS étant de 70 millions à l'échelon national, les sommes allouées pour ces activités s'avèrent ainsi limitées et souvent insuffisantes pour faire face à une demande croissante, mais également à des coûts de traitements parfois très élevés, comme c'est le cas de certaines thérapies ciblées en oncologie ou en hématologie par exemple. Certains traitements coûtent plusieurs milliers d'euros. Comment faire pour allier qualité des soins, équité et durabilité de dispositifs eux-mêmes précaires, avec un budget moyen d'environ 160 000 euros par an ? Finalement, ce sont des questions qui concernent l'ensemble du système de santé. Pourtant, alors même qu'elles sont cruciales, elles semblent être mises de côté, comme si on ne voulait pas se confronter à ces questions pourtant essentielles et tout particulièrement à la pérennité et la durabilité de dispositifs d'accès aux soins solidaires. Confrontés à des situations complexes, des injonctions contradictoires, avec des objectifs semblant parfois inconciliables, les professionnels des Pass sont guidés par l'objectif de la pertinence des soins, ce que nous avons appelé le « *juste soin au juste coût* » [21].

## La complexité au cœur de la pratique du soin en Pass, des questionnements systémiques

Par essence, les Pass sont confrontées à des situations médicosociales complexes. Plus largement, la prise en charge de ces patients pose quotidiennement aux soignants et travailleurs sociaux des questions éthiques, sociales, financières et juridiques qui ne peuvent être résolues avec les cadres préexistants.

Les Pass sont ainsi amenées à accueillir des patients sans prise en charge avec des pathologies lourdes. Dans certains cas, les pathologies étaient déjà connues et le traitement démarré dans le pays d'origine mais, dans ces situations, les patients viennent rarement avec leur dossier médical. Dans notre expérience, nous arrivons souvent à nous mettre en lien avec les médecins des pays d'origine, par téléphone ou *via* Internet. Ce lien précieux permet de reconstituer l'histoire de la maladie, d'avoir connaissance des traitements déjà reçus, ce qui permet comme pour tout patient dans une situation plus classique de proposer les solutions les plus adaptées aux patients concernés.

Prenons un exemple : il y a quelques semaines, nous avons reçu une patiente malienne d'une trentaine d'années, insuffisante rénale terminale dialysée depuis trois ans. Séparée de son mari, qui prenait en charge ses dialyses

**Claire Georges**

**Denis Mechali**

Pass hôpital  
Saint-Louis

**Maroua Atwa**

Ex-bureau  
des relations  
internationales  
Saint-Louis

**Diane de Tudert**

**Nazmiye Aras**

Pass hôpital  
Saint-Louis

Les références entre  
crochets renvoient  
à la Bibliographie  
générale p. 61.



au Mali, elle est venue en France car elle n'avait plus les moyens de payer sa dialyse dans son pays. À l'arrivée, il ne lui restait des médicaments que pour deux jours. Sous visa encore dix jours, la patiente n'entre dans aucun cadre réglementaire pour sa prise en charge sociale. Bien sûr, la dialyse entre dans le cadre des soins urgents et vitaux mais aucun cadre n'est prévu pour les médicaments ni pour les consultations médicales. C'est donc à nous, professionnels de la Pass, que revient la décision de faire entrer cette patiente dans le cadre du dispositif Pass et ensuite de prendre contact avec les néphrologues pour programmer sa dialyse. Dans ce cas particulier, la patiente n'avait pas de dossier médical ni même d'ordonnance de traitement. Nous avons fait en sorte de faire le lien avec son médecin au Mali pour obtenir sa dernière ordonnance afin d'éviter une prescription aléatoire.

De telles situations posent aussi des questions en termes de santé globale au-delà de la seule prise en charge sociale. La patiente est isolée, sans ressource, vit hébergée ponctuellement dans des conditions très précaires chez une compatriote. Celle-ci accepte de l'héberger mais ne peut pas aider financièrement la patiente pour lui permettre d'acheter ses traitements. Comment va-t-elle vivre en dehors de la dialyse ? L'hébergement est très éloigné de l'hôpital, comment va-t-elle venir ? A-t-elle les moyens de manger à sa faim ? Pourra-t-elle subvenir à ses besoins ? Pourra-t-elle travailler ? Comment va-t-elle vivre quand la personne l'hébergeant ne pourra plus la garder dans son foyer ?

Ces situations hors cadre peuvent concerner des patients arrivés en France et considérés comme « payants ». Certains arrivent avec une petite somme d'argent, insuffisante pour prendre en charge les coûts des traitements. Le seul moyen de pouvoir poursuivre les soins est d'attendre d'obtenir l'aide médicale de l'Etat, ce qui prend au moins trois mois. Pendant ce temps la maladie évolue, devient parfois incurable, nécessitant des soins plus coûteux...

