

L'hébergement des patients en situation de précarité. Les permanences d'accès aux soins de santé

O. CANNIER¹, V. MESSBAH², S. THERY¹,
A. MOKTAR BENOUNNANE², G. DUVAL³

Envisager de régler, en service d'urgence, les problèmes de logement et, plus généralement, de précarité, représente une mission quasi impossible et, théoriquement du moins, contre nature : les missions des services d'urgence sont en effet « ... de répondre en permanence, de manière adaptée, aux demandes et/ou symptômes inopinés et urgents des malades et blessés... » (Charte de médecine d'urgence, SFMU, septembre 2003). Et pourtant, dans la mesure où les services d'urgence représentent encore bien souvent, pour les populations les plus défavorisées, la seule porte restant ouverte, le problème se pose de manière fréquente.

En plus du problème de santé qui motive le passage aux urgences hospitalières, certains patients sont amenés à exprimer une demande d'ordre social ; c'est ainsi que l'équipe soignante peut être amenée à repérer, entre autres, un problème de logement, une demande d'hébergement ; cette demande peut être claire, aisément identifiable (patient sans domicile fixe, femme battue, famille confrontée à une baisse brutale de revenus, etc.) ; elle est toutefois bien souvent masquée. Or, l'hébergement précaire ou l'absence d'abri aggravent des situations familiales, sociales, psychologiques difficiles, interférant de manière majeure avec les problèmes de santé, qu'il s'agisse de santé physique ou mentale. Les conséquences des problèmes de logement, en termes de malnutrition, d'addictions, de conduites déviantes, sont fréquentes et graves. Indiscutablement, les motifs de recours aux urgences des patients en situation de grande précarité sont particuliers (1).

1. Service social.

2. Espace santé insertion.

3. Service d'accueil des urgences, Centre hospitalier René-Dubos, 6, avenue de l'Île-de-France, BP 79, 95303 Cergy-Pontoise cedex, France.

Correspondance : Tél. : 01 30 75 54 01. Fax : 01 30 75 54 02. E-mail : gilbert.duval@ch-pontoise.fr

1. Logement

Le problème du logement ou de l'hébergement d'urgence est posé dans un service d'urgence de manière très variable, amenant à proposer des solutions différentes, adaptées à chaque situation.

1.1. Accueil des personnes sans domicile, en particulier la nuit

Un grand nombre de personnes, en particulier en périodes de grand froid, mais aussi lors des épisodes de canicule, et finalement souvent tout au long de l'année, se présentent aux urgences, sans demande médicale clairement identifiée, afin de trouver un abri, une protection, un repas. Ces situations, si elles sont variables d'un endroit à un autre, sont quasi constantes dans l'ensemble des services d'urgence.

Ces patients sont souvent amenés par les pompiers, mais aussi par les « maraudeurs » du SAMU social ou viennent d'eux-mêmes dans un lieu qui leur apparaît comme le dernier disponible.

Leur demande est variable, allant de la simple demande de protection contre le froid et la faim jusqu'à une demande de « tout, tout de suite » : logement, travail, sevrage...

Il s'agit d'une population essentiellement masculine (95 % dans notre pratique), souvent « habituée » aux services d'urgences de leur secteur, pour lesquels l'ensemble des autres solutions d'hébergement ont été progressivement épuisées : fermeture des lieux publics (halls de gare, métro, parkings couverts, etc.) ; refus d'aller dans les hébergements d'urgence proposés par le 115 (refus de la part des centres d'hébergement qui ne veulent pas prendre en charge ces patients souvent perturbateurs, ou refus de la part des patients eux-mêmes d'aller dans des centres où ils se sentent en danger, ou encore les deux à la fois) ; squats devenus infréquentables du fait des intempéries ou encore d'agressions. Ces patients sont souvent violents, agressifs, alcoolisés ou, plus rarement, sous l'emprise de drogues diverses. L'intrication, dans cette population gravement et profondément désocialisée, des problèmes médicaux (manque d'hygiène, absence de suivi médical, alcoolisme chronique, toxicomanies), des problèmes sociaux poussés à leur paroxysme, des problèmes psychopathologiques particulièrement fréquents à des degrés divers, rend leur prise en charge particulièrement difficile.

