



EHESP

Directeurs des soins

Promotion : **2008**

Date du Jury : **23-24 septembre 2008**

Le parcours de soin des personnes en situation de précarité

Marie-Line DEHAINE

Remerciements

Je souhaite remercier toutes les personnes qui m'ont donné de leur temps pour me faire partager leurs expériences.

Une intention spéciale pour les personnes qui m'ont guidée et accompagnée tout au long de la réalisation de ce mémoire.

Sommaire

Introduction	1
Méthodologie	5
1 La prise en charge des personnes vulnérables : une priorité de santé publique	7
1.1 Un cadre législatif relativement nouveau dont l'un des principaux objectifs est la réduction des inégalités sociales de santé	7
1.1.1 La prise en charge sociale et sanitaire des « pauvres » : une histoire récente	7
1.1.2 Une nécessaire prise en charge concomitante des aspects sanitaires et sociaux	8
1.1.3 La réduction des inégalités sociales : une volonté affirmée dans la loi de santé publique	9
1.1.4 Une évaluation positive et des résultats encourageants : la mise en place de dispositifs adaptés	10
1.2 Des contraintes financières et budgétaires qui interrogent la qualité de la prise en charge des personnes en situation de précarité	11
1.2.1 Un contexte de réduction des dépenses de santé : la mise en place d'une nouvelle réforme de financement des hôpitaux , la Tarification à l'Activité	11
1.2.2 Le parcours de soins coordonné du patient.....	12
1.2.3 Parcours de soins – Parcours patient : qualité de soins – qualité de la prise en charge.....	12
1.3 L'Hôpital : interlocuteur privilégié.....	13
1.3.1 Des missions sociales hospitalières réaffirmées	13
1.3.2 Une population qui se diversifie	14
1.3.3 Des besoins multiples souvent peu exprimés.....	14
1.3.4 Des réponses hospitalières novatrices à la détresse des personnes vulnérables	15
2 Un parcours patient et un parcours de soin encore semés d'embûches	16
2.1 Valorisation de l'activité et du soin technique.....	16
2.1.1 Une gestion des lits indispensable.....	16
2.1.2 Des professionnels soignants centrés sur les soins techniques.....	17
2.1.3 L'influence du projet de soin sur le comportement des soignants	18

2.2	La précarité : un repérage difficile ?	20
2.2.1	Des représentations sociales encore incomplètes , parfois stéréotypées.....	20
2.2.2	Un manque de formation et d'outils pour reconnaître les situations des personnes fragilisées	21
2.2.3	Une oscillation permanente entre prise en charge médicale technique et humanisme.....	22
2.3	Un travail en interdisciplinarité effectif : un service social impliqué mais limité dans ses actions	23
2.3.1	La nécessaire implication du service social dans la prise en charge des personnes en situations de précarité	23
2.3.2	Des obstacles et des limites qui peuvent perturber les missions du service social.....	23
3	Propositions pour une amélioration du parcours de soin des personnes en situation de précarité	25
3.1	Pour une prise en charge globale des personnes en situation de précarité 25	
3.1.1	Du projet de soin au projet de prise en charge.....	25
3.1.2	Le directeur des soins pilote du projet de prise en charge	26
3.1.3	Chemin critique - Chemin clinique.....	27
3.2	Pour une amélioration continue de la qualité des soins et de la prise en charge	28
3.2.1	La formation des professionnels paramédicaux	28
3.2.2	L'évaluation des pratiques professionnelles.....	29
3.2.3	La nécessaire création d'outils de suivi	30
3.3	Parcours de soins, parcours de vie ?	31
3.3.1	La promotion de l'interdisciplinarité au sein de l'hôpital	31
3.3.2	Le développement du travail en réseau	31
3.3.3	Le développement du projet de vie	32
	Conclusion	33
	Bibliographie	35
	Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

A.M.E. : Aide Médicale d'Etat
C.C. : Chemin Clinique
C.L.I.C. : Centre Local d'Information et de Coordination
C.M.U. : Couverture Médicale Universelle
D.D.A.S.S. : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
D.M.S. : Durée Moyenne de Séjour
D.R.A.S.S. : Direction Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales
H.A.S. : Haute Autorité de Santé
H.C.S.P. : Haut Comité de Santé Publique
G.R.S.P. : Groupement Régional de Santé Publique
M.C.O. : Médecine-Chirurgie-Obstétrique
M.E.A.H. : Mission Nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers
O.N.P.E.S. : Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale
P.A.S.S. : Permanence d'Accès aux Soins de Santé
P.R.A.P.S. : Programme Régional pour l'Accès à la Prévention et aux Soins
P.R.S.P. : Programme Régional de Santé Publique
R.M.I. : Revenu Minimum d'Insertion
S.A.U. : Service d'Accueil et d'Urgences
S.D.F. : Sans Domicile Fixe
S.R.O.S. : Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire
T.2.A. : Tarification à l'Activité

Introduction

Le droit à la santé est un droit fondamental qui a été réaffirmé en 2000, dans la Charte des droits fondamentaux de l'Union Européenne.

En France, le système de santé et la protection sociale garantissent à tous un égal accès aux soins de santé, et dans le domaine de la prise en charge des personnes fragilisées, les missions des établissements publics de santé ont été renforcées et étendues à la lutte contre l'exclusion sociale. Cependant, malgré ce renforcement, des inégalités sociales persistent. En effet, il subsiste encore des personnes pour qui l'accès aux soins de santé, mais aussi le parcours de soin hospitalier restent difficiles et cahoteux.

Des situations et des trajectoires de vie complexes tendent à expliquer que les personnes en situation de précarité restent en marge des systèmes de prise en charge sociale et sanitaire. Avec un état de santé souvent plus dégradé que la population générale, qu'elles soient hospitalisées ou simplement de passage dans les services d'urgences, elles constituent une population aux multiples besoins, dont le parcours de soin, source d'attentions pluridisciplinaires, demande à être fluidifié.

Le parcours de soin peut être considéré sous deux formes. La première est administrative et correspond à une obligation réglementaire. C'est en effet, la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie qui met en place « le parcours de soin coordonné du patient ». L'objectif est de favoriser les échanges entre professionnels et patients, mais aussi de réduire les dépenses de santé. Elle instaure alors deux éléments essentiels : le choix du médecin traitant coordinateur de l'ensemble des prestations nécessaires aux patients et le dossier médical personnalisé. Le partage des informations et la mise en place d'un interlocuteur unique (le médecin traitant) permet de rationaliser pour un même assuré, les différentes interventions des professionnels de santé. Le médecin traitant déclaré par l'usager rassemble les informations concernant le « parcours santé » de son patient, et lui seul a la possibilité de l'orienter vers d'autres médecins spécialistes s'il le juge nécessaire. Le respect de ce dispositif garantit alors à l'assuré, la prise en charge normale de ses dépenses de santé par l'assurance maladie.

La deuxième forme, envisagée dans cette étude, correspond à la définition qui est donnée par Le petit Robert de la langue française : « *chemin pour aller d'un point à un autre* ». Le parcours de soin, appelé parcours patient est le trajet effectué par le patient à partir de son entrée en hospitalisation, jusqu'à sa sortie. Les critères de qualité élaborés par la Haute Autorité de Santé dans son Manuel de Certification des Etablissements de Santé (V2), visent à mesurer la continuité, la qualité et la sécurité des soins pendant tout

le temps d'hospitalisation, dans les différents services traversés par le patient jusqu'à la préparation de sa sortie.

En 2005, on dénombrait en France 7,1 millions de personnes ayant un revenu inférieur à 60% du revenu médian (soit 12,1% de la population globale).¹

L'approche monétaire définit la pauvreté comme étant l'état des individus et des ménages dont les revenus sont inférieurs au « seuil de pauvreté », soit 60% du revenu médian de la population de l'état considéré. Le *seuil* est l'équivalent monétaire d'un panier de biens et de services considérés comme le minimum à l'existence.²

Or, la pauvreté ne peut s'appréhender par cette unique approche. La pauvreté, ainsi que la précarité (ce qui caractérise une situation fragile et instable, et en ce cas, elle englobe la pauvreté) est multidimensionnelle, multifactorielle et rarement figée. La définition donnée par le père Joseph Wrésinski, fondateur du mouvement ATD Quart-Monde, en complète l'aspect financier. Pour lui, la précarité est : « *l'absence d'une ou de plusieurs sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassurer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même dans un avenir prévisible* ». ³

La dégradation des conditions de vie et des moyens d'existence conduisent très souvent ces personnes à s'isoler, à se replier sur elles-mêmes et à développer des comportements à risque et des pathologies mentales. Pour Emmanuel Hirsch, « *il n'existe pas de misère, de pauvreté grande ou petite, sans maladies, sans souffrances psychiques et physiques. La précarité ne crée pas à proprement parler des pathologies spécifiques qui différencieraient les pauvres des autres patients* .»⁴ En effet, si les déterminants de santé chez les personnes précaires ne sont pas différents de l'ensemble de la population, leur fréquence et leur gravité sont bien plus alarmantes. Pourtant, force est de constater que la santé et le recours aux soins sont devenus des préoccupations secondaires pour ces personnes fragilisées qui n'ont plus la capacité de percevoir leur

¹ Rapport de l'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale 2007-2008, Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale, La documentation française, Paris, 2008, 210 p

² BEITONE A, CAZORLA A, DOLLO C, DRAI AM, 2007, *Dictionnaire des Sciences Economiques*, Paris : Armand Colin 2^{ème} édition, 487p

³ BELLEGO O, CAIRE G, JAMOT-ROBERT C, LAKEHAL M, 2005, *Dictionnaire des Questions Sociales*, Paris : L'Harmattan, p 186

⁴ HIRSCH E, 1997, *Soigner l'autre : l'éthique, l'hôpital et les exclus*, Paris : Belfond, p 134

état de santé et d'accomplir des démarches pour obtenir un diagnostic et des soins adaptés auprès de professionnels. Malgré la création de la Couverture Maladie Universelle (C.M.U.), celles-ci délaissent les consultations et soins de ville au profit de l'Hôpital. « *Le manque de ressources, de couverture maladie ou de médecin traitant et la méconnaissance de la gravité du problème de santé apparaissent déterminant pour ce type de recours* ». ⁵ L'hôpital est donc pour la majeure partie de ces personnes, l'interlocuteur privilégié en matière de réponses à leurs problèmes de santé, souvent très complexes. On remarque alors que le cumul de symptômes et de pathologies sévères, le besoin de prise en charge globale tendent à allonger les durées de séjours en hospitalisation. ⁶

Or, un état de santé très altéré nécessitant une prise en charge médicale plus lourde et plus longue n'est pas la seule cause d'allongement des séjours hospitaliers.

Des observations effectuées dans un Centre Hospitalier de la région Nord-Pas de Calais ont montré divers dysfonctionnements.

En effet, au niveau du service d'Accueil et d'Urgences (S.A.U.), l'absence de circuits organisés et de consultations spécifiques permet peu de prises en charge individualisées. Lorsque la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (P.A.S.S.) n'est pas mise en place, les réponses sont ponctuelles, sans aucun relais vers d'autres professionnels médico-sociaux. Il arrive alors, que souvent les personnes accueillies une première fois, reviennent à l'Hôpital bien plus tard avec des troubles aggravés, ou échappent complètement à la filière de soins. Dans ce service sont recueillies les informations administratives concernant les personnes en situation de précarité. Par manque d'informations ou de formation, les agents d'accueil administratifs ne signalent pas toujours au service social les dossiers incomplets. La plupart du temps, les interventions du service social se font sur demandes des services de soins et seulement, quand le patient est hospitalisé.

Dans les services de soins de court séjour, les équipes paramédicales ne prennent pas toujours en compte le dossier administratif des patients lorsqu'ils sont hospitalisés. Le recueil de données à l'entrée est souvent incomplet et la dimension sociale non explorée. La sortie du patient n'est pas anticipée et l'assistante sociale est appelée très tardivement. Et enfin, pour des raisons de productivité (prises en charges de frais d'hospitalisation, prolongement de l'hospitalisation, besoin de lits disponibles...), les

⁵ CAMBOIS E, 2005, « Les personnes en situation sociale difficile et leur santé », in *Les travaux de l'observatoire de la pauvreté et de l'exclusion sociale 2003-2004*, Paris : La documentation Française, p 115

⁶ *ibid.*

patients en situation de précarité sont transférés vers le pôle de Soins de Suite où leurs situation sociale et conditions de sortie sont alors prises en charge.

Tout ceci provoque des délais d'attentes supplémentaires pour les personnes démunies hospitalisées avec, bien souvent, des transferts précipités vers les services ou pôles de soins de suite. Pourquoi alors, dans les services de soins de court séjour, la sortie des patients en situation de précarité n'est-elle pas anticipée ?

La physionomie de la population en situation de précarité aurait-elle évolué et le nombre de personnes démunies accueillies à l'Hôpital serait-il en progression ? Quelles sont chez les infirmiers, les représentations sociales des personnes démunies ? Correspondent-elles à la réalité ? Explorent-ils la dimension sociale et les conditions de vie du patient nouvellement arrivé dans le service ? La Permanence d'Accès aux Soins de Santé, lorsqu'elle est mise en place, peut elle résoudre rapidement les problématiques liées à l'activation des droits à une couverture maladie, et en ce sens, fluidifier le parcours patient ?

Pour le directeur des soins, la réponse à ces interrogations donnera un éclairage qui lui permettra de mettre en œuvre une politique de soin assurant aux usagers un accueil, une prise en charge de qualité et des conditions de sortie adaptées.

Garant de la qualité des soins et responsable de la coordination et de l'organisation des soins, le Directeur des soins assure ces missions avec l'ensemble des acteurs de l'hôpital⁷. Dans ce sens, il envisage le parcours de soin des patients dans la globalité, et repère les zones de fragilité lorsque cette trajectoire traverse les pôles. Il encourage la complémentarité entre les différents professionnels, et garantit le décloisonnement entre services et pôles. A ce titre, il a non seulement un rôle de facilitateur pour l'ensemble des usagers, mais également pour les professionnels.

L'expérience professionnelle, l'observation lors des différents stages, l'analyse documentaire et la réalisation d'entretiens auprès de différentes catégories de personnels hospitaliers appartenant à quatre établissements publics de santé de la région du Nord-Pas de Calai ont servi d'appui à la construction du fil conducteur de cette étude, et ont permis de trouver des pistes de réponses à ces différentes questions. Ainsi, il est apparu clairement que la prise en charge des personnes vulnérables est une priorité de santé publique déclinée dans un dispositif législatif et réglementaire qui renforce les missions

⁷ MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Décret n° 2002 – 550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière. Journal Officiel n°95 du 23 avril 2002, pp 7187 – 7191

sociales de l'Hôpital (I). Toutefois, des blocages subsistent encore pour une prise en charge de qualité, et le parcours de soin comme le parcours patient demeurent semés d'embûches, les personnes en situation de précarité restent confrontées à de nombreuses difficultés (II). Celles-ci conduisent alors, le directeur des soins à formuler des propositions pour améliorer la fluidité du parcours de soin des personnes vulnérables (III).

Méthodologie

Le projet de cette étude s'est développé et construit dans un premier temps, sur la base de la pratique professionnelle. L'observation, la participation à des conférences ayant pour thème la santé publique et certaines rencontres avec des professionnels du champ sanitaire et social sont venues ensuite enrichir et compléter la réflexion.

Des recherches documentaires supplémentaires : ouvrages, textes législatifs, revues et consultations de plusieurs sites internet ont permis de structurer les idées et de compléter la démarche.