Certains patients nous disent venir tenter la dernière chance car ils n'ont plus la possibilité de payer leurs soins dans leur pays d'origine ou simplement plus d'espoir de survie. Dans le cas des patients dialysés, l'obtention d'une greffe est souvent leur motif réel de venue en France, mais celle-ci est parfois impossible techniquement, et à coup sûr son obtention beaucoup plus lente qu'escomptée par les personnes. Ils n'ont pas d'autres choix que de quitter leur pays, leur entourage, leur travail. Parfois ils nous expliquent avoir vendu tous leurs biens pour pouvoir venir. Mais le voyage et les conditions d'existence font que certaines personnes malades risquent leur vie dans l'espoir de la sauver... De telles situations montrent bien que l'accès universel à la santé prôné par l'OMS est bien loin d'être une réalité.

Ces situations hors cadre concernent aussi des patients dont la précarité, comme l'absence de logement, rend illusoire l'application des protocoles décisionnels et thérapeutiques classiques. Comment proposer une chimiothérapie à un patient qui retournera à la rue entre ses cures ? Faut-il garder le patient hospitalisé pendant plusieurs mois ?

Ces situations complexes nous montrent qu'il est nécessaire d'adapter les prises en charge au contexte et de sortir des schémas trop standardisés comme les algorithmes, tout en gardant en tête le serment d'Hippocrate : « *Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.* »

### Des questionnements sources de nouvelles pratiques

La difficulté rencontrée n'est donc pas uniquement celle de poser un diagnostic, mais de réussir à s'adapter à chaque situation pour faire au mieux. La prise en charge de ces patients en situation de vulnérabilité, ne parlant pas ou peu français, sans ressources, sans logement, pour qui le problème médical ne peut pas être traité sans prendre en compte le contexte, montre les limites de l'approche essentiellement medicotechnique et hyperspécialisée du soin dans nos hôpitaux actuels.

Ainsi, les observations faites en Pass mettent en lumière des situations délicates, complexes, hors cadre. Si ces situations restent marginales, elles nous semblent essentielles à analyser car elles permettent d'illustrer certaines limites du système de santé et du système hospitalier en particulier, et de proposer des réponses innovantes adaptées. Au-delà de ces situations caractérisées par un cumul de vulnérabilités, la question qui se pose est celle de l'adaptation du système hospitalier aux problématiques émergentes, imprévues, impensées jusqu'alors. La crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19 nous en a fourni une illustration évidente.

Au-delà de cette situation extrême, l'organisation hospitalière doit évoluer pour faire face à la transition épidémiologique (augmentation des maladies chroniques, vieillissement de la population, augmentation de la précarité, problématiques médicosociales multiples et complexes). De la même façon, nos observations à l'échelon micro de la Pass pourraient être élargies à l'ensemble du système de santé, confronté à des enjeux majeurs pour garantir à la fois des soins de qualité personnalisés, un accès équitable aux nouvelles technologies et aux molécules onéreuses tout en assurant la durabilité de ce système.

Forts de ces années d'expérience, les observations faites en Pass ont amené de nombreux questionnements. Elles ont aussi permis de proposer des solutions alliant humanisme et pragmatisme, susceptibles de réduire la faille entre les valeurs du soin et les logiques financières, d'assurer les soins les plus justes, avec des décisions intégrant les personnes concernées, tout en visant l'équité et la durabilité.

Identifier les ambiguïtés à partir des observations de terrain est essentiel pour les interroger et y apporter une réponse rigoureuse et réfléchie collectivement. À défaut de cela, le risque majeur est celui de décisions arbitraires ou d'une régulation sous forme de « tri ».

Une ambiguïté juridique existe concernant la notion de « droit inconditionnel à la santé ». En effet, l'accueil et la prise en charge de situations d'urgences vitales imminentes est une pierre angulaire de notre système de santé : toute personne dans une situation d'urgence vitale sera prise

en charge. Mais qu'en est-il de toutes les situations de gravité intermédiaire, de tous les malades chroniques à risque de décompenser à moyen ou à long terme ? Faut-il prendre toutes les situations dans le dispositif Pass ?

Il existe un flou sur la limite de la gratuité du soin. En effet, le coût des soins doit être organisé, assumé, par une modalité de prise en charge habituelle en France (carte Vitale, PUMa ou AME) ou par un financement personnel (assurantiel ou direct pour la personne concernée et son entourage éventuel). Une tension logique existe, au plan pratique et éthique, si le coût des soins excède de beaucoup toute possibilité de financement individuel. L'inclusion d'un patient nécessitant des soins onéreux dans le dispositif Pass ne relève pas d'une décision médicale individuelle mais d'une prise de décision collective, en transparence avec les acteurs financiers de l'hôpital. Même minoritaires, ces situations existent, et ne pas les traiter clairement entretient un climat souvent délétère d'oppositions entre des personnes ou services appliquant des « principes intangibles » d'accueil et de soins, et d'autres plus pragmatiques, et désireux de s'adapter à des situations, de fait, devenues plus contraignantes.