En effet, le problème est triple :

- tenter d'éliminer une urgence médicale ou psychiatrique, mettre en œuvre une surveillance adaptée ;
- répondre au problème d'hébergement d'urgence ;
- tenter d'amorcer une prise en charge à moyen ou long terme.

Tenter d'éliminer une urgence est souvent difficile : cette population est rétive à tout entretien, à tout examen médical ou psychologique ; sa demande est toute

autre ! Et pourtant, à notre sens, quelle que soit la solution d'hébergement ou de protection adoptée, elle ne peut que faire suite à une évaluation médicale, même sommaire. Cette dernière peut être facilitée par la connaissance du patient et l'existence d'un dossier médico-infirmier et surtout social qui doit être disponible 24 h/24. Bien souvent, cet examen et cette surveillance vont se borner à la prise en charge d'une intoxication alcoolique aiguë, mais la banalité de cette situation doit rendre encore plus vigilant.

Proposer un hébergement d'urgence est un exercice difficile, étroitement dépendant des solutions locales existantes :

- recherche d'un foyer d'accueil de nuit par le 115 : cette solution est malheureusement peu utilisable en pratique. Cette population se présente aux urgences la nuit, à une heure où les foyers sont déjà saturés ; ces patients sont souvent connus des foyers qui les refusent comme « perturbateurs ». Les patients, attachés à leur liberté que représente la rue, ne veulent souvent pas en entendre parler ;
- hébergement dans le service d'urgence (en salle d'attente, sur brancard, en box) ou dans l'hôpital où un espace a pu être aménagé transitoirement à cet effet (hall désaffecté, sous-sol) : cette solution a l'avantage de la facilité mais elle présente toutefois de très nombreux inconvénients : patient agité, parfois agressif, sale, sentant mauvais, perturbant de manière importante la salle d'attente des urgences ou le service. Leur éloignement dans un lieu caché de l'hôpital peut résoudre ce problème mais ne dispense ni d'une surveillance soignante, ni de la présence d'une équipe de sécurité dont le rôle et la formation sont ici indispensables. Il serait inacceptable de retrouver au matin un « clochard » mort (de quoi ?) ou victime d'agression (de qui ?). Ces solutions ne sont, à notre avis, que des palliatifs ne répondant ni à des impératifs de bonne gestion d'un service d'urgence qui doit présenter pour le moins une figure « aimable » aux usagers, ni surtout à des impératifs d'hébergement de populations en grande précarité dont les besoins de sécurité, d'hygiène, d'alimentation se doivent d'être pris en charge correctement !
- une solution à notre sens adaptée pourrait être de proposer un hébergement d'urgence, dans l'hôpital ou à proximité immédiate, offrant, après passage aux urgences et évaluation soignante, des possibilités de couchage, de douche, d'alimentation, de protection. Ces hébergements peuvent être gérés par l'hôpital ou par une association en liaison avec la DDASS. Ils permettent surtout de tenter d'amorcer, le lendemain, une prise en charge ou un accompagnement à plus long terme, en liaison en particulier avec les permanences d'accès aux soins de santé (PASS). Ces solutions commencent à voir le jour, soit de manière pérenne, soit plus souvent lors des épisodes de froid hivernal. Elles nous semblent à encourager tout particulièrement.

Enfin, dans la prise en charge de cette population particulièrement difficile, on ne saurait trop insister sur la nécessité d'une collaboration poussée avec les équipes de sécurité intérieure (lorsqu'elles existent) et les services de police à qui il faut savoir faire appel lorsque c'est nécessaire, mais seulement lorsque c'est nécessaire !

1.2. Hébergement de personnes récemment fragilisées

Des problèmes d'hébergement peuvent se poser pour certaines personnes consultant aux urgences et présentant une situation sociale fragilisée ou nécessitant des mesures de protection.

Il s'agit alors, pour l'équipe soignante, de savoir prendre en compte une demande qui n'est pas toujours clairement formulée et de savoir faire appel à l'assistante sociale ou de mettre en œuvre des moyens urgents que la situation nécessite.

Il peut s'agir de mesures de protection chez une femme battue par exemple ; il est alors possible de l'orienter, après appel, sur le commissariat de police qui pourra délivrer, dans certains cas, des « bons de nuit d'hôtel ». Dans ce cas, bien entendu, le travail de prise en charge soignante et sociale devra, au mieux, être réalisé en liaison avec une unité médico-judiciaire. Bien entendu, la suspicion d'une maltraitance chez un enfant ou encore, bien qu'on n'y pense pas assez, chez une personne âgée ou dépendante, va nécessiter une hospitalisation.

