



**ENSP**  
ECOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

**RENNES**

**MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE**

**– 2007 –**

**«HANDICAP SOCIAL ET SANTE : OPTIMISER LES  
PRISES EN CHARGE DANS UNE OPTIQUE DE  
QUALITE ET D'EFFICIENCE»**

**- Groupe n° 1 –**

- **AUGIER Marine**
- **BARILLET Emilie**
- **BLAISE Pierre**
- **BOUSSEMART Sophie**
- **DEBRAY Sylvie**
- **NECKER Nadiège**
- **DEMIDENKO Alexandra**
- **DE REN Isabelle**
- **DIANE Sandra**
- **LENOIRE-LABREVOIS Laurence**
- **MERMET Françoise**

***Animateurs :***

***BRECHAT P- Henri***

***SALINES Emmanuelle***

---

---

## Sommaire

---

---

<b>Préambule - Méthodologie .....</b>	<b>- 1 -</b>
<b>Introduction .....</b>	<b>- 3 -</b>
<b>1 LE HANDICAP SOCIAL : ENJEU DE SANTE PUBLIQUE, DEFI POUR L'HÔPITAL .....</b>	<b>6</b>
<b>1.1 LE HANDICAP SOCIAL ET SA PRISE EN CHARGE, ENJEU DE SANTE PUBLIQUE.....</b>	<b>6</b>
1.1.1 <i>Pourquoi parler de « handicap social » ? .....</i>	<i>6</i>
1.1.2 <i>Le handicap social, une « nouvelle » question de santé publique.....</i>	<i>7</i>
<b>1.2 HANDICAP SOCIAL : QUEL ENJEU DE SANTE PUBLIQUE POUR L'HOPITAL ?.....</b>	<b>9</b>
<b>2 DES DISPOSITIFS INSTITUTIONNELS AUX PRATIQUES DE TERRAIN ...</b>	<b>13</b>
<b>2.1 UNE APPROCHE GLOBALE DE LUTTE CONTRE L'EXCLUSION : LA LOI DU 29 JUILLET 1998 ET LE PRAPS.....</b>	<b>13</b>
<b>2.2 COORDINATION ET COMPLEMENTARITE DES ETABLISSEMENTS DE SANTE : LE SCHEMA REGIONAL D'ORGANISATION SANITAIRE (SROS).....</b>	<b>14</b>
<b>2.3 DES DISPOSITIFS HOSPITALIERS INNOVANTS POUR L'ACCUEIL DES POPULATIONS PRECAIRES : RENFORCEMENT DES SERVICES SOCIAUX ET CREATION DES PASS .....</b>	<b>15</b>
2.3.1 <i>Au sein de l'hôpital, des services sociaux renforcés et adaptés.....</i>	<i>15</i>
2.3.2 <i>Accéder aux soins et retrouver des droits : La création des Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS).....</i>	<i>16</i>
<b>2.4 ECLATE, LE SECTEUR AMBULATOIRE SE COORDONNE : LA CONTRIBUTION DES RESEAUX DE SANTE .....</b>	<b>17</b>
2.4.1 <i>Du mouvement spontané à l'institutionnalisation par la loi, la longue marche des réseaux.....</i>	<i>17</i>
2.4.2 <i>Le réseau de santé paris Nord : un guichet unique de coordination des partenaires de ville .....</i>	<i>18</i>
<b>3 PRECONISATIONS EN VUE D'OPTIMISER LES PRISES EN CHARGE .....</b>	<b>20</b>
<b>3.1 PRISE EN CHARGE DU HANDICAP SOCIAL A L'HOPITAL : DE LA NECESSITE DE TROUVER DE NOUVEAUX OUTILS, MODES DE FINANCEMENT ET DE REPENSER LES ORGANISATIONS ...</b>	<b>20</b>
<b>3.2 AMELIORER LA COORDINATION DES ACTEURS APPARTENANT AU CONTINUUM SANITAIRE SOCIAL ET MEDICO-SOCIAL .....</b>	<b>24</b>
3.2.1 <i>La relation particulière à la santé et au système de soin des personnes en situation de handicap social s'impose pour repenser l'offre de santé.....</i>	<i>24</i>
3.2.2 <i>Agir sur les déterminants de la santé.....</i>	<i>25</i>
3.2.3 <i>Travailler au renforcement des constituants du continuum sanitaire-socio-sanitaire-social.....</i>	<i>25</i>

<b>3.3 UNE PRISE EN CHARGE TERRITORIALISEE DU HANDICAP SOCIAL .....</b>	<b>29</b>
<b>Conclusion.....</b>	<b>31</b>
<b>Bibliographie .....</b>	<b>32</b>
<b>Documents annexes uniquement joint au rapporteur du groupe</b>	

---

---

## **R e m e r c i e m e n t s**

---

---

L'ensemble du groupe tient à remercier le docteur Emmanuelle SALINES et le docteur Pierre-Henri BRECHAT pour leur soutien et l'éclairage qu'ils ont pu apporter à notre travail.

Nous tenons également à remercier l'ensemble des interlocuteurs rencontrés pour leur accueil, leur disponibilité et l'attention qu'ils ont bien voulu porter à notre sujet.

---

---

## Liste des sigles utilisés

---

---

AME : Aide Médicale d'Etat

AP – HP : Assistance Publique - Hôpitaux de Paris

ARH (IF) : Agence Régionale de l'Hospitalisation (d'Ile de France)

ASV : Atelier Santé-Ville

CA : Conseil d'Administration

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination gérontologique

CMU : Couverture Maladie Universelle

CMUC : Couverture Maladie Universelle Complémentaire

CSP : Code de la Santé Publique

DAC : Dotation Annuelle Complémentaire

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins

DMS : Durée Moyenne de Séjour

DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

DRDR : Dotation Régionale de Développement des Réseaux

EPS : Etablissement Public de Santé

FAQSV : Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville

FSL : Fonds de Solidarité Logement

GCS : Groupement de Coopération Sanitaire

GHM : Groupe Homogène de Malade

GHS : Groupe Homogène de Séjour

GRH : Gestion des Ressources Humaines

GRSP : Groupement Régional de Santé Publique

HCSP : Haut Comité en Santé Publique

IDF : Ile de France

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

ISS : Inégalités Sociales de Santé

LCE : Loi de Lutte Contre les Exclusions (loi du 29 juillet 1998)

LFSS : Loi de Financement de la Sécurité Sociale

MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique

MERRI : Missions d'Enseignement, de Recherche et de Recours à l'Innovation

MIGAC : Mission d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation  
MRS : Mission Régionale de Santé  
ONDAM : Objectif National de Dépenses de l'Assurance Maladie  
PAIO : Plateforme d'Accueil d'Information et d'Orientation  
PAP : Programme Annuel de Performance  
PASS : Permanences d'Accès aux Soins de Santé  
PDALPD : Plan Départemental d'Aide au Logement des Plus Défavorisés  
PDI : Plan Départemental d'Insertion  
PMI : Protection Maternelle et Infantile  
PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information  
PRAPS : Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (des personnes les plus démunies)  
PRSP : Plan Régional de Santé Publique  
PSPH : Participant au Service Public Hospitalier  
RSPN : Réseau de Santé Paris- Nord  
URCAM (IF) : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (d'Ile de France)  
SAHI (P) : Schéma d'Accueil, Hébergement et Insertion( de Paris)  
SPH : Service Public Hospitalier  
SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire  
T2A : tarification à l'activité  
ZEP : Zones d'Education Prioritaires  
ZPS : Zones Prioritaires de Santé  
ZUS : Zones Urbaines Sensibles

---

---

## Préambule - Méthodologie

---

---

Notre groupe est composé de deux élèves Directeurs d'Hôpital, quatre élèves D3S, deux élèves Directeurs de Soins, deux élèves Inspecteurs de l'Action Sanitaire et Sociale ainsi qu'un élève Médecin Inspecteur de Santé Publique.

Le travail que nous avons eu à effectuer dans le cadre du Module Interprofessionnel de Santé Publique (MIP) nous a amenés à réaliser une étude concernant l'optimisation de la prise en charge des personnes présentant un handicap social.

### Personnes rencontrées

La liste des personnes que nous avons rencontrées a été établie en partie par l'intervenant de notre groupe, et complétée ultérieurement par des interlocuteurs que nous avons jugés susceptibles de nous apporter un éclairage supplémentaire sur la problématique. Ils entretiennent un lien plus ou moins étroit avec l'hôpital Lariboisière, situé dans le 10<sup>ème</sup> arrondissement de Paris (où exerce l'un des coordonnateurs du groupe, Monsieur Bréchat), porte d'entrée de notre étude. Par ailleurs, nous avons pris le parti de rencontrer des intervenants d'horizons différents afin de mettre en évidence la transversalité du sujet abordé.

### Méthodes de travail

Une présentation globale du sujet a été réalisée par notre intervenant, ce qui nous a permis de comprendre les enjeux du problème et les attentes quant au travail à réaliser.

Pour réaliser notre étude, une démarche organisationnelle soumise à certaines contraintes temporelles a été mise en place par l'ensemble du groupe. Nos méthodes de travail se sont appuyées sur des étapes successives de réflexion, de recherche et d'enquête, de compilation d'informations, de retranscription et enfin de préparation à l'oral.

Notre démarche a donc été donc la suivante :

- Une recherche documentaire, initiée par le dossier préalablement fourni, a été étayée par des investigations complémentaires (ressources du Centre de Documentation de l'ENSP, ressources Internet, fonds personnels).
- Suite à ces différentes lectures, un premier travail de groupe a ensuite donné lieu à une réflexion portant sur la problématique du sujet. Une fois celle-ci

arrêtée, le groupe a pu construire une grille d'entretien afin de pouvoir mener des interviews sur un mode semi- directif et les analyser.

- En complément des entretiens suggérés par notre intervenant, le groupe a décidé d'élargir son champ d'investigation et a ainsi pris des rendez-vous avec d'autres professionnels. La conduite des entretiens a ensuite été répartie entre plusieurs binômes ou trinômes constitués dans un souci d'interfiliarité.
- Durant la semaine d'entretiens, un travail en parallèle a été réalisé entre les personnes chargées de mener (à Paris) les entretiens et celles employées à construire un plan et approfondir les recherches (à Rennes). L'ensemble du groupe a communiqué par mails, notamment pour envoyer les comptes-rendus des entretiens, mais également afin de se tenir informés de l'avancement du plan et des recherches.
- Une fois le plan validé, une répartition des parties et sous parties a été effectuée afin de procéder à un travail individuel approfondi. Une mise en commun de ces derniers a ensuite donné lieu à un travail collectif et en sous-groupes, destiné à mettre en relation les parties, rédiger les transitions et surtout répondre sur l'ensemble de l'étude à la problématique posée.
- La finalisation de l'étude s'est traduite par une lecture individuelle puis une séance de travail collective a permis de procéder aux derniers ajustements.
- Afin d'encadrer la présentation orale, un document power point présentant notre étude a été réalisé par certains membres du groupe. L'avis de tous a ensuite été recueilli et pris en compte.



---

---

## Introduction

---

---

L'OMS avait estimé en l'an 2000 que la France disposait du « meilleur système de santé au monde ». Ce jugement semble, à première vue, toujours pertinent : l'espérance de vie dans notre pays est la plus longue d'Europe (76,8 ans pour les hommes, et 83,8 ans pour les femmes en 2005), et ne cesse d'augmenter: ainsi les hommes ont-ils vu leur espérance de vie gagner 5,5 années entre 1985 et 2005. Mais cette réussite, incontestable, ne doit pas masquer un autre aspect, plus sombre, de la situation du pays en matière de santé : celui de la persistance de fortes inégalités sociales de santé, et d'abord d'inégalités sociales devant la mort. Si en effet la France se classe dans la moyenne des pays de l'Europe de l'Ouest en matière d'inégalités sociales face à la morbidité, elle se caractérise en revanche par une des plus fortes inégalités sociales en matière de mortalité observées dans ce même ensemble de pays. En 2005, l'espérance de vie des femmes cadres dépassait de 3 ans celle des ouvrières, cet écart étant encore plus marqué chez les hommes (7 ans). De surcroît, cette inégalité devant la mort se creuse tendanciellement : stables chez les femmes, les écarts d'espérance de vie se sont ainsi accrus chez les hommes entre le début des années 80 et le milieu des années 90<sup>1</sup>.

