

**MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE**

**– 2009 –**

**« L'ACCUEIL DES POPULATIONS PRECAIRES A  
L'HEURE PLAN HOPITAL 2007.  
LE CAS DES FEMMES EN SITUATION PRECAIRE  
ACCOUCHANT A L'HOPITAL »**

**– Groupe n° 14 –**

- |                             |                           |
|-----------------------------|---------------------------|
| – <b>Chloé Blond</b>        | – <b>Maria Horvath</b>    |
| – <b>Franck Bottin</b>      | – <b>Clémence Mainpin</b> |
| – <b>Bruno Gézéquel</b>     | – <b>Marie Muller</b>     |
| – <b>Mathilde Guillemot</b> | – <b>Velléda Prat</b>     |

*Animateur :*

*Pierre-Henri Bréchat*

---

# Sommaire

---

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Introduction</b> .....  | <b>1</b>  |
| <b>PREMIERE PARTIE : LE CONTEXTE CONTRAINT DE LA PRISE EN CHARGE<br/>DES POPULATIONS EN SITUATION PRECAIRE A L'HOPITAL,<br/>VERITABLE ENJEU DE SANTE PUBLIQUE</b> .....  | <b>3</b>  |
| <b>1. Inégalités sociales et inégalités de santé : quels enjeux pour la prise en charge<br/>        des femmes enceintes, des jeunes mères et de leurs enfants</b> ..... | <b>3</b>  |
| <b>2. Une population cible définie par le concept controversé de handicap social</b> .....   | <b>4</b>  |
| <b>3. Le Plan Hôpital 2007 : une contrainte à la prise en charge des populations en<br/>        situation de handicap social ?</b> .....                                 | <b>6</b>  |
| A. Le financement de la prise en charge de la précarité par l'hôpital.....   | 6         |
| B. Les surcoûts de la prise en charge des populations en situation difficile à<br>l'hôpital.....   | 8         |
| C. L'influence de la T2A sur l'organisation et la qualité de la prise en charge du<br>handicap social à l'hôpital .....  | 9         |
| <b>DEUXIEME PARTIE : LES DISPOSITIFS D'ACCUEIL ET DE PRISE EN<br/>CHARGE DES FEMMES ENCEINTES EN SITUATION DIFFICILE<br/>ACCOUCHANT A LARIBOISIERE</b> .....             | <b>10</b> |
| <b>1. Les intervenants de la prise en charge d'une parturiente en situation de<br/>        handicap social</b> .....   | <b>10</b> |
| A. Le GH Lariboisière – Fernand Widal.....   | 10        |
| B. Le Département et la Ville de Paris .....   | 11        |
| C. Les acteurs associatifs .....   | 13        |
| D. La médecine de ville .....  | 13        |
| <b>2. La coordination entre ces intervenants : une logique réticulaire</b> .....   | <b>14</b> |
| A. Un dispositif à clé d'entrée hospitalière: le <i>staff</i> parentalité .....  | 14        |
| B. Un dispositif à clé d'entrée médicale : le réseau périnatalité Paris Nord.....  | 14        |
| C. Un dispositif à clé d'entrée sociale : le réseau SOLIPAM.....   | 15        |
| <b>3. Les limites de ces dispositifs spécifiques face à la T2A</b> .....   | <b>16</b> |
| A. Des structures d'aval en nombre limité, déjà « embolisées » .....   | 16        |

|    |   |    |
|----|---|----|
| B. | Une planification perfectible .....           | 16 |
| C. | Un dispositif fragile .....                   | 17 |
| D. | Le manque de dialogue et de coordination..... | 17 |