Mais d'autres cas peuvent survenir : perte de logement, licenciement, perte brutale de revenus. Il faut alors savoir solliciter, dans l'immédiat ou en différé, le recours à différentes formes d'hébergement :

- chambres d'hôtel avec possibilité, pour les personnes ayant de faibles revenus, de percevoir l'allocation personnalisée au logement (APL) qui est versée directement à l'hôtelier ;
- hébergements d'urgence, en particulier en période hivernale ;
- foyers : foyers jeunes travailleurs, foyers ADEF, foyers SONACOTRA, etc.

Lorsqu'il s'agit de problèmes de fond, hors urgence, c'est au service social de l'établissement, ou encore à la PASS, de rechercher une solution :

- tous foyers fonctionnant en convention avec la Commission locale d'hébergement (anciennement CLUH). Cette commission a pour fonction de transmettre les demandes d'hébergement aux foyers qui statuent librement sur l'admission des personnes ; si la personne est connue pour ne pas être en mesure de respecter le règlement intérieur du foyer, il lui faudra formuler une nouvelle demande, source bien fréquente de découragement pour des personnes qui voient leur passé les rattraper en permanence ;
- résidences sociales qui demandent des garanties de solution de logement à l'issue d'un contrat d'hébergement de très courte durée ; ces résidences sont payantes ;
- résidences hôtelières chez des personnes en mesure de régler intégralement le loyer.

La mise en œuvre de ces solutions nécessite une collaboration étroite entre le service d'urgences et le service social : l'assistante sociale, lorsqu'il est fait appel à elle, se retrouve à guider, soutenir des populations qui se trouvent confrontées à d'énormes difficultés à satisfaire un besoin élémentaire, celui de se loger, avec

toutes les conséquences que cela peut avoir sur leur vie, leur santé, leur psychisme. Confrontée à une demande de logement, l'assistante sociale se trouve confrontée à une personne en grande détresse, puisque sans abri, fondant tous ses espoirs sur cette intervention. À la suite d'un entretien, d'une écoute attentive et bienveillante, une évaluation sociale (ou diagnostic social) sera portée. Mais la seule orientation possible en urgences restera bien souvent le recours au 115.

Enfin, on ne saurait trop insister sur la nécessité, pour le service social de l'établissement et en particulier pour l'assistante sociale des urgences, de développer d'une part des liens étroits avec les soignants des urgences, infirmières et médecins, en s'aidant en particulier de fiches de liaison (2, 3), d'autre part avec l'ensemble des acteurs d'une prise en charge médico-sociale au long cours, qui seule pourra permettre une résolution satisfaisante de la contradiction entre recours aux urgences et recherche d'une solution de fond (4). En cela, l'articulation entre service des urgences, service social et PASS est fondamentale.

2. Missions de la permanence d'accès aux soins de santé (PASS)

2.1. Cadre législatif et réglementaire ; le contexte

Face à la montée de la précarité et de la pauvreté, un arsenal législatif s'est progressivement mis en place : la circulaire du 8 janvier 1988, relative à l'amélioration des conditions d'accès aux soins des personnes démunies, rappelait le rôle des hôpitaux dans l'accueil des plus démunis ; la circulaire du 17 septembre 1993 spécifiait à nouveau que « l'hôpital doit rester un lieu privilégié où les plus démunis peuvent faire valoir leurs droits » et recommandait l'implantation dans les locaux hospitaliers d'une cellule d'accueil spécialisée et d'aide médicale pour aider les plus défavorisés à faire valoir leurs droits et à accéder à la délivrance gratuite de médicaments. La circulaire du 21 mars 1995 préconisait l'élaboration d'un plan départemental d'accès aux soins des plus démunis (PRAPS) et la charte du patient hospitalisé soulignait que « l'accès au service public hospitalier est garanti à tous, en particulier aux personnes les plus démunies, quand bien même elles ne pourraient justifier d'une prise en charge par l'assurance-maladie ou l'aide médicale ».

La loi relative à la lutte contre l'exclusion du 29 juillet 1998 et la circulaire du 17 décembre 1998 définissent les missions de soins sanitaires et sociaux auxquelles doivent répondre à l'échelon régional et national les permanences d'accès aux soins sanitaires (PASS) et la nécessité de mener des actions de soins et de prévention spécifiques centrées sur les pathologies les plus fréquentes dans les populations en situation de précarité (5, 6).

