

Schéma
régional
d'organisation
sanitaire
2006/2011

Accès aux soins

Sommaire

Préambule	4
1/ Faits marquants - indicateurs clés	5
A/ Indicateurs	6
A1/ La CMU	6
A2/ Les dispositifs hospitaliers	8
A3/ Autres dispositifs.....	9
B/ Atouts / Difficultés constatées	10
B1/ Atouts.....	10
B2/ Difficultés constatées	11
2/ Objectifs	12
A/ Objectif général.....	13
B/ Objectifs spécifiques.....	13
B1/ Prendre en compte au niveau de chaque établissement la politique régionale d'accès aux soins.....	13
B2/ Promouvoir une organisation intrahospitalière facilitant l'accès de tous aux soins	13
B3/ Intégrer l'interprétariat dans l'organisation des soins, tant en consultations externes que lors des soins hospitaliers	13
B4/ Susciter les coopérations et mises en réseau de nature à assurer un maillage territorial adéquat, garantissant l'accès de tous aux soins et une prise en charge globale et concertée des personnes	14
B5/ Renforcer les PASS en les adaptant aux besoins identifiés	14
B6/ Améliorer la réactivité aux difficultés d'accès aux soins constatées	14
B7/ Développer la communication, l'information et la formation	15
3/ Dispositif d'organisation	16
A/ Formalisation et mise en œuvre au niveau de chaque établissement de la politique régionale d'accès aux soins	17
B/ Définition d'une organisation intrahospitalière facilitant l'accès de tous aux soins	17
C/ Intégration de l'interprétariat dans l'organisation des soins, tant en consultations externes que lors des soins hospitaliers.....	18

D/	Soutien aux coopérations et mises en réseau de nature à assurer un maillage territorial adéquat, garantissant l'accès de tous aux soins	18
E/	Renforcement des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) et adaptation aux besoins identifiés	19
F/	Mise au point d'un dispositif d'identification permanente des difficultés d'accès aux soins	20
G/	Développement de la communication, de l'information et de la formation	20

Préambule

Pour toute personne, l'accessibilité aux soins est influencée par des facteurs juridiques ou statutaires, géographiques, relationnels, culturels et financiers, et chacun reste tributaire de la qualité de la prise en charge choisie, possible ou octroyée.

Mais certains publics sont plus concernés par la question de l'accès aux soins : personnes en situation de précarité, de rupture ou d'exclusion sociale, personnes âgées isolées en perte d'autonomie, personnes handicapées à mobilité réduite ou avec déficience sensorielle (aveugles, sourds...), personnes en situation d'immigration récente ou irrégulière, personnes présentant une conduite addictive, des troubles du comportement social, mineurs en difficulté...

Chacune des thématiques abordées dans le SROS III est concernée par l'organisation de réponses adaptées à la diversité des personnes à prendre en charge. Question transversale, mettant en jeu à la fois les compétences des demandeurs et des professionnels très divers impliqués dans un cheminement aux multiples obstacles potentiels, l'accès de tous aux soins apparaît comme un défi relevant de l'implication de nombreux acteurs et institutions.

Qu'il s'agisse des soins curatifs ou préventifs, l'accès effectif aux soins requiert la conjonction d'un ensemble de conditions dont l'organisation de l'offre de soins hospitaliers, en établissements publics, PSPH ou privés, est l'une des composantes majeures.

La loi relative à la lutte contre les exclusions a renforcé la mission sociale des établissements de santé participant au service public hospitalier (art. L. 711-3 et L. 711-4 du CSP). La circulaire DHOS/DSS/DGAS n° 141 du 16 mars 2005 élargit aux établissements privés les possibilités de prise en charge des soins urgents nécessités par des personnes étrangères ne bénéficiant pas de l'Aide médicale de l'État. De ce fait, tout établissement de santé est prioritairement concerné par l'accès aux soins des personnes en difficulté.

Selon la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, celle-ci concerne notamment : *“La réduction des inégalités de santé, par la promotion de la santé, par le développement de l'accès aux soins et aux diagnostics sur l'ensemble du territoire.”* Elle a confirmé le caractère obligatoire du Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) au sein du Plan régional de santé publique (PRSP) : *“L'accès à la prévention et aux soins des populations fragilisées constitue un objectif prioritaire de la politique de santé”* (art. L. 1411-1-1 du CSP). La mise en œuvre d'une telle politique passe par des actions multisectorielles et pluri-institutionnelles, relevant à la fois de la mission régionale de santé (MRS), des évolutions législatives et réglementaires relatives à l'accès aux droits et aux soins urgents, des missions d'intérêt général des établissements de santé...