Au fur et à mesure, ces lectures ont été synthétisées dans un tableau pour en avoir une vision globale. Cette analyse documentaire a permis l'étayage des différentes parties de ce texte. Elle a également contribué à la construction des grilles d'entretien.

L'ensemble des observations et des entretiens a été réalisé dans la région Nord-Pas de Calais. Ce choix a été guidé non seulement par une connaissance empirique de la région, mais aussi pour ses indicateurs de santé (Annexe n°1). En effet, le Nord-Pas de Calais possède une population de densité triple à la moyenne nationale. 10% des ménages et près de 50% de cette population y vivent au dessous du seuil de pauvreté. Les indicateurs de santé n'y sont pas bons. Le chômage et la précarité favorisant les comportements à risque, l'espérance de vie est la plus basse de France et la surmortalité par le cancer en nette progression.⁸

Les entretiens avec les professionnels ont eu lieu dans quatre centres hospitaliers de la région appartenant à trois territoires de santé différents. Pour des raisons de confidentialité les établissements ont été nommés de la manière suivante : C.H.L., C.H.V., C.H.A., C.H.B..

⁸ Les rencontres de l'Hôpital : « Ensemble pour la Santé- Grand Enjeux Hôpital 2007-2012 » *Prévention et Santé Publique*, Conférence de D. Deroubaix Directeur ARH Nord – Pas de Calais, Lille 27 septembre 2007

Deux établissements (C.H.L. et C.H.V.) sont fortement sensibilisés et ont mis en œuvre une politique de soin concernant la prise en charge des personnes en situation de précarité depuis de nombreuses années (1993 pour l'un et 1998 pour l'autre), les deux autres établissements (C.H.A. et C.H.B.) projettent la mise en place d'une P.A.S.S..

Pour étudier le parcours de soins des personnes en situation de précarité à l'Hôpital, le choix a été fait d'interviewer : deux directeurs de soins, un cadre supérieur de santé faisant fonction de directeur des soins, un cadre socio-éducatif, deux assistantes sociales, huit infirmières de service de court séjour : trois infirmières de chirurgie, cinq infirmières de médecine, un cadre de santé de médecine, un médecin gastro-entérologue, un médecin urgentiste, un agent d'accueil et de convivialité. Sur l'ensemble des entretiens, deux ont été téléphoniques : directeur des soins du C.H.L. et cadre supérieur de santé du C.H.V..

Les grilles d'entretien ont été élaborées suivant la personne interrogée. (Annexe n°2)

Ces entretiens n'ont pas été enregistrés, la prise de notes a été privilégiée. Ils ont duré de vingt à quarante minutes. Tous les entretiens ont été effectués à l'issue d'une prise de rendez-vous, sauf pour le médecin urgentiste et l'agent d'accueil et de convivialité : les rencontres se sont faites et les discussions engagées, lors d'une visite du service des urgences du C.H.B.

Les entretiens ont été programmés de la manière suivante :

- pour le C.H.A., six infirmières (trois infirmières de médecine, trois infirmières de chirurgie) , le directeur des soins, une assistante sociale
- pour le C.H.B., une assistante sociale, un cadre supérieur de santé faisant fonction de directeur des soins, un médecin urgentiste, un agent d'accueil et de convivialité
- pour le C.H.V., deux infirmières de médecine, un médecin gastro-entérologue
- pour le C.H.L., un cadre socio-éducatif, un directeur des soins

Suite aux entretiens, un tableau synthétique a été créé pour aider à l'analyse qualitative. La restitution des idées les plus importantes a été relevée et reportée dans ce tableau.

1 La prise en charge des personnes vulnérables : une priorité de santé publique

Dans le but de réduire les inégalités sociales de santé, depuis le milieu du 20^{ème} siècle, la puissance publique a accordé une place centrale aux populations fragilisées. Ainsi, pour favoriser l'accès aux soins préventifs, curatifs et éducatifs des personnes en situation de précarité, de nombreux dispositifs ont été mis en place aux niveaux régional et local. L'Hôpital reste l'acteur incontournable de cette politique de santé. Dans un contexte de réduction des dépenses de santé, de nouveaux modes de financement hospitalier et le parcours de soin coordonné ont été instaurés. Aujourd'hui, l'Hôpital tente de répondre au mieux aux missions sociales qui lui sont dévolues et propose des prises en charge innovantes à une population polymorphe dont les besoins sont évolutifs.

1.1 Un cadre législatif relativement nouveau dont l'un des principaux objectifs est la réduction des inégalités sociales de santé

1.1.1 La prise en charge sociale et sanitaire des « pauvres » : une histoire récente

Historiquement, le monde de la misère et des exclus a été pris en charge par les hôpitaux et les institutions de charité. Puis, appréhendée à la fois par l'univers judiciaire et médical, la misère est rapprochée du « vice » et l'errant y fait figure d'être instable et dangereux, coupable de vols et de crimes pour survivre. Pour protéger les populations, l'enfermement semble alors la meilleure solution.

Le développement de l'industrialisation et de l'urbanisation au 19^{ème} siècle, provoque la fragilité des conditions de vie des classes ouvrières. « *Le paupérisme concerne collectivement la société* »⁹. Les premières grandes lois d'assistance apparaissent alors. Or, ces lois ne génèrent que des initiatives privées dans le domaine de l'accueil et de l'hébergement des sans-abri. Ces initiatives sont surtout gérées par les œuvres et congrégations religieuses et bureaux de bienfaisance. Le nombre de pauvres et de laisser pour comptes dans les villes industrialisées ne cesse d'augmenter. La législation évolue et privilégie les mesures d'aides et de reclassement. La tendance du 20^{ème} siècle est alors à la décriminalisation de la misère. L'action sociale et les mesures en faveur du logement s'amplifient.

⁹ DAMON J., 2007, « La prise en charge des vagabonds, des mendiants et des clochards : une histoire en mouvement », *Revue de droit sanitaire et social*, p 940

Parallèlement, dès 1945 la sécurité sociale se développe, et tente d'assurer à chacun une protection contre les facteurs d'insécurité.¹⁰ Conçue sur un modèle contributif reposant sur les revenus du travail à un moment où le chômage de masse était impensable, elle maintient les dispositifs d'assistance aux personnes en difficultés tels que l'aide sociale, l' allocation aux adultes handicapés, le minimum vieillesse.¹¹

C'est dans les années 1980 qu'une réelle politique en faveur des personnes confrontées à des difficultés sociales s'amorce. Dans un contexte économique préoccupant et pour faire face aux problématiques engendrées par le chômage de masse, les pouvoirs publics établissent les premiers programmes de lutte contre la précarité. Ceux-ci concernent dans un premier temps, l'aide alimentaire et l'accueil des Sans Domicile Fixe (S.D.F.) pendant la période hivernale. En 1988, se met en place la loi instituant le revenu minimum d'insertion (R.M.I.), suivie en 1990 par la loi introduisant le droit au logement pour les plus démunis.

Mais la plus grande avancée en matière de prise en charge globale des personnes précaires est la loi du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions.

1.1.2 Une nécessaire prise en charge concomitante des aspects sanitaires et sociaux

La loi du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions est venue compléter la loi instituant le R.M.I.. Elle aborde tous les aspects de l'exclusion et vise à affirmer les droits civiques, économiques, sociaux et culturels des personnes en situation d'exclusion¹². Elle met l'accent sur l'accès aux soins et donne comme objectif prioritaire de la politique de santé, la prévention et l'accès aux soins des personnes les plus démunies. Pour ce faire, elle crée un outil : les Programmes Régionaux pour l'Accès à la Prévention et aux Soins (P.R.A.P.S.). Ces programmes comportant des actions de promotion, d'éducation à la santé, de soins et de réinsertion, sont coordonnés par le Préfet de région, en partenariat avec les collectivités territoriales, les organismes de protection sociale, les institutions, les établissements de santé, les associations et les professionnels.

Dans le cadre des P.R.A.P.S., chaque établissement de santé est tenu de mettre en œuvre une Permanence d'Accès aux Soins de Santé (P.A.S.S.). Les P.A.S.S., adaptées à la prise en charge des personnes en situation de précarité, facilitent leur accès aux soins et les accompagnent dans les démarches nécessaires à la

¹⁰ *ibid.*

¹¹ Rapport de l'observatoire National de la pauvreté et de l'exclusion sociale 2007-2008, Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale, La documentation française, Paris, 2008

reconnaissance de leurs droits. Cette « unité médico-sociale » a également pour but de tisser des liens entre l'Hôpital et les différents acteurs des champs médico-sociaux.

La mission sociale de l'Hôpital est renforcée par la loi et étendue à la lutte contre les exclusions. Il est ainsi demandé aux établissements de santé de s'assurer à la sortie des malades, de leurs conditions d'existence afin qu'ils puissent poursuivre leurs traitements. L'Hôpital est clairement engagé dans la lutte contre l'exclusion sociale. Le développement de sa participation aux réseaux sanitaires et sociaux est également fortement encouragé.¹³

En articulation avec la loi du 29 juillet 1998, la loi du 27 juillet 1999 portant création d'une Couverture Maladie Universelle (C.M.U.) vient réaffirmer l'universalité des droits de chacun à l'accès aux soins de santé. Les personnes résidant en France régulièrement depuis moins de trois mois peuvent en bénéficier sous réserve de difficultés financières. Les personnes étrangères en situation irrégulière peuvent quant à elles bénéficier de l'Aide Médicale d'Etat (A.M.E.). Elle généralise ainsi l'accès à l'assurance maladie et garantit l'effectivité de l'accès aux soins par la mise en place d'une couverture sociale.

1.1.3 La réduction des inégalités sociales : une volonté affirmée dans la loi de santé publique

L'ensemble de ces actions se poursuit par le texte de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique qui « *place la lutte contre les inégalités de santé au cœur des politiques de santé* »¹⁴. La loi promeut « *la réduction des inégalités de santé, par la promotion de la santé par le développement de l'accès aux soins et aux diagnostics sur l'ensemble du territoire...* ». Ce texte affirme dans l'Article L.1411-1-1 que « *L'accès à la prévention et aux soins des populations fragilisées constitue un objectif prioritaire de la politique de santé. Les programmes de santé publique mis en œuvre par l'Etat ainsi que par les collectivités territoriales et les organismes d'assurance maladie prennent en compte les difficultés spécifiques des populations fragilisées* ».

Elle renforce la pertinence du plan régional pour définir et articuler la mise en œuvre de cette politique de santé à l'aide de trois dispositifs : le Plan Régional de Santé Publique (P.R.S.P.), la Conférence Régionale de Santé et le Groupement Régional de Santé Publique (G.R.S.P.).

¹² DUPRIET R., LADSOUS J., LEROUX D., THIERRY M., 2002, *La lutte contre l'exclusion – Une loi, des avancées, de nouveaux défis*, Rennes : éditions ENSP

¹³ Circulaire n° DH/AF 1/DGS/SP 2/DAS/RV 3 n°98-736 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.

¹⁴ Circulaire n° 2007/DGS/430 du 7 décembre 2007 relative au programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS).

1.1.4 Une évaluation positive et des résultats encourageants : la mise en place de dispositifs adaptés

Coordonnés par les Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales (D.R.A.S.S.) et Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales (D.D.A.S.S.), les P.R.A.P.S. associent les niveaux régionaux et locaux.

Pour éviter le télescopage des actions, les P.R.A.P.S. s'articulent avec l'ensemble des plans sanitaires et sociaux régionaux, notamment avec le P.R.S.P., le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (S.R.O.S.), les Programmes Départementaux d'Insertion (P.D.I.)...

Au niveau local, les P.R.A.P.S. ont permis la création et le développement des P.A.S.S. dans les établissements de santé publics et participant au service public hospitalier. Dans chaque département, ce dispositif a été complété par des consultations médico-sociales gratuites. Elles sont proposées et dirigées par différentes structures : l'Hôpital, le Conseil Général, les Centres départementaux de Protection maternelle et Infantile, le Planning Familial, diverses associations telles que les Centres de Dépistages Gratuits et Anonymes, les Centres de Prévention pour les Toxicomanies et Conduites Addictives, les Centres de Cures Ambulatoires en Alcoologie...

Conjointement à ces mesures mises en œuvre par les pouvoirs publics, les associations et les organisations non gouvernementales ont aussi développé des outils facilitant l'accès aux soins et le suivi médical des personnes en situation de précarité : antenne d'accueil médical, permanences santé, consultations dans les foyers d'hébergement et de réinsertion. Certaines structures comme le SAMU Social, Médecins du Monde, ou encore le Centre Hospitalier de V. dans le Nord en partenariat avec l'ensemble des associations de l'arrondissement, ont créé des équipes mobiles qui vont à la rencontre des personnes vulnérables dans la rue, dans les squatts, dans les foyers d'accueil de jour, dans les structures d'hébergement pour dispenser les premiers soins.

La prise en compte des réalités locales permet ainsi de proposer des dispositifs adaptés aux besoins des populations démunies du bassin de vie.

1.2 Des contraintes financières et budgétaires qui interrogent la qualité de la prise en charge des personnes en situation de précarité

1.2.1 Un contexte de réduction des dépenses de santé : la mise en place d'une nouvelle réforme de financement des hôpitaux , la Tarification à l'Activité

Pour réduire l'augmentation des dépenses de santé qui ne cesse d'évoluer depuis de nombreuses années (le déficit de l'assurance maladie est estimé à – 4,1 milliards d'euros pour 2008¹⁵), l'Hôpital a fait face à plusieurs réformes concernant son financement et l'équilibre de son budget. En effet, la technicisation médicale nécessitant un investissement important dans des traitements et des équipements lourds et coûteux, les pouvoirs publics ont tenté de rationaliser les charges hospitalières dans un souci de meilleure gestion de l'argent public et de réponses aux besoins des usagers. C'est pourquoi les diverses réformes hospitalières ont été conçues avec un esprit gestionnaire.

La plus récente est la réforme de financement des hôpitaux introduite par le plan Hôpital 2007 : la tarification à l'activité (T.2.A.).

Les services des secteurs de court séjour de Médecine, Chirurgie et Obstétrique (M.C.O.) sont soumis à un système d'allocation de ressources qui les ajuste en fonction de l'activité réalisée. A ce système de rémunération des activités de soins, la réforme associe des paiements et enveloppes complémentaires pour les Missions d'Intérêt Général prévues pour la prise en charge des populations spécifiques et en particulier des personnes en situation de précarité.

Si la T.2.A. sous-tend des objectifs positifs tels que l'adaptation de l'activité aux besoins de la population, la valorisation des actes médicaux et la maîtrise des ressources, elle peut être pénalisante pour les services dont les séjours des patients dépassent les durées moyennes de séjours (D.M.S.), à cause d'un état de santé plus dégradé ou à cause de manque d'alternatives à l'hospitalisation. La tendance pourrait être alors à privilégier l'accueil des patients présentant les pathologies les plus « rentables ». A ce titre, il est de moins en moins acceptable que la durée de séjour d'une personne hospitalisée soit augmentée, pour le seul motif d'absence de prise en charge administrative et sociale, ou encore pour la recherche d'un hébergement à la sortie.

¹⁵ Mesures de redressement de l'assurance maladie pour 2009 présentées sur le site : MINISTERE DE LA SANTE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS, <http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/actualite-presse/presse-sante/communiqués/mesures-redressement-assurance-maladie-pour-2009>

L'Hôpital se trouve ainsi face à une situation contradictoire : assurer l'accueil de tous sans discrimination, et dans le même temps, équilibrer son budget en recouvrant l'ensemble de ses dépenses, tout en favorisant le développement de l'activité médicale.