|  |           |
|--|-----------|
| <b>TROISIEME PARTIE : AMELIORER LE FINANCEMENT ET LES DISPOSITIFS EXISTANTS, UN ENJEU POUR L'ACCOMPAGNEMENT DES FEMMES EN SITUATION DE HANDICAP SOCIAL .....</b> | <b>19</b> |
| <b>1. Améliorer les financements de la prise en charge du handicap social.....</b>   | <b>19</b> |
| A. Un financeur à identifier.....  | 19        |
| B. « GHS social-isable » ou financement globalisé.....   | 20        |
| <b>2. Améliorer le fonctionnement des structures pour pallier le manque de financement .....</b>   | <b>23</b> |
| A. Développer les structures d'amont et d'aval .....   | 23        |
| B. Améliorer la coordination entre les acteurs.....  | 25        |
| <b>3. Réflexions pour une offre adaptée .....</b>  | <b>26</b> |
| <b>Conclusion .....</b>  | <b>29</b> |
| <b>Bibliographie.....</b>  | <b>31</b> |
| <b>Liste des annexes.....</b>  | <b>I</b>  |

---

## Remerciements

---

Notre groupe tient à remercier le Docteur Pierre-Henri BRECHAT pour son soutien et son éclairage tout au long de ce travail.

Nous remercions également les différents interlocuteurs rencontrés (les travailleurs sociaux, le personnel médical, soignant et administratif du GH Lariboisière - Fernand Widal, la Mairie de Paris, la DDASS, la DRASS, l'Aide Sociale à l'Enfance, le réseau *Solidarité Paris Maman*) pour leur accueil, leur disponibilité et l'attention dont ils ont fait preuve.

Les propos contenu dans le présent rapport n'engagent que la responsabilité de ses auteurs

---

# Méthodologie

---

Notre groupe est composé de deux Elèves Directeurs d'Hôpital, deux Elèves Directeurs d'Etablissement Sanitaire, Social et Médico-Social, deux Directeurs de Soins stagiaires, une Elève Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale et une Inspectrice de l'Action Sanitaire et Sociale en détachement.

Le groupe a été animé par Monsieur Pierre-Henri BRECHAT, Praticien Hospitalier au groupe hospitalier Lariboisière – Fernand Widal (AP - HP), chercheur associé/EHESP et au laboratoire de droit de la santé de l'Université Paris VIII.

## Méthodologie de travail

Cette étude se fonde sur les résultats des travaux de recherche du Dr. Pierre-Henri Bréchat<sup>1</sup>, menés au groupe hospitalier Lariboisière – Fernand Widal. Il a été un interlocuteur régulier : lancement du MIP, échanges avec le groupe par téléphone et courriel notamment pour valider et orienter la progression du travail.

Le groupe s'est spontanément inscrit dans une dynamique de travail et dans une répartition des tâches au gré de l'élaboration du mémoire.

Notre démarche a donc été la suivante :

- Une recherche documentaire, initiée par le dossier préalablement fourni, puis étayée par des recherches complémentaires afin de réaliser un état de l'art ainsi qu'un recensement de différents dispositifs de prise en charge existants ;
- Une réflexion commune sur les concepts et la population cible de l'étude ;
- La finalisation, sur ces bases, de notre problématique ;
- La prise de rendez-vous avec d'autres interlocuteurs que ceux déjà contactés par le Dr. Bréchat ;
- L'élaboration d'une grille d'entretiens adaptée à chaque interlocuteur ;
- La réalisation de 15 entretiens semi directifs (dont 3 entretiens téléphoniques) ;
- L'analyse collective des entretiens ;

---

<sup>1</sup> Besnier, D. Castiel, P.-H. Bréchat, M.-C. Grenouilleau, R. Rymer, E. Barranger, « Parturientes accouchant par voie basse, handicaps sociaux et durée de séjour : étude pilote au groupe hospitalier Lariboisière – Fernand – Widal de Paris », *Gynécologie Obstétrique Fertilité*, Fév. 2009 ; vol.37, n°2, p.131.

- La construction puis la validation du plan détaillé ;
- La rédaction du rapport et la préparation de l'oral en vue de sa présentation.

### **Les personnes rencontrées (cf. annexes 1 et 2)**

Le Dr. Bréchat avait fixé des entretiens avec des professionnels de santé exerçant au groupe hospitalier Lariboisière – Fernand Widal (administratifs et médecins). Nous avons complété ceux-ci par des rencontres avec d'autres personnes de l'hôpital (personnel soignant et travailleurs sociaux), ainsi qu'avec des personnes d'autres horizons afin d'enrichir notre étude : Agence Régionale de l'Hospitalisation, DRASS, DDASS, élue de la Mairie de Paris, Aide Sociale à l'Enfance.