Le groupe de travail “accès aux soins” a été mandaté par lettre de mission du directeur de l'ARH en date du 7 mai 2004. L'approche spécifique qui lui a été confiée est celle de souligner les problématiques complexes résultant de l'intrication des facteurs d'accessibilité et d'identifier les acteurs détenant chacun une partie de la réponse. Elle vise à promouvoir des orientations structurantes destinées à lever les obstacles à l'accès aux soins, quels que soient leur nature et le lieu où ils se manifestent.

Le bilan de la mise en œuvre du SROS II a montré les limites de recommandations adressées à chaque service hospitalier. Le défi à relever avec le SROS III concerne l'instauration d'une politique hospitalière concertée au niveau de chaque territoire de santé et au sein de chaque projet d'établissement.

1/ Faits marquants Indicateurs clés

A/ Indicateurs

Les données régionales reflétant les difficultés d'accès aux soins sont partielles et indirectes, la saturation de certains dispositifs empêchant d'appréhender avec précision l'ampleur de la réalité concernée, notamment pour les personnes dont la situation irrégulière se répercute dans l'absence de recensement.

A1/ La CMU

Entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2000, la Couverture maladie universelle instaure le principe d'une protection qui garantit à tous une prise en charge des soins par un régime d'assurance maladie. Ce dispositif se compose de deux volets :

- la CMU de base permet à toute personne résidant en France de façon stable et régulière, et qui n'est pas déjà couverte à quelque titre que ce soit par un régime obligatoire d'assurance maladie, de bénéficier de la sécurité sociale pour la prise en charge de ses dépenses de santé ;
- la CMU-C permet de bénéficier gratuitement d'une couverture maladie complémentaire. Elle est accordée sous condition de ressources.

En fin d'année 2003, l'Alsace comptait plus de 27 000 bénéficiaires de la CMU (ayants droit compris) et près de 67 000 bénéficiaires de la CMU-C. Rapportés à la population, les taux de bénéficiaires restent inférieurs aux moyennes nationales (15,4 contre 19,4 bénéficiaires de la CMU et 37,7 contre 65,2 bénéficiaires de la CMU-C pour 1 000 habitants au 1^{er} janvier 2003).

Les données portant sur la Couverture maladie universelle (CMU) et la Complémentaire associée (CMU-C) présentent des variations annuelles importantes : elles correspondent en partie à une montée en charge du dispositif (CMU) ainsi qu'à des ajustements (CMU-C). Ces ajustements proviennent principalement du fait que la CMU-C prenait le relais de l'aide médicale départementale : les personnes ont donc été dans un premier temps automatiquement transférées d'un dispositif à l'autre. Par la suite, l'évaluation des dossiers a généré un certain nombre de sorties du dispositif du fait du dépassement du plafond de revenus et ce, en deux vagues : l'une en juin 2001, la seconde en juin 2002.

Toujours au sujet de la CMU-C, il convient de souligner qu'un certain nombre de personnes ne bénéficiant que d'un revenu de type minimum social (Minimum vieillesse/invalidité, Allocation adulte handicapé) se trouvent légèrement au-dessus du plafond d'attribution de la CMU-C et n'y ont de ce fait pas accès.

/ Bénéficiaires* de la CMU et de la CMU-C en Alsace

	Bénéficiaires CMU de base	Prop. de la pop. bénéficiant de la CMU (‰)	Évolution annuelle des effectifs (%)	Bénéficiaires CMU - C	Prop. de la pop. bénéficiant de la CMU-C (‰)	Évolution annuelle des effectifs (%)
01/01/2001	23 100	13,1		84 030	47,8	
01/01/2002	23 602	13,4	2,2	70 566	39,9	-16,0
01/01/2003	27 383	15,4	16,0	66 877	37,7	-5,2

* Régime général, régime agricole et régime des professions indépendantes, y compris ayants droit.

Sources : CNAMTS, CANAM, CCMSA

Les dernières données disponibles en matière de CMU-C pour le régime général (régime qui concerne près de 90 % des bénéficiaires en Alsace) indiquent une augmentation des effectifs de bénéficiaires (5 % d'augmentation entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2003). Cela confirme la dégradation de la situation sociale en Alsace.