1.2.2 Le parcours de soins coordonné du patient

Poursuivant un double objectif de réduction des dépenses de l'assurance maladie, et d'amélioration de la continuité et de la qualité des soins, le législateur a mis en place « le parcours de soins coordonné ». Depuis la loi du 13 août 2004, tout bénéficiaire d'une couverture maladie est appelé à choisir et à déclarer son « médecin traitant » auprès des caisses.

Le médecin traitant a un rôle capital dans la prise en charge de son patient. Non seulement il assure le premier niveau de recours aux soins, mais encore, il oriente et facilite l'accès de son patients à des avis spécialisés s'il le juge nécessaire ; il rédige et prépare avec les autres intervenants le protocole de soins de ses patients atteints d'affection de longue durée ; il élabore la synthèse des actions entreprises par l'ensemble des professionnels de santé dans le dossier médical personnalisé. Il constitue le « fil rouge » de la prise en charge de l'assuré. Cela a pour but d'articuler les différents avis et actions de soins en évitant toute redondance. Les dérogations à cette démarche sont cadrées par la loi, et tout manquement fait l'objet de pénalités financières à la charge de l'assuré.

1.2.3 Parcours de soins – Parcours patient : qualité de soins – qualité de la prise en charge

Dans ce contexte, qu'en est il de la qualité des soins et du service rendu ?

La T.2.A. s'inscrit dans un mouvement de réformes destinées à améliorer notre système de santé : mise en place des S.R.O.S., amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins (Certification V2), instauration d'une meilleure coordination entre les acteurs (Nouvelle Gouvernance) et adéquation entre les ressources et l'activité (T.2.A.). Articulés entre eux ces différents axes de la réforme, ne peuvent se concevoir indépendamment les uns des autres.

La Haute Autorité de Santé (H.A.S.) définit dans le manuel de certification des établissements de santé (V2) au chapitre 3, des références et critères de qualité portant sur l'ensemble des « parcours patients », et évalue l'ensemble des prestations qui leurs sont prodigués tout au long de ce trajet.¹⁶ La sortie du patient hospitalisé fait partie « des

¹⁶AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE, 2004, *Manuel de Certification des Etablissements de Santé*, Direction de l'Accréditation et de l'Evaluation des Pratiques.

étapes de la chaîne de soins »¹⁷ et doit être envisagée avec « beaucoup de rigueur et de professionnalisme »¹⁸. Considérée comme un soin à part entière, la sortie du patient doit permettre la continuité de sa prise en charge et la mise en place d'un système d'alerte et de protection. Pour les personnes en situation de précarité, elle doit faire l'objet d'une attention particulière.

Au niveau du parcours de soins coordonné par le médecin traitant, il n'existe pas d'évaluation qualitative. Pour les personnes démunies, la poursuite de ce parcours est une réelle difficulté car un très petit nombre de celles-ci consulte un médecin traitant. Des conditions de vie pénibles changent le sens des priorités : le logement et l'alimentation prennent le pas sur les besoins sanitaires. La santé devient une préoccupation secondaire.

1.3 L'Hôpital : interlocuteur privilégié

1.3.1 Des missions sociales hospitalières réaffirmées

Historiquement, le rôle de l'Hôpital est d'accueillir et d'abriter les pauvres et les miséreux. « *Le rôle social de l'Hôpital a été premier : donner un toit, de la nourriture, une part de lit* ». ¹⁹ Aujourd'hui, dotés de plateaux techniques performants, les établissements publics de santé se sont spécialisés. Leur mission fondamentale est devenue le soin aux patients, fondé sur une prise en charge médicale spécialisée, sur l'enseignement, la recherche et l'innovation thérapeutique. Or « *l'Hôpital est investi d'un devoir d'aide et d'assistance sociale...Négliger la mission sociale de l'hôpital ferait courir le risque d'aggraver ces disparités socio-économiques.* »²⁰ L'hôpital est un lieu ouvert : permanence de l'accueil vingt quatre heures sur vingt quatre, sans discrimination de tous les usagers qui requièrent des soins, continuité des soins et prise en charge sociale. Il reste le lieu privilégié où les plus démunis peuvent faire valoir leurs droits.

Le Comité Consultatif National d'Éthique pour les Sciences de la Vie et de la Santé (C.C.N.E.) appuie ce devoir fondamental, et rappelle dans l'Avis n°101, les objectifs du système de soins hospitaliers : « *Prendre en charge toute affection qui ne peut faire*

¹⁷ AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE, 2001, *Evaluation des pratiques professionnelles : préparation de la sortie du patient hospitalisé*, Service évaluation des pratiques, p 10

¹⁸ *ibid.*

¹⁹ SCHWEYER F-X, „ L'Hôpital public et les populations précaires : un retour aux sources ? », in DEL SOL M., EYDOUX A., GOUZIAN A., MERLE P., TURQUET P., *Nouvelles dimensions de la précarité*, Rennes : PUR, p 288

²⁰ COMITE CONSULTATIF NATIONAL D'ETHIQUE POUR LES SCIENCES DE LA VIE ET DE LA SANTE, 2007, *Santé, éthique et argent : les enjeux éthiques de la contrainte budgétaire sur les dépenses de santé en milieu hospitalier*, Avis n°101, Paris, p 6

l'objet de soins à domicile, quel qu'en soit le degré de gravité ; Contribuer à réduire les inégalités d'accès au système de santé qui pourraient relever de l'appartenance à une région, à une classe d'âge, à une catégorie socio-professionnelle ou à une grande précarité ; Participer à une réinsertion effective des patients dans la société à la fin de leur hospitalisation ; Concourir à améliorer les soins grâce à une démarche volontariste d'amélioration continue de la qualité. »

1.3.2 Une population qui se diversifie

Dans le même temps que se mettent en place les réformes et dispositifs de droit commun favorisant l'accès de tous aux soins de santé, la physionomie de la population précaire se modifie. Ainsi, le dernier rapport de l'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale (O.N.P.E.S.), constate une certaine stabilité du nombre de personnes pauvres²¹, mais une aggravation de l'intensité de la pauvreté : davantage de personnes démunies « *décrochent* » des dispositifs mis en place, que ce soit pour l'accès à un logement, à un travail ou aux soins. Elles « *s'enfoncent de plus en plus dans la précarité* »²². Du point de vue de l'Observatoire, les situations les plus préoccupantes concernent les jeunes adultes inactifs en rupture familiale, les familles monoparentales féminines, les personnes âgées de plus de 60 ans dont le nombre est en constante augmentation, les personnes étrangères ou issues de l'immigration vivant dans les foyers de travailleurs migrants, et enfin les personnes détenues ou sortant de prison.

Loin de l'image du « clochard » et du vagabond vivant à la rue, l'apparence de la population en situation de précarité se diversifie et évolue différemment selon les régions et les territoires de santé.

1.3.3 Des besoins multiples souvent peu exprimés

Les facteurs de précarisation ont été définis par le Haut Comité de Santé Publique (H.C.S.P.) en 1998 et concernent principalement : le peu voire l'absence de qualification professionnelle, le chômage, la pauvreté, l'isolement ... Ceux-ci induisent des parcours de vie particulièrement accidentés qui induisent eux-mêmes, une altération et une dégradation physique et mentale de la personne humaine. Etats dépressifs, problèmes respiratoires, ostéo-articulaires, digestifs, dermatologiques, infectieux, mais aussi problèmes visuels et bucco-dentaires constituent l'ensemble des problèmes de santé déclarés par la population en situation de précarité. Aggravés par les comportements à

²¹ Les indicateurs de pauvreté ont été définis par l'Observatoire. Ils sont au nombre de onze et sont présentés dans le rapport de l'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale 2007-2008 (annexe n°3)

²² Rapport de l'O.N.P.E.S. 2007-2008, p 36

risque et les conduites additives, ces symptômes et pathologies sont en général sous-déclarés par les personnes démunies.²³

L'ignorance de leurs droits, le refus de soins contre les bénéficiaires de la C.M.U. ou de l'A.M.E. par certains médecins, l'absence de protection sociale complémentaire entraînant la prise en charge de frais médicaux souvent inaccessibles, des règles de vie différentes « de la normalité », la différence culturelle et la barrière de la langue, n'expliquent pas seulement le faible accès et le faible recours aux soins.

« *La santé est définie par les personnes précaires comme devant être un bon fonctionnement physiologique : manger, dormir et pouvoir se déplacer... Les difficultés physiques semblent mineures au regard de la dureté de leur vie quotidienne ; en revanche les souffrances d'ordre psychologiques sont davantage pointées* »²⁴. La résistance et la réticence aux soins s'explique encore par une notion différente de la santé, associée aux sentiments de honte et d'humiliation.

Les conditions de vie précaires engendrent la dépréciation de soi, annihilent les sensations de douleurs et conduisent à sous-estimer les problèmes de santé. Ils s'ensuit alors une aggravation qui oblige la personne à se tourner vers un des seuls interlocuteurs qui lui apportera une réponse à ces besoins : l'hôpital.

1.3.4 Des réponses hospitalières novatrices à la détresse des personnes vulnérables

Depuis leur instauration, les P.A.S.S., ont beaucoup facilité l'accueil des personnes en grande précarité dans les établissements de santé.

Proposant des consultations externes gratuites et un accompagnement par un assistant social dans les démarches nécessaires à la reconnaissance des droits d'accès à la C.M.U. ou à l'A.M.E., les P.A.S.S. ont contribué à l'amélioration de la santé des personnes en situation d'exclusion. Elle constitue la porte d'accès aux soins privilégiée pour les personnes démunies. Cependant sur l'ensemble du territoire, leur organisation, la composition des équipes, la présence ou non de personnel médical ou encore de traducteur, sont encore hétérogènes.

De nombreux établissements publics de santé, sensibles aux populations vulnérables du bassin de vie ont tenté d'apporter des réponses novatrices à leur détresse. Ainsi certains ont développé des consultations sociales sept jours sur sept, dans les services d'urgences, en plus de la P.A.S.S., afin que chaque usager puisse trouver des réponses rapides à ses questions.

²³ CAMBOIS E., 2004, « Les personnes en situation difficile et leur santé », *Les travaux de l'O.N.P.E.S. 2003-2004*, La documentation française, pp 101- 126

²⁴ DAMBUYAT G., VIGARELLO G., 2006, *Quand on n'a plus que son corps, soin et non soin de soi en situation de précarité*, Paris : Armand Colin, p 44

D'autres ont développé la formation du personnel administratif et soignant dans le repérage des signes de précarité, afin que le service social puisse intervenir et anticiper les conditions de sortie.

Un autre encore, établissement d'une grande métropole, a le projet de créer une « équipe mobile santé-précarité ». Cette équipe composée d'un médecin et d'une assistante sociale aurait pour mission de se rendre dans les services de soins pour évaluer la situation des patients démunis, et envisager avec eux, un suivi médical et des conditions d'hébergement pour la sortie. Partenaire d'un réseau de santé dynamique associant la ville et l'ensemble des associations de l'agglomération, cet établissement promeut la mise en place d'un véritable « parcours de soin coordonné » pour le patient en situation de précarité, et propose une prise en charge globale à la fois sanitaire et sociale.

Enfin, la mise en place d'un groupe d'infirmières cliniciennes formées au diagnostic et à la prise en charge de situations complexes de santé, a permis à un établissement hospitalier de proposer aux usagers une écoute et une prise en soin rapide et adaptée.

2 Un parcours patient et un parcours de soin encore semés d'embûches

Malgré l'ensemble de ces mesures et la volonté de simplifier l'accès et le recours aux soins des personnes fragiles, des difficultés persistent. Lorsqu'elles sont entrées dans une démarche de soin et ont passé la porte de l'Hôpital, leur parcours est loin d'être fluide. Les entretiens avec les professionnels des différents centres hospitaliers ont mis en lumière une valorisation de l'activité et des soins techniques au détriment d'une prise en charge plus globale. Le manque de connaissances et de moyens pour le repérage et l'analyse des situations complexes de santé, rend nécessaire le travail en interdisciplinarité pour une prise en charge efficiente des personnes en situation de précarité.

2.1 Valorisation de l'activité et du soin technique

2.1.1 Une gestion des lits indispensable

L'introduction du financement à l'activité a sensibilisé davantage les médecins et les équipes soignantes à leur production et à la gestion financière de leur unité.

L'une des premières mesures qui a été entreprise pour optimiser le fonctionnement des services de soins, a été la diminution de la durée moyenne de séjour

(D.M.S.), avec pour objectif: la rationalisation du temps des soignants, la réduction des coûts d'hébergement et l'amélioration de l'utilisation des plateaux techniques²⁵. Le développement des techniques médicales, l'innovation thérapeutique et la mise en place de nouvelles organisations ont également permis la réduction des séjours hospitaliers, avec pour conséquence une augmentation du flux des malades rendant indispensable la programmation et le raccourcissement des séjours. Dans ce cadre, le temps des soignants, infirmiers et aides-soignants, s'est excessivement structuré.

Pour le cadre de proximité d'un service de gastro-entérologie et de chirurgie viscérale, la gestion des lits est une de ses missions fondamentales : *« Je fais attention à ce que les lits soient libérés rapidement, car je dois accueillir des malades programmés ; je m'occupe essentiellement des situations sociales, je revois tous les dossiers avec les infirmières du secteur car il ne faut pas que les malades restent trop longtemps. Je coordonne toutes les entrées du service : je fais le point avec le service des urgences, les chirurgiens, le gastro-entérologue. Il ne faut pas que les patients programmés attendent : si nous prenons du retard, c'est toute la chaîne des soins qui est retardée... »*²⁶

La gestion des lits, en fonction des entrées de patients programmées ou non, est un exercice difficile dans un service de soin où les lits ne peuvent pas être réservés, mais sont à la disposition du patient qui en a besoin. Il s'ensuit souvent des tensions assez fortes entre l'équipe médicale qui a besoin de programmer le séjour d'un patient, et les équipes du services des urgences qui n'a pas la vocation de garder des malades en hospitalisation. Or la priorité est souvent donnée aux patients programmés, au détriment des personnes se présentant aux urgences. Il est plus confortable de prendre en charge un patient dont le séjour est pré-défini.

Dans ce contexte, lorsque les durées de séjour se prolongent au delà de la moyenne, des mesures doivent être envisagées pour libérer les lits le plus rapidement possible (sorties prématurées, transferts précipités vers les services de soins de suite...). L'anticipation de la sortie des patients dès leur arrivée, est devenue indispensable. Or cela nécessite dès l'entrée, une vision globale de la personne, ce que ne peuvent pas toujours faire les infirmiers des services.