Cette persistance de l'inégalité devant la mort, la plus violente de toutes, pose un problème majeur de justice sociale à notre pays. La multiplication par 3,5 de la part de la consommation de soins et de biens médicaux dans le PIB entre 1950 et 2005<sup>2</sup> (de 2,5% à 8,8%), ne l'a pas enrayée, alors même que l'essentiel des dépenses de santé est aujourd'hui socialisé par le biais de l'Assurance Maladie. Ce qui conduit à s'interroger sur l'équité de l'allocation de nos ressources publiques en matière de santé, et, plus largement, sur l'effectivité du principe de solidarité sur lequel repose la cohésion sociale de notre pays. La Nation n'assure pas à tous, dans les faits, la « protection de la santé » constitutionnellement (Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946). La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, qui dispose en son article 2 que « *le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne* », n'est pas respectée. Il y a là une brèche dans notre contrat social, et un risque de fragilisation du lien politique entre les citoyens.

Paradoxalement, cette situation n'a été que récemment étudiée et prise véritablement en compte par les politiques et les administrations publiques. L'hôpital moderne, qui, grâce à la généralisation de la couverture maladie et à l'ouverture de l'institution à toutes les classes

---

<sup>1</sup> Monteil Christian, Robert-Bobée Isabelle, *Les différences sociales de mortalité, en augmentation chez les hommes, stables chez les femmes*, INSEE Première n°1025, juin 2005.

<sup>2</sup> DREES, *Cinquante-cinq années de dépenses de santé. Une rétopolation de 1950 à 2005, Etudes et résultats n°572*, mai 2007.

de la société avait pu, au cours du vingtième siècle, « *se construire contre l'hospice [chargé d'accueillir les « indigents »] et contre une certaine idée de la pauvreté [...] issue de l'assistance* », a dû répondre à cette « *nouvelle question sociale* ». La remontée de la précarité et, corrélativement, des inégalités sociales de santé, s'est traduite à l'hôpital par un afflux aux urgences des « *nouveaux pauvres* », « *précaires* » et « *sans-droits* » ; un bouleversement à l'origine d'une véritable crise d'identité de l'institution. Au rebours de sa représentation uniforme des patients, elle a dû (re)découvrir et prendre en compte les spécificités des plus démunis d'entre eux. La mobilisation s'est faite autour de la problématique de l'accès aux soins, devenue au cours des années 90 la priorité des politiques de lutte contre les inégalités sociales de santé. Les personnels hospitaliers ont expérimenté de nouveaux dispositifs, modifié leurs pratiques professionnelles pour mieux répondre à l'impératif renouvelé de solidarité hospitalière, perçu à la fois comme « *une fierté et une charge* » (F.-X. Schweyer).

Cette transformation du rôle de l'hôpital n'est pas allée sans heurts, et les résultats actuels en matière d'accès aux soins sont pour le moins contrastés selon les établissements. Alors que de nombreux textes législatifs et réglementaires rappellent régulièrement aux centres hospitaliers l'obligation d'accueillir tout malade, quelles que soient ses capacités à financer ses soins, la contrainte financière qui pèse sur ces mêmes établissements s'alourdit continuellement, écartelant l'hôpital sur son lit de Procuste, entre impératifs économiques et missions sociales<sup>3</sup>. La montée en charge de la T2A a ainsi conduit les directeurs d'établissements à s'interroger sur les surcoûts liés à l'hospitalisation des patients présentant un handicap social important, surcoûts mis en évidence par différentes études, mais que ne prennent pas aujourd'hui en compte les tarifs des GHS. Le risque existe d'une discrimination à l'encontre de ces patients si de nouvelles solutions ne sont pas mises en œuvre.

Comment agir ? La réponse est nécessairement plurielle. Elle réside d'abord du côté de l'hôpital, qui doit pouvoir offrir à tous l'accès à des soins de qualité, tout en respectant des objectifs d'efficience. Il lui faut donc pouvoir mesurer précisément les surcoûts liés à la prise en charge des patients présentant un fort handicap social, afin d'une part d'obtenir des financements spécifiques, et, d'autre part, de mettre en place en interne des actions permettant de limiter ces surcoûts. Mais l'hôpital, seul, ne peut apporter qu'une solution partielle à un problème qui relève d'une politique de santé publique au sens large. « *Le soin donné aux pauvres exige une approche sanitaire et sociale globale qui n'est pas celle de l'hôpital moderne*<sup>4</sup> ». C'est donc à l'ensemble des acteurs du continuum prévention – sanitaire – médico-social – social que se pose aujourd'hui la question de l'optimisation de la

---

<sup>3</sup> Mossé Philippe, *Le lit de Procuste. L'hôpital : impératifs économiques et missions sociales*, Toulouse, Erès, 1997.

<sup>4</sup> Schweyer François-Xavier, *op. cit.*

prise en charge des patients présentant un handicap social important dans une optique de qualité et d'efficacité.

Notre étude s'est voulue pragmatique et opératoire. Nous avons donc d'abord réfléchi aux modalités de l'inscription de cette question dans les politiques actuelles de santé publique, et à ses effets sur les pratiques hospitalières, avant de nous intéresser aux dispositifs et aux actions déjà mis en place pour répondre au problème. Enfin, nous avons tenté de proposer d'une part des améliorations de l'existant, et, d'autre part, formulé un certain nombre de préconisations quant à des solutions nouvelles, globales et locales. L'enjeu étant de mieux comprendre selon quelles modalités le système sanitaire et social français peut améliorer véritablement ses performances vis-à-vis des plus faibles, et par-là même jouer pleinement son rôle dans la lutte contre les inégalités sociales de santé, et donc contre les exclusions.

# 1 LE HANDICAP SOCIAL : ENJEU DE SANTE PUBLIQUE, DEFI POUR L'HÔPITAL

## 1.1 Le handicap social et sa prise en charge, enjeu de santé publique

### 1.1.1 Pourquoi parler de « *handicap social* » ?

Le terme de « *handicap social* » retenu pour notre étude n'est pas le plus courant de ceux que l'on rencontre aujourd'hui pour désigner la réalité à laquelle il renvoie. Ces termes sont nombreux, constituant un véritable halo sémantique qui témoigne de la difficulté à saisir et identifier précisément le phénomène dont on veut parler : pauvreté, précarité, exclusion, vulnérabilité sociale, fragilité sociale...Or chacune de ces notions, à sa manière, pose problème. Certaines instaurent une représentation binaire et statique des choses : les individus concernés sont identifiés comme « *pauvres* » ou « *exclus* », porteurs à vie d'un stigmat social, alors même que leurs difficultés peuvent n'être que passagères<sup>5</sup>. Cette dichotomie masque la complexité et la diversité des situations, et le fait que « *la précarité, comme la santé, est le résultat d'un ensemble de processus en évolution permanente et non un état statique*<sup>6</sup> ». La construction de ses catégories repose en outre sur une appréhension de la pauvreté par ses seules dimensions comptables (revenu perçu), approche entraînant un problème d'effet de seuil, qui se pose aussi bien aux économistes qu'aux gestionnaires de l'aide sociale : est-on « riche » parce que l'on dépasse de quelques euros le plafond d'attribution de la CMUC ? Enfin, l'emploi de certaines expressions plutôt que d'autres relève toujours d'une prise de position, scientifique mais aussi politique. Le choix de recourir aux notions socioéconomiques de « *pauvreté* », d'« *exclusion* », de « *précarité* » renvoie à une explication du phénomène par les seules carences du système ; à l'inverse, parler de « *vulnérabilité* » ou de « *fragilité* » sociale, c'est privilégier une approche psychologique, qui rend compte de la situation par les seules carences de l'individu.

Si, à l'instar de D. Castiel, P.-H. Bréchat et M.-C. Grenouilleau, nous avons préféré recourir à la notion de « *handicap social* », introduite dans notre droit par la loi du 19 novembre 1974, c'est qu'à la différence des autres elle permet de rendre compte de la situation dans toutes ses dimensions, et de ne pas se focaliser sur une causalité unique. Le handicap social se présente en effet comme un ensemble de 14 indicateurs, relevant de 6

---

<sup>5</sup> Castiel D., Bréchat P.-H., Segouin C., Grenouilleau M.-C., Bertrand D., « Hôpitaux publics, T2A et handicap social. Pour interroger nos évidences. », *Gestions hospitalières*, juin / juillet 2006.

<sup>6</sup> Haut Comité pour la Santé publique, *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*, Collection Avis et rapports, 1998.

domaines<sup>7</sup>, construit dans le but de mesurer une situation particulière dans un lieu et un temps défini, et non de catégoriser des individus. Il ne renvoie pas à une catégorie fixe, mais à une position relative et éventuellement seulement temporaire de désavantage social<sup>8</sup> laissant place à la diversité des facteurs du phénomène. Les vertus de la notion de handicap social résident dans la construction d'une méthodologie nouvelle, adaptée à l'étude d'un problème caractérisé par son instabilité et sa complexité.

### 1.1.2 Le handicap social, une « nouvelle » question de santé publique

L'existence des inégalités sociales de santé n'est pas une découverte récente: dès le XVIII<sup>ème</sup> siècle, des travaux démographiques avaient mis en évidence des différences de mortalité entre groupes sociaux<sup>9</sup>. L'origine de ces inégalités a d'abord été recherchée dans les différences de conditions de vie et de mœurs, puis, à partir de la seconde moitié du XX<sup>ème</sup> siècle, dans les conditions de travail et d'accès aux soins. En démontrant en 1982 qu'il existait un véritable gradient social de santé, le risque de décès se réduisant tout au long de la hiérarchie sociale, le rapport de Lord Black a infirmé pour partie ces hypothèses en ne réduisant pas les causes d'ISS aux seules conditions matérielles de vie. Un constat ressort de ces évolutions récentes : depuis la publication du rapport Black, l'ensemble des recherches a exploré les causes des inégalités sociales hors du système de santé et de soins. Ainsi, selon Link *et al.*<sup>10</sup>, ce sont les ressources financières, éducatives et sociales qui déterminent la capacité d'un individu de se prémunir contre le risque de maladie. En conséquence, la réduction des ISS passe avant tout par des politiques publiques traitant les déterminants sociaux de santé à la base : réduction du chômage, redistribution verticale des revenus, amélioration de l'accès au logement et de la qualité de l'habitat... Une constatation qu'a fait sienne le rapport du HSCP de 2002<sup>11</sup> :

Il est effectivement avéré qu'en France l'achèvement de l'universalisation de la couverture maladie avec la création par la loi du 27 juillet 1999 de la CMU et de la CMUC (dispositifs complétés par celui de l'AME), qui devait assurer un accès égal aux soins à toute la population, n'a pas éradiqué les ISS. Accès théorique et accès réel aux soins ne vont en effet pas de pair : l'utilisation du système de santé et les trajectoires des patients varient

---

<sup>7</sup> Santé, ressources, insertion culturelle, relations avec autrui, logement, patrimoine.

<sup>8</sup> Castiel D., Bréchat H.-P., Segouin C., Grenouilleau M.-C., Bertrand D., *op. cit.*

<sup>9</sup> Couffinhal A., Dourgnon P., Geoffard P.-Y., Grignon M., Jusot F., Lavis J., Naudin F., Polton D., « Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé ? Un éclairage européen », IRDES, *Questions d'économie de la santé*, février 2005.

<sup>10</sup> Link B.G., Northridge M.E., Phelan J.C., Ganz M. L., « Social Epidemiology and the Fundamental Cause Concept : On the Structuring of Effective Cancer Screens by Socioeconomic Status », *The Milbank Quarterly*, 1998.

<sup>11</sup> « un accès équitable aux soins curatifs primaires de qualité ne suffit pas, la réduction des inégalités de santé passe par la prévention et la maîtrise des effets des déterminants sociaux de santé ».

selon le statut social ou le niveau d'études. Un comportement que l'on peut attribuer pour partie à l'existence de barrières culturelles expliquant, au-delà des barrières financières, que les patients présentant un handicap social important aient moins tendance à recourir aux soins ou du moins y recourent plus tardivement.