Dépenses de soins des bénéficiaires de la CMU-C

Pour l'année 2002, en moyenne 230 € ont été remboursés par bénéficiaire de la CMU-C en Alsace, contre 290 € au niveau national. Les dépenses des bénéficiaires se répartissent pour majorité entre les dépenses de pharmacie (29 %) et celles d'hospitalisation (24 %).

Diverses études nationales ont exploré la question de l'impact de la CMU-C sur la consommation de soins. Deux éléments importants ressortent de ces travaux :

- *“Si les bénéficiaires de la CMU-C ont des dépenses plus élevées que les autres bénéficiaires de l'Assurance maladie, cette différence s'explique par leur moins bon état de santé. À état de santé donné, ils ne consomment pas plus que les autres bénéficiaires de l'Assurance maladie titulaires d'une couverture complémentaire.”*¹
- *“L'entrée dans le dispositif de la CMU-C n'a pas d'effet d'emballage des dépenses.”*²

1. *Impact de la CMU-C sur les consommations de soins*, M. Grignon, M. Perronnin, Questions d'économie de la santé, n° 74, novembre 2003, IRDES.

2. Ibid.

A2/ Les dispositifs hospitaliers

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

Les PASS participent du projet de prise en charge des populations en situation de précarité dans les établissements de santé publics ou participant au service public hospitalier. Le SROS II préconisait la création de PASS dans les trois principales agglomérations alsaciennes.

Quatre établissements disposent d'une PASS en Alsace.

/ Activité des PASS d'Alsace et évolution

	Date de création	File active		Progression (%)
		2001	2003	
CH Mulhouse	1999	233	470	102
CHU Strasbourg*	2000	1 164	1 410	21
CH Colmar	2000	209	375	79
CH Haguenau**	2001	42	63	50
Total		1 648	2 318	40

Source : rapports d'activité des PASS, DDASS.

* PASS Strasbourg : activité du 9/5/2003 au 9/5/2004.

** PASS Haguenau : l'activité en 2001 est extrapolée à partir de la période septembre - décembre 2001 (ouverture de la structure en septembre).

La file active des différentes PASS a fortement progressé entre 2001 et 2003 (+ 40 % dans l'ensemble). Il peut s'agir d'un effet de montée en charge dû à la nouveauté des dispositifs, mais même pour la PASS de Mulhouse, créée en 1999, la progression est importante. La plus faible progression observable est celle de la PASS de Strasbourg : cela reflète la saturation précoce d'un dispositif très sollicité et non la stabilisation des besoins.

Les personnels sociaux

En milieu hospitalier, le personnel intervenant en matière d'accès aux soins se compose principalement de travailleurs sociaux. En 2002, les établissements de la région comptent 143 ETP d'assistants sociaux³, soit 40 % de plus qu'en 1997. L'augmentation des effectifs de cette catégorie de personnel et du ratio ETP/lit marque une prise en compte de plus en plus importante de la problématique sociale au sein même de l'hôpital. Rapporté au nombre de lits, le nombre d'assistants sociaux est particulièrement important dans le secteur de la psychiatrie publique et particulièrement faible dans les établissements de santé privés.

3. Source : SAE 2003.

A3/ Autres dispositifs

Migration Santé Alsace

L'association Migration Santé Alsace a pour objectif de proposer l'intervention d'interprètes professionnels dans le cadre de consultations de santé, quel que soit le cadre de ces consultations, ce qui inclut le cadre hospitalier.

La file active de Migration Santé Alsace pour 2004 s'élève à près de 11 200 individus (dont 1 800 enfants), avec une activité très peu développée dans le Haut-Rhin.

Les Centres d'examens de santé (CES)

Entre 2000 et 2002, les quatre Centres d'examens de santé de la région (Strasbourg, Mulhouse, Colmar et son antenne de Sélestat) ont accueilli 38 097 hommes et 37 392 femmes. En moyenne annuelle, cela représente plus de 25 000 personnes. Sur ces 25 000 bilans annuels, près de la moitié (43 %) ont été destinés à des personnes dites "prioritaires" dont un quart (24 %, soit 5 950 personnes par an) à des personnes en situation de précarité. Ces chiffres sont en augmentation très importante depuis quelques années : les CES recevaient 1 600 "prioritaires précaires" en 1996, 4 100 en 1999.