2.1.2 Des professionnels soignants centrés sur les soins techniques

*« Moi j'ai surtout besoin du dossier médical, et je dois vérifier que tout y est. Il faut que le malade soit prêt pour le bloc, c'est mon principal objectif »*²⁷

²⁵ SCHWEYER F-X., 2007, « Les hospitaliers et la solidarité : la fin des évidences », in PAUGAM S., *Repenser la solidarité. L'apport des Sciences sociales*, Paris : PUF, Lien social, p 733

²⁶ Isabelle, 44 ans, cadre de santé dans le service de gastro-entérologie et des spécialités chirurgicales

²⁷ Julie, 22 ans, infirmière dans le service de traumatologie

En plus d'une difficile gestion des lits, la brièveté des séjours hospitaliers engendre une intensification du travail et une répétitivité des tâches pour les infirmiers. Il en découle alors une certaine pression. « *A l'entrée du patient, je lis le dossier des urgences et je vois tout de suite ce qu'il y a à faire* »²⁸. « *Je m'occupe tout de suite de prendre les constantes, je vérifie si le malade est bien installé et je vais m'occuper du bilan* »²⁹. « *Quand on a cinq entrées, plus toutes les surveillances à faire, on n'a pas le temps de se poser, on va à l'essentiel...* »³⁰

La peur d'oublier quelque chose, le souci de bien faire poussent ces jeunes infirmières à prodiguer dès l'arrivée du patient dans le service, l'ensemble des soins techniques. Quantifiables et répondant à des demandes médicales perçues comme « urgentes », ils valorisent leur activité, ils lui donnent de « la valeur », c'est à dire à la fois une valeur symbolique et un coût. Or, dans le cadre de rapports d'activités chiffrés, le travail du « prendre soin » devient presque invisible : la quantification des soins relationnels n'apparaît pas.³¹

Concentrées sur leurs tâches et anticipant déjà la prochaine, il devient malaisé pour celles-ci de prendre le temps d'écouter, de donner des conseils ou des informations quand le malade les sollicite.

Pourtant certaines infirmières plus expérimentées ont une approche plus globale des personnes soignées, et cernent dès leur arrivée l'ensemble des problématiques de santé : « *Je pense à demander [les conditions de vie] quand c'est une personne âgée : je me doute que quelquefois le retour sera difficile.* »³²

Non seulement, elles sont attentives aux besoins des personnes hospitalisées, mais en plus elles connaissent bien le fonctionnement du service et s'impliquent dans son organisation. « *Moi, dès l'entrée [du patient], je vois le devenir. Nous sommes un petit service avec du programmé et du non-programmé, il faut tout de suite envisager le devenir, sinon ça bloque...* »³³.

2.1.3 L'influence du projet de soin sur le comportement des soignants

Les entretiens menés auprès des directeurs des soins de deux établissements ont montré que le projet de soin et la philosophie de soin qui en découlait, avaient une influence sur les comportements des personnels soignants. « *Il doit nécessairement y*

²⁸ Mélanie, 29 ans, infirmière dans le service de médecine interne

²⁹ Julie, 22 ans, infirmière dans le service de traumatologie

³⁰ Catherine, 38 ans, infirmière dans le service des Maladies de l'Appareil Digestif

³¹ PARIZOT I., 2007, « La prise en charge des malades démunis : entre univers médical et univers humaniste », in PAUGAM S., *Repenser la solidarité. L'apport des Sciences sociales*, Paris : PUF, Lien social, p 759

³² Christelle, 32 ans, infirmière dans le service de cardiologie

avoir une cohérence entre le projet et les actions qui sont entreprises...Le projet de formation des professionnels tient obligatoirement compte des différents axes du projet de soins »³⁴. Mais, pour cela il doit être clairement affiché dans les services de soins.

Au delà d'une philosophie certes nécessaire, le projet ne peut être la seule propriété des soignants et s'articule obligatoirement avec le projet médical. « ... *on ne parle plus aujourd'hui de projet de soin ou de projet médical uniquement, mais de projet médico-soignant... »³⁵. Leurs déclinaisons en objectifs opérationnels et en programmes d'actions concrètes les rendent ainsi plus lisibles et plus compréhensibles.*

Pour la prise en charge des personnes démunies, l'approche est transversale: toutes les équipes de soins de l'ensemble de l'établissement sont concernées. Mais les discours diffèrent cependant : pour le directeur des soins du C.H.A., la prise en charge des démunis passe « *nécessairement par la mise en place d'une P.A.S.S. ... Le projet est en cours, nous l'écrivons ensemble, avec le service social et le service de la patientèle (service des admissions et de la facturation) »³⁶. Même si pour lui, il faut que les infirmiers et aides-soignants des unités de soins soient vigilants et attentifs aux besoins des personnes qu'ils accueillent. « *n'est ce pas le rôle propre de l'infirmière de prendre en compte toutes les dimensions de la personne humaine ?... »³⁷. Il reste cependant conscient, qu'absorbés dans leurs tâches quotidiennes, se sentant impliqués et valorisés dans la prise en charge médicale, la prise en charge globale du patient n'est pas toujours facilitée.**

Pour le directeur des soins du C.H.L. l'approche est un peu différente, « *il n'existe volontairement pas de P.A.S.S. dans cet établissement. C'est pour ne pas stigmatiser les personnes en situation de précarité et ne pas surcharger les service des urgences, que la P.A.S.S. est délocalisée en centre ville avec la mise en place d'une consultation avancée »*. Qu'en est il alors de la prise en charge des populations précaires lorsqu'elles se présentent dans l'établissement ? « *... le personnel administratif, les équipes médico-soignantes et sociales ont été formées aux repérages des situations précaires, nous avons créé des outils pour les aider. Le C.H.L. est aussi à l'initiative d'un réseau « Santé-Solidarité » et nous travaillons très étroitement avec l'ensemble des associations, services de la ville... »³⁸. Pour elle, les situations problématiques sont décelées dès l'entrée du patient et un relais est alors instauré.*

³³ Anne-Sophie, 31 ans, infirmière dans un service de gastro-entérologie et des spécialités chirurgicales

³⁴ Entretien Directeur des soins du C.H.A.

³⁵ *ibid.*

³⁶ *ibid.*

³⁷ *ibid.*

2.2 La précarité : un repérage difficile ?

2.2.1 Des représentations sociales encore incomplètes , parfois stéréotypées

Les représentations sociales sont des constructions mentales qui se fabriquent à partir des expériences, des informations, des savoirs, des modèles de pensée reçus et transmis. Elles servent de guides aux actions que nous entreprenons.

Les représentations sociales de la précarité sont souvent négatives et dévalorisantes provoquant souvent un sentiment de malaise, voire d'appréhension. L'image de l'étranger sans papiers, du personnage vivant en marge de la société , de l'ancien détenu et les images véhiculées par l'alcoolisme et autres toxicomanies sont encore prégnantes.

Pour les infirmières interrogées, une personne en situation de précarité est solitaire, affiliée à la C.M.U., souvent sans domicile fixe ou logée dans des conditions insalubres, n'a pas ou très peu de revenus financiers, souffre d'un manque d'hygiène. « *C'est quelqu'un qui est S.D.F. (sans domicile fixe), qui n'a pas de mutuelle et qui est à la C.M.U.* », « *une personne qui vit dans des lieux insalubres et qui a un état de propreté déplorable* », « *quelqu'un qui vit seul, S.D.F., ou quelquefois il peut vivre dans des logements insalubres. Ses revenus sont inexistantes ou il en a très peu...* »³⁹ . Certaines même, pensent n'en avoir jamais vu dans leurs services : « *Il n'y a en jamais eu dans le service.* », « *C'est une personne S.D.F. , ça n'arrive pas souvent* ».

Or, la précarité est polymorphe et ne peut être résumée à ces simples définitions. Comment expliquer alors leur persistance chez des jeunes professionnelles de santé ? La plupart du temps, lorsque les infirmières perçoivent des situations inhabituelles chez les patients dont elles assurent la prise en charge, elles « passent le relais » aux assistantes sociales. Dans chaque établissement observé, le service social est organisé de manière à permettre le passage des assistantes sociales dans les services de court séjour, de manière quasi-quotidienne. De plus, la mise en place de dossier de soins ciblé⁴⁰ favorisant les transmissions écrites pluridisciplinaires, permet à chaque intervenant auprès du malade, de suivre les démarches sanitaires ou sociales entreprises pour celui-ci.

Ainsi, la dimension sociale de la personne hospitalisée concerne peu les infirmières et les médecins . « *Un tiers de nos patients souffre de problèmes de santé*

³⁸ Propos recueillis auprès du directeur des soins et du cadre socio-éducatif du C.H.L.

³⁹ Propos recueillis auprès des infirmières du C.H.A.

⁴⁰ Il s'agit d'une méthode d'écriture des transmissions « les transmissions ciblées », qui permet à l'équipe pluridisciplinaire de se centrer sur le patient et de suivre l'ensemble des actions prescrites ou relevant du rôle propre infirmier. Cette méthode permet de suivre l'évolution du patient tout au long de sa prise en charge.

liés à des conditions de vie difficiles, nous avons l'habitude de traiter ces pathologies et de prendre en charge ce type de problèmes... les infirmières tirent très vite la sonnette d'alarme et nous avons la chance de bien travailler avec l'assistante sociale du service ou avec l'espace Baudelaire (la P.A.S.S.), il existe toujours une solution... » affirme le médecin gastro-entérologue du C.H.V.. Happées par leur quotidien, délaissant la dimension sociale de la personne soignée à l'assistante sociale, les infirmières se centrent sur leurs activités et n'ont pas toujours pris conscience que les situations de précarité sont multiples et diversifiées.

2.2.2 Un manque de formation et d'outils pour reconnaître les situations des personnes fragilisées

Des représentations incomplètes ne peuvent être la cause unique du manque de repérage des situations de précarité.

En effet, les personnels administratifs des services d'admission n'osent pas, ou ne pensent pas toujours à poser les questions (qu'ils jugent indiscrettes, maladroités) relatives à l'absence de couverture maladie ou de couverture complémentaire. Eux mêmes, bousculés par les files d'attente, que ce soit au niveau des services d'urgences, des services de consultations externes ou encore d'admissions, ne prennent pas toujours le temps de vérifier les dossiers de prise en charge. Les dossiers administratifs sont alors quelquefois incomplets, et il en résulte une perte de temps avant que l'on ne s'en rende compte et que l'on ne mette en place les dispositifs pour organiser l'ouverture des droits.

L'absence de formation, le manque d'outils favorisent cet état de fait. En effet, les personnels d'accueil disent que : *« il faut aller vite pour remplir les coordonnées des patients, souvent ils ont oublié leurs papiers, ou nous présentent une carte vitale qui n'est pas la leur... Ils ont parfois des problèmes d'écriture pour remplir les dossiers et des problèmes de compréhension, on a parfois l'impression de ne pas parler la même langue, tout le monde s'énerve et on aboutit à rien... »*⁴¹. Un support écrit placé dans le dossier, ou une alerte informatique pourraient être envisagés pour signaler les dossiers incomplets. Quelle que soit la solution envisagée, la création d'un outil apparaît comme nécessaire.

Le manque de formation est également une des causes de non repérage des situations précaires. Face à la détresse et à la misère humaine, certains se disent démunis. *« On ne sait pas toujours quoi répondre, on se sent mal à l'aise...C'est dur parfois, et nous on est là... J'ai l'impression d'être inutile... »*⁴². Leurs réponses oscillent bien souvent entre sollicitude et indifférence. Comment faire preuve de professionnalisme

⁴¹ Propos recueilli auprès d'un agent d'accueil et de convivialité lors de ma visite du service des urgences du C.H.B.

en de telles circonstances ? Seules les assistantes sociales rencontrées se disent toutes, prêtes et suffisamment formées pour aborder ces questions difficiles.

2.2.3 Une oscillation permanente entre prise en charge médicale technique et humanisme

Autre problème cité par les infirmières interrogées, est la lutte pour ne pas se laisser envahir et déborder par l'émotion. « *C'est quelquefois très dur...J'ai parfois honte d'être en bonne santé et de ne pas avoir de problèmes... A nous aussi ça peut arriver et alors là...* »⁴³. Etre à l'écoute, porter de l'intérêt à l'individu et à sa trajectoire de vie, c'est construire avec lui une relation basée sur l'empathie. Mais il arrive que souvent, se nouent des liens affectifs beaucoup plus forts que l'empathie. Certaine situation peut renvoyer au soignant ses propres émotions, sa propre histoire. L'empathie se transforme alors en sympathie, voire en compassion. Seules les infirmières expérimentées savent rester professionnelles et aidantes. « *Moi, je dis souvent : je suis ici pour ne pas porter de jugement , ce qui vous arrive pourrait tout aussi bien m'arriver, je ne sais pas comment je réagirais...* » sont les propos d'une infirmière clinicienne experte d'un service des Maladies de l'Appareil Digestif. Même s'ils sont convaincus que leur mission est de prendre en charge la personne soignée dans ses différentes dimensions, le réflexe des soignants est bien souvent de se protéger. Ce qu'ils font en se concentrant sur la prise en charge médicale qui est plus technique, et qui exige de leur part rationalité, efficacité et neutralité.

A ce besoin de protection, se superpose un sentiment de découragement et d'impuissance. La prise en charge des personnes désocialisées demande beaucoup d'attentions, de temps, de démarches et de patience. Souvent toute l'énergie déployée par les soignants n'aboutit pas aux résultats escomptés. « *Il arrive très souvent qu'il y ait des réhospitalisations, des rechutes... parce que le patient replonge très vite, même si vous lui proposez des solutions, même si, vous même, l'accompagnez et le soutenez, vous le voyez se représenter dans le service pour les mêmes problèmes....il ne peut pas s'en sortir comme ça...* »⁴⁴. En effet, « *Une fois la crise aiguë traitée, la plupart ne comprennent pas l'utilité de revoir le médecin ou de rester à l'hôpital* »⁴⁵. Beaucoup échappent à un suivi médical et social. Ils reviennent quelques temps plus tard aux urgences puis dans un service de soins, avec un état de santé encore plus dégradé. Tout le temps passé par les équipes, leur semble alors être du temps perdu et gaspillé.

⁴² Propos recueillis auprès de l'agent d'accueil et de deux infirmières du C.H.A.

⁴³ Catherine, 38 ans, infirmière dans le service des Maladies de l'Appareil Digestif C.H.V

⁴⁴ propos tenus par un médecin urgentiste du C.H.B.

⁴⁵ DAMBUYAT G., VIGARELLO G.,2006, *Quand on n'a plus que son corps, soin et non soin de soi en situation de précarité*, Paris : Armand Colin, p 51

2.3 Un travail en interdisciplinarité effectif : un service social impliqué mais limité dans ses actions

2.3.1 La nécessaire implication du service social dans la prise en charge des personnes en situations de précarité

Des représentations sociales incomplètes, une activité en constante augmentation, quelquefois une lassitude, expliquent que les équipes infirmières préfèrent passer le relais au service social de l'Hôpital. « *On appelle l'assistante sociale et avec elle, les sorties qui posent problèmes se passent toujours correctement...* », « *le contact se fait souvent avec l'assistante sociale, mais le plus souvent, elle a déjà été prévenue par les urgences et c'est elle qui nous informe de la situation du patient.* », « *Nous on voit la famille, sinon c'est l'assistante sociale qui fait un entretien social et qui voit pour les aides financières* »⁴⁶. Le rôle et les missions du service social sont reconnus dans les services de court séjour. Un travail en partenariat s'est bien installé. Certaines équipes ont construit des outils de transmissions pour faciliter le parcours du patient : utilisation de la planification murale des soins, cahier de service, dossier de soins ciblé.

De leurs côtés, lorsque la P.A.S.S. n'est pas formalisée, les assistantes sociales se mobilisent pour la prise en charge des personnes en situation de précarité. Très présentes dans les services des urgences, elles préviennent le plus souvent les demandes : accès à la C.M.U. ou à une assurance complémentaire, prise en charge des problématiques de logement, de violences conjugales, des personnes étrangères sans papiers, ou encore dépannages alimentaires et de transports.⁴⁷

Véritable relais de la prise en charge, elle assure le lien du patient avec l'extérieur.