Mais ce comportement s'explique aussi par l'existence d'obstacles non financiers opposés, au sein du système de santé, aux patients ayant pris la décision de recourir aux soins. Ces obstacles recouvrent le problème de la disponibilité de l'offre : une faible densité de l'offre de soins a des répercussions plus importante sur la consommation de soins des personnes présentant un handicap social important. Ils recouvrent également le fait que le système de soins apporte des réponses différentes, à pathologie équivalente, selon les caractéristiques sociales des patients. Des études ont montré que si aucune différence sociale de traitement n'est observée dans la prise en charge hospitalière de l'infarctus du myocarde, il apparaît en revanche que les catégories sociales favorisées bénéficient, en amont de l'hospitalisation, d'un suivi ambulatoire plus spécialisé, plus approfondi, avec des explorations coronaires plus fréquentes. Au-delà d'un éventuel comportement « opportuniste » du professionnel, on peut penser que le praticien ajuste son « effort » (de diagnostic ou de prescription) au degré d'exigence de son patient. Les inégalités de soins fournis résulteraient de la faible pression que les catégories sociales les plus basses sont capables d'exercer sur les professionnels. On peut également rendre compte des différences de traitement par la distance sociale et culturelle entre le médecin et son patient, et la qualité de la communication qui en résulte, et donc de l'information dont dispose le médecin pour soigner.

Si donc, d'une part, les ISS s'expliquent essentiellement par des facteurs sociétaux en amont de l'accès aux soins, et que, d'autre part, le fonctionnement du système de santé tend à majorer ces inégalités, faut-il pour autant ne donner aucune place, dans la lutte contre ces inégalités, à des politiques mobilisant le système de santé ? Ce serait alors méconnaître le fait que « *c'est pour ces groupes les moins favorisés que les soins ont l'impact potentiel le plus fort (...), seul moyen de protéger leur capital santé, tandis que dans les autres groupes sociaux la possibilité d'accès à des ressources sociales et environnementales rend la contribution marginale des soins plus modeste*<sup>12</sup> ». Des expérimentations ont ainsi montré que le système de soins peut, en prenant conscience des différences de traitement mises en œuvre ; agir sur celles-ci.<sup>13</sup>

---

<sup>12</sup> Lombraïl P., « Accès aux soins », in Leclerc A., Fassin D., Grandjean H., Kaminski M., Lang T. (dir.), *Les inégalités sociales de santé*, Paris, La Découverte, 2000.

<sup>13</sup> Une action menée sur quinze mois par une équipe de soins primaires au Royaume-Uni a ainsi permis de réduire fortement les différences entre deux populations de statuts sociaux très différents en termes de couverture vaccinale, de suivi gynécologique et de prévention, voire même dans certains à renverser les situations initiales (Lombraïl P., *op. cit.*).

Les pouvoirs publics français se sont progressivement ralliés à cette position. Depuis la loi du 29 juillet 1998 (LCE), le service public hospitalier s'est ainsi vu confier une nouvelle mission, celle de concourir « à la lutte contre l'exclusion sociale ». Le rapport d'objectifs de santé publique annexé à la loi du 9 août 2004 met en avant, parmi les principes qui sous-tendent la politique de santé publique, celui de « réduction des inégalités »<sup>14</sup>. Parmi les 100 objectifs visés, concernent directement les inégalités les objectifs 33 et 34, ce dernier visant à réduire les inégalités devant la vie et la mort par une augmentation de l'espérance de vie des groupes confrontés aux situations précaires. La promulgation de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique<sup>15</sup> doit être également comprise comme une première étape d'une refondation du système de santé « à la française », caractérisé par une séparation rigoureuse entre les domaines sociaux et sanitaires, par la prépondérance de l'hôpital, et la prédominance des soins curatifs au détriment du préventif. En faisant de la santé publique une nouvelle priorité politique, la loi et ses objectifs quantifiés font rentrer le système de santé français dans une nouvelle logique : se positionner comme un acteur de santé publique, qui doit « orienter et organiser son effort pour protéger, promouvoir et restaurer l'état de santé de l'ensemble de la population, ou de groupes ayant des traits communs, en s'attachant à corriger les inégalités »<sup>16</sup>.

Ce changement de culture, combiné avec les nouvelles exigences d'efficacité, en matière d'efficacité économique comme de qualité, apporte une réponse à notre interrogation sur ce que peut et doit faire le système de santé dans la lutte contre les ISS. Elle réside dans la recherche et la mise en œuvre d'une prise en charge des patients présentant un handicap social important mieux coordonnée, plus globale, faisant davantage place aux actions de prévention et prenant mieux en compte les spécificités des individus.

## 1.2 Handicap social : quel enjeu de santé publique pour l'hôpital ?

Les établissements publics de santé (EPS) ainsi que les établissements privés PSPH assurent des missions de service public. A ce titre, ils doivent notamment garantir la continuité des soins par un accueil tous les jours de l'année, et ce, 24h sur 24. En outre, ils ont l'obligation d'accueillir tous les patients qui se présentent afin d'assurer l'égalité devant le

---

<sup>14</sup> Principe selon lequel la définition des objectifs et l'élaboration des plans stratégiques doivent systématiquement prendre en compte les groupes les plus vulnérables en raison de leur exposition à des déterminants spécifiques de la présence et / ou de la gravité du problème visé

<sup>15</sup> La dernière loi en la matière avait été promulguée en... 1902.

<sup>16</sup> Bonnici B., « L'offre et la demande de santé », in de Montalembert M. (dir.), *La protection sociale en France*, La Documentation Française, Paris, 2004.

SPH<sup>17</sup>. Ces principes de service public ont une importance toute particulière, la jurisprudence leur ayant reconnu une valeur constitutionnelle.<sup>18</sup> Cet enjeu de solidarité est cependant aujourd'hui à repenser dans le cadre de la réforme du plan « Hôpital 2007 » qui comprend notamment une réorganisation de la planification sanitaire (SROS III et annexes opposables) et la T2A. Cette dernière est présentée par les pouvoirs publics comme une modernisation du financement des établissements de santé publics et privés (PSPH ou non), et a été mise en œuvre par la LFSS pour 2004. Ce changement de mode de financement monte en charge progressivement (en 2007 : 50% T2A et 50% DAC) avec pour objectif une entière application en 2012.

La T2A est fondée sur le PMSI qui recense de façon exhaustive les informations à caractère médico-administratif concernant le séjour de tous les patients pris en charge à l'hôpital. La réforme du financement, qui ne concerne actuellement que les activités de MCO, constitue un système mixte reposant à la fois sur une facturation à l'activité sur la base d'un tarif de prestation de séjour et sur une dotation pour les missions d'intérêt général et pour l'aide à la démarche de contractualisation avec les ARH (MIGAC).

En ce qui concerne la facturation à l'activité, la principale source de financement est constituée par un **tarif forfaitaire « tout compris » par GHS**. Ce dernier est élaboré à partir d'un GHM, lui-même construit à partir d'une exploitation de différentes données caractérisant le séjour d'un patient (données médico-administratives issues du PMSI). Ces tarifs sont fixés annuellement au niveau national.

Cependant, ce nouveau système de financement ne tient pas compte des caractéristiques sociales des patients et de leurs incidences sur le coût de la prise en charge. En effet, selon des études récentes<sup>19</sup>, à GHM identiques, les patients dits « *précaires* » auraient une durée moyenne de séjour (DMS) supérieure de 2,52 jours à celle des patients « *non précaires* ». Or, avec le système de la tarification à l'activité, une DMS plus longue entraîne un manque à gagner en terme d'activité (des patients potentiels ne pouvant être accueillis du fait de l'occupation des lits) et donc de recettes. Ce surcoût pour l'hôpital n'est pas lié à des besoins médicaux plus importants, mais à des problèmes sociaux particulièrement complexes, tels que la recherche d'un lieu de sortie adéquat compte tenu de leur situation. En conséquence, ces patients restent parfois bloqués, selon une durée

---

<sup>17</sup> Article L6112-2 CSP : les établissements assurant le SPH « garantissent l'égal accès de tous aux soins qu'ils dispensent. Ils doivent être en mesure de les accueillir de jour et de nuit, éventuellement en urgence, ou d'assurer leur admission dans un autre établissement » assurant le SPH.

<sup>18</sup> Décision n°79-111 DC du 30 déc.1979 du Conseil Constitutionnel « vote du budget » (principe de continuité) ; décision n°73-51 du 29 déc.1973 du Conseil Constitutionnel « taxation d'office » (Principe d'égalité devant le service public)

<sup>19</sup> Bréchat PH., Castiel D., Grenouilleau MD., « De la nécessité d'un financement supplémentaire pour la prise en charge des patients handicapés sociaux à l'hôpital », *Presse Med*, 2007, 36, p187-188.



variable, à l'endroit le plus coûteux pour la collectivité : l'hôpital, et notamment les services de soins de courte durée (les plus chers).

Il s'agit donc plus d'une question de coordination des acteurs sociaux, médico-sociaux et hospitaliers, lié à un contexte « *hospitalo-centré* ». Ce constat peut être illustré par le fait que les urgences de l'hôpital voient souvent arriver des personnes en situation précaire, alors que leur état de santé pourrait être pris en charge par la médecine de ville (ainsi un tiers des cas ne peut être qualifié d'urgence médicale). Les urgences hospitalières seraient en quelque sorte devenues « *le déversoir des problèmes sociaux et sanitaires irrésolus par les moyens ordinaires* »<sup>20</sup>. Cette situation est révélatrice de la carence de la médecine de ville (médecine de première ligne<sup>21</sup>), qui se caractérise par une offre de type libéral, qui, à Paris notamment, peut se traduire par la rareté des généralistes conventionnés en secteur 1. En outre, attachée au principe de l'avance de frais, la médecine libérale ne pratique que rarement le tiers payant, ce qui peut conduire les personnes les plus précaires à renoncer aux soins.

Par ailleurs, ce constat de surcoût pour l'hôpital renvoie à la question de la qualité de la prise en charge des patients présentant un handicap social. En effet, selon François-Xavier Schweyer<sup>22</sup>, les « *tâches d'écoute et d'accompagnement* », d'autant plus importantes pour ces patients, s'inscrivent dans un temps propre à la personne, ne coïncidant pas forcément avec le temps des soins techniques, routines organisationnelles et des plannings. La réforme de la T2A vient donc s'ajouter aux contradictions de l'hôpital moderne. Ce dernier se caractérise en effet par une technicité et un poids de la réglementation qui rendent difficile le traitement de la dimension sociale et relationnelle du soin. Cette contradiction apparente a notamment été soulignée par Jacques Lebas<sup>23</sup>, pour qui l'hôpital constitue « *le lieu d'excellence en ce qui concerne les techniques de diagnostic, toujours plus sophistiquée et les thérapeutiques les plus innovantes, mais reste dans le même temps, le lieu de recours auquel s'adressent les laissés pour compte de notre société* ».

Par ailleurs, le personnel soignant reste attaché à la prise en charge de ces personnes, partie intégrante de leur mission de service public et ce malgré une formation insuffisante et un relatif désintérêt médical pour les pathologies dont elles souffrent. Il existe donc ici un enjeu de GRH concernant la formation professionnelle, la motivation et la satisfaction du personnel pour qui la dimension humaine de la relation thérapeutique

---

<sup>20</sup> Peneff J., *Les malades des urgences*, 2000, Paris, Métailié.

<sup>21</sup> Nous entendons par service de première ligne les soins qui ne relèvent pas de services spécialisés justifiant la concentration de moyens dans des plateaux techniques dans des hôpitaux et qui sont offerts en France par différents professionnels de santé : les médecins généralistes, les professionnels paramédicaux, etc...

<sup>22</sup> Schweyer F-X., *Les hospitaliers et la solidarité, la fin des évidences*. In Paugam S., *Repenser la solidarité*, Paris, PUF, 2007.