/ Répartition des consultants des Centres d'examens de santé d'Alsace selon la catégorie d'assurés (moyenne annuelle 2000 - 2002) *Source CES*

	Effectif	%
Actifs du Régime général ou particulier	13 686	54,4
Prioritaires non précaires	4 918	19,5
Prioritaires précaires	5 961	23,7
Autres régimes	541	2,1
Bilans particuliers	57	0,2
Total	25 163	100,0

Un exemple d'implication associative : le Centre d'accueil, de soins et d'orientation (CASO) de Médecins du Monde à Strasbourg

Certaines associations ont développé une réponse bénévole partielle aux besoins de soins présentés par des personnes méconnaissant leurs droits ou en attente de droits. Ainsi, Médecins du Monde assure sur Strasbourg depuis dix ans une activité de consultation et d'accompagnement qui offre un complément au dispositif hospitalier pour des pathologies relevant d'une prise en charge ambulatoire.

/ Activité du CASO de 1995 à 2004

Années	Nombre de consultations	Nombre de nouveaux dossiers	Nombre total de patients vus
1995	2 071	492	609
1996	2 609	538	768
1997	4 029	778	1 176
1998	4 667	920	1 279
1999	5 575	1 071	1 416
2000	4 907	956	1 312
2001	4 200	830	1 176
2002	4 046	714	1 086
2003	5 378	681	1 055
2004	7 749	759	1 109

Parmi les 7 749 consultations enregistrées en 2004, MDM dénombre 2 447 consultations médicales, 1 188 consultations dentaires, 1 039 entretiens psychologiques, 88 entretiens psychiatriques, 50 consultations podologiques, 90 consultations gynécologiques, 20 consultations ORL, 31 consultations dermatologiques et 1 336 consultations sociales, auxquels s'ajoutent 1 460 autres passages.

B/ Atouts / Difficultés constatées

B1/ Atouts

Les principales agglomérations disposent d'un dispositif spécifique hospitalier "PASS" de soutien à l'accès aux soins pour les populations précaires.

L'analyse de leur fréquentation et des problématiques auxquelles elles sont confrontées confirme qu'elles répondent à des besoins avérés. Une telle analyse constitue une source de réflexion essentielle, tant pour le fonctionnement des établissements hospitaliers que pour l'amélioration de leur articulation avec les autres acteurs sanitaires, sociaux et administratifs impliqués.

Les services sociaux sont bien sensibilisés aux problèmes d'accès, notamment en milieu hospitalier, dans toutes les composantes du problème (interprétariat...).

Une mobilisation au sein de projets territoriaux de santé est émergente.

Dans plusieurs pays (Saverne, Plaine et Plateau ; Bruche Mossig Piémont) et communautés d'agglomération (Colmar) ou urbaine (Strasbourg), la problématique santé a été introduite dans les démarches d'aménagement du territoire ou au sein de la politique de la ville. Dans chacun de ces projets, l'approche de l'accès aux soins des populations concerne à la fois la population générale et les personnes en grande difficulté. La réalisation d'un diagnostic partagé au niveau local s'avère être une étape déterminante

pour la mobilisation ultérieure conjointement des acteurs concernés, professionnels, institutionnels et élus, en réponse aux besoins identifiés.

B2/ Difficultés constatées

Le maillage territorial est à compléter compte tenu de la faible coordination entre le social, le sanitaire et les soins de ville.

L'accompagnement pour un accès aux soins mobilise depuis longtemps de nombreuses associations et institutions sociales ou médico-sociales. Nombre d'entre elles ont établi des relations étroites avec les permanences d'accès aux soins ou avec des services hospitaliers. Néanmoins, l'articulation entre tous les acteurs est à organiser de façon plus systématique car elle est encore trop dépendante de réseaux informels pour pouvoir offrir à tous des soins de proximité.

L'effectivité de l'accès aux soins peut être compromise par les difficultés à respecter les exigences administratives (preuves d'identité, de résidence et de ressources à fournir pour accéder à l'Aide médicale de l'État et à la Couverture maladie universelle...) ou par la saturation des offres d'hébergement d'urgence.

Les permanences d'accès aux soins de santé sont très sollicitées.

Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) sont des passerelles vers le droit commun ; elles n'ont en théorie pas vocation à concentrer en un lieu la prise en charge de l'ensemble des personnes méconnaissant leurs droits et/ou ayant besoin d'un accompagnement social pour accéder aux soins. D'une façon générale, leur activité atteint le maximum possible eu égard aux moyens qui leur sont impartis. Postes avancés de la mission de service public de l'hôpital, les PASS apparaissent trop isolées, en position de faiblesse pour partager des interrogations qui relèvent en fait de la politique de l'établissement et des politiques publiques d'accès aux droits.

Le service social hospitalier est souvent alerté trop tard.

Dans les établissements hospitaliers, c'est le service social hospitalier qui est le plus mobilisé par les diverses facettes de l'accès aux soins, dont les questions de couverture sociale et/ou complémentaire, d'avance de frais, mais aussi de préparation de la sortie en vue de la continuité des soins (médicaux et infirmiers) et de la prévention des réhospitalisations. Trop rares sont les procédures, écrites et suivies, organisant l'implication précoce des soignants par un signalement des situations sociales, conduisant dans certains cas à un échec des soins entrepris ou de leurs suites.

Les possibilités d'interprétariat sont plus ou moins développées

Pour les personnes ne maîtrisant pas la langue française, l'existence de recours possibles à des interprètes apparaît comme un facteur essentiel de qualité du diagnostic et de la prise en charge. L'expérience sur plusieurs années de grands centres hospitaliers offre des modèles complémentaires pour l'élaboration d'un renforcement d'un service d'intérêt général.

Des recours inadéquats aux services d'accueil des urgences sont souvent constatés

La plupart des hôpitaux disposant de services d'urgence sont concernés par des recours inadéquats, voire par des détournements d'usage au titre de consultations externes plus facilement accessibles durant les horaires de fermeture des bureaux des admissions. Au-delà de l'organisation de permanences de médecine libérale à proximité immédiate des services d'accueil des urgences, les réponses à ces comportements requièrent un travail de fond sur leurs motivations et sur l'ensemble des améliorations à apporter aux difficultés d'accès aux soins permettant de les enrayer. Les offres de consultations de médecine générale en journée, sans rendez-vous (polycliniques polyvalentes ou multidisciplinaires) font encore cruellement défaut.

2/ Objectifs

A/ Objectif général

Faire progresser l'adaptation des missions d'accueil et de soins dans les établissements hospitaliers publics, PSPH et privés, aux caractéristiques de la population du bassin de vie, en vue de la prise en compte de ses besoins de santé et de l'accès de tous aux soins, en articulation avec les autres politiques publiques concernées et les institutions chargées de les mettre en œuvre.

B/ Objectifs spécifiques

B1/ Prendre en compte au niveau de chaque établissement la politique régionale d'accès aux soins

- Décliner dans chaque établissement de santé les axes prioritaires du Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) inclus dans le Plan régional de santé publique (PRSP).
- Intégrer dans chaque projet d'établissement un volet relatif à sa politique d'accès aux soins des populations fragilisées (art. L. 711-3 et L. 711-4 du CSP).

B2/ Promouvoir une organisation intrahospitalière facilitant l'accès de tous aux soins

- Renforcer les liens entre les services hospitaliers ayant une dimension sociale prédominante.
- Développer l'intervention du service social hospitalier dans tous les services d'accueil et de soins de l'hôpital accueillant des publics sensibles, tant au niveau des consultations externes qu'en hospitalisation.

B3/ Intégrer l'interprétariat dans l'organisation des soins, tant en consultations externes que lors des soins hospitaliers

B4/ Susciter les coopérations et mises en réseau de nature à assurer un maillage territorial adéquat, garantissant l'accès de tous aux soins et une prise en charge globale et concertée des personnes

- Améliorer l'accès aux droits des personnes en situation de précarité, par le renforcement des coopérations institutionnelles impliquant les organismes d'assurance maladie et les collectivités territoriales.
- Renforcer l'efficacité des soins par une amélioration de la communication et de la coordination entre médecins de ville et praticiens hospitaliers, tant pour préparer les admissions que pour organiser précocement la sortie (prévention des réhospitalisations, faute d'anticipation de difficultés sociales).
- Veiller à la continuité des soins *"en s'assurant qu'à l'issue de leur admission ou de leur hébergement, tous les patients disposent des conditions d'existence nécessaires à la poursuite de leur traitement"* (art. L. 711-4 du CSP).
- Faciliter les collaborations des établissements avec les associations, afin d'assurer une plus grande ouverture de l'hôpital sur l'extérieur et reconnaître leur rôle d'interface entre les équipes et les usagers, en particulier les plus isolés ou les plus démunis.