2.3.2 Des obstacles et des limites qui peuvent perturber les missions du service social

Pour les assistantes sociales interrogées, la prise en charge des personnes précaires s'accompagne d'un certain nombre de difficultés et peut avoir ses limites.

Le manque de projets internes pour la prise en charge des démunis et le manque de formalisation de la P.A.S.S. engendrent pour elles, beaucoup d'allers et venues entre les services de soins et les urgences. Elles ont l'impression d'être dispersées et ne peuvent se concentrer sur des prises en charge qui demande du temps, de la constance dans la réflexion et un certain nombre de démarches. Elles disent agir « *quelquefois à*

⁴⁶ Propos recueillis auprès des infirmières du C.H.A. et du C.H.V.

⁴⁷ Propos recueillis auprès des Assistantes sociales du C.H.A., C.H.B.

l'emporte pièces... », et ne sont pas toujours satisfaites de leur travail. Le partenariat avec les services administratifs et les équipes des services de soins est pour elles fondamental. Elles pensent qu'il leur serait impossible de mener à bien leurs missions sans cela.

L'absence ou le moindre nombre de structures d'accueil et de prises en charge des personnes précaires dans l'environnement de l'Hôpital est également une difficulté pour elles. « *il n'y pas de foyer sur le secteur, les mairies des petites communes environnantes font ce qu'elles peuvent, les associations sont souvent saturées, bien sûr il y a Emmaüs mais c'est souvent plein... On travaille alors avec le Centre 115, ils arrivent quelquefois à nous aider, mais c'est temporaire... Selon le patient, il nous arrive de travailler aussi avec l'E.P.S.M. (Etablissement Public de Santé Mentale) ...* »⁴⁸. Eviter une hospitalisation ou prévoir la sortie des patients dans ces conditions, revêt l'aspect pour l'une d'entre elles, du « *chemin du combattant* ».

D'autres limites apparaissent encore. L'ensemble des démarches entreprises ne génère pas obligatoirement un résultat probant. Les personnes démunies en partie désocialisées, n'obéissent pas aux mêmes règles de conduite et de vie que la population générale. Ainsi la notion d'image de soi a perdu de son sens : « *... Les gens qui ne sont plus regardés ne se regardent plus. Ils abandonnent l'idée même de leur propre représentation et des soins nécessaires à leur propre corps...* »⁴⁹. La notion de temps est également différente : « *dans l'exclusion, le temps disparaît...* »⁵⁰. Tous les efforts fournis peuvent n'avoir aucun résultat. Les assistantes sociales souffrent alors de découragement et d'un manque de reconnaissance de la part des usagers, mais aussi de la part des équipes hospitalières qui n'ont pas toujours conscience de leur charge de travail, et qui pensent « normal » leur implication et leur investissement. Tout ceci peut aller jusqu'à engendrer de la fatigue et un certain épuisement professionnel.

⁴⁸ Propos recueillis auprès de l'assistante sociale du C.H.A.

⁴⁹ EMMANUELLI X., 4^{ème} trimestre 2007, « L'action du S.A.M.U. social », *Laennec*, tome 55, p 40

⁵⁰ *ibid.*

3 Propositions pour une amélioration du parcours de soin des personnes en situation de précarité

Pilote et coordinateur du projet de soin devenu projet de prise en charge des personnes en situation de précarité, le directeur des soins développe la transversalité par le décloisonnement des organisations et la promotion de la collaboration de l'ensemble des acteurs hospitaliers. La mise en œuvre d'une politique de formation et d'évaluation des pratiques soignantes ainsi que le développement d'outils de soins, lui permettront de développer la qualité des prestations et des prises en charge. Enfin l'instauration d'un partenariat avec les différentes structures sanitaires, médico-sociales et sociales du bassin de vie, permettront au directeur des soins d'instituer un parcours de soin-parcours de vie pour les personnes démunies.

3.1 Pour une prise en charge globale des personnes en situation de précarité

3.1.1 Du projet de soin au projet de prise en charge

Le décret du 19 avril 2002 instaurant le corps des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière, pose la fonction du directeur des soins et lui donne une position clé dans la filière des soins.

Coordonnateur de l'ensemble des activités de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, « *il [entre autre] élabore avec l'ensemble des professionnels concernés le projet de soins, le met en œuvre par une politique d'amélioration continue de la qualité des soins* ». ⁵¹ Articulé avec le projet médical et intégré au projet d'établissement, le projet de soins se définit comme étant une démarche politique, pluridisciplinaire, matérialisée par un ensemble d'objectifs à atteindre, eux mêmes déclinés dans un programme d'actions. ⁵² La complémentarité des deux projets a fait évoluer leur conception en projet médico-soignant, témoin d'une volonté de cohérence et de collaboration médicale et soignante pour la prise en charge des usagers.

Mais l'ordonnance du 2 mai 2005 relative à la mise en place de la nouvelle Gouvernance, fait disparaître le projet médico-soignant, au profit du projet de prise en charge : « *Le projet d'établissement définit notamment sur la base du projet médical, la politique générale de l'établissement...Il comporte un projet de prise en charge des*

⁵¹ MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Décret n° 2002 – 550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière. Journal officiel n° 95 du 23 avril 2002, pp 7187 – 7191

⁵² BATELI L., 2007, *L'élaboration du projet de soins : quelle opportunité managériale pour le directeur des soins ?*, Mémoire de Directeur des Soins : Ecole Nationale de la Santé Publique, 66p

patients en cohérence avec le projet médical et le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-technique, ainsi qu'un projet social... ». Le projet de prise en charge exige une plus forte collaboration de l'ensemble des acteurs hospitaliers. Il relève de la coopération de tous et permet ainsi de prendre en compte l'ensemble des besoins des usagers.

Les demandes des personnes fragilisées sont multidimensionnelles. Pour une prise en charge optimale, la participation de tous doit être envisagée. Tel le projet de prise en charge de la douleur, ou encore le projet d'accompagnement des personnes en fin de vie, le projet de prise en charge des personnes en situation de précarité doit être conçu en transversalité. Il concerne l'ensemble des pôles et des services hospitaliers : le service d'accueil et d'Urgences, la P.A.S.S., l'ensemble des services M.C.O., les pôles de soins de suite, de psychiatrie, de gériatrie, le service social. De la même manière, l'ensemble des personnels hospitaliers y est confronté : personnels médicaux, administratifs, soignants, socio-éducatifs. Tous les professionnels doivent alors être associés à la création d'un tel projet.

Cette approche pluridisciplinaire doit être matérialisée dans un projet composé de plusieurs axes stratégiques, eux mêmes déclinés dans un programme d'actions concrètes: formations des personnels, création de procédures et protocoles administratifs ou de soins, création d'outils. L'élaboration de ce document permet d'asseoir une politique de soins qui garantit aux personnes démunies hospitalisées, l'accueil et la prise en compte de l'ensemble de leurs besoins.

3.1.2 Le directeur des soins pilote du projet de prise en charge

La diversité des professionnels associés à l'écriture de ce projet, ainsi que les nouveaux modes d'organisations induits par la mise en place des pôles, renforcent le besoin de coordination par le directeur des soins.

Responsable du pilotage et de la gestion globale des activités de soins paramédicales, il détermine et met en œuvre une politique coordonnée des soins. Mener une telle politique implique : « *...le décloisonnement des organisations, la transversalité des actions de soins au travers d'une prise en charge pluri-professionnelle du patient, la fédération des acteurs autour d'un sens partagé et d'une valeur commune du soin en milieu hospitalier* »⁵³. Tout cela est nécessaire pour donner une vision commune, garantissant la cohérence de la prise en charge du patient, l'amélioration continue de la qualité des prestations, et les partenariats inter-professionnels.

⁵³ BATELI L., 2007, *L'élaboration du projet de soins : quelle opportunité managériale pour le directeur des soins ?*, Mémoire de Directeur des Soins : Ecole Nationale de la Santé Publique, p 10

Cependant la coordination des soins ne pourra être effective qu'avec la participation de l'ensemble des acteurs et en particulier des cadres de santé. Situés à un niveau intermédiaire et à un niveau de proximité, les cadres supérieurs assistants des responsables de pôles et les cadres de santé, jouent un rôle essentiel dans la sécurisation des processus de prises en charge des patients. Par la mise en place d'un management adapté, ces personnes vont décliner et rendre opérationnels à l'intérieur du pôle, jusque dans les unités de soins, la politique de soin et les projets de prises en charge de la Direction des soins. Ainsi, définir clairement les missions de chacun, favoriser le dialogue et les échanges, communiquer et informer, donner du sens aux actions entreprises, savoir instaurer la confiance et développer enfin la motivation et l'implication, doivent être les objectifs managériaux du directeur des soins.

Parce qu'il est à l'interface de l'ensemble des logiques hospitalières (administratives, gestionnaires, médicales et soignantes), et parce qu'il encadre l'ensemble des cadres de santé et des personnels paramédicaux, le directeur des soins doit rester le pilote du projet de prise en charge des personnes démunies.

3.1.3 Chemin critique - Chemin clinique

Pour construire le projet de prise en charge des personnes en situation de précarité, plusieurs outils préconisés par la Mission Nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers (M.E.A.H.) et l'H.A.S., peuvent être utilisés.

Le « chemin critique » développé par la M.E.A.H. permet une vision globale de la gestion du flux d'activité. Une analyse des organisations permet d'identifier le parcours du patient, de voir quel est le nombre et la qualification des professionnels qui interviennent et le nombre de tâches à réaliser. La spécificité du chemin critique est de ne plus concevoir l'activité uniquement sous forme de volume, mais aussi sous forme de « délais de prise en charge et d'attente ». Cela permet alors d'agir sur les différentes étapes de la prise en charge, d'anticiper les tâches ultérieures, d'améliorer la coordination et la régulation.⁵⁴ Cet outil est surtout utilisé pour fluidifier la prise en charge des personnes dans les services dits « techniques » tels que le S.A.U., les services de consultations externes ou encore les plateaux techniques. Il permet de coupler les activités de soins avec les temps et délais d'attente. Ainsi l'attente des patients est mise à profit pour la réalisation de certaines tâches (administratives, soins, consultations, examens...). Cet outil pourrait être utilisé au niveau du S.A.U., porte d'entrée privilégiée des patients démunis. Le type de prise en charge étant souvent long et complexe, les délais d'attente

⁵⁴ MISSION NATIONALE D'EXPERTISE ET D'AUDIT HOSPITALIERS, 2006, *Qualité et efficacité : l'Hôpital avance - 30 belles histoires de réorganisation des hôpitaux et des cliniques*, Paris : publication Ministère de la Santé et des Solidarités, 39 p

pourraient être mis à profit pour les interventions des différents professionnels. L'articulation avec la P.A.S.S. doit être envisagée dans ce cadre.

Le Chemin Clinique (C.C.) développé par l'H.A.S., permet de décrire tous les éléments du processus de la prise en charge des patients, au sein de l'institution en suivant son parcours. Il vise à planifier, rationaliser et standardiser la prise en charge pluridisciplinaire des patients présentant un même problème de santé ou une même situation de dépendance. Le C.C. peut être utilisé dans un établissement de santé, un réseau de soins ou entre professionnels libéraux. Avant tout une méthode d'amélioration de la qualité de soins, le C.C. est surtout utilisé pour des pathologies fréquemment prises en charge permettant une prise en charge homogène.⁵⁵

Or, les personnes en situation de précarité ne présentent pas de situation de soins homogènes. La difficulté de leur prise en charge, nous l'avons vu, réside dans l'hétérogénéité de leurs besoins et de leurs problèmes de santé. Le seul point de convergence est que chacun nécessite l'intervention de plusieurs professionnels, et que les conditions de sortie et de suivi médical doivent être envisagés dès leur entrée. Le C.C. pour une pathologie donnée devra être construit par plusieurs équipes, et tenir compte de toutes les dimensions de la personne humaine et de l'ensemble du parcours de soins du patient. Les interventions des professionnels seront décrites et planifiées. Le C.C. pourra être ainsi utilisé et commencé dans un service de court séjour et se poursuivre dans un service de soins de suite et de rééducation. Les avantages sont que l'ensemble des prestations de soins sont énumérées et planifiées (pas de risques d'oublis) et que le C.C. suit le parcours du patient, il donne aux équipes une vision de l'ensemble des prestations données et des démarches entreprises.

3.2 Pour une amélioration continue de la qualité des soins et de la prise en charge

3.2.1 La formation des professionnels paramédicaux

La mise en place d'une politique de formation des professionnels contribue à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des prestations. Le projet de formation continue des professionnels paramédicaux doit être également élaboré en tenant compte des profils et des besoins de la population accueillie dans l'institution. Dans un bassin de vie, ou un territoire de santé où la population précaire évolue, il est nécessaire d'envisager un axe de la formation concernant cette problématique.

⁵⁵ AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE, 2004, *Chemin Clinique : une méthode d'amélioration de la qualité*, Service évaluation des pratiques, 44 p

La précarité engendre des situations complexes de santé et les personnes précaires ont besoin d'une prise en charge multidimensionnelle. Le besoin en formation a été identifié par plusieurs professionnels interrogés lors de l'enquête. Le repérage des situations de précarité, l'accueil, l'écoute empathique, le processus de soin infirmier, la relation d'aide, la clinique infirmière... sont des pistes à explorer et des formations à mettre en place. Certaines formations peuvent à la fois être suivies par le personnel administratif et le personnel soignant : accueil, écoute empathique, repérage des situations de précarité.

Des « stages de permutation » entre services peuvent aussi être envisagés : au S.A.U, à la P.A.S.S, au sein d'une équipe de S.A.M.U Social s'il en existe. Ces stages peuvent aider les professionnels à mieux appréhender les besoins des personnes démunies, et à comprendre les obstacles qu'elles rencontrent sur leur parcours de soin.

Certaines universités présentent des Diplômes Universitaires : « Santé – Précarité » (Annexe n°4). Selon les besoins, ces programmes de formation peuvent être proposés.

Pour développer la prise en charge globale, des outils de transmissions inter-professionnelles sont encore à développer. La mise en place du dossier patient dans l'ensemble des établissements de santé a permis de regrouper dans un document unique l'intégralité des informations concernant le patient. De leur côté, les équipes paramédicales ont développé le dossier ciblé (intégré au dossier patient) qui permet grâce aux transmissions ciblées de suivre de manière pluridisciplinaire l'état de santé et les besoins de la personne soignée. Les formations aux transmissions ciblées, au raisonnement diagnostique infirmier sont aussi à encourager et à renouveler.

3.2.2 L'évaluation des pratiques professionnelles

L'évaluation des pratiques professionnelles soignantes est l'analyse que font les professionnels de leur activité clinique. C'est une démarche d'amélioration des pratiques consistant à comparer les pratiques effectuées et les résultats obtenus, avec les recommandations professionnelles, ou un référentiel pré-établi.⁵⁶

Les pratiques et prestations des professionnels peuvent ainsi être évaluées lors de la prise en charge des personnes en situation de précarité. Que ce soit à la P.A.S.S., dans le S.A.U. ou dans les services de court séjour, la pratique d'audit ciblé sur des moments clés de la prise en charge peut aider les équipes à améliorer leur performance, à réduire les temps d'attente et la durée des séjours. Un travail peut aussi être développé dans le cadre de la préparation des sorties des patients hospitalisés.