Les entretiens se sont déroulés sur trois jours et ont été menés par trois élèves issus de différentes filières professionnelles composant notre groupe.

*« Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un honoraire au-dessus de mon travail »*

Serment d'Hippocrate

---

## Liste des sigles utilisés

---

|  |   |
|--|---|
| ADEMIE   | Action départementale en faveur des mères isolées avec enfant(s)            |
| AME  | Aide Médicale d'Etat  |
| AMESU  | Aide médicale d'Etat – Soins d'urgence                                      |
| AP-HP  | Assistance Publique –Hôpitaux de Paris                                      |
| ARH  | Agence régionale de l'hospitalisation                                       |
| ARHIF  | Agence régionale de l'hospitalisation d'Ile de France                       |
| ARS  | Agence régionale de santé   |
| ASE  | Aide sociale à l'enfance  |
| ATIH   | Agence technique de l'information hospitalière                              |
| BOP  | Budget opérationnel de programme  |
| CASF   | Code de l'action sociale et des familles                                    |
| CASVP  | Centre d'action sociale de la Ville de Paris                                |
| CDEF   | Centre départemental enfance famille  |
| CHRS   | Centre d'hébergement et de réinsertion sociale                              |
| CHT  | Communauté hospitalière de territoire                                       |
| CIH  | Classification internationale du handicap                                   |
| CMU  | Couverture maladie universelle  |
| CMU-C  | Couverture maladie universelle complémentaire                               |
| CNAV   | Caisse nationale d'assurance vieillesse                                     |
| CPAM   | Caisse Primaire d'Assurance Maladie   |
| CSP  | Code de la Santé Publique   |
| DASES  | Direction de l'action sociale, de l'enfance et de la santé (Ville de Paris) |
| DDASS  | Direction départementale des affaires sanitaires et sociales                |
| DHOS   | Direction de l'hospitalisation et des soins                                 |
| DIM  | Département d'information médicale  |
| DRASS  | Direction régionale des affaires sanitaires et sociales                     |
| DMS  | Durée moyenne de séjour   |
| DREES  | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques  |
| EHESP – Module interprofessionnel de santé publique – 2009 |   |



|       |  |
|-------|--|
| DS    | Directeur de soins   |
| D3S   | Directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social |
| ENC   | Echelle nationale de coûts                                   |
| EPRD  | Etat prévisionnel des recettes et des dépenses               |
| ETP   | Equivalent temps plein                                       |
| GH    | Groupe hospitalier   |
| GHM   | Groupe homogène de malades                                   |
| GHS   | Groupe homogène de séjour                                    |
| GRSP  | Groupement régional de santé publique                        |
| HAD   | Hospitalisation à domicile                                   |
| HCSP  | Haut Comité de Santé Publique                                |
| HID   | Handicaps Incapacités Dépendances                            |
| HPST  | Loi Hôpital Patient Santé Territoire                         |
| IASS  | Inspecteur des affaires sanitaires et sociales               |
| IGAS  | Inspection générale des affaires sociales                    |
| OMS   | Organisation mondiale de la santé                            |
| MIG   | Mission d'intérêt général                                    |
| MIGAC | Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation  |
| MISP  | Médecin de santé publique                                    |
| MCO   | Médecine Chirurgie Obstétrique                               |
| PMI   | Protection maternelle et infantile                           |
| PMSI  | Programme de médicalisation des systèmes d'information       |
| PRAPS | Programme régional d'accès à la prévention et aux soins      |
| PRSP  | Plan régional de santé publique                              |
| RMI   | Revenu minimum d'insertion                                   |
| SROS  | Schéma régional d'organisation sanitaire                     |
| SSR   | Soins de suite ou de réadaptation                            |
| T2A   | Tarifification à l'activité                                  |
| TSU   | Traitement des signalements d'urgence                        |
| VIH   | Virus de l'immunodéficience humaine                          |

## Introduction

« Historiquement, l'hôpital est un hospice, c'est l'hôtel Dieu. Aujourd'hui, on veut que ce soit avant tout un lieu médical. Finalement, quand on regarde la situation actuelle, on dirait que les choses redeviennent comme avant ». C'est par ces termes qu'un de nos interlocuteurs à Lariboisière résume le rôle de l'hôpital public dans notre société, tiraillé entre prouesses techniques et accueil de ceux qui n'ont d'autre endroit où aller.