B5/ Renforcer les PASS en les adaptant aux besoins identifiés

- Diversifier et affiner les réponses à des besoins bien identifiés, à travers des collaborations renforcées entre PASS et services concernant notamment les soins périnataux, la gynécologie, la psychiatrie, les addictions, les soins dentaires.
- Conforter les PASS dans leurs missions d'ouverture de l'hôpital à ses partenaires les plus impliqués dans l'accompagnement vers les soins.
- Prendre en compte la diversité du public relevant des PASS, et mettre en place une organisation de nature à permettre aux PASS de rester en capacité d'accueillir un public large (minima sociaux, jeunes en difficulté).
- Favoriser le rôle des PASS en matière de coordination intrahospitalière et extrahospitalière.
- Développer le rôle d'observation et d'alerte des PASS.

B6/ Améliorer la réactivité aux difficultés d'accès aux soins constatées

- Améliorer l'identification des besoins des populations en termes d'accès aux soins, notamment hospitaliers.
- Sensibiliser les instances à travers la présentation annuelle des conclusions issues du dispositif d'observation et d'alerte.

B7/ Développer la communication, l'information et la formation

- Améliorer l'information du public sur les fonctions respectives de la médecine de ville et des établissements hospitaliers (notamment sur le rôle des services d'urgence, l'organisation de la permanence des soins, les conditions d'accès aux droits).
- Poursuivre et étendre les actions de formation des personnels en contact avec les patients (personnel administratif, médical et soignant, y compris les internes lors de leurs renouvellements).

3/ Dispositif d'organisation

A/ Formalisation et mise en œuvre au niveau de chaque établissement de la politique régionale d'accès aux soins

Compte tenu de l'importance du recours à l'Hôpital de publics en situation de fragilité ou de précarité sociale et de la mission du Service public hospitalier qui concourt à la lutte contre les exclusions (art. 73 de la loi du 29 juillet 1998), les hôpitaux doivent s'approprier les axes prioritaires du Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS), et notamment définir et se doter *d'une véritable politique concertée d'accès aux soins*.

L'élaboration de cette politique se fera à partir d'une prise en compte des informations recueillies par le service social hospitalier et des objectifs du PRAPS, et sur la base de projets de service élaborés par les équipes hospitalières intervenant auprès de publics fragiles ou précaires.

Elle sera intégrée dans le projet d'établissement, validé par les instances hospitalières concernées, et fera l'objet d'une évaluation annuelle qui leur sera présentée.

B/ Définition d'une organisation intrahospitalière facilitant l'accès de tous aux soins

Le regroupement au sein d'un pôle spécifique (instance hospitalière de coordination "santé - société") des activités ayant une dimension sociale affirmée, telles que celles relatives aux soins aux détenus (UCSA), aux soins en centre de rétention administrative (CRA), aux PASS, à l'addictologie, à la périnatalité, aux soins palliatifs, aux soins aux sourds et malentendants, est fortement recommandé.

La poursuite du renforcement de l'accompagnement administratif et social des patients en milieu hospitalier, via le service social hospitalier et d'autres acteurs, apparaît indispensable.

Le service social hospitalier a un rôle d'information et de relais auprès des services de soins (personnel médical et soignant).

Ses interventions concernent aussi l'organisation du relais avec les structures extérieures à l'hôpital (liste non exhaustive) :

- les services sociaux et tout particulièrement les services suivants :
 - le service social du Conseil général et les centres communaux d'action sociale qui ont une mission polyvalente,
 - les services sociaux des organismes de protection sociale plus spécialisés dans la prise en charge de la dépendance, de l'invalidité et des problèmes de protection sociale ;
- des institutions médico-sociales et sociales : maisons de retraites, centres d'hébergement, structures intervenant à domicile... ;
- des organismes et associations d'aide et d'écoute des personnes en difficulté.

Les moyens alloués au service social hospitalier doivent lui permettre d'assumer pleinement sa mission.

C/ Intégration de l'interprétariat dans l'organisation des soins, tant en consultations externes que lors des soins hospitaliers

L'interprétariat, y compris à l'aide de la langue des signes, doit être considéré comme faisant partie de l'acte de soins. Son accessibilité concrète est une condition incontournable de l'accès aux soins. En ce sens, c'est un service qui doit être assuré dans les établissements de santé selon un cahier des charges garantissant sa qualité, que ce soit par :

- le recours à des structures d'interprètes professionnels externalisées, associatives ou commerciales, sur la base d'un cahier des charges garantissant le professionnalisme spécifique au champ de la santé ;
- le recours aux ressources internes au personnel hospitalier, selon une organisation interne à l'hôpital définie. Le personnel concerné devra avoir été sensibilisé et formé à l'interprétariat, en vue d'offrir également des garanties de professionnalisme.