3.2.3 La nécessaire création d'outils de suivi

La prise en charge et le parcours de soin des populations précaires demandent l'intervention de multiples acteurs. Pour assurer le suivi et fluidifier ainsi le parcours de soin, ces professionnels auront besoin d'outils servant à la transmission et à la traçabilité des actes de soins et des démarches qui auront été entreprises.

Le dossier ciblé et l'esprit développé par « les transmissions ciblées » (équipes pluridisciplinaires centrées sur le patient et ses problèmes de santé et non pas uniquement sur la pathologie médicale) permettent à chaque professionnel d'utiliser le dossier et de trouver les informations qui lui sont nécessaires. Cette philosophie et cette méthode d'écriture devra être conservée, même si elle est à adapter à l'informatisation future du dossier patient dans la cadre du développement des systèmes d'information.

La planification murale des soins existe dans l'ensemble des unités de soins visitées. Placée dans le bureau infirmier, elle permet de visualiser, sous la forme d'un tableau, pour chaque patient pour vingt quatre heures, et heure par heure, les soins et examens programmés pour la journée. Cette planification pourrait être optimisée : à chaque équipe de trouver comment programmer l'intervention du service social, comment signaler les démarches effectuées pour la sortie du patient... Les équipes des services de médecine du C.H.A. et du C.H.V. ont mis au point un code couleur qui signale les interventions de l'ensemble des personnels paramédicaux et social. Les assistantes sociales utilisent la planification. Elles ont défini avec le cadre de santé et l'équipe, une procédure d'utilisation.

Des documents spécifiques initiés dans le S.A.U. par le personnel d'accueil, pourraient être insérés dans le dossier du patient et remplis tout au long du parcours de soin, par l'ensemble des équipes intervenantes dans la prise en charge des personnes en situation de précarité. Le risque est de multiplier les documents spécifiques, de stigmatiser les patients et de ne plus se servir correctement du dossier patient.

Les outils sont nécessaires, mais c'est aux équipes de les développer, en concertation et en fonction de leur projet de prise en charge.

⁵⁶ HAUTE AUTORITE DE SANTE. *La politique d'évaluation des pratiques de la H.A.S.*, disponible sur Internet : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_434225/la-politique-devaluation-des-pratiques-de-la-has

3.3 Parcours de soins, parcours de vie ?

3.3.1 La promotion de l'interdisciplinarité au sein de l'hôpital

La prise en charge des personnes en situation de précarité associe à la fois les personnels médicaux, paramédicaux et socio-éducatifs. Leur parcours de soins doit donc être envisagé en transversalité. Pour assurer sa fluidité, chaque acteur hospitalier a un rôle à jouer. La coordination et l'anticipation des interventions de chacun peuvent faire lever les obstacles. C'est pourquoi le travail en étroite collaboration doit être encouragé et formalisé. Les entretiens avec les assistantes sociales et le cadre socio-éducatif ont mis en évidence que la P.A.S.S., lorsqu'elle existe, y joue un rôle prépondérant. Elle permet non seulement la régularisation de l'accès aux soins, mais aussi l'articulation avec les structures extérieures à l'Hôpital.

Le développement des systèmes d'information est à promouvoir car ceux-ci permettent le regroupement des informations et leur accès rapide à l'ensemble des professionnels.

Une équipe mobile précarité pourrait alors être créée. Actuellement au C.H.L., composée d'un médecin, d'une assistante sociale et sous la responsabilité d'un cadre de santé, cette équipe a pour mission de venir en aide aux personnes précaires hospitalisées. Elle établit le diagnostic médical et social et met en place un projet de prise en charge adapté à la personne en intra et en extra-hospitalier. Elle travaille en partenariat avec le S.A.U., le réseau « santé-solidarité », les Centres Locaux d'Information et de Coordination (C.L.I.C.).

3.3.2 Le développement du travail en réseau

Des passerelles entre les secteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux sont à promouvoir et à déployer. En effet, les assistantes sociales lors des entretiens, ont montré le manque de lien avec les différentes structures extra-hospitalières. Bien souvent elles créent un réseau qui repose plus sur des connaissances professionnelles, ou encore des liens affectifs. La formalisation d'un réseau tel qu'ont pu le développer le C.H.L. ou le C.H.V. dans leur environnement, doit être encouragé.

Souvent lors des « plans grands froids », la D.D.A.S.S. avec la préfecture et les sous-préfectures établit un partenariat entre l'Hôpital, les équipes mobiles lorsqu'elles existent, les associations de l'arrondissement (Emmaüs, Médecins du Monde, Boutique Abbé Pierre...), les équipes des Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale, les services de la police et des sapeurs-pompiers. Ces partenariats témoignent d'une véritable motivation. Ils montrent qu'une dynamique et un maillage auxquels il sera nécessaire d'associer la médecine libérale, la ville, le Conseil général, les caisses d'assurance maladie, peuvent se créer sur le territoire de santé ,

3.3.3 Le développement du projet de vie

La prise en charge des personnes démunies doit être dirigée vers un projet de vie. Le rôle des professionnels hospitaliers ne doit pas se limiter à la seule prise en charge du problème de santé, mais doit s'élargir à la reconnaissance de l'ensemble des problèmes médicaux, sociaux et psychologiques. Orientées vers des prises en charges adaptées à l'ensemble de ces problèmes, les personnes en situation de précarité pourront trouver des réponses personnalisées à leurs besoins, et ainsi intégrer ou réintégrer des trajectoires de vie « normalisées ».

Le passage à l'Hôpital n'est qu'un élément du parcours de soin des populations fragilisées. Il ne saurait être dissocié de l'amont et de l'aval. Si pour ces personnes, l'amont représente une trajectoire de vie brisée par une suite d'événements, l'aval doit apparaître plus « uni ». La rencontre avec les professionnels de santé et les professionnels socio-éducatifs doit amener des pistes de solutions à leurs problématiques. Un suivi médical et psychologique doit être instauré à la sortie du patient en partenariat avec les organismes et associations présentes dans le bassin de vie : c'est en ce sens que le parcours de soins doit être structuré et coordonné. De la même manière, un suivi social est nécessaire.

Si la P.A.S.S., ou le service social de l'Hôpital lorsqu'elle n'existe pas, sert de point de départ à une prise en charge des problèmes médicaux, de logement, d'emploi, de revenus, d'accès aux soins, elle doit impérativement passer le relais et orienter (quelquefois accompagner) les personnes dans leurs multiples démarches. C'est en ce sens que le projet de soin des personnes en situation de précarité devient un projet de vie.

Conclusion

Si la législation a fait beaucoup évoluer pendant la seconde moitié du 20^{ème} siècle, la lutte contre l'exclusion sociale, et a fait de la prise en charge des personnes fragilisées une priorité de santé publique, il n'en demeure pas moins encore des difficultés pour ces personnes tant dans l'accès aux soins que dans leurs parcours de soins. L'Hôpital, par sa vocation première, reste pour elles l'interlocuteur privilégié. Elles y arrivent souvent avec un état de santé encore plus dégradé que la population générale, portant le fardeau d'un parcours de vie semé d'événements déstabilisants. En situation d'isolement social, avec peu ou pas de ressources financières, sans logements parfois, elles nécessitent alors une prise en charge pluri-professionnelle qui s'inscrit dans le temps.

L'analyse documentaire, et les entretiens effectués auprès de personnels hospitaliers a montré que même si en grande partie les établissements publics de santé proclamaient leurs missions sociales en favorisant l'accueil de tous sans discrimination et en instaurant des P.A.S.S., ces missions dans la réalité du travail des services de soins étaient moins concluantes. Les parcours des patients en situation de précarité présentent encore des obstacles.

Valorisant l'activité médicale et les soins techniques, les équipes médicales et paramédicales restent centrées sur les activités de soins, omettant la prise en charge globale de la personne démunie. Si les dimensions sociales et les conditions de vie sont peu ou pas abordées lors de l'entrée du patient, c'est aussi parce que la représentation de la précarité n'a pas vraiment évolué chez les infirmières. De plus, les patients se sentent humiliés et ont souvent honte de parler de leurs difficultés sociales et financières. Seules les infirmières plus expérimentées, celles qui ont bénéficié d'une formation complémentaire d'infirmière clinicienne par exemple, se disent prêtes à affronter ces situations complexes de santé, et à envisager avec le patient, des réponses.

Très souvent, le relais est passé au service social et un véritable partenariat s'instaure entre les équipes médicales, soignantes et socio-éducatives.

Cette étude a permis de répondre aux différentes questions posées en introduction. Elle a permis de mieux comprendre pourquoi certains parcours patients restaient cahoteux, et pourquoi le parcours de soin doit être envisagé à la fois en amont et en aval de l'hospitalisation. Le séjour hospitalier n'en est qu'une partie qui peut être prépondérante pour la suite du parcours.

En effet, l'hospitalisation doit permettre aux personnes démunies d'intégrer un programme de réinsertion individualisé et adapté à leurs besoins. Le développement des partenariats et la formalisation de travail en réseau avec la P.A.S.S., les services de la

ville, la médecine libérale, le Conseil Général, les associations, les centres d'hébergement et de réinsertion sociale deviennent nécessaires.

Des questions se posent encore cependant : dans le contexte actuel de réduction des dépenses de santé, de contraintes financières et de financement à l'activité, l'Hôpital a encore des difficultés à envisager ses missions sociales. La prise en charge des personnes en situation de précarité peut provoquer un questionnement éthique de la part de ses administrateurs.

Des propositions et réponses émanent d'ores et déjà des pouvoirs publics : les Missions d'Intérêt Général, l'évolution des tarifs hospitaliers, l'augmentation des ressources allouées aux établissements accueillant une forte proportion de personnes démunies, pourraient permettre de financer la prise en charge plus longue et plus lourde des personnes précaires hospitalisées.

Dans un autre registre et dans le but de réduire les inégalités de santé, la Mission conduite par André Flajolet, relative aux disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire, fixe pour les vingt ans à venir l'orientation générale de la réduction des inégalités de santé par le développement de la prévention. « ...*Le défaut de santé, puis son aggravation, est la principale marque d'inégalité et [que] ce défaut génère les difficultés qui enferment les personnes dans une précarité de situation dommageable pour la société entière.* »⁵⁷

Ainsi, après avoir développé les dispositifs d'accès aux soins, de recours aux soins et de « prises en soin » des personnes fragilisées, les nouvelles Agences Régionales de Santé auront pour mission de développer la prévention et leur accès à la prévention.

⁵⁷ FLAJOLET A. 2007, Mission au profit du gouvernement relative aux disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire, Ministère de la Santé de la jeunesse, des sports et de la vie associative, p 5

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires:

PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE. Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions, Journal officiel n° 175 du 31 juillet 1998, p 11679

PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE. Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création de la couverture maladie universelle. Journal Officiel n° 172 du 28 juillet 1999, p 11229

PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Journal Officiel n° 54 du 5 mars 2002, p 4118

PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE. Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Journal officiel n° 185 du 11 août 2004, p 14277

PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE. Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Journal officiel n° 190 du 17 août 2004, p 14 598

MINISTERE DES SOLIDARITES, DE LA SANTE ET DE LA FAMILLE. Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé. Journal Officiel n° 102 du 3 mai 2005, p 7626

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Décret n° 2002 – 550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière. Journal officiel n° 95 du 23 avril 2002, pp 7187 – 7191

MINISTERE DE L'EMPLOI, DE LA COHESION SOCIALE ET DU LOGEMENT. Décret n°2005-860 du 28 juillet 2005 relatif à l'aide médicale d'état. Journal officiel n° 175 du 29 juillet 2005, p 12 353

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Circulaire n° DH/AF 1/DGS/SP 2/DAS/RV 3 n°98-736 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. Non parue au Journal officiel

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Circulaire n° DHOS/DGS/6C/DGAS/1A/1B/521 du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie. Non parue au Journal officiel

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS. Circulaire n° 2007/DGS/430 du 7 décembre 2007 relative au programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS). Bulletin officiel n° 2008-1, annonce n° 53

Ouvrages :

BEITONE A., CAZORLA A., DOLLO C., DRAI AM., 2007, *Dictionnaire des Sciences Economiques*, Paris : Armand Colin 2^{ème} édition, 487 p

BELLEGO O., CAIRE G., JAMOT-ROBERT C., LAKEHAL M., 2005, *Dictionnaire des Questions Sociales*, Paris : L'Harmattan, 244 p

CHAUMAT E., DANCAUSSE F., 2008, *Les transmissions ciblées au service de la qualité des soins*, Paris : Masson , Démarche soignante, 240 p

DAMBUYAT-WARGNY G., VIGARELLO G., 2006, *Quand on n'a plus que son corps, soin et non-soin de soi en situation de précarité*, Paris : Armand Colin, 230 p

DUPRIET R., LADSOUS J., LEROUX D., THIERRY M., 2002, *La lutte contre l'exclusion – Une loi, des avancées, de nouveaux défis*, Rennes : éditions ENSP , 102 p

HERRGOTT B., « L'identité des plus démunis entre catégorisation officielle et négociations officieuses : le cas du glissement vers la catégorie du handicap », in DEL SOL M., EYDOUX A., GOUZIEN A., MERLE P., TURQUET P., *Nouvelles dimensions de la précarité*, Rennes : PUR, pp 119 – 135

HIRSCH E., 1997, *Soigner l'autre : l'éthique, l'hôpital et les exclus*, Paris : Belfond, 232 p

PARIZOT I., 2007, « La prise en charge des malades démunis : entre univers médical et univers humaniste », in PAUGAM S., *Repenser la solidarité. L'apport des Sciences sociales*, Paris : PUF, Lien social, pp 747- 763

SCHWEYER F-X., 2001, « L'hôpital public et les populations précaires : un retour aux sources ? », in DEL SOL M., EYDOUX A., GOUZIEN A., MERLE P., TURQUET P., *Nouvelles dimensions de la précarité*, Rennes : PUR, pp 287-298

SCHWEYER F-X., 2007, « Les hospitaliers et la solidarité : la fin des évidences », in PAUGAM S., *Repenser la solidarité. L'apport des Sciences sociales*, Paris : PUF, Lien social, pp 723-745

Rapports et Publications :

AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE, 2001, *Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé : préparation de la sortie du patient hospitalisé*, Service évaluation des pratiques, 72 p

AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE, 2004, *Chemin Clinique : une méthode d'amélioration de la qualité*, Service évaluation des pratiques, 44 p

CAMBOIS E., 2004, *Les personnes en situation sociale difficile et leur santé*, Les travaux de l'observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale 2003-2004, Paris : la documentation française, pp 101-126

COMITE CONSULTATIF NATIONAL D'ETHIQUE POUR LES SCIENCES DE LA VIE ET DE LA SANTE, 2007, *Santé, éthique et argent : les enjeux éthiques de la contrainte budgétaire sur les dépenses de santé en milieu hospitalier*, Avis n°101, Paris, 33 p

FLAJOLET A., 2007, *Mission au profit du gouvernement relative aux disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire*, Ministère de la Santé de la jeunesse, des sports et de la vie associative, 91 p

MISSION NATIONALE D'EXPERTISE ET D'AUDIT HOSPITALIERS, 2006, *Qualité et efficience : l'Hôpital avance - 30 belles histoires de réorganisation des hôpitaux et des cliniques*, Paris : publication Ministère de la Santé et des Solidarités, 39 p

OBSERVATOIRE DE LA PAUVRETE ET DE L'EXCLUSION SOCIALE, 2008, *Rapport de l'observatoire National de la pauvreté et de l'exclusion sociale 2007-2008*, Paris : la documentation française, 210 p

SALINES E., DANET S., 2007, *L'état de santé de la population en France, Indicateurs associés à la loi relative à la politique de santé publique*, Synthèse du Rapport d'étude pour la D.R.E.E.S., Ministère du travail, des relations sociales et de la solidarité, Ministère de la santé de la jeunesse et des sports, Ministère du budget des comptes publics et de la fonction publique, 61p

Revue :

BRUNETEAUX P., novembre-décembre 2007, « Vide Juridique et renvois arbitraires dans les centres d'hébergement d'Urgence parisiens », *Revue de Droit sanitaire et social*, n°6, pp 965-978.