<sup>23</sup> Lebas J., *A l'épreuve de la précarité : une certaine idée de l'hôpital. Document de synthèse remis à Madame le ministre de l'emploi et de la solidarité et à Monsieur le Secrétaire d'Etat à la santé*, Ministère de l'emploi et de la solidarité; 1998.

constitue un élément essentiel<sup>24</sup>. Cette dimension humaine et sociale est au cœur du métier d'assistante sociale hospitalière. L'activité de ces professionnelles est principalement tournée vers la recherche de solutions d'aval, permettant de diminuer la DMS des patients présentant un handicap social, et l'ouverture ou la réouverture de droits sociaux (CMU, AME...), ce qui évite à l'hôpital de dispenser des soins gratuits ou de voir son budget grevé par des créances irrécouvrables. La prise en charge des personnes présentant un handicap social peut donc être à la fois efficiente financièrement et éthiquement satisfaisante.

### **Le cas de l'hôpital Lariboisière**

Le groupe hospitalier Lariboisière - Fernand-Widal, qui fait partie de l'AP-HP, est amené à accueillir une population particulièrement touchée par la précarité, ce qui l'a conduit à mettre en place une PASS dès le début des années 1990. C'est pourquoi cet établissement a été retenu pour mener une enquête destinée à identifier la patientèle présentant des handicaps sociaux et en comprendre les répercussions sur l'activité d'un hôpital. Cette étude a permis de déterminer les conséquences pour l'hôpital, et notamment les conséquences financières, de l'accueil de patients présentant un handicap social. Le surcoût a été évalué pour chaque patient selon son GHS, d'abord exprimé en terme de journées supplémentaires en fonction du handicap social puis traduit en termes financiers. Les patients présentant un handicap social restent en moyenne hospitalisés plus d'une journée de plus que les patients ne présentant pas de handicap social. De plus, on observe que plus le handicap social est lourd, plus la durée moyenne de séjour s'allonge. En l'espèce, cela correspond à 21 342 journées d'hospitalisation supplémentaires, soit 11,4% de l'activité réalisée par l'établissement en 2005. La perte potentielle peut être estimée à environ 3300 séjours, soit, dans le contexte de la T2A autant de recettes en moins pour l'hôpital Lariboisière. Cette étude met donc en lumière l'importance du manque à gagner pour l'hôpital qu'engendre la prise en charge du handicap social, et conduit à se poser la question du financement de cette prise en charge. Cette problématique de la prise en charge des personnes présentant un handicap social a notamment conduit les pouvoirs publics à élaborer de nouveaux dispositifs. Cependant, on constate parfois que les professionnels de terrain ont des difficultés à se les réapproprier.

---

<sup>24</sup> PARIZOT Isabelle, *La prise en charge des malades démunis : entre univers médical et univers humaniste*. in S. Paugam (dir.) *Repenser la solidarité*, Paris, PUF 2007.

## 2 DES DISPOSITIFS INSTITUTIONNELS AUX PRATIQUES DE TERRAIN

La précarité s'accroît et, l'hôpital, du fait de sa visibilité, est directement concerné puisque c'est d'abord vers lui que se tournent les populations en situation de handicap social à la recherche de soins. Cependant le recours à l'hôpital ne représente sans doute que l'aboutissement d'une démarche de soins qui n'a pas trouvé de réponse adéquate auprès des services de première ligne ambulatoire.

Cette difficulté d'accès aux soins a été reconnue à la fin des années 80 et différents dispositifs ont depuis été mis en place pour y répondre. Nous présenterons les plus significatifs d'entre eux, en décrivant leur traduction opérationnelle dans les services de santé et en discutant leurs atouts et leurs limites.

### 2.1 Une approche globale de lutte contre l'exclusion : La loi du 29 juillet 1998 et le PRAPS

La loi d'orientation du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions représente un tournant, en ce qu'elle appréhende pour la première fois de manière globale le phénomène de précarisation, en tenant notamment compte de ses liens avec la santé, initiant de fait une véritable approche de santé publique. Son article 71 prévoit ainsi la mise en œuvre de **Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins** (PRAPS) afin d'améliorer la santé des personnes démunies. Définis à l'issue d'une concertation associant de multiples financeurs (services de l'Etat, Assurance Maladie, collectivités territoriales, associations, établissements de soins...) dans le cadre des GRSP (à partir de 2006), ces programmes ont été rendus obligatoires au sein des Plans Régionaux de Santé Publique par la loi du 9 août 2004<sup>25</sup>.

Le PRAPS s'assure que les volets précarité de l'ensemble des thèmes de santé prioritaires régionaux et interdépartementaux sont bien adaptés aux difficultés des plus démunis. Il favorise à l'échelon régional une approche coordonnée des problèmes de santé des publics en difficultés, et notamment celui des inégalités d'accès aux soins et à la prévention. Les actions qu'il préconise se déroulent majoritairement sur des territoires fortement touchés par le handicap social, marqués par l'importance et le cumul des difficultés économiques et sociales (ZUS, ZEP...).

Le PRAPS s'inscrit dans une démarche partenariale (CCAS, missions locales, PAIO, centres d'accueil et d'hébergement dans le champ social ; PASS, secteurs hospitaliers,

---

<sup>25</sup> Article L1411-11 CSP : «L'accès à la prévention et aux soins des populations fragilisées constitue un objectif prioritaire de la politique de santé (...)».

centres de santé, PMI, réseaux « santé précarité » dans le champ de la prévention et de la santé), et se décline au niveau départemental et local grâce à l'implication des acteurs institutionnels et associatifs. Mobilisant professionnels et institutions à la recherche de solutions innovantes, privilégiant une réelle dynamique de transversalité, ce dispositif a été jugé plutôt favorablement par l'IGAS<sup>26</sup>. Il appelle cependant à certaines améliorations qualitatives, dont une meilleure articulation avec les actions prévues par les PDI, PDALPD et SROS ou la nécessité de recueillir des données relatives aux populations visées. Le SROS qui organise la répartition de l'offre de soin doit désormais tenir compte du PRAPS et est tenu de développer un volet précarité.

## **2.2 Coordination et complémentarité des établissements de santé : Le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS)**

Le SROS, outil central de la régulation de l'offre de soins «  *vise [afin de répondre aux besoins] à susciter les adaptations et les complémentarités de l'offre de soins, ainsi que les coopérations, notamment entre les établissements de santé et [articule] les moyens des établissements de santé avec la médecine de ville et le secteur médico-social et social* » (Art. L6121-1 CSP). Deux questions restent posées. D'une part, en quoi cet outil de planification sanitaire prend-il en compte, dans ses objectifs et priorités, la lutte contre les inégalités de soins ? D'autre part, selon quelles voies un exercice de planification largement orienté sur le système hospitalier peut-il contribuer à réduire ces inégalités ?

Le SROS 3 d'Ile de France reprend la mesure 34 de la loi du 9 août 2004 relative à la réduction des inégalités devant la maladie et la mort des groupes confrontés aux situations précaires. Constatant des écarts entre zones géographiques assez fortement corrélés au statut socioéconomique des populations (indicateurs les plus défavorables concentrés dans le quart nord-est), un volet «  *lutte contre les inégalités de soins*  » est donc intégré dans le schéma et apparaît comme l'une des priorités transversales pour la période 2006-2010. En prenant en compte la problématique de lutte contre les inégalités de soins le SROS 3 Ile de France reconnaît les difficultés rencontrées par les établissements de santé face à la prise en charge des populations présentant de forts handicaps sociaux.

Au niveau des hôpitaux, il propose deux axes : d'une part une meilleure accessibilité au système de soins afin d'atténuer ces inégalités (le schéma cite le rôle essentiel des PASS), d'autre part des services sociaux disponibles au sein des établissements de santé prenant plus particulièrement en charge des populations présentant de forts handicaps sociaux afin d'améliorer la qualité de la prise en charge globale en cours d'hospitalisation et

---

<sup>26</sup> Rapport de mars 2003 sur l'évaluation nationale de la première génération des PRAPS, rapport de mai 2004 relatif à la synthèse des bilans de la loi d'orientation du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions.

d'envisager plus sereinement les soins de suite. Conscient que l'hôpital ne peut agir seul, il envisage également les relations entre l'hôpital et ses partenaires à travers la promotion du développement des réseaux. Ainsi le SROS 3 Ile de France cherche à développer cette prise en charge globale pour les femmes enceintes en situation de précarité dans le cadre du réseau périnatalité, pousse à renforcer les dispositifs psychiatrie-précarité et promeut le développement de réseaux précarité.

Le SROS 3 ne donne cependant pas de solutions innovantes et concrètes et laisse les établissements de santé face à ces questions. De même, il reste silencieux quant aux moyens concrets de développement de ces réseaux d'une part et l'articulation entre les hôpitaux et les réseaux d'autre part. De plans bien conçus à l'efficacité opérationnelle des dispositifs qu'ils entendent développer, il reste donc du chemin à parcourir. Regardons à présent plus en détail les dispositifs mis en place d'une part au sein de l'hôpital à travers le renforcement des services sociaux et la PASS avant d'examiner, d'autre part, au delà de l'hôpital, la contribution des réseaux.

## **2.3 Des dispositifs hospitaliers innovants pour l'accueil des populations précaires : renforcement des services sociaux et création des PASS**

### **2.3.1 Au sein de l'hôpital, des services sociaux renforcés et adaptés**

L'hôpital Lariboisière s'est doté de moyens de réponse au problème posé à l'hôpital par la spécificité de la prise en charge des patients en situation de handicap social. Pour le personnel en charge de ces questions le problème se pose dans deux dimensions. D'une part celle de l'accès aux soins qui est en fait essentiellement au niveau de l'hôpital une question de droits : il s'agit de permettre aux patients de retrouver des droits qu'ils ont perdus ou d'ouvrir des droits leur permettant d'accéder aux soins dont ils ont besoin<sup>27</sup>. D'autre part, celle de la prise en charge à la sortie, qui « *dépend de la complexité sociale ou médico-sociale et les partenaires impliqués dans la recherche de solutions* ». C'est dans ce domaine que l'hôpital est amené à s'interroger sur sa place, son rôle, et sa capacité à articuler son intervention avec les autres acteurs du soin et du social, par exemple en structurant les partenariats existants et en concluant des conventions. La question de l'harmonisation des pratiques et des outils est posée : une difficulté ressentie pour le personnel qui travaille à l'hôpital, lieu de soin, dans le domaine social réside également dans « *la non concordance des différents temps que sont le temps médical de plus en plus court*

---

<sup>27</sup> Entretien avec une assistante sociale de l'AP-HP

avec la T2A, le temps social de plus en plus long en raison de la complexité des situations et de la législation, et le temps administratif extrêmement long et protocolisé »<sup>27</sup>.

### 2.3.2 Accéder aux soins et retrouver des droits : La création des Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS)

Conjointement à l'activation des dispositifs sociaux par les assistantes sociales travaillant au sein de l'hôpital, un dispositif d'offre de soins spécifiquement destiné aux patients en situation de handicap social a été développé : la PASS. L'article 76 de la loi de 1998 prévoit dans le cadre des PRAPS et face à l'augmentation du nombre de personnes démunies dans les services d'urgences, la création de **Permanences d'Accès aux Soins de Santé** (PASS). Il s'agit de « *cellules pluridisciplinaires de prise en charge médico-sociale ayant vocation, au sein d'établissements participant au service public hospitalier, à faciliter l'accès des personnes démunies au système hospitalier ainsi qu'aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social*<sup>28</sup> ». Situées à proximité ou dans les services d'urgence pour lesquels elles servent de relais, les PASS n'ont pas vocation à créer au sein de l'hôpital des filières spécifiques pour les plus démunis (la PASS et la polyclinique de Lariboisière renvoient automatiquement vers un médecin traitant). Au contraire, ceux-ci doivent avoir accès aux soins dans les mêmes conditions que l'ensemble de la population<sup>29</sup>.