La question du coût de ce service d'intérêt général doit être réfléchi à travers une évaluation médicale et économique de type coût / avantage.

Les modalités d'accès à l'interprétariat doivent être identifiées dans tout établissement de santé.

D/ Soutien aux coopérations et mises en réseau de nature à assurer un maillage territorial adéquat, garantissant l'accès de tous aux soins

L'élaboration des projets médicaux de territoire doit inclure une réflexion spécifique sur l'accessibilité des soins :

- sur la base des constatations effectuées au niveau des zones de proximité, en prenant en compte les besoins de santé de leur population et en intégrant l'analyse des logiques de fonctionnement de ces territoires en termes de déplacements, de développement économique et de contraintes géographiques, il convient de vérifier l'accessibilité des structures de soins, notamment des consultations de spécialités médicales répondant aux besoins identifiés ;
- dans les agglomérations importantes, l'organisation d'une implication de plusieurs établissements de santé doit permettre une meilleure répartition territoriale de l'accueil des personnes en grande difficulté sociale : le principe de non-sélection des patients impose de ne pas faire peser sur les seules permanences d'accès aux soins de santé (PASS) existantes la concentration de l'ensemble des demandes ;
- les soins urgents devront pouvoir être assurés dans tout établissement de santé suivant les dispositions de la circulaire DHOS/DSS/DGAS n° 141 du 16 mars 2005, relative à la prise en charge des soins urgents délivrés à des étrangers résidant en France de manière irrégulière et non bénéficiaires de l'Aide médicale de l'État ;
- dans chaque territoire de santé, des "lits halte soins santé" devront être créés afin de permettre aux personnes en grande précarité, ayant besoin de soins de suite qui ne peuvent être prodigués dans des structures sociales et ne relevant plus de services aigus ou pas de services de réadaptation spécialisés, d'être prises en charge. Établissements médico-sociaux situés à l'interface du sanitaire et du social, de tels lits ont vocation à être cofinancés ;

- des modalités d'organisation concertées (conventions) entre établissements de santé, médecine libérale et établissements sociaux et médico-sociaux seront élaborées afin de faciliter l'accès aux soins effectifs aux personnes bénéficiant d'hébergements d'urgence, de projets d'insertion et d'accompagnement social. Tant dans les grandes agglomérations qu'en secteur rural, une organisation en réseaux de santé, favorisant le décloisonnement des pratiques entre les différents professionnels, est préconisée. Ces réseaux intégreront avec profit les associations impliquées localement, qui, de par leur proximité avec les usagers, peuvent effectuer un travail d'accompagnement vers l'hôpital et d'interface entre usagers et équipes soignantes pour une meilleure adhésion aux soins ;
- les coopérations institutionnelles des organismes d'assurance maladie et des collectivités territoriales seront sollicitées pour obtenir une meilleure conjonction entre accès aux droits et accès aux soins. De la même manière que la mise en place de permanences de professionnels de la CPAM, à proximité des bureaux des admissions et des consultations externes des hôpitaux, a fait ses preuves, il serait opportun de renforcer leur coopération dans d'autres lieux où se rendent les usagers (mairie, CCAS...) en vue d'un accompagnement individualisé et pédagogique (apprentissage du remplissage des formulaires, explications sur le contenu des droits et des démarches à effectuer...).

Le renforcement de l'efficacité des soins passe notamment par les dispositions pratiques suivantes :

- l'élaboration d'un document de liaison destiné à préparer l'entrée en hospitalisation, renseigné par les médecins généralistes et les travailleurs sociaux en direction des professionnels hospitaliers, précisant les conditions de vie de la personne et les intervenants mobilisés autour d'elle ;
- la formalisation d'une fiche de liaison hôpital - ville, document écrit remis au patient à la sortie d'hospitalisation ;
- la concertation avec les services des soins de suite et de réadaptation pour renforcer l'accueil des personnes en situation de précarité ou d'exclusion ;
- l'appui technique de professionnels de santé, y compris hospitaliers, aux professionnels des CHRS et des lieux d'accueil d'urgence.