Le GH Lariboisière – Fernand Widal est l'un des plus vieux établissements de l'AP-HP : Fernand Widal a été créé en 1802 (sous le nom de Maison Dubois) et Lariboisière en 1854.

Une étude menée en 2005 par le Service Social Hospitalier de l'AP-HP, montrait déjà que les hôpitaux publics parisiens accueillent beaucoup de parturientes en difficulté : sur celles reçues par le service social, 72% étaient en situation irrégulière, 64% n'avaient pas de ressources financières stables et 49% étaient isolées<sup>2</sup>. Tous les personnels du GH rencontrés s'accordent pour dire que la proportion de parturientes en situation de précarité accueillies à Lariboisière – Fernand Widal est plus importante que dans les autres établissements parisiens et ce, en raison de sa localisation et notamment de sa proximité avec la gare du Nord. De ce fait, l'établissement accueille beaucoup de patients venant d'ailleurs, simplement de passage, voire sans attaches. Ce profil spécifique de la patientèle (cf. annexe 3) est pris en compte par l'établissement jusque dans son projet de soins. En effet, la prise en charge des personnes vulnérables en constitue un volet à part entière. Il se décline en trois mesures :

- Le dossier de soins a été réécrit pour intégrer des indicateurs de précarité.
- Une réflexion transversale, pluridisciplinaire a été initiée sur la thématique de la « *bientraitance* ».
- Une association interne à l'établissement, le *Veston du cœur*, s'engage à fournir des habits (issus de dons) à chaque usager en cas de nécessité.

De même, le programme régional de santé publique en Ile-de-France<sup>3</sup>, prévoit, dans son 7<sup>ème</sup> objectif de « *repérer et accompagner les femmes enceintes en situation de*

---

<sup>2</sup> Coordination du Service Social Hospitalier de l'AP-HP, *Femmes en grande vulnérabilité et maternité. Etude du service social hospitalier*, Mai 2005, 22 p.

<sup>3</sup> Prévu par la loi du 9 avril 2004 relative à la politique de santé publique.

*vulnérabilité psychosociale vers les dispositifs de suivi de grossesse adaptés, en particulier favoriser leur accès à l'entretien du 4e mois de grossesse ».*

L'accueil de cette population en situation précaire constitue, pour tout établissement public de santé, une obligation. La lutte contre l'exclusion sociale est en effet une mission de service public hospitalier, tel que le prévoit l'article L. 6112-1 du Code de la Santé Publique.

Un des principaux défis pour le GH Lariboisière – Fernand Widal est alors de concilier la prise en charge de cette précarité avec le Plan Hôpital 2007. Ce plan, annoncé en Conseil des Ministres le 20 novembre 2002, regroupe quatre axes : la planification hospitalière avec la mise en œuvre des schémas régionaux d'organisation sanitaire de troisième génération (SROS III) ; la nouvelle gouvernance et la mise en place des pôles d'activité ; la réforme du financement des hôpitaux avec l'introduction d'une tarification à l'activité (T2A) et d'un état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) ; et la certification.

Le GH Lariboisière – Fernand Widal, pris en étau entre les exigences d'égalité devant le service public de la santé et les impératifs d'une gestion financière moderne, doit de ce fait réfléchir à une solution conciliant ces différents éléments.

En effet, plusieurs types de surcoûts ont été identifiés dans la littérature, dont celui lié à l'allongement de la durée moyenne de séjour pour des raisons sociales (et non plus exclusivement médicales)<sup>4</sup>.

Pour le GH Lariboisière – Fernand Widal, se pose donc le problème de l'articulation entre la T2A et l'accueil de parturientes en difficulté sociale.