Les premiers bilans des PASS (près de 400 actuellement) dressent un constat mitigé et inégal selon les établissements concernés (pénurie des moyens des urgences, manque de temps pour les consultations). Elles ont dans leur grande majorité permis de faciliter l'accès aux soins des publics précaires à l'hôpital *dans des conditions* de droit commun (consultations, soins infirmiers, hospitalisation, prescription de médicaments délivrés gratuitement, orientation à la sortie...) et de faire bénéficier ces derniers d'une prise en charge médico-sociale (régularisation des droits sociaux, aide en matière administrative, d'insertion, recherche d'hébergement...). Elles n'ont malheureusement pas toujours atteint leur objectif de permettre *l'insertion dans* les dispositifs ordinaires de droit commun. Pour des acteurs qui ont une perception de l'extérieur<sup>30</sup>, « *La PASS est devenue le droit commun de ceux qui ne sont pas dans le droit commun, ce ne sont plus des lieux d'accès au soins mais des lieux de soins.* ». Elles offrent des consultations de médecine générale à une « *clientèle* »

---

<sup>28</sup> article L6112-6 du code de la santé publique

<sup>29</sup> Circulaire DGS/DAGPB/DAS n° 98/568 du 8 septembre 1998 relative à la mise en oeuvre de la loi d'orientation contre les exclusions sur les exercices 1998 et 1999 : action sociale et santé publique PRAPS

<sup>30</sup> Entretien DDASS Paris « *les médecins sont dans une logique de soins productiviste et de confraternité qui empêchent de développer les liens entre l'hôpital et la médecine de ville ou les SSR : On n'adresse pas facilement un précaire à un confrère au risque de le mettre en difficulté* ».

fidèle de personnes précaires qui y trouvent une approche adaptée à leur situation, accèdent parfois plus facilement que les autres patients à des consultations spécialisées et ne voient pas pourquoi elles changeraient pour un prestataire moins préparé à la complexité de prise en charge inhérente au handicap social. Le personnel social qui travaille à l'hôpital est très sensibilisé à ce type de risque<sup>31</sup>. Evoquant ce type d'effets pervers devenus pour eux contreproductifs, certains vont jusqu'à considérer que les PASS ont joué leur rôle et pourraient s'effacer<sup>30</sup>.

Comment s'explique une telle dérive ? Il arrive que les professionnels de santé des PASS ou plus généralement de l'hôpital hésitent à rediriger les patients en situation de handicap social vers des confrères du système libéral<sup>32</sup>. Ensuite devant les obstacles qui n'ont pas été suffisamment levés dans la médecine de ville, à l'exception notable de la CMU, on assiste à des renoncements aux soins de patients qui se sentent indésirables. Ainsi certains médecins généralistes préfèrent offrir des consultations gratuites plutôt que de rentrer dans le processus compliqué. Au-delà de ces solutions ad-hoc reposant sur la bonne volonté de quelques uns qui ne peuvent constituer une réponse pérenne, les acteurs hospitaliers des PASS ressentent très fortement le besoin de « *créer un tissu social en amont et en aval de l'hôpital pour qu'il se recentre sur sa mission de soin.* »<sup>31</sup>.

Cette prise de conscience des acteurs de l'hôpital, confronté à la nécessité d'inscrire la démarche de soin dans un environnement social qui parfois le dépasse, n'est pas toujours ressentie par des acteurs externes : « *L'hôpital a une fonction de soins et se trouve face à une problématique sociale qu'on lui demande de prendre en compte mais pas de résoudre. La réponse réside dans la nécessité de créer des liens, ce que l'hôpital ne sait pas faire et ne veut pas faire. (...) Les difficultés viennent essentiellement de représentations erronées ...* »<sup>30</sup>. Ceci nous amène à la question de l'apport de la dynamique des réseaux pour assurer une meilleure coordination des acteurs.

## **2.4 Eclaté, le secteur ambulatoire se coordonne : La contribution des réseaux de santé**

### **2.4.1 Du mouvement spontané à l'institutionnalisation par la loi, la longue marche des réseaux**

L'article L. 6112-1 al.7 CSP<sup>33</sup> dispose que le service public hospitalier concourt « *à la lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions*

---

<sup>31</sup> Entretien PASS Lariboisière : « *La PASS c'est le soin et le recouvrement des droits (...) Son problème est qu'elle rayonne par sa célébrité (...), on a besoin de réguler* »

<sup>32</sup> Entretien avec le MISP de la DDASS de Paris

<sup>33</sup> article introduit par la loi n°2002-73 du 17 janvier 2002 de rénovation sociale

*compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion, dans une dynamique de réseaux* ». Les SROS de 3<sup>ème</sup> génération (2006-2010) ont clairement inscrit dans leurs objectifs pour les cinq années à venir de veiller à ce que l'organisation des soins réponde aux objectifs de santé publique retenus par la loi du 9 août 2004, en soulignant l'importance de développer des réseaux de santé. Par ailleurs, l'URCAMIF justifie l'accompagnement des réseaux de santé « *précarité et/ou accès aux soins* » dans sa région par « *la forte présence de populations évoluant en marge des systèmes traditionnels de prise en charge sanitaire et sociale* ».

Définis par l'article 84 de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé<sup>34</sup>, les réseaux de santé constituent un axe important de la politique de santé publique et de l'organisation des soins, orientation renforcée par la mise en œuvre de la loi du 13 août 2004 qui tend à promouvoir une réforme recherchant l'efficacité par la qualité et une meilleure coordination des soins. Initiés au cours des années 1980 à l'initiative des acteurs de ville, les réseaux prennent de l'ampleur avec la problématique de la prise en charge des toxicomanes puis du SIDA et obtiennent une existence légale en 1991 (par une circulaire), renforcée par les ordonnances Juppé de 1996. La création du FAQSV en 1999 permet d'en assurer le financement. Mais il apparaît vite que la conception inscrite dans la loi était très différente du phénomène émergent des acteurs de terrain. Les deux processus, le processus institutionnel émanant des textes et le processus émergent (émanant des acteurs de terrain qui se sont longtemps cherchés) se retrouvent dans la loi de 2002 qui vient leur donner un cadre institutionnel et juridique stabilisé et un financement avec la Dotation Nationale de Développement des Réseaux (DNDR), dont le montant a été multiplié par 7 depuis sa création (157,45 M€ pour 2006).

Eléments de poids de la réorganisation d'un système de soins désirant concilier qualité, accès égal aux soins, et optimisation des fonds publics, les réseaux font néanmoins l'objet de contestations quant à la réalité de la plus-value qu'ils sont censés apporter, le rapport réalisé par l'IGAS en 2006<sup>35</sup> ayant entre autres fait état de « *résultats décevants* ».

#### **2.4.2 Le réseau de santé paris Nord : un guichet unique de coordination des partenaires de ville**

Le Réseau de Santé Paris Nord (RSPN), créé en 1988, a depuis connu plusieurs tournants. Se construisant dans le contexte de la montée en importance de l'épidémie de

---

<sup>34</sup> On peut cependant noter l'existence de dispositifs précurseurs dès 1945 et l'expérimentation de « *réseaux Soubie* » suite aux ordonnances du 24 avril 1996 relatives à la maîtrise médicalisée des dépenses.

<sup>35</sup> IGAS, Daniel C., Delpal B., Lannelongue C., *Contrôle et évaluation du fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) et de la dotation de développement des réseaux (DDR)*, Paris, 2006, 163 pages



SIDA à l'initiative des acteurs paramédicaux de ville, il s'élargit progressivement à d'autres thématiques et investit d'autres champs, en particulier le social et médico-social.

La porte d'entrée du réseau est sanitaire, il occupe une fonction de guichet unique pour l'ensemble des partenaires de ville. Concrètement, le réseau ne produit pas de soins. Il met en relation les professionnels de santé entre eux et avec les dispositifs sociaux et médicaux sociaux éventuellement requis dans la réponse à un problème qui est d'abord un problème sanitaire. Il peut s'agir de faciliter l'accès aux soins (ouverture de droits) ou d'évaluer les besoins afin d'optimiser une prise en charge d'un problème médical ou une hospitalisation en anticipant les problèmes à la sortie ou encore de permettre de trouver des solutions pour la sortie d'hôpital ou la reprise d'activité professionnelle. En pratique, les professionnels s'inscrivent eux même dans le réseau après s'être engagés notamment à réunir les qualités médicales nécessaires et après en avoir signé les statuts. En revanche, les patients ne peuvent y être intégrés que par les médecins. Les patients se voient offrir une prise en charge coordonnée entre des professionnels ainsi que des services concrets et gratuits tels que des visites ou la participation à des ateliers. Par ailleurs, celui-ci va bientôt mettre en place une équipe de coordination et d'évaluation mutualisée entre les cinq départements et comprenant différents professionnels de santé dont un psychologue. Cette équipe sera par la suite complétée par une permanence sociale et médico-sociale qui permettra de diriger le patient vers le service social adéquat.

Le travail en réseau permet une meilleure coordination des acteurs de ville et donc une prise en charge plus efficiente en optimisant les parcours de soins et en réduisant les coûts. Les difficultés rencontrées par les personnes en situation de handicap social sont en partie liées à la difficulté à trouver seul son chemin dans des dispositifs de soins cloisonnés et complexes. Cependant, un réseau de coordination des professionnels libéraux tel que le RSPN ne cible pas les populations en situation précaire. Il peut bien sûr contribuer à faciliter le recouvrement de droits ou l'accès à certains dispositifs, mais s'adresse d'abord aux patients qui bénéficient du régime de droit commun. C'est en s'articulant avec des dispositifs spécifiquement destinés à ces populations, lorsqu'ils existent, que le réseau peut contribuer à améliorer l'accès aux soins de ceux qui n'en bénéficient pas. Le réseau n'a pas vocation à remplacer ou jouer le rôle de ces dispositifs.

Paradoxalement les hôpitaux ne s'inscrivent encore que rarement dans ce type de réseau<sup>36</sup>. Une évolution progressive peut cependant être notée dans la mesure où ces établissements de santé sont peu à peu forcés à s'y investir et qu'ils s'y impliquent alors lorsqu'ils en sont à l'origine. La participation à des réseaux constitue l'un des items appréciés

---

<sup>36</sup> Entretien avec le responsable du Réseau Santé Paris-Nord : « En fait l'hôpital Lariboisière est la structure la moins intégrée au réseau »

pour l'attribution de l'accréditation. En outre, l'extension progressive de la T2A et ses conséquences en rapport avec la prise en charge du handicap social rendent nécessaires le développement d'un partenariat. « *La T2A pousse à fluidifier tant l'aval que l'amont : travailler avec la ville pour que tout ce qui ne relève pas de l'hôpital et qui peut être fait avant le soit et que tout ce qui relève de l'hôpital y arrive effectivement* ». Concernant les patients présentant un handicap social, il s'agit pour l'hôpital de pouvoir les orienter vers des structures plus adaptées et plus à même de répondre à leurs besoins spécifiques.

Si dans ces temps de mise en œuvre de réformes d'ampleur, l'hôpital ressent la prise en charge des populations en situation de handicap social comme un problème, les pistes de réponse articulées autour des réseaux semblent des plus intéressantes. Outre la proposition d'améliorations de l'existant, et notamment des dispositifs précédemment évoqués, tentons à présent de formuler un certain nombre de préconisations quant à des solutions nouvelles, globales et locales permettant de répondre à la question de la prise en charge de la santé et du handicap social.

### **3 PRECONISATIONS EN VUE D'OPTIMISER LES PRISES EN CHARGE**

Trois niveaux de préconisations seront ici présentés. La prise en charge du handicap social au sein de l'hôpital requiert de nouveaux outils de mesure ainsi que de nouveaux financements. Mais au-delà d'une réflexion hospitalo-centrée, il importe de considérer le rôle de chaque maillon du continuum sanitaire social et médico-social et leur nécessaire coordination pour optimiser cette prise en charge. Enfin, il semble nécessaire de mettre en œuvre un véritable maillage du territoire pour garantir l'efficacité et l'équité de cette prise en charge.

#### **3.1 Prise en charge du handicap social à l'hôpital : la nécessité de trouver de nouveaux outils, modes de financement et de repenser les organisations**

L'étude de D. Castiel et P-H. Bréchat met en lumière la réalité d'un surcoût économique pesant sur l'hôpital, engendré par la prise en charge de personnes présentant des handicaps sociaux importants. Mais l'hôpital, du fait de ses missions de service public, a l'obligation éthique et juridique d'accueillir toutes les populations. Cette tension entre deux exigences, celle de l'efficacité économique et celle de l'accueil de tous, sans discrimination,

que renforce la montée en charge de la T2A, représente pour l'hôpital un défi, c'est-à-dire tout à la fois un risque et une opportunité de changement.