Ainsi, il a été préconisé la mise en place de structures de prise en charge de populations connaissant des difficultés d'accès aux soins ambulatoires et qui se

présentaient de plus en plus nombreuses aux portes des hôpitaux, et en particulier aux urgences (7).

Les personnes en situation de précarité, relevant des PASS, sont le plus souvent à distance du système de soins et, lorsqu'elles ont recours à l'hôpital, passent bien souvent par les urgences, seule porte d'accès restant ouverte ; mais les pratiques de l'urgence, reposant sur l'élimination de l'urgence vitale, la sélection des risques les plus graves au détriment des problèmes de santé ou des pathologie intriquées, rendent difficile l'intégration des problèmes médicaux et sociaux, la réponse aux symptômes présentés, la prise en charge de données sociales, culturelles, de vie, spécifiques à ces populations (7). C'est dire l'importance capitale d'une liaison étroite entre les services soignants (et en particulier les urgences) et la PASS.

2.2. Missions des PASS, le public concerné

Les missions des PASS sont multiples :

- faciliter l'accès aux soins, en proposant une prise en charge adaptée au plan médico-soignant et psychologique, en évitant toute rupture de soins, en particulier à la sortie de l'hôpital ;
- jouer un rôle de prévention ;
- accompagner les personnes pour faire valoir leurs droits ;
- permettre l'accès à une couverture sociale (CMU de base, CMU complémentaire, AME) ;
- informer et orienter vers des structures d'accueil et d'accompagnement social adaptées.

Toute personne présentant des difficultés sociales au sens le plus large, soit spontanément (problèmes de couverture sociale, de revenus, de logement, difficultés liées à une dépendance ou à des différences de culture, de langue, de coutumes) associées à des problèmes de santé (physique ou mentale), doivent être orientées vers une PASS.

Plus concrètement, il peut s'agir :

- de personnes n'ayant pas de couverture sociale ou une couverture sociale incomplète (absence de mutuelle) ;
- de personnes qui, bien qu'ayant une couverture sociale, ne peuvent pas faire l'avance des frais médicaux et pharmaceutiques ;
- d'étrangers en situation irrégulière, de plus en plus nombreux ;
- de personnes très isolées ;
- de personnes sans domicile fixe.

En pratique, il s'agit d'une population souvent d'origine étrangère, essentiellement masculine, jeune ; la prévalence des addictions et surtout des psychopathologies est extrêmement élevée. Ils se rendent dans la structure souvent spontanément, mais aussi adressés par l'établissement hospitalier, par les services d'aide sociale du secteur ou par le tissu associatif (8).

2.3. Fonctions

Au-delà des services proposés, il est fondamental de concevoir la PASS comme un lieu où l'intrication des problématiques sociales, médicales et psychologiques doit amener naturellement à une prise en charge largement pluridisciplinaire : le médecin n'y est pas forcément ni l'acteur principal ni le chef d'orchestre. Cette pluridisciplinarité ne va pas sans poser d'importants problèmes de coordination qui doivent être largement débattus dans la structure (8).

Les intervenants de la PASS sont :

- des assistantes sociales assurant un diagnostic social, un accompagnement social individualisé ;
- des médecins, quel que soit leur statut (hospitalier ou non), leur origine (urgentiste, interniste, spécialiste, généraliste), assurant l'équivalent d'une consultation de médecine générale en cabinet ;
- des infirmières assurant les soins, la délivrance de médicaments, l'écoute et le suivi, l'éducation à la santé ;
- des psychologues ;
- des chirurgiens dentistes ;
- des secrétaires, agents administratifs assurant le secrétariat, l'évaluation, la gestion de la salle d'attente, les prises de rendez-vous.