Ainsi, comment cet établissement financé par la T2A gère-t-il l'allongement de la DMS induit par l'accueil de cette population ?

Alors que la prise en charge des populations en situation précaire à l'hôpital dans un contexte contraint constitue un véritable enjeu de santé publique (I), des dispositifs spécifiques d'accueil et de prise en charge des parturientes en situation difficile ont été mis en place autour de l'hôpital Lariboisière – Fernand Widal (II). Face aux limites de ces dispositifs, des axes d'amélioration peuvent être proposés (III).

---

<sup>4</sup> Voir, entre autres, CASTIEL D. *et al.*, « Un modèle de mesure du handicap social à l'hôpital public : quelles ressources supplémentaires ? », *Journal d'Economie Médicale*, 2006/vol. 24, n°7-8, pp.335-348.

# **PREMIERE PARTIE : LE CONTEXTE CONTRAINT DE LA PRISE EN CHARGE DES POPULATIONS EN SITUATION PRECAIRE A L'HOPITAL, VERITABLE ENJEU DE SANTE PUBLIQUE**

L'accompagnement des parturientes en situation précaire est un enjeu de santé publique (1). Pour cette étude, il convient d'observer cette problématique sous l'angle du concept de handicap social (2) et de déterminer l'influence de la mise en place de la T2A sur cette prise en charge particulière (3).

## **1. Inégalités sociales et inégalités de santé : quels enjeux pour la prise en charge des femmes enceintes, des jeunes mères et de leurs enfants**

Dès 1994, le Haut Comité de la Santé Publique (HCSP) a identifié l'existence de fortes inégalités sociales de santé dans notre pays, alors même que les dépenses publiques de santé y sont parmi les plus élevées du monde. Par la suite, son troisième rapport triennal<sup>5</sup> sur l'état de santé en France en 2002, confirme ce paradoxe français et constate que ces inégalités ne régressent pas. La France fait moins bien en ce domaine que nombre de ses partenaires européens. Ces inégalités représentent de véritables pertes de chances pour les personnes concernées bien qu'un certain nombre de dispositifs de suivi aient été mis en place.

La problématique de l'accès au soin des populations en situation difficile se retrouve tout particulièrement dans le cadre de l'accompagnement des femmes enceintes, des jeunes mères et de leurs enfants. Les raisons sont multiples : faibles revenus, absence de couverture sociale, barrières culturelles ou linguistiques, peur d'une répression d'un séjour illicite en France, ou manque d'information sur la nécessité d'un suivi<sup>6</sup>.

Pourtant, assurer un réel accompagnement de ces femmes est un véritable enjeu de santé publique. En effet, il a été démontré qu'une grossesse mal suivie, niée par la mère ou angoissante pour celle-ci du fait de l'incertitude jetée sur son avenir, peut entraîner des risques graves pour la mère et l'enfant : pathologies périnatales, psychopathologies de la

---

<sup>5</sup> HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE, *La santé en France 2002*, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, janvier 2002, pp.22-23.

<sup>6</sup> HEGOBURU A., 2002, *Comment accompagner les mères et futures mères en difficulté à l'occasion de la naissance de leur enfant ? Etude d'opportunité et de faisabilité sur la mise en place d'une structure de prise en charge mères-enfants à Paris*, mémoire de Directeur d'hôpital, ENSP Rennes, pp.13-14.

femme enceinte, de la mère ou de l'enfant, troubles de l'attachement mère-enfant voire maltraitances ou encore séparation de la mère et du nouveau-né pour le confier à l'ASE<sup>7</sup>.

## 2. Une population cible définie par le concept controversé de handicap social

Notre étude s'intéresse aux femmes en situation de précarité accouchant à Lariboisière, vues sous l'angle du concept de handicap social.

Le terme « handicapés sociaux », introduit par la loi du 19 novembre 1974<sup>8</sup>, correspond à l'idée que la précarité ne se limite pas à la seule mesure du revenu et son éventuel caractère aléatoire, mais concerne d'autres facteurs. Cette définition, énoncée dans la Charte d'Ottawa de 1986 qui poursuit les objectifs de la Déclaration d'Alma Ata de 1978<sup>9</sup>, précise les conditions indispensables à toute amélioration de la santé.