Il semble en premier lieu nécessaire de donner la capacité aux hôpitaux concernés (EPS et établissements privés à but non lucratif PSPH) de mesurer et de financer ce surcoût grâce à de nouveaux indicateurs et modes de calcul. Cette préconisation a pour corollaire celui de la réorganisation des modes de travail et d'organisation des structures hospitalières, nécessaire à la mise en œuvre effective et pérenne d'une prise en charge optimisée des patients présentant un handicap social important, et, plus largement, de l'ensemble des patients.

Comment mesurer, comment financer le surcoût pour l'hôpital du handicap social de sa patientèle ? Trois axes d'action sont envisageables.

- **1<sup>er</sup> axe** : permettre à l'hôpital public de repérer précocement, parmi les patients accueillis, les personnes en situation de handicap social, afin de mieux anticiper leur sortie et de diminuer leur DMS. Un questionnaire utilisable en routine pourrait être élaboré à partir de celui qui a été construit dans le cadre de l'étude portant sur le centre hospitalier Lariboisière – Fernand-Widal<sup>37</sup> ; il serait également envisageable d'utiliser un questionnaire général de qualité de vie déjà mis au point, comme Euroquo<sup>38</sup>. La diffusion et l'utilisation au quotidien d'un tel outil impliquent un changement des logiques et des organisations de travail<sup>39</sup>. Les assistantes sociales de l'hôpital auraient la charge d'administrer le questionnaire aux patients dès leur admission. Le DIM (département d'information médicale) aurait à intégrer ses données à celles du PMSI afin de calculer le surcoût hospitalier imputable au handicap social.

- **2<sup>ème</sup> axe** : réfléchir à une modification du mode de financement. Deux modalités d'attribution des ressources aux hôpitaux peuvent être à ce titre mobilisées, les MIGAC et la T2A. Il peut être envisagé de revaloriser les financements MIGAC pour les établissements qui mettraient en évidence, grâce à des indicateurs tels que ceux présentés plus haut et utilisés de façon homogène sur le territoire national, l'existence d'un surcoût financier dû à une prise en charge des personnes en situation de handicap social plus importante que dans d'autres établissements hospitaliers situés dans des territoires de santé moins défavorisés. Cette « sur-dotation » MIGAC aiderait les établissements à réaliser leur mission d'intérêt général d'accueil et de soin de toutes personnes, y compris les plus démunies. Mais elle présente un risque d'inéquité entre les établissements pouvant théoriquement y prétendre, le mode d'attribution des MIGAC repose

---

<sup>37</sup> Voir annexe 8

<sup>38</sup> D. Castiel, P.-H. Bréchat, Y. Santini, C. Delalay, C. Segouin, M.-C. Grenouilleau, D. Bertrand, « Un modèle de mesure du handicap social à l'hôpital public : quelles ressources supplémentaires ? », Journal d'Economie Médicale, 2006.

<sup>39</sup> Entretien avec l'assistante sociale assurant la coordination des services sociaux de l'AP-HP

pour partie sur le pouvoir de négociation des hôpitaux face à l'ARH<sup>40</sup>. Il est également possible d'agir sur le volet T2A des recettes de l'hôpital. Il serait alors nécessaire d'intégrer une dimension sociale dans la construction des GHS ; le surcoût financier lié à la prise en charge du handicap social serait compensé par l'application d'un coefficient de majoration au tarif des GHS « classiques », à l'image des coefficients géographiques déjà appliqués. L'exemple de la Belgique peut ici être cité : à partir du mois de juillet 2007, des « indices de correction sociale » seront introduits dans les tarifs.

- **3<sup>ème</sup> axe** : réfléchir à un nouveau financeur. Selon la directrice de l'hôpital Lariboisière, ce n'est pas l'assurance maladie, mais l'Etat et les collectivités territoriales qui devraient assumer le surcoût généré par la prise en charge des patients en situation de handicap social, au travers de l'aide sociale<sup>41</sup>. Ce qui permettrait d'une part de sortir ce financement du cadre contraint de l'ONDAM, et, d'autre part, de ne pas faire peser sur l'assurance maladie une mission qui relève de la solidarité nationale à l'égard des plus démunis.

Ces propositions, centrées sur la problématique de la mesure du handicap social et du surcoût qu'il induit pour l'hôpital, ne sauraient résoudre à elles seules le défi que représente pour l'institution hospitalière la prise en charge des patients présentant un handicap social important. Des réponses doivent être également recherchées en matière d'orientation stratégique et d'organisation des établissements, réponses qui exigent « des adaptations structurelles, des changements des mentalités et des pratiques professionnelles, des nouvelles manières de penser l'offre de soins, et, plus précisément, le rôle et la place de l'hôpital<sup>42</sup> ».

En quoi repenser aujourd'hui le rôle et la place de l'hôpital peut-il nous permettre d'améliorer la prise des patients en situation de handicap social ? Il s'agit à la fois d'un problème de positionnement de l'institution et d'adhésion des membres de la communauté hospitalière au projet de cette institution, et donc de mobilisation de ces membres. Comme le note F.-X. Schweyer, « pour les personnels hospitaliers, la solidarité est à la fois une fierté et une charge. L'accueil de tous est à la fois valorisé comme une manifestation du service public qui permet de se démarquer du monde marchand des cliniques privées, et critiqué comme étant une charge souvent indue et une source de désorganisation voire de

---

<sup>40</sup> Entretien avec la directrice de l'hôpital Lariboisière

<sup>41</sup> Entretien avec la directrice de l'hôpital Lariboisière

<sup>42</sup> Lebas J., *A l'épreuve de la précarité : une certaine idée de l'hôpital : document de synthèse remis à Madame la ministre de l'emploi et de la solidarité et à Monsieur le Secrétaire d'Etat à la santé*, Ministère de l'emploi et de la solidarité, 1998.

gaspillage »<sup>43</sup>. Cette mise en tension, dont nous avons déjà rendu compte<sup>44</sup>, ne peut être résolue au niveau des établissements ; il s'agit là d'une prérogative de la collectivité nationale, du débat public. Mais il est en revanche possible de réorganiser l'hôpital en s'appuyant sur ce constat : « la dimension d'accompagnement des personnes [...] reste très présente dans la définition que les hospitaliers donnent de l'idéal de leur fonction.[...] La dimension humaine de la relation thérapeutique constitue un élément de la satisfaction des patients comme des professionnels.» L'optimisation de la prise en charge des patients en situation de handicap social peut donc être considérée comme une opportunité d'augmenter la satisfaction au travail des personnels hospitaliers, un enjeu majeur pour des établissements en quête de solutions face à un *turn-over* important de leurs agents et à une crise du recrutement qui va en s'amplifiant. Comment concrétiser cette opportunité ? En travaillant d'une part sur la mise en valeur de cette dimension au sein de l'établissement, au travers de l'évaluation des professionnels et de la création de nouveaux métiers, relayant celui des assistantes sociales hospitalières dont nous avons relevé l'importance ; et, d'autre part, en la mettant au centre des dispositifs cadres des établissements, CPOM passés avec les ARH et certification menée par la HAS.

Des solutions sont également à rechercher en termes d'organisation du circuit de patients au sein de l'établissement, et ce dès leur arrivée aux urgences. Cette réorganisation vient interroger le problème de l'aval interne à l'hôpital. En effet, la prise en charge appropriée des personnes présentant des handicaps sociaux importants se heurte à l'organisation hospitalière et à la réalité d'un manque chronique de places dans les services de soins de suite et de réadaptation ainsi que dans les unités de soins de longue durée. Les patients ne sont pas à la bonne place, au bon moment, ce qui génère un surcoût pour l'hôpital, majoré lors de la prise en charge des patients socialement vulnérables.

Mais l'hôpital ne doit pas et ne peut avoir ni la charge, ni la prétention d'être le seul acteur concerné par l'optimisation de la prise en charge des patients présentant un handicap social important. Cette problématique interroge l'ensemble des maillons du continuum sanitaire, social et médico-social, dont l'hôpital n'est qu'un élément.

---

<sup>43</sup> Schweyer François-Xavier, « Les hospitaliers et la solidarité : la fin des évidences », in Serge Paugam (dir.), *Repenser la solidarité. L'apport des sciences sociales*, Paris, PUF, 2007.

<sup>44</sup> Cf. 1.2.

## **3.2 Améliorer la coordination des acteurs appartenant au continuum sanitaire social et médico-social**

### **3.2.1 La relation particulière à la santé et au système de soin des personnes en situation de handicap social s'impose pour repenser l'offre de santé**

Les personnes en situation de handicap social se distinguent à la fois par leur relation à la santé et par leur relation au système de santé. La santé ne fait pas partie de leurs priorités, hors situation «évidente » et elles ont souvent une perception «altérée » d'un mauvais état de santé. D'autres préoccupations vitales prennent le pas sur les problèmes de santé. La survie au jour le jour et la perte de repères sociaux rendent très peu probable la capacité de se projeter dans l'avenir. Or c'est une condition essentielle pour intégrer une démarche individuelle de prévention, qu'il s'agisse de prévention primaire - éviter l'apparition de la maladie en agissant sur ses causes – de prévention secondaire - détecter une maladie avant qu'elle ne se manifeste pour la traiter précocement- ou de prévention tertiaire – prévenir complications, récurrences et incapacités liées à l'existence d'une pathologie.

Lorsque la perception existe qu'un problème de santé est présent, la relation avec le système de santé n'est pas facile en situation de handicap social. Il y a d'une part les difficultés liées au statut des droits, décourageant le recours au système de soins. Il y a ensuite le problème de l'accès et de la qualité des soins proposés. Les personnes en grande précarité bougent entre la rue et les structures d'hébergement temporaire, ce qui empêche l'initiation d'un parcours de soin structuré. Et même si une démarche de soin a été lancée, se pose alors la question du suivi des prescriptions et des examens de contrôle, suivi qui dépend des caractéristiques sociales du patient, notamment de son niveau d'éducation et de sa situation géographique<sup>45</sup>. Enfin il y a la dimension psychologique de l'accès au soin. Ne se sentant pas accueillies dans les structures de soin dites de droit commun, les personnes en situation de handicap social, anticipant le fait qu'elles vont devoir recourir à des parcours ou des dispositions spécifiques pour se soigner, renoncent d'elles-mêmes aux soins. D'où l'absence ou la faible demande de soins que les acteurs qui travaillent sur le handicap social mentionnent.

Or le système de soin est conçu comme une réponse à une demande – ressentie ou suscitée – de la part des individus. De plus, son utilisation repose largement sur l'initiative des individus pour passer d'un acteur, d'une institution, d'une structure ou d'un dispositif à l'autre. Il y a donc interaction systémique entre les déterminants sociaux de la

---

<sup>45</sup> Collet M, *op. cit.*

santé entre eux et avec les déterminants de l'accès au soin.

D'où la nécessité de se saisir de chaque occasion pour apporter des services en termes de prévention et/ou de soins auprès de ces personnes : les associations humanitaires doivent y être mieux associées (consultations gratuites dans les structures de restauration et d'hébergement gratuit), les professionnels de santé plus sensibilisés (questionnaire médical et social à plus large spectre lorsque l'on repère un patient comme étant dans une situation de handicap social).

### **3.2.2 Agir sur les déterminants de la santé**

L'action sur les déterminants sociaux de santé relève d'une lutte globale contre les ISS qui découle elle-même d'une politique globale de lutte contre les inégalités sociales<sup>46</sup>. Amélioration du logement, accès à l'éducation, accès à un revenu décent font référence à des approches politiques et d'action sociale qui dépassent le cadre de notre travail mais qu'il est important de mettre en perspective. L'une de ces politiques a retenu plus particulièrement notre attention, en raison de son interaction forte avec notre problématique centrée sur la prise en charge des patients en situation de handicap social : l'accès à un logement décent, cause première de la DMS plus longue des patients en situation de handicap social. L'urgence sociale ne peut seule prendre en charge une situation où le médical, le social et le sanitaire sont étroitement mêlés. Cette responsabilité relève de l'ensemble de la collectivité : rappelons ici que la loi Quilliot du 22 juin 1982 avait fait du droit à l'habitation un droit fondamental, avant sa consécration par la loi dite « Besson » du 31 mai 1990 visant à la mise en œuvre du droit au logement (avec la création des PDALPD et du FSL, réorganisés et renforcés par la LCE) et par la loi du 5 mars 2007 (loi DALO) qui a donné un fondement juridique nouveau à ce droit fondamental.