DAMON J., novembre-décembre 2007, « La prise en charge des vagabonds, des mendiants et des clochards : une histoire en mouvement », *Revue de Droit sanitaire et social*, n°6, pp 933-951.

EMMANUELLI X., 4^{ème} trimestre 2007, « L'action du S.A.M.U. social », *Laennec*, tome 55, pp 39- 47

LORTHOLARY O., 4^{ème} trimestre 2007, « Pathologies infectieuses et précarité en France », *Laennec*, tome 55, pp 7-14

LARCHER P., 4^{ème} trimestre 2007, « Principales répercussions de la pauvreté sur la santé », *Laennec*, tome 55, pp 15- 26

ROMAN D., novembre-décembre 2007, « Les sans-abris et l'ordre public », *Revue de Droit sanitaire et social*, n°6, pp 952-964.

Thèses et mémoires :

BATELI L., 2007, *L'élaboration du projet de soins : quelle opportunité managériale pour le directeur des soins ?*, Mémoire de Directeur des Soins : Ecole Nationale de la Santé Publique, 66 p

CAILLAT A-M., 2002, *Précarité et accès aux soins : une nécessaire modification des pratiques professionnelles ?*, Mémoire de Directeur des Soins : Ecole Nationale de la Santé Publique, 71 p

DOUCAS-DANY E., 2005, *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 de Directeur d'Hôpital : Ecole Nationale de la Santé Publique, 86 p

GAILLAC E., HOSQUET M-C., JOUAN O., LE GUELLAUT H., LIBERMANN J., MARREC C., MORIN K., SANQUER R., SIMONET M., THOUVENOT O., TORT S., VERDONCQ P., VOILMY L., 2007, *Recours aux soins et suivi médical des personnes en situation de précarité sociale*, Mémoire interprofessionnel de Santé Publique : Ecole Nationale de la Santé Publique, 37 p

Sites internet :

COMITE CONSULTATIF NATIONAL D'ETHIQUE POUR LES SCIENCES DE LA VIE ET DE LA SANTE [visité le 28.03.2008] <http://www.ccne-ethique.fr>

HAUTE AUTORITE DE SANTE, <http://www.has-sante.fr>

HAUTE AUTORITE DE SANTE. *La politique d'évaluation des pratiques de la H.A.S.*, disponible sur Internet : [visité le 24.06.2008] http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_434225/la-politique-devaluation-des-pratiques-de-la-has

LEGIFRANCE. <http://www.legifrance.fr>

MINISTERE DE LA SANTE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS, *Mesures de redressement pour l'assurance maladie pour 2009* [visité le 05.08.2008] <http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/actualite-presse/presse-sante/communiqués/mesures-redressement-assurance-maladie-pour-2009>

OBSERVATOIRE REGIONAL DE LA SANTE DU NORD-PAS DE CALAIS [visité le
17.07.2008] <http://www.ornpdc.org/>

RESEAU-SANTE-SOLIDARITE-LILLE-METROPOLE, <http://www.sante.solidarite.org>

Liste des annexes

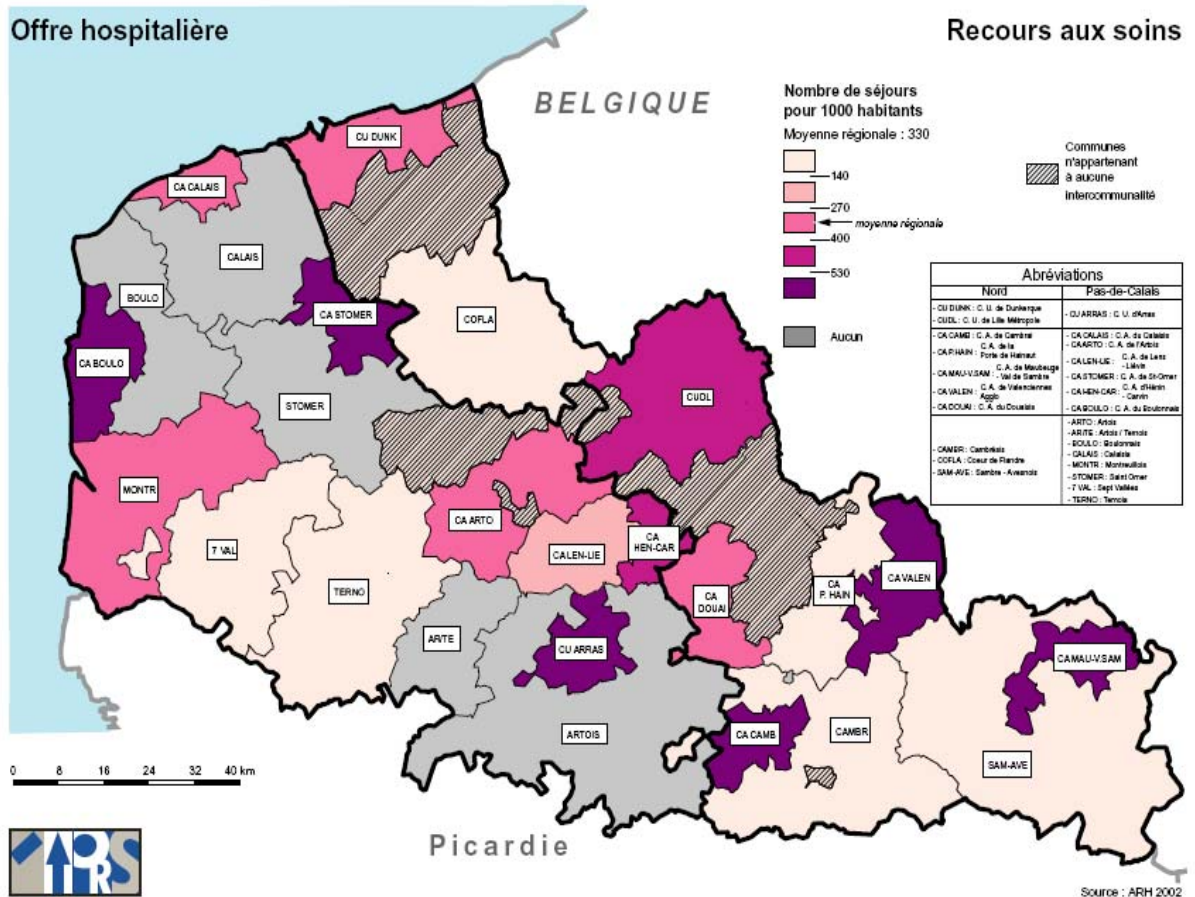
Annexe n° 1 : Carte de la Région du Nord-Pas de Calais : Offre hospitalière/Recours aux soins.....p III

Annexe n° 2 : Méthodologie et Grilles d'entretien semi-directif utiliséesp V

Annexe n° 3 : Les onze indicateurs de pauvreté retenus par l'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale.....p IX

Annexe n° 4 : Programme du Diplôme Universitaire « Santé Précarité » présenté par la Faculté de Lille.....p XIII

Annexe n° 1 : Carte de la Région Nord-Pas de Calais Offre Hospitalière /Recours aux Soins



Source : OBSERVATOIRE REGIONAL DE LA SANTE

<http://ornpdc.gapi.fr/cartothèque/hirecours.pdf>

Méthode employée :

Types de questions :

Poser des questions ouvertes au début de chaque thème de type : Comment cela se passe, comment vous faites, qu'est ce qui fonctionne, quelles sont les difficultés, les solutions possibles ...

Des questions de relance sont prévues selon les réponses (si oui, si non...)

Rappel du cadre de l'entretien :

Se présenter, donner le sujet du mémoire aux directeurs des soins, aux assistantes sociales, au cadre socio-éducatif, au cadre de santé et aux deux médecins rencontrés.

Pour les infirmières, le sujet de l'étude n'a pas été présenté au début de l'entretien, car il était important qu'elles expliquent dans un premier temps, comment se déroulait l'accueil d'une personne dans leur service et qu'elles énumèrent les tâches effectuées.

Prise de notes :

Préparation d'un support papier où étaient pré-inscrites les questions. Ceci a facilité la transcription fidèle des réponses, et permis de suivre l'évolution de la pensée de l'interviewé.

Analyse :

Les entretiens par groupe de professionnels ont été relus. Les idées fortes ont été reprises et recopiées dans un tableau au regard de chaque thème abordé dans les questions. La lecture de l'ensemble de ce tableau a permis de synthétiser les pensées développées lors des entretiens.

Grille d'entretien Directeur des Soins

Comment se passe la prise en charge des personnes en situation de précarité dans votre établissement ? Est ce une particularité de la population du bassin de vie ? Est ce que les équipes hospitalières y sont souvent confrontées ?

L'avez vous déclinée dans votre projet de soin ? Si oui : comment, sous quelle forme? Si non : pourquoi ? Pensez vous le faire ?

Quelle est la politique de soin et les stratégies que vous avez pu mettre en œuvre pour ce type de prise en charge ?

Pensez vous que le projet de soin influence les comportements des équipes paramédicales ? Comment ?

Pensez vous que les circuits et les parcours de soins des personnes en situation de précarité soient différents des parcours et circuits des autres personnes ?

Existe-t-il une P.A.S.S. ? Si oui : quel est son fonctionnement ? Est ce qu'elle travaille en lien avec les services hospitaliers ? Comment cela se passe ?

Si non : Est un projet ? Comment cela fonctionne ?

Comment le directeur des soins peut se positionner et quelles réponses peut il y apporter pour améliorer la qualité et la continuité de la prise en charge des personnes démunies ?

Grille d'entretien IDE

L'entrée d'un patient en hospitalisation :

Pouvez vous me raconter ce que vous faites lors de l'entrée d'un patient dans votre service ?

- Faites vous un entretien d'accueil ? quelles données recherchez vous ?
- Que notez vous dans le dossier de soin ?
- Avez vous été formée aux Transmissions ciblées ? Comment est structurée la synthèse d'entrée, comment notez vous les informations recueillies auprès du patient ?

La sortie des patients du service :

Comment s'organisent les sorties des patients ?

- Ont ils recours aux services de soins de suite ? Pour quels motifs ?
- Comment est organisé le transfert ? Qui s'en occupe ?

La prise en charge des patients en situation de précarité :

Comment définiriez vous la précarité ?

- Vous arrive t'il d'accueillir des personnes en situation de précarité dans le service ?
- Comment se passe l'entrée ?
- Vous arrive t-il d'envisager la sortie ? Que faites vous ? Qu'inscrivez vous dans le dossier de soins ?

Les liens avec le service social :

Travaillez vous souvent avec l'assistance sociale ?

- Comment faites vous les liens ? Que transmettez vous ?
- Comment s'organise le travail entre vous ? Passez vous par le cadre du service ?

Question finale :

Pouvez vous me dire pour quelles raisons dans les services de soins, la sortie des patients en situation de précarité n'est elle pas anticipée ?

Grille d'entretien Assistante sociale

Le profil des personnes accueillies :

Est ce qu'il arrive souvent que des personnes en situation de précarité soient accueillies dans votre établissement ?

- Quelles sont les difficultés les plus fréquentes rencontrées par ces personnes?

La prise en charge des personnes en situation de précarité :

Pouvez vous me dire comment se passe dans votre établissement la prise en charge des personnes en situation de précarité ?

- Où commence la prise en charge ?...
- Etes vous prévenue des situations ? A quel moment et par qui êtes vous prévenue ? Comment êtes vous prévenue ? (téléphone, fax, lors des visites systématiques dans les services...)
- Pour quels motifs ?

Comment qualifieriez vous ce type de prise en charge ?

- Est ce facile ?
- Y-a-t-il des limites ? Si oui quelles sont-elles ?

Le travail avec les équipes des services de court séjour

Travaillez vous souvent avec les équipes des services de court séjour ? Comment cela fonctionne ?

- Comment est organisé le travail avec elles ? Comment sont transmises les informations ?
- Pensez vous que les liens avec les services pourraient être améliorés ? si oui : que pourrait-on améliorer ? Si non : pourquoi ?

Le travail avec la P.A.S.S

Existe-t-il une P.A.S.S dans l'établissement ?

Si oui : où est elle située ? Comment fonctionne-t-elle ? Quelles sont ses missions ? Qui la constitue ? Travaillez vous en lien avec la P.A.S.S. ? Si oui : pour quels sujets, avez vous des outils de transmissions ? Si non : pourquoi ?

Est un avantage pour les personnes en situation de précarité ?

Si non : est ce un projet ?

Pensez vous que la P.A.S.S. pourrait vous aider dans votre travail ? A quel niveau ?

Comment envisagez vous le travail en collaboration ?

Comment la P.A.S.S. pourrait changer votre travail ?

Question finale :

Pensez vous que les infirmiers anticipent les sorties des personnes en situation de précarité ?

Grille d'entretien Médecin gastro-entérologue

Recevez vous dans votre service des personnes en situation de précarité ?

- Quelles sont leurs spécificités ?
- Avez vous perçu une évolution ? Au niveau des pathologies ? Du contexte socio-économique ? Durée d'hospitalisation ?...

Comment sont envisagées les sorties ? Quelles difficultés rencontrez vous ? Y-a-t-il des solutions possibles ?

Travaillez vous, avez vous des contacts avec le service social, la P.A.S.S. ? Comment cela fonctionne ?

Pensez vous que les infirmières anticipent les sorties des personnes en situation de précarité ?

Les onze indicateurs retenus par l'Observatoire

Les indicateurs de pauvreté

Le taux de pauvreté est mesuré par la part des individus dont les **revenus par unité de consommation sont inférieurs au seuil de 60 % du revenu médian**. Il est apparu nécessaire de faire apparaître, en « sous-indicateur », le taux de pauvreté au seuil de 50 %, afin de faciliter la comparaison avec les années précédentes (sources : Insee-DGI, ERF).

Le **taux de pauvreté monétaire** a connu une baisse en France entre 1996 et 2002. Ce taux ne diminue plus depuis 2003. Il a marqué une légère hausse, difficile à interpréter, entre 2004 et 2005. Sur une plus longue période, la forte diminution du taux de pauvreté entre 1970 et 1990 a été ensuite suivie d'une quasi-stagnation.

L'indicateur de taux de pauvreté est complété par une mesure de l'**intensité de la pauvreté**. Cet indicateur permet d'analyser la répartition des revenus des personnes pauvres. La notion d'intensité de la pauvreté mesure l'écart relatif entre le seuil de pauvreté et le revenu médian des personnes vivant en dessous du seuil de pauvreté (et non plus le revenu moyen des personnes pauvres comme dans le précédent rapport). Plus ce chiffre est important, plus le revenu médian de la population pauvre est éloigné du seuil de pauvreté (sources : Insee-DGI, ERF).

Après une baisse continue entre 1996 et 2002, l'intensité de la pauvreté s'est accrue, retrouvant en 2005 son niveau de 1996.