Dès lors qu'il s'agit de situations chroniques, sérieuses et parfois graves, nécessitant un ensemble de soins coûteux, et d'organisations de conditions acceptables pour les soins nécessaires, comme un logement s'il s'agit d'une chimiothérapie pour cancer, ou de l'organisation de séances de dialyse pour un insuffisant rénal terminal, dans tous ces cas, les Pass ne peuvent assumer tout au long cours, et à coup sûr, pas seules. Elles doivent pouvoir passer la main, et au maximum accompagner la transition et éventuellement revoir les patients pour des éléments ponctuels ou complémentaires, comme leur expertise psychosociale, lorsque des services hospitaliers spécialisés sont moins expérimentés dans ce type de domaines. La coopération des professionnels de la Pass et des spécialistes est alors essentielle.

L'insuffisance et les limites d'une approche parcellaire, monoprofessionnelle, dans de telles situations apparaissent évidentes. Cependant la démarche de décision pluriprofessionnelle n'est pas encore suffisamment valorisée. Elle est au cœur de la pratique des Pass.

### **Des limites du système hospitalier actuel à de nouvelles organisations plus collaboratives**

Confrontés à des situations complexes et douloureuses de patients atteints de maladies graves, cancers en particulier, du fait du recrutement de l'hôpital, les professionnels de la Pass de l'hôpital Saint-Louis ont mis en place des « réunions de concertations pluriprofessionnelles médicosociales et éthiques » (RCPMSE).

L'expérience de centaines de cas complexes sur une dizaine d'années nous a conduits à proposer une méthode pour servir de boussole dans la prise de décision en situation complexe, dans une pratique pensée et organisée, résumée par l'acronyme « Simple » [22] qui repose sur la démarche de collaboration pluriprofessionnelle. Cette méthode est éprouvée en pratique, mais

sa validation scientifique (expérimentale) est difficile. C'est donc plutôt par la présentation et le dialogue entre soignants, travailleurs sociaux, administratifs, associatifs que peuvent se faire une diffusion et un élargissement de cette méthode.

C'est là tout le travail de la Pass d'essayer de dénouer les dilemmes éthiques et pratiques fréquents, par une pratique de dialogue et de concertation pluriprofessionnelle, très horizontale et ouverte. Il convient d'établir un dialogue avec le patient en écoutant sa demande et en posant les problèmes dans toutes leurs dimensions, avec un souci d'information vraie, réaliste, transparente, loyale, même si cela amène à bousculer ses attentes ou ses espoirs, comme ceux de guérison complète de maladies gravissimes ou chroniques sans solutions définitives.

La discussion commune permet d'alléger la « charge mentale » de chacun, les sentiments de frustration ou de culpabilité lorsque des décisions sont prises hors du champ de responsabilité ou de compétence du soignant, autant du médecin que du travailleur social notamment dans ces situations. La transmission à d'autres hôpitaux ou Pass sollicités également permet d'informer de la démarche, d'aider à un dialogue approfondi, voire à une décision consensuelle.

Dans ces situations complexes mais souvent tragiques aussi, les échanges et propositions partagées permettent d'aboutir à une décision sinon idéale, au moins la moins mauvaise possible, ce qui encourage encore à sortir du déni ou de l'évitement souvent observé. Les Pass peuvent donc jouer un rôle clé dans cette interface entre le système ambulatoire, les services hospitaliers spécialisés, la médecine de ville, et aussi le tissu associatif, aidant alors à un approfondissement pragmatique de la démocratie sanitaire.

Les observations de situations médicosociales complexes hors des cadres établis amènent à dépasser les cadres préexistants. Comme nous l'a montré notre expérience auprès des migrants depuis des années, la collaboration pluriprofessionnelle est la pierre angulaire de nouvelles organisations plus souples susceptibles de répondre de façon réactive à des problématiques émergentes.

Le moyen le plus adapté pour éviter les choix arbitraires et assurer une juste répartition des charges financières serait d'instaurer des instances décisionnelles pluriprofessionnelles sur le modèle des réunions de concertations pluriprofessionnelles et éthiques et de la méthode Simple.

Ainsi, les modalités pratiques de prise de décision en situations complexes élaborées à partir des problématiques de terrain pourraient servir de levier pour faire évoluer le système hospitalier afin de répondre efficacement à ces nouveaux enjeux. L'épidémie de Covid-19 nous a bien montré que le système hospitalier est capable de se réorganiser pour faire face à des situations inédites et nous ouvre la voie vers de nouveaux espoirs de changements, pour un système de santé plus humain, plus éthique, centré autour de la coopération. 