### **3.2.3 Travailler au renforcement des constituants du continuum sanitaire-socio-sanitaire-social.**

Du fait même du caractère systémique du handicap social, la prise en charge sanitaire des personnes concernées appelle une mobilisation dépassant la communauté hospitalière : l'ensemble des professionnels de santé et du social doivent être impliqués.

En France, le domaine des soins primaires, - la « première ligne » - relève très largement du secteur libéral de médecine générale et des acteurs paramédicaux libéraux. Or cette première ligne ambulatoire s'est structurée autour de la prise en charge individuelle centrée sur le soin (« cure »). D'autres pays ont assigné aux services de première ligne des responsabilités intégrant la dimension préventive et d'accompagnement (« care ») et

---

<sup>46</sup> Voir partie 1.1.

populationnelle. La situation française est amplifiée par l'éclatement et le cloisonnement du secteur de soins primaires. Il n'existe pas à ce jour de mécanisme clair permettant de répartir et de coordonner les missions de chacun de manière à ce que la prise en charge des populations en difficulté ne présente ni carence, ni redondance. C'est sur la bonne volonté et surtout l'engagement de chacun, institutionnels, professionnels, associatifs que repose l'efficacité de cette prise en charge<sup>47</sup>. Prenant acte de l'existence d'un chaînon manquant au niveau de l'offre de soins primaire pour les populations en situation de handicap social, il faut proposer des approches adaptées et pérennes. La question se pose à cet égard de savoir où placer le curseur entre des dispositifs très transitoires de retour vers le « droit commun » et des dispositifs spécifiques, ce qui risque de stigmatiser davantage ces personnes. Les acteurs rencontrés ont insisté sur la grande hétérogénéité des publics concernés et surtout le caractère évolutif des situations individuelles : il faut donc être pragmatique et flexible.

### **Favoriser l'interdisciplinarité, partager la connaissance mutuelle des dispositifs**

La problématique de la prise en charge des patients en situation de handicap social concerne de multiples acteurs, souvent ignorants du rôle et missions respectifs de chacun et qui évoluent de surcroît dans des cultures et des espaces temps différents. Il est important de développer ce savoir et la connaissance mutuelle dès la formation initiale et ultérieurement dans la formation continue des différents acteurs, « praticiens de terrain » ou personnels administratifs, afin de favoriser les échanges entre structures et institutions et faciliter les collaborations futures. Les procédures d'évaluation des pratiques professionnelles devraient notamment intégrer ces notions de handicap social et d'approche multidisciplinaire de la santé. Au-delà de la formation, tout doit être fait pour favoriser la connaissance mutuelle des acteurs de terrain dont l'implication dans la définition des objectifs des différents dispositifs doit être systématiquement encouragée.

### **Proposer des dispositifs souples et adaptés, évolutifs et coordonnés**

Simultanément à l'accès et surtout à l'utilisation des services de « droit commun » qui est un objectif ultime, il faut se fixer des objectifs d'accès et de délivrance de soins adaptés à chaque situation. Il s'agit de créer des conditions pour que les soins puissent être délivrés: rentrer en convalescence à la maison n'a aucun sens et prendre un traitement en continu se révèle problématique quand on ne dispose pas d'un toit.

La sortie d'hospitalisation est souvent un moment clé qui parfois explique la chute dans la précarité. Des dispositifs transitoires comme celui des lits halte soins santé qui permettent de prolonger les soins initiés à l'hôpital, sans nécessité de recours à son plateau

---

<sup>47</sup> Entretien DDASS



technique, l'organisation de l'aide à domicile grâce au travail social effectué en amont d'une hospitalisation ou encore la prise en charge par le SAMU social des femmes qui viennent d'accoucher à l'hôpital Lariboisière et qui vivent en squat<sup>48</sup> sont autant d'exemples d'actions qui permettent de prévenir la dégradation simultanée de la santé et du statut social. Il faut également pouvoir articuler la révélation d'une pathologie qui trouve son origine dans la situation sociale avec les mesures qui permettent de résoudre le problème à la source (exemple du saturnisme). D'où la nécessité de pouvoir repérer quels sont les besoins (en constante évolution), d'adapter constamment les dispositifs, et donc de mettre en œuvre un monitoring de l'ensemble. Un outil comme le Schéma Accueil, Hébergement et Insertion (SAHI) a montré son efficacité en la matière. Créé par la LCE, il propose une approche globale et transversale des problématiques d'exclusion, à travers une démarche de planification volontariste dans le domaine du social et du médico-social, notamment destinée à renforcer la complémentarité et la coordination des réponses, et à impliquer l'ensemble des partenaires au niveau départemental sous la maîtrise d'œuvre de la DDASS.

### **Adapter les systèmes d'information**

La prise en charge médicale évolue et fait appel à de multiples acteurs qui doivent partager l'information. De feu le carnet de santé au dossier médical partagé, le besoin est de plus en plus ressenti de réunir l'information relative à la prise en charge médicale pour l'optimiser. Cette évolution illustre l'importance de la fonction de synthèse que l'on veut aujourd'hui confier dans le domaine du soin au médecin traitant, fonction qui prend tout son sens lorsque l'on s'adresse à des personnes en situation de handicap social qui ont la plus grande difficulté à organiser et garder mémoire de parcours chaotiques (cf approches innovantes développées pour le suivi de malades tuberculeux en situation précaire).

### **Répondre à la souffrance psychique**

De plus, il ressort de différentes études<sup>49</sup> que le mal-être apparaît comme un symptôme majeur de l'état de santé des personnes précarisées et tout particulièrement de leur comportement, pouvant prendre une forme extrême et aller jusqu'à la souffrance psychique, entraînant des problèmes somatiques (troubles visuels, auditifs, malnutrition, alcoolisme...). L'organisation sectorielle de la psychiatrie représente un atout. Si elle a l'avantage de permettre au soin de s'effectuer souvent là où la souffrance se vit (rue ou domicile), en évitant des ruptures, elle pose néanmoins des problèmes lorsque le degré de

---

<sup>48</sup> Entretien hôpital Lariboisière

<sup>49</sup> *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*, Haut Comité de la Santé Publique, Coll. Avis et Rapports, Février 1998

souffrance psychique ne suffit pas aux yeux des spécialistes pour justifier une hospitalisation alors que la situation est difficilement compatible avec certaines conditions de vie.

Là encore un dialogue continu et constructif entre les acteurs du secteur psychiatrique et ceux qui prennent en charge le handicap social s'avère indispensable, un équilibre devant être trouvé entre flexibilité et rigueur, concernant le degré d'institutionnalisation de ce dialogue.

### **En amont impliquer la santé scolaire et la médecine du travail, la PMI, la ville.**

Il ressort des études que les événements précoces de la vie et les conditions d'existence dans l'enfance jouent un rôle majeur en matière d'inégalité de santé<sup>50</sup>. De ce point de vue, le rôle de la médecine scolaire doit être incontestablement renforcé afin de repérer les problèmes de santé des élèves et participer à l'éducation à la santé. Celle-ci reste peu développée. Vu son importance en termes de prévention<sup>51</sup>, des efforts et des innovations doivent être apportés pour un meilleur repérage précoce des problèmes de santé des élèves.

Dans le même ordre d'idée, la souffrance au travail est un phénomène qui commence à être bien reconnu. La multiplication du travail précaire et l'émergence du phénomène des travailleurs pauvres représentent souvent la marche d'entrée dans le handicap social. Le partenariat entre les MIRTMO, les médecins du travail et les acteurs du champ social devrait se mettre en place (notamment le plan santé travail) pour intervenir en amont dans la prévention de la souffrance physique et psychique et de la bascule dans des situations de handicap social.

Au niveau des pays (regroupements de communes ou de communautés de communes créés par la loi LOADDT du 25 juin 1999), les animations territoriales de santé (ATS) opèrent une approche globale de la santé. On ne vise pas un public particulier mais on s'attache à coordonner l'action des différents acteurs de santé. Au niveau local, les ateliers santé ville (ASV) mettent en œuvre la politique de prévention de santé de la ville et s'attachent aux besoins spécifiques d'un quartier, notamment les zones sensibles ou défavorisées. C'est une démarche positive qui vise à réduire les inégalités de santé et dont l'objectif est aussi de rendre la population plus responsable de sa santé et d'éviter autant que possible le recours aux soins. Ces ateliers représentent une opportunité supplémentaire pour les acteurs du sanitaire et du social d'une part de mieux « entendre » les besoins pour

---

<sup>50</sup> Collet M, *op. cit.*

<sup>51</sup> Prévention des conduites addictives et de la toxicomanie, éducation sexuelle, alimentation et prévention des souffrances psychiques .

mieux adapter les réponses et d'autre part à nouveau de mieux se connaître entre eux, nous en avons déjà souligné l'importance.

### **3.3 Une prise en charge territorialisée du handicap social**

La réflexion sur le rôle de chacun des maillons du continuum sanitaire social et médico-social dans la problématique de prise en charge des personnes souffrant de handicaps sociaux amène à souligner l'importance et la nécessité d'envisager une action coordonnée et territorialisée de l'ensemble des acteurs de la chaîne.

A l'instar des zones d'action sanitaire mises en place en Grande-Bretagne<sup>52</sup>, les ZPS (Zones Prioritaires de Santé) permettraient de concentrer des moyens humains et financiers renforcés sur des zones identifiées comme étant des territoires cumulant handicaps socioéconomiques et difficultés sanitaires. Des actions renforcées seraient mises en œuvre en leur sein au profit d'une population ciblée. Elles s'articuleraient autour d'un renforcement de l'offre sanitaire et sociale et d'une promotion de la santé en lien avec une prévention adaptée au public considéré.

Les professionnels soulèvent cependant trois interrogations qui expliquent pourquoi cette solution ne sera pas retenue ici. La première concerne la difficulté d'identifier les financeurs et de déterminer le montant des ressources à allouer aux ZPS (une telle politique à visée préventive doit s'inscrire dans le moyen, voire le long terme, laissant préfigurer un coût important pour la société). La deuxième préoccupation soulevée par l'enquête de terrain concerne la difficulté d'évaluation de la politique des ZPS. Enfin, leur pertinence se trouve mise en débat au travers du risque de stigmatisation de ces zones et de ces populations. Il semblerait donc que la pertinence des ZPS soit fortement discréditée par les professionnels, pour qui l'effort doit davantage porter sur la mise en œuvre effective d'un maillage sanitaire et médicosocial du territoire afin de permettre la prise en charge la plus optimale des patients en situation de handicap social.

La mise en place d'un maillage territorial apparaît comme la préconisation la plus appropriée afin d'améliorer la continuité de la prise en charge des patients en situation de handicap social, en menant des actions coordonnées. Le but est d'une part, d'intégrer les personnes dans un système de santé de droit commun aussi rapidement que possible<sup>53</sup>,

---

<sup>52</sup> En 1999, confronté à de fortes inégalités sanitaires entre régions, le gouvernement britannique a créé 26 zones d'action sanitaire (*Health Action Zones*). Établies en fonction de l'état de santé de la population, ces zones de taille extrêmement variable (280 000 à 1,4 millions d'habitants) concernent au total 13 millions de personnes. Elles bénéficient de financements spécifiques (plus de 450 millions d'euros pour les trois premières années).

<sup>53</sup> Cf entretien annexe 7

d'autre part d'apporter une réponse institutionnelle adaptée aux besoins des personnes, et enfin, de couvrir l'ensemble des populations les plus concernées par la situation de handicap social. Conformément aux préconisations des SROS 3, les hôpitaux sont invités à s'engager dans une politique partenariale afin de réaliser un maillage sanitaire, social et médico-social du territoire, certains ayant ainsi monté des expériences pilotes en coopération avec les organismes sociaux, les associations et les municipalités.<sup>54</sup>

Pour les personnes interviewées, il semblerait pertinent de développer un partenariat plus structuré avec les professionnels de santé, libéraux, médico-sociaux, ou hospitaliers, et les associations. D'autres préconisent l'organisation d'une « coordination des associations » au niveau local au sein des établissements hospitaliers appuyée par la création d'une nouvelle fonction au sein de l'équipe de direction chargée des relations ville - hôpital. Enfin certains évoquent l'idée d'espaces de rencontres ou d'échanges à un niveau départemental, organisés sous l'égide de la DDASS.<sup>55</sup> Par exemple, dans le cadre du SAHI de Paris, un groupe de travail composé d'associations et de professionnels a émis des propositions telles que la mise en place d'une veille sociale ou l'élaboration d'un annuaire commun. Il est également proposé d'instaurer une fonction de «SAS »<sup>56</sup> qui serait un accompagnement administratif pour constituer ou reconstituer des droits.