Le **taux de pauvreté de la population en emploi** représente la part des individus en emploi vivant dans un ménage dont le revenu est inférieur à 60 % de la médiane. Malgré la complexité de cet indicateur et ses difficultés d'interprétation (*cf. infra*), l'Observatoire a jugé important de suivre les évolutions du phénomène de « pauvreté laborieuse ». L'indicateur et les sources utilisés à partir de 2003 ont été modifiés (nouvelle série issue de l'enquête européenne Statistiques sur les revenus et les conditions de vie, SRCV), d'où une rupture de série visible dans le tableau et des chiffres 2003 qui doivent être analysés avec prudence.

Le taux de pauvreté de la population en emploi a légèrement augmenté de 2004 à 2005, une évolution encore difficile à interpréter compte tenu de la brièveté de la nouvelle série.

La **pauvreté en conditions de vie** est mesurée par l'indicateur synthétique issu de l'Enquête permanente sur les conditions de vie (EPCV) de l'Insee ; il synthétise les réponses à vingt-sept questions relatives à quatre grands domaines (contraintes budgétaires, retards de paiement, restrictions de consommation et difficultés de logement : voir *infra*). L'indicateur synthétique cumule pour chaque ménage le nombre de difficultés sur les vingt-sept retenues. La proportion de ménages subissant au moins huit carences ou difficultés a été retenue pour définir le taux de pauvreté en conditions de vie, afin de retrouver le même ordre de grandeur que le taux de

pauvreté monétaire. La rupture de série en 2004 s'explique par le passage de l'EPCV à l'enquête européenne SRCV.

La pauvreté en conditions de vie marque une évolution favorable, qui exprime la diminution de la part des situations de grande privation.

Globalement, les indicateurs de pauvreté expriment une tendance plutôt défavorable, même si ces évolutions devront être suivies dans la durée pour être confirmées.

Les indicateurs relatifs aux minima sociaux

L'**évolution annuelle du nombre d'allocataires de minima sociaux d'âge actif** est un indicateur conjoncturel reflétant les situations de pauvreté recensées par les organismes gestionnaires des minima sociaux. L'Observatoire a souhaité centrer l'indicateur sur les quatre minima sociaux d'âge actif (RMI, API, ASS et AAH) en raison de leur interdépendance forte avec l'évolution de la conjoncture du marché du travail, les autres minima sociaux répondant à des logiques propres parfois peu corrélées à la conjoncture (sources : Drees, Cnaf, Unedic).

Cet indicateur permet de saisir l'impact important de la conjoncture sur la situation des personnes en difficulté, l'évolution du nombre de bénéficiaires étant particulièrement pro cyclique : ainsi, la période de croissance forte et de réduction du chômage entre 1997 et 2000 se traduit, avec un décalage d'environ un an, par une moindre hausse puis une baisse du nombre d'allocataires. À l'inverse, la dégradation conjoncturelle et la remontée du chômage à partir de 2001 ont entraîné une hausse de l'indicateur, qui se stabilise en 2006 à un niveau élevé.

Le **taux de persistance dans le RMI** mesure la part des allocataires du RMI qui en bénéficient depuis plus de trois ans. La durée retenue correspond à des situations de pauvreté durables, souvent liées à un éloignement persistant du marché du travail (sources : Cnaf).

À l'inverse du précédent, cet indicateur apparaît clairement contracyclique. En effet, la sortie du RMI est le plus souvent le fait d'allocataires de courte durée, ce qui, dans les périodes de croissance de l'emploi, augmente la part relative des plus anciens. Cela peut contribuer à expliquer l'augmentation forte de ce taux en 2005, dans un contexte d'amélioration du marché du travail.

Les indicateurs d'exclusion

La définition d'indicateurs dans ce domaine apparaît délicate, tant en raison de l'absence de définition stabilisée du phénomène que de la difficulté à mesurer des situations qui se caractérisent souvent « en creux » (absence de liens). Les indicateurs traditionnellement proposés pour mesurer les phénomènes d'exclusion (nombre de bénéficiaires de minima sociaux ou chômeurs de longue durée, par exemple) sont critiquables. Le niveau de ces indicateurs peut largement varier en fonction des modifications réglementaires du dispositif, sans que la situation des individus ait été modifiée. Surtout, il est paradoxal de mesurer l'exclusion par référence aux personnes accédant à des dispositifs ou à des droits.

C'est pourquoi il est apparu préférable aux membres de l'Observatoire de chercher à utiliser des indicateurs relatifs au nonaccès à certains droits considérés comme fondamentaux (emploi,

logement, santé, éducation), ce qui correspond en outre à l'approche retenue par le législateur depuis la loi de 1998 de lutte contre l'exclusion.

Les quatre indicateurs retenus en ce sens sont :

- **le taux de renoncement aux soins pour des raisons financières** (tel qu'il est défini dans le PNAI, sur la base des résultats de l'enquête Santé et Protection sociale (ESPS) menée par l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé) ;
- **le taux de sortants à faible niveau d'études** (tel qu'il est défini dans les indicateurs de Laeken, sur la base de l'enquête Emploi Insee) ;
- **le taux de demandeurs d'emploi non indemnisés** par le Régime d'assurance chômage (RAC) et le régime de solidarité (ASS et AI) ; il ressort des données de l'Unedic ;
- **la part des demandes de logement social non satisfaites après un an**, telle qu'elle ressort de l'enquête Logement (Insee) ; ce dernier indicateur n'est disponible, en raison de la fréquence de l'enquête Logement, que tous les quatre ans.

Le taux de renoncement aux soins pour des raisons financières connaît une remontée en 2004 après avoir nettement baissé en 2002 (mise en place de la CMU et de la CMU complémentaire). Le taux de sortants du système éducatif à faible niveau d'études stagne depuis 2000, après avoir fortement diminué entre 1996 et 2000. L'évolution du taux de demandeurs d'emploi non indemnisés renvoie à la conjoncture mais également aux modifications du régime d'assurance chômage (ainsi le durcissement des règles d'indemnisation pèse-t-il fortement sur l'augmentation du taux de non-indemnisation en 2004).

Source : *Rapport de l'observatoire National de la pauvreté et de l'exclusion sociale 2007-2008*, Paris : la documentation française, pp 26-28

MODULE 1 : Introduction à la Santé Publique : concepts et cadre réglementaire des dispositifs de lutte contre la précarité.

Faculté de Lille –Place de Verdun – Métro Oscar Lambret –Pôle Recherche – Sous-sol –
Salle n°3

Jeudi 10 janvier 2008

8h30-9h30	Présentation du D.U	Pr Y. Yazdanpanah	<i>Chef du Service des Maladies Infectieuses CH de Tourcoing</i>		
9h30-12h30	Concepts en Santé Publique. Inégalités sociales et accessibilité aux soins	Dr P.Micheletti	<i>Président de Médecins du Monde France</i>		
14h00-18h00	Précarité : définitions/chiffres. Histoire de la question sociale	M.P. Chauvin	<i>Epidémiologiste Equipe INSERM/recherche sur les déterminants sociaux de la santé et du recours aux soins</i>	I. Parizot	<i>Equipe INSERM/recherche sur les déterminants sociaux de la santé et du recours aux soins</i>

Vendredi 11 janvier 2008

8h30-12h30	Orientation des politiques publiques. Dispositifs réglementaires	M.L. Gindrey	<i>Chef de service Conseil Général du Pas de Calais</i>		
14h00-17h00	Le système de protection sociale en France	Silvana Sion	<i>Responsable de la mission sociale GHICL</i>		

MODULE 2 : Les vulnérabilités particulières de populations ou d'âges spécifiques.

Faculté de Lille –Place de Verdun – Métro Oscar Lambret –Pôle Recherche – Sous-sol –

Salle n°2

Jeudi 07 février 2008

8h30 - 10h00	Evaluation Module 1		
10h00- 12h30	Impacts de la précarité et de l'exclusion sur la santé ; culture et interprétations de la santé et de la maladie	P. Olokose	<i>Anthropologue Lyon</i>
14h00- 16h00	Précarité et pré natalité, quelle prévention ? Prévention de l'IVG et des MST. Education à la sexualité	Intervenant à préciser Dr I. Alcaraz	<i>Dermatologue- Service des Maladies Infectieuses CH Tourcoing</i>
16h00- 18h00	Population carcérale	Pr V. Hédouin	<i>Chef de Service UCSA CHRU de Lille</i>
18h30- 20h00	<i>CONFERENCE: Les personnes âgées sont elles des exclues ?</i>	Pr F. Puisieux	<i>Chef du Service de Médecine Interne gériatrique CHRU de Lille</i>

Vendredi 08 février 2008

8h00- 10h00	Santé Précarité et santé des populations	Pr Salomez	<i>Chef de service Département Informatique médicale et épidémiologique CHRU de Lille</i>
10h00- 12h00	Les situations d'exposition à la violence des femmes en situation de précarité	Dr B. Guillon	<i>Gynécologue Paris</i>
14h00- 15h00	La santé des enfants scolarisés ; l'adolescent	Dr B. Merlier	<i>Médecin scolaire secteur d'Halluin et Roncq</i>

15h00-17h00	Suicide et Toxicomanie chez l'adolescent ; les liens avec la dimension sociale	Dr F. Kochmann	<i>Pédopsychiatre EPSM de l'agglomération lilloise</i>
-------------	--	----------------	--

MODULE 3 : Les formes d'expression des liens entre santé et précarité en fonction des territoires ou en relation avec l'errance et la migration

Faculté de Lille –Place de Verdun – Métro Oscar Lambret –Pôle Recherche –

Jeudi 13 mars 2008

8h30-10h00	Evaluation Module 2				
10h00-11h30	De la souffrance psychologique personnes isolées à l'hospital d'office : quelles stratégies alternatives ?	G. Mondière	<i>Psychologue EPSM Lille</i>		
11h30-13h00	L'Etat et la question sociale : comment la décentralisation bouleverse ou légitime le cloisonnement des politiques publiques ?	M.F. Bachelet	<i>Maître de Conférence IEP Lille</i>		
14h00-16h00	La santé des SDF	Dr C. Matton	<i>Médecin Généraliste Lille</i>	Dr I. Alcaraz	<i>Dermato. - CH Tourcoing</i>
16h00-17h30	Les problèmes liés à la domiciliation ; CMU-AME	M. Hullaert	<i>Chef du Service du pôle Solidarité CPAM de Lille</i>	T. Hennion	<i>Assistant Social MSL</i>

Vendredi 14 mars 2008

8h30-10h30	La problématique du logement chez les travailleurs migrants ; les liens avec les questions de santé	M. Crepin	<i>Directrice Foyer ARELI</i>		
10h30-12h30	Demandeurs d'asile/sans papier. Victimes de la violence politique	F. Giraux	<i>Membre du CA de Médecins du Monde France</i>		
14h00-16h00	Comparaisons européennes de l'accès aux soins des populations vivant dans la précarité	N. Simonnot	<i>Responsable de la coordination des missions France Médecins du Monde</i>		
16h00-17h30	Approche anthropologique des questions de santé : le cas des Roms	P. Vigneaux	<i>Chef du Service AREAS</i>		

MODULE 4 : Les pathologies en lien avec la pauvreté. Approche de situations spécifiques de vulnérabilité. Incidence sur la prise en compte de la santé.

*Faculté de Lille –Place de Verdun – Métro Oscar Lambret –Pôle Recherche – Sous-sol –
Salle n°2*

Jeudi 03 avril 2008

8h30-10h00	Evaluation Module 3				
10h00-12h00	SIDA et précarité	Pr Y. Yazdanpanah	<i>Chef du Service des Maladies Infectieuses CH de Tourcoing</i>	Dr I. Alcaraz	<i>Dermatologue- Service des Maladies Infectieuses CH Tourcoing</i>
14h00-16h00	Handicap et précarité	Dr Pollet	<i>GICL Service de Rééducation Fonctionnelle</i>		
16h00-17h30	Les soins bucco-dentaires des populations précaires	Dr A. Bécart	<i>Chirurgien dentiste UCSA CHRU de Lille</i>		
18h30-20h30	<i>TABLE RONDE : prise en charge somatique des personnes handicapées psychiques</i>	F. Descamps	<i>Directrice territoriale Pôle précarité Conseil Général du Nord</i>		

Vendredi 04 avril 2008

8h30-12h30	Illettrisme et précarité: la langue du pauvre et la pauvreté du langage ; langage et classes sociales	V. Leclercq (CUEPP)	<i>Professeur des Sciences de l'Education Lille III</i>		
14h00-16h00	Psychiatrie et société ; précarité et toxicomanie				
16h00-18h00	Existe-t-il des pathologies de la pauvreté ?	Dr P. Andrejewski	<i>Médecin Généraliste Roubaix</i>		

MODULE 5 : Mise en œuvre d'actions en faveur de la santé : les conditions de réussite et les limites des interventions.

Faculté de Lille –Place de Verdun – Métro Oscar Lambret –Pôle Recherche – Sous-sol – Salle n°2

Jeudi 15 mai 2008

8h30-10h00	Evaluation Module 4				
10h00-13h00	Prise en charge de la souffrance psychologique ; cadre et dispositifs d'interventions	Dr J. Debièvre	<i>Psychiatre Equipe mobile de santé mentale/Diogène</i>	V. Petit	<i>Psychologue Equipe mobile de santé mentale/Diogène</i>
14h00-17h30	L'accompagnement aux soins ; santé et précarité : évaluation du service rendu				

Vendredi 16 mai 2008

8h30-10h00	La précarité vue par les services de la justice	Pr Verkindt	<i>Faculté de Droit Lille II</i>		
10h00-13h00	Le travail en équipe	M. Bonin	<i>Chargée de projet de territoire Dunkerque</i>		
14h00-17h00	La question des limites éthiques des interventions ; la nécessité du soutien psychologique aux intervenants. Dimension sociale de l'approche ; l'accompagnement aux droits	L. Carton	<i>Philosophe Belgique</i>		

MODULE 6 : La mobilisation des acteurs dans la mise en œuvre des actions : partenariats, réseaux et complémentarité des compétences.

*Faculté de Lille –Place de Verdun – Métro Oscar Lambret –Pôle Recherche – Sous-sol –
Salle n°2*

Jeudi 12 juin 2008

8h30-10h00	Evaluation Module 5				
10h00-11h00	La politique de la ville et les réseaux d'acteurs	C. Mignot	<i>Directrice de la politique de la ville Lille</i>		
11h00-12h30	Les associations et la précarité : exemples d'actions dans le domaine médico-social ; analyse de la Charte	L. Leroy	<i>Chargée de mission santé FNARS</i>		
14h00-17h30	Psychopathologie de la grande exclusion	Dr A. Mercuel	<i>Psychiatre Service d'appui Santé mentale et exclusion Hôp. Ste Anne Paris</i>		
18h30-20h30	<i>TABLE RONDE : les PASS : cadre général : la mise en place des PASS à Paris</i>	S. Sion	<i>Responsable de la mission sociale GHICL</i>	S. Bontemps	<i>Responsable Délégation Service Social auprès des patients CHRU de Lille</i>

Vendredi 13 juin 2008

8h30- 10h30	Collectivités territoriales et monde associatif ; les élus et les différents partenaires sur le terrain ; Etat, collectivités territoriales et associations dans la lutte contre l'exclusion	P. Comte	<i>Inspectrice des affaires sanitaires et sociales DDASS du Nord</i>		
10h30- 12h30	Mode d'emploi et concertation de la coordination médico-sociale	Dr P. Andrejewski	<i>Médecin Généraliste Roubaix</i>		
14h00- 17h00	Evaluation finale de la formation				