Ainsi, une situation de handicap social apparaît lorsque l'individu n'est pas en mesure de se loger, d'accéder à l'éducation, de se nourrir convenablement, de disposer d'un certain revenu, de bénéficier d'un écosystème stable, de compter sur un apport durable de ressources, ou d'avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable<sup>10</sup>.

Des études récentes sur la mesure du handicap social déclinent un faisceau d'indicateurs relevant de ces six domaines : la santé, les ressources, l'insertion culturelle, les relations avec autrui, le logement, le patrimoine<sup>11</sup>.

Concept controversé, le terme de « handicap social » disparaît du contexte législatif avec la dégradation de la situation économique dans les années soixante-dix et une conception très encadrée du handicap tel que définit par l'OMS dans sa Classification Internationale du Handicap<sup>12</sup>. En effet, la majorité des acteurs que nous avons rencontrés se refusent à utiliser ce concept jugé trop stigmatisant, privilégiant les termes de précarité et vulnérabilité sociale.

---

<sup>7</sup> *Ibid.*, pp.18-19.

<sup>8</sup> Loi n°74-955 du 19 novembre 1974 étendant l'aide sociale à de nouvelles catégories de bénéficiaires et modifiant diverses dispositions du code de la famille et de l'action sociale, du code du travail, ainsi que l'article 51 de la loi 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière. Article 3.

<sup>9</sup> Conférence internationale de l'OMS, déclaration d'ALMA ALTA pour la promotion des soins de santé primaires et l'accès de tous à un niveau de santé acceptable, 12 septembre 1978.

<sup>10</sup> Charte d'Ottawa du 21 novembre 1986.

<sup>11</sup> CASTIEL D., BRECHAT PH, SEGOUIN C., GRENOUILLEAU MC, BERTRAND D., « Hôpitaux publics, T2A et handicap social », *Gestions Hospitalières*, juin/juillet 2006, pp.402-403.

<sup>12</sup> La Classification Internationale du fonctionnement, du Handicap, et de la santé (CIH 2), Organisation Mondiale de la Santé, 2000.

La vulnérabilité sociale renvoie à la potentialité d'être blessé en raison d'une incapacité à se protéger. Le contexte social actuel « *d'incertitude*<sup>13</sup> » se traduit pour les individus vulnérables comme un « *contexte d'épreuves et d'évaluations permanentes*<sup>14</sup> » auxquels ils doivent faire face et qui se traduit par des « *blessures individuelles et se thématise sous l'angle de la souffrance sociale* »<sup>15</sup>. Si ce terme est utilisé par les assistantes sociales de Lariboisière-Fernand Widal, elles soulignent toutefois qu'elles voient avant tout les femmes accueillies « *comme des personnes dans leur globalité avec comme angle d'attaque leurs ressorts d'appui, leurs capacités de mobilisation et leurs possibilités de rebondir* ».

Au cours de nos entretiens, c'est le concept de précarité qui a le plus été mentionné. Le rapport Wresinski de 1987 définit la précarité comme « *L'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités et de jouir de leurs droits fondamentaux* »<sup>16</sup>. Pour l'ARHIF et le Ministère de la Santé<sup>17</sup>, la précarité correspond aux bénéficiaires des minima sociaux afin d'écartier tout critère subjectif. De même, une récente étude de la DREES sur la prise en charge des populations dites précaires dans les établissements de soins se fonde sur ce concept<sup>18</sup>. Il est aussi utilisé par les médecins puisqu'il existe une « *case précarité* » dans le dossier obstétrique qui va initier le suivi par les assistantes sociales de l'établissement. Toutefois dans ce cas, aucun critère objectif n'est utilisé et c'est le consultant, selon sa propre sensibilité qui jugera de la situation de la parturiente.

Les concepts de vulnérabilité sociale et de précarité couvrent un champ plus large que la notion de pauvreté, liée uniquement au revenu mais ils restent beaucoup plus restreints que la notion de handicap social dont ils sont l'un des aspects.