Toutefois, ces propositions innovantes ne vont pas sans difficultés de mise en œuvre. Outre le problème de financement évident, demeure aussi le manque de places d'hébergement dans le secteur social et médico-social<sup>57</sup>.

---

<sup>54</sup> Expérience sur la municipalité de Saint Denis (93) mise en place d'une maison de la santé pour faciliter les actions de santé publique et favoriser la concertation des professionnels de santé et des institutions locales.

<sup>55</sup> Cf. entretien annexe 5

<sup>56</sup> Cf. annexe 8

<sup>57</sup> Cf. entretien annexe 6

---

---

## Conclusion

---

---

Le système de santé français attribue à l'hôpital public un rôle social très important. Par les textes ou son identité aux yeux du public, il est le lieu de soin non seulement de premier recours en cas d'urgence mais aussi de dernier recours, une réponse étant apportée quelque soit le problème de santé ou la situation sociale. Ce rôle spécifique ne se retrouve pas dans nombre de systèmes de soins étrangers en Europe. Ainsi, en Suède, aux Pays-Bas ou au Royaume Uni, le système est organisé autour du principe de la différenciation entre les services de soins primaires et l'hôpital, conçu comme structure de référence (où l'on « réfère » les patients) offrant les soins complémentaires aux soins primaires requérant une concentration de compétences et de moyens. L'hôpital est alors relativement peu concerné par la question de l'accès aux soins et encore moins par l'animation du continuum socio-sanitaire qui relève en premier lieu des services de santé primaire. En effet, contrairement à l'organisation de la médecine de première ligne française, ces services ont une responsabilité vis-à-vis de la population desservie, ce qui permet d'envisager des stratégies d'action en direction de groupes défavorisés<sup>58</sup>.

En France, la prise en charge des patients en situation de handicap social par l'hôpital n'est pas remise en question. Des solutions sont néanmoins à rechercher en son sein mais également en dehors de lui (en amont et en aval, dans une recherche de continuum de soins) afin de ne pas fragiliser davantage sa situation budgétaire dans le cadre nouvellement instauré par la T2A mais également afin d'améliorer leur pertinence et leur efficacité. Il s'agit également de savoir si c'est le modèle de financement de l'hôpital qui doit chercher à traduire la complexité des prises en charge, ou si les écarts de coûts ne doivent pas être résorbés par une gestion autrement structurée de ces prises en charge, ainsi que le souligne L. Bernard, directrice de l'organisation et de la qualité aux Hospices civils de Lyon.

Essentiellement en raison d'un cadre temporel et d'investigation restreint, ce rapport ne prétend pas apporter des solutions immédiatement exploitables compte tenu de la complexité de la problématique. Si nous avons tenté de dresser quelques pistes de réflexion à poursuivre, ce travail nous aura surtout permis de prendre conscience de l'importance des problèmes soulevés par la prise en charge des personnes en situation de handicap social et leur accès aux soins dans le cadre de nos futurs exercices professionnels respectifs.

---

<sup>58</sup> Couffinhal A *et al.* 2005 Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé ? Un éclairage européen. *Questions d'économie de la santé* N° 92 p 1-6

---

---

# Bibliographie

---

---

## Références juridiques

➤ Code de la Santé Publique

- article L1411-11
- article L6112-1 al.7, article L6112-6
- article L6121-1

➤ Décisions du Conseil Constitutionnel

- décision n°79-111 DC du 30 déc.1979 du Conseil Constitutionnel « vote du budget » (relatif au principe de continuité)
- décision n°73-51 du 29 déc.1973 du Conseil Constitutionnel « taxation d'office » (principe d'égalité devant le service public)

➤ Textes législatifs

- Loi du 5 mars 2007 instituant le droit au logement opposable et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale
- Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie
- Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique
- Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004
- Loi n° 2002-303 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
- Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale
- Loi n°99-641 du 27 juillet 1999, portant création d'une couverture maladie universelle
- Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions (dite loi LCE)
- Loi n°91-748 du 31 juillet 1970, portant réforme hospitalière

➤ Textes réglementaires

- Décret n° 98-1216 du 29 décembre 1998 relatif aux programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins et modifiant le code de la santé publique

- Circulaire DHOS/O3/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de réseaux de santé et à destination des ARH et des URCAM
- Circulaire DGS/DS6D n°2002/100 du 19 février 2002 vise à préparer les PRAPS de seconde génération (2003-2006).
- Circulaire DH/AF1 n° 05960 du 25 mai 1999 relative à la mise en place des permanences d'accès aux soins de santé
- Circulaire DGS/SP2/99/110 du 23 février 1999 relative à la mise en place de programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins pour les personnes en situation de précarité
- Circulaire DH/AF1 DGS/SP2 DAS/RV3 N°736 du 17 décembre 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
- Circulaire DAS/DH/DGS/DPM/DSS/DIRMI/DIV n° 9508 du 21 mars 1995 relative à l'accès aux soins des personnes les plus démunies

➤ Plans

- Plan Régional de Santé Publique Ile de France 2006 - 2010  
[http://ile-de-france.sante.gouv.fr/img/pdf/1\\_prsp.pdf](http://ile-de-france.sante.gouv.fr/img/pdf/1_prsp.pdf)
- PRAPS 2, 2005 – 2008  
<http://ile-de-france.sante.gouv.fr/img/pdf/praps.pdf>  
[http://ile-de-france.sante.gouv.fr/img/pdf/integral\\_praps\\_ii-3.pdf](http://ile-de-france.sante.gouv.fr/img/pdf/integral_praps_ii-3.pdf)
- SROS III Ile de France, disponible sur le site de l'ARHIF  
<http://www.parhtage.sante.fr/>
- Schéma régional d'accueil, d'hébergement et d'insertion de l'île de France (A.H.I)  
<http://ile-de-france.sante.gouv.fr/polins/srahi-nov2004.pdf>

## Ouvrages

- Chauvin P., Joubert M., Facy F., *Précarisation, risque et santé*, INSERM, 2001.
- De Montalembert (dir.) M., *La protection sociale en France*, Paris, la Documentation Française, 4<sup>ème</sup> édition, 2004
- Fédération hospitalière de France, *l'hôpital de A à Z*, 2004
- Haut Comité de la Santé Publique, *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*, Collection Avis et Rapports, 1998
- Lacronique JF., *Santé publique, les fondamentaux*, Lamarre, 2005.
- Lebas J., Chauvin P., *Précarité et santé*, Flammarion, 1998.

- Leclerc A., Fassin, D., Grandjean, H., Kaminski, M., Lang, T. (dir), *Les inégalités sociales de santé*, Collection « Recherches », Paris, La découverte, 2000.
- Mossé P., *Le lit de Procuste. L'hôpital : impératifs économiques et missions sociales*, Toulouse, Erès, 1997
- Paugam S. (dir.), *Repenser la solidarité : l'apport des sciences sociales*, Paris, Presses Universitaires de France, 2007.

## Rapports

- DREES, *L'état de la population en France en 2006*, Paris, La documentation française, 2007.
- Doucas-Dany Elise, *La prise en charge de la précarité à l'hôpital dans le contexte de la tarification à l'activité : l'exemple de l'hôpital Max Fourestier de Nanterre*, Mémoire professionnel, Elève directeur d'hôpital, 2005.
- IGAS, *Deuxième bilan de l'application de la loi relative à la lutte contre les exclusions*, mars 2003
- Ecole Nationale d'Administration, *Inégalités de santé*, séminaire « les politiques de santé », disponible sur le site Internet de l'Ecole, 2003  
<http://www.ena.fr/index.php?page=ressources/rapports/sante/inegalites>
- Fabre C., Baudot V., Toulemonde S., *Evaluation des permanences d'accès aux soins*, Gres Médiation Santé, Octobre 2003  
[http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/pass/documents/rapport\\_pass.pdf](http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/pass/documents/rapport_pass.pdf)
- Dubernard JM., *Rapport parlementaire n°1092 sur le projet de loi relatif à la politique de santé*, 2002.  
<http://www.assemblee-nationale.fr/12/rapports/r1092-5.asp>
- Fédération Hospitalière de France, *Précarité, santé, solidarité, Rapport 2001-2002*, Observatoire National de la Pauvreté et de l'exclusion, Paris, La Documentation française, 2002
- Mission PMSI de la Direction des Hospitalisation et de l'Organisation des Soins au Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, *Enquête « Précarité »*, 2001.  
<http://www.atih.sante.fr/index.php?id=0004C00003FF>
- Lebas J., *Les permanences d'accès aux soins*, Rapport au ministre de l'emploi et de la solidarité, Paris, 2000.
- Haut Comité de la Santé Publique, Rainhorn, JD., Gremy *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*, Paris ; La documentation française, 1998, 290 pages
- IGAS, Daniel C., Delpal B., Lannelongue C., *Contrôle et évaluation du fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) et de la dotation de développement des réseaux (DDR)*, Paris, 2006, 163 pages  
<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/064000726/0000.pdf>



- Lebas J., *A l'épreuve de la précarité : une certaine idée de l'hôpital : document de synthèse remis à Madame le ministre de l'emploi et de la solidarité et à Monsieur le Secrétaire d'Etat à la santé*, Ministère de l'emploi et de la solidarité; 1998; 31 pages.  
<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/984000834/0000.pdf>
- Fassin D., Aiach P., Philippe C., *Conditions de vie et inégalités de santé : histoires, évènements et processus*, mission interministérielle de recherche expérimentation, 1997

## Articles

- Auvray L., Doussin N., Le Fur Ph., « Santé, soins et protection sociale en 2002 », *Questions d'économie de la santé*, décembre 2003.
- Bertrand D., Bréchat PH., Castiel D., Grenouilleau MD., Segouin C., « Hôpitaux publics, T2A et handicap social », *Gestions hospitalières*, 2006, p 241-246.
- Bihl A., Pferfferkorn R., « Santé et inégalités sociales », *Raison présente*, n°133, 2000.
- Bréchat PH., Castiel D., Grenouilleau MD., « De la nécessité d'un financement supplémentaire pour la prise en charge des patients handicapés sociaux à l'hôpital », *Presse Med*, 2007, 36, p187-188.
- Buchmeller T., et al. , « Consulter un généraliste ou un spécialiste : influence des couvertures complémentaires dans l'accès aux soins », *Questions d'économie de la santé*, n°47, CREDES, 2002.
- Collet M., Menahem G., Paris V., Picard H., « Précarités, risque et santé. », *Questions d'économie de la santé n°63*, CREDES, 2003.
- Couffinhal A., Dourgnon P., Tubeuf S., « Outils de mesure des inégalités de santé : où en est la recherche ? », *Poster du CREDES*, janvier 2003.
- Crestel N., « Les tarifs peuvent-ils correctement financer la prise en charge de la précarité ? », *Hospimédia*, mai 2007.
- Goldberg M., Melchoir M., Leclerc A., Lert F., « Les déterminants sociaux de la santé : apports récents de l'épidémiologie sociale et des sciences sociales de la santé », *Sciences sociales et santé*, vol. 20, n°4, décembre 2002.
- Gwatkin D. R., « Inégalités de santé et santé des pauvres : que sait-on et que peut-on faire? », *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé, recueil d'articles n°3*, 2000.
- Tarlov AR., « Social determinants of Health – the sociomedical translation », in Wilkinson R. (dir.), *Health and social Organization*, 1996.

## Sites Internet

- Intranet du Ministère de la santé et des solidarités, Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement
- Internet du Ministère de la santé et des solidarités, Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement  
<http://www.sante.gouv.fr/>
- Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation  
<http://www.atih.sante.fr/>
- ARHIF  
<http://www.parhtage.sante.fr/>
- DRASS et DDASS d'Ile de France  
<http://ile-de-france.sante.gouv.fr/>
- Organisation Mondiale de la Santé  
<http://www.who.int/topics/fr/>