Quelques points forts peuvent être dégagés de notre expérience de plus de six années :

- l'intérêt, lors de tout premier contact avec la structure (ou lors de tout changement important), d'une consultation à plusieurs intervenants (le médecin, l'assistante sociale, l'infirmière), si possible simultanée, permettant de prendre d'emblée la mesure de la complexité éventuelle des problèmes, d'éviter les répétitions difficiles à gérer pour une population souvent instable et pouvant poser des problèmes de langue ;
- la nécessité de réunions d'équipe régulières permettant de faire le point sur les cas les plus difficiles ou de discuter des problèmes ou orientations de la structure ;
- la nécessité de proposer une attitude diagnostique et thérapeutique adaptée aux conditions sociales et culturelles des patients pris en charge, de ne recourir aux examens complémentaires, aux avis spécialisés que de manière particulièrement raisonnée ;
- l'importance d'une réflexion forte sur les finalités de la PASS, d'ailleurs variables d'un sujet à l'autre : réinsertion, soins ou accompagnement. Ainsi, il apparaît bien qu'une frange de la population concernée va pouvoir bénéficier d'un retour à une couverture sociale de droit commun, retrouver un logement ou un emploi et se réinsérer de manière satisfaisante. Une autre frange de la clientèle (les étrangers en situation irrégulière par exemple) ne pourra bénéficier que de soins et de conseils. Le dernier groupe, le plus profondément désocialisé et

marginalisé, fera souvent l'objet d'une politique d'accompagnement, de soins, de tentatives souvent infructueuses de resocialisation.

2.4. Liens

Il ne nous appartient pas de nous prononcer sur ce que doit être le statut de la PASS (structure indépendante au sein de l'établissement hospitalier ou rattachée au service des urgences, à un service de médecine ou au service social), ni sur ce que doit être son lieu d'implantation (hors de l'hôpital ou dans l'hôpital, à proximité ou au sein du service des urgences ou des consultations externes ou encore dans un autre service) : les expériences sont multiples et rien ne permet de trancher sur la meilleure solution !

Seule conviction : la précarité est un problème spécifique nécessitant des solutions spécifiques, qualitativement différentes de tout ce qui existe au sein de l'hôpital, imposant une réflexion transdisciplinaire ; en particulier, les missions de la PASS, réalisant un travail au long cours, dans une gestion du temps respectée par les uns et par les autres, nous semblent difficilement juxtaposables à celles du service d'urgence qui doit, lui, répondre en un temps aussi bref que possible à un problème précis.

Il est par contre important de bien réfléchir aux liens que doit tisser la PASS, en dehors de l'hôpital et en son sein.

Les liens extrahospitaliers afin de développer le partenariat avec l'ensemble des professionnels des champs sanitaires et sociaux :

- les tutelles : Conseil général, DDASS, CPAM ;
- les services sociaux de secteur, les CCAS ;
- les foyers et les structures d'hébergement ;
- les pharmaciens, les médecins et chirurgiens dentistes.

Les liens avec l'hôpital sont fondamentaux et touchent à tous les aspects du fonctionnement de la PASS :

- services cliniques : c'est avec eux que va s'élaborer le suivi des patients sans couverture sociale après leur hospitalisation ; le recours aux spécialistes devra également être formalisé pour les patients de la PASS ;
- pharmacie : partenaire important, permettant de réaliser les soins et de remettre les médicaments nécessaires ;
- plateau technique (laboratoires, radiologie) auquel il sera possible d'avoir recours autant que de besoin ;
- psychiatrie : compte tenu de la très grande fréquence de la maladie mentale au sein des populations suivies, il est capital d'élaborer une collaboration active avec les services de psychiatrie : accès privilégié aux consultations, discussions de cas, expertise psychiatrique, etc. ;
- urgences : la collaboration avec les urgences revêt une importance toute particulière. C'est en effet bien souvent par les urgences que les populations les

plus précaires tentent d'accéder aux soins. Seule porte ouverte 24 h/24, elle accueille tous les patients, sans rendez-vous, mode d'accès indiscutablement privilégié pour cette population. Il convient donc de particulièrement bien formaliser les liens entre PASS et service des urgences, ce qui est d'ailleurs d'autant plus facile qu'un grand nombre de PASS est rattaché à un service d'urgence, voire officie dans ses locaux. Malgré cette fréquente proximité, il faut bien admettre qu'un grand nombre de patients échappent à toute évaluation sociale lors de leur passage aux urgences et ne sont pas orientés vers la PASS alors que cette structure pourrait répondre au mieux à leur problématique (9).