---

<sup>13</sup> SOULET Marc-Henry, « La vulnérabilité comme catégorie de l'action publique », *Pensée Plurielle* 2005/2, n°10, édition De Boeck, pp. 49-59.

<sup>14</sup> *Ibid.*, p.55.

<sup>15</sup> *Ibid.*, p.49.

<sup>16</sup> Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, *La prise en charge des populations dites précaires dans les établissements de soins*, DREES n° 81, novembre 2008, p.8.

<sup>17</sup> Discours de Mme Bachelot à Hôpital Expo-Intermédecia, le 27 mai 2008.

<sup>18</sup> DREES, *op. cit.*

Dans le cas plus précis du GH Lariboisière-Fernand-Widal, une étude de 2005 indique que les deux tiers des patients pris en charge se trouvent en situation de handicap social<sup>19</sup>.

Cette vision est concordante avec celle d'un praticien de la maternité qui estime que 60 à 80% de ses patientes sont en grande difficulté. Il s'agit principalement de femmes en situation irrégulière ou en demande d'asile, de femmes enceintes de « *bébés-papiers*<sup>20</sup> » (elles espèrent que la naissance de leur enfant en France leur permettra à elles-mêmes ou au père de l'enfant d'obtenir un titre de séjour), des femmes séropositives principalement d'Afrique sub-saharienne, rejetées par leur famille et en danger de prostitution, de toxicomanes, de jeunes femmes désocialisées en errance, de femmes souffrant de troubles psychiatriques ou de femmes dépressives. Un des enjeux pour les équipes hospitalières est alors d'évaluer la relation mère-enfant que ces femmes pourront établir.

### **3. Le Plan Hôpital 2007 : une contrainte à la prise en charge des populations en situation de handicap social ?**

La réforme du financement des établissements hospitaliers intéresse directement la prise en charge par l'hôpital des populations présentant des handicaps sociaux. En effet, le passage à la T2A impose aux établissements une plus grande efficacité dans leurs pratiques afin de réduire les durées moyennes de séjours et d'augmenter le turnover des patients sur les lits. La question est donc de savoir quelle a été l'influence de cette réforme sur la prise en charge de ces patients.

#### **A. Le financement de la prise en charge de la précarité par l'hôpital**

Les établissements de santé disposent à présent pour leurs activités de médecine chirurgie et obstétrique de trois types de ressources : des ressources liées à l'activité, des ressources liées en partie à l'activité (notamment pour les urgences et les prélèvements d'organes), et les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC).

---

<sup>19</sup> CASTIEL D., BRECHAT P.-H., GRENOUILLEAU M.-C., *De la nécessité d'un financement supplémentaire pour la prise en charge des patients handicapés sociaux à l'hôpital*, Presse Med 2007, n°36, pp. 187-188.

<sup>20</sup> Expression employée par plusieurs personnes interviewées.

La T2A finance les établissements de santé en fonction de leur activité. Leur rémunération est donc liée au nombre de séjours réalisés, à la pathologie du patient, mais aussi à la sévérité de son état de santé grâce aux diagnostics associés. Toutefois, les caractéristiques sociales des patients ne sont actuellement pas prises en compte que ce soit dans les diagnostics principaux ou dans les diagnostics associés. Ainsi, quelle que soit la situation sociale du patient, la Sécurité sociale rémunère le séjour de la même manière. Ainsi, comme l'a souligné le Ministre de la Santé, Mme Roselyne Bachelot-Narquin dans son discours du 27 mai 2008, ce modèle de financement peut dissuader les établissements d'accueillir les plus défavorisés. De ce fait, des adaptations au système actuel ont été définies afin de mieux prendre en compte la situation individuelle des patients. La nouvelle version de la T2A (V11)<sup>21</sup> introduit de nouveaux diagnostics associés ainsi que quatre niveaux de sévérité afin de mieux prendre en compte l'état du patient, et notamment les polyopathologies souvent présentées par des populations précaires.

Les MIGAC financent la prise en charge des populations en situation de précarité. Ces enveloppes sont attribuées aux établissements de santé