E/ Renforcement des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) et adaptation aux besoins identifiés

Le dispositif des PASS tel qu'il existe en Alsace permet dans l'ensemble de répondre à leurs missions, et doit donc être maintenu. Néanmoins, en vue d'améliorer les conditions de réalisation de ces missions, l'accent devra être mis sur plusieurs axes :

- le renforcement des moyens des PASS de Strasbourg, de Mulhouse et de Colmar, compte tenu de la montée en charge de leur activité, des caractéristiques du bassin de santé et de la population accueillie ;
- l'identification d'un référent au sein de chaque PASS, qui sera chargé d'établir un lien entre la PASS et les autres services de l'hôpital. Le référent PASS est une personne-ressource pour ses collègues, pour toutes les questions qui touchent à l'accès aux droits. C'est à lui que revient la tâche de sensibiliser les différents personnels des équipes soignantes, mais aussi les personnels administratifs, de la qualité de l'accueil réservé à ce public particulier ;
- la collaboration entre la PASS et le service social de l'hôpital par l'implication de l'ensemble des assistantes sociales de l'hôpital dans le fonctionnement de la PASS ;
- le renforcement de la proximité à travers l'ouverture de permanences de la PASS dans des lieux d'accueil fréquentés par des personnes en précarité ;

- la mise en place effective d'un comité de pilotage dans chaque PASS, avec une composition élargie aux partenaires extérieurs ;
- le développement du rôle d'observation des PASS par la mise en place d'un rapport d'activité commun aux 4 PASS ;
- l'organisation de temps de rencontre entre les professionnels des différentes PASS de la région, pour permettre l'échange de pratiques et d'expériences.

F/ Mise au point d'un dispositif d'identification permanente des difficultés d'accès aux soins

- Mise au point d'un dispositif de veille et d'alerte concernant les difficultés d'accès aux soins notamment hospitaliers, en référence à une meilleure connaissance des besoins de santé des populations.
- Réalisation d'un système unifié de recueil d'informations au sein des PASS de la région.
- Analyse des conditions d'accueil administratif en vue de repérer d'éventuels obstacles à l'accès aux soins (importance de la "porte de l'hôpital" : admissions hospitalières, secrétariat des consultations externes, service des urgences...).
- Étude, avec les départements d'information médicale des établissements hospitaliers, des informations disponibles (*causes de réhospitalisations...*).

G/ Développement de la communication, de l'information et de la formation

- Promotion de l'information du public sur les fonctions respectives de la médecine de ville et des établissements hospitaliers, sur le rôle des services d'urgence, l'organisation de la permanence des soins, les conditions d'accès aux droits.
- Poursuite et extension des actions de formation des personnels en contact avec les patients (personnel administratif, médical et soignant, y compris les internes lors de leurs renouvellements - guide des internes) :
 - formation des professionnels hospitaliers à la réalité des conditions de vie des personnes en situation de précarité ou d'exclusion et à leur accueil. Il serait souhaitable que les associations intervenant auprès des publics démunis soient associées à ces formations pour tenir compte au mieux des difficultés perçues par les publics concernés : impact de l'exclusion sur la démarche de soins, besoin d'écoute et de prise en compte de l'avis du patient, sociologie de la santé, ethnologie de la santé... ;
 - intégration de praticiens généralistes et d'auxiliaires de ville aux enseignements des spécialités médicales hospitalières pour faire connaître les conditions de l'exercice de ville (enseignement théorique et stages chez les médecins généralistes de ville).

Glossaire

CASO :	Centre d'accueil, de soins et d'orientation
CCAS :	Centre communal d'action sociale
CES :	Centre d'examen de santé
CHRS :	Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
CMU :	Couverture maladie universelle
CMU-C :	Couverture maladie universelle complémentaire
CPAM :	Caisse primaire d'assurance maladie
CRA :	Centre de rétention administrative
CSP :	Code de la santé publique
DHOS :	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
ETP :	Équivalent temps plein
MDM :	Médecins du Monde (association)
MRS :	Mission régionale de santé
PASS :	Permanence d'accès aux soins de santé
PRAPS :	Programme régional d'accès à la prévention et aux soins
PRSP :	Plan régional de santé publique
PSPH :	(Établissement de santé privé) participant au service public hospitalier
UCSA :	Unité de consultations et de soins ambulatoires