Ces difficultés de liaison entre PASS et tissu hospitalier, et en particulier service des urgences, imposent réflexion et mesures spécifiques :

- avant tout, faire connaître le plus largement possible la PASS et ses missions au sein de l'hôpital. Dans ce domaine, toute initiative est bonne à prendre : journée portes ouvertes pour les hospitaliers, articles, affiches, interventions dans les services, etc. Le rôle du service social de l'établissement est ici capital car c'est par lui que se fera le plus souvent la liaison ;
- former le personnel, et tout particulièrement aux urgences, sur les indicateurs de précarité ;
- élaboration de procédures d'adressage des patients à l'assistante sociale et à la PASS ;
- création de fichiers de patients consultable à toute heure du jour et de la nuit.

La difficulté aux urgences vient du fait que l'assistante sociale, lorsqu'il en existe une affectée aux urgences, n'est pas présente la nuit dans la plupart des cas ; elle ne peut donc pas travailler en direction de la totalité de cette population qui a souvent recours aux urgences la nuit. Elle doit donc là aussi travailler sur les procédures, les indicateurs, afin, dans l'idéal, de permettre un réel « glissement de compétences » qui permettrait à l'ensemble de l'équipe de s'approprier une partie au moins de ses outils.

Un autre aspect des relations entre PASS, établissement hospitalier et service d'urgence mérite d'être souligné : la PASS répond de manière spécifique à un problème spécifique, celui de la précarité. Elle doit développer des outils particuliers, mais en aucun cas se substituer à l'hôpital. Ainsi, un patient précaire, présentant une pathologie urgente, doit pouvoir être pris en charge aux urgences comme n'importe qui, voire être réorienté au plus vite de la PASS vers le service d'urgences ou tout autre service hospitalier si son état le nécessite. Tout ceci va bien entendu sans dire, mais... !

3. Conclusions

La précarité et en particulier les problèmes de logement sont souvent rencontrés en service d'urgence. Parfois évidents (patient sans domicile fixe), souvent masqués, ils doivent faire l'objet d'une prise en charge spécifique qui ne doit bien

entendu pas faire occulter les aspects habituels du soin. Cet abord spécifique ne peut, la plupart du temps, se réaliser aux urgences, mais pourra être réalisé au mieux dans une structure spécifique, la PASS, qui saura développer une réponse adaptée au long cours. Il importe donc de développer au mieux la collaboration et la coordination entre le service d'urgence (porte ouverte à toute heure du jour et de la nuit, apportant une solution « généraliste ») et la PASS (structure spécifique « spécialiste » pluridisciplinaire, travaillant sur le long terme) afin de proposer une prise en charge aussi adaptée que possible. C'est bien de cette manière que l'hôpital pourra occuper le centre d'un réseau de prise en charge de populations précaires de plus en plus nombreuses, incluant tissu associatif et médecine de ville.

Références bibliographiques

1. Kierzek G, Sabot D, Baud M, et al. Motifs de recours des personnes sans domicile fixe aux urgences d'un hôpital universitaire. JEUR 2005 ; 18 : IS209.
2. Subra S, Draï C, Maurais JP, Chapalain J, Staikowsky F. Intérêt d'une fiche de liaison infirmier-assistante sociale : résultats sur 10 semaines. JEUR 2000 ; 13 : A89.
3. Lopez I, Rambaud F. Mise en place d'un outil de liaison en dehors des horaires de travail de l'assistante sociale. JEUR 2000 ; 13 : A90.
4. Molinier C, Passy F, Blondel J, Duval G. L'identité caméléon de l'assistante sociale aux urgences. JEUR 2000 ; 13 : A87.
5. Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions (articles 67 à 77). JO du 31/07/1998.
6. Circulaire DH/AF1/DGS/SP2/DAS/RV3 n° 736 du 17/12/1998 relative à la mission de lutte contre l'exclusion sociale des établissements de santé participant au service public hospitalier et à l'accès aux soins des personnes les plus démunies.
7. Lebas J. Rapport Mission PASS Permanences d'accès aux Soins de Santé, mai 2000.
8. Molinier C, Verdoncq P, Moktar Benounnane A, Degravi C, Ferrah N, Duval G. Bilan de fonctionnement d'un pôle externe de PASS : intrication des problèmes sociaux, médicaux et psychologiques. JEUR 2003 ; 16 : IS162.
9. Agnoli A, Tinchant C, Mall D, Savary D, Driencourt JC. Les patients en situation de précarité ont-ils toutes les chances d'être pris en charge par la PASS ? JEUR 2004 ; 16 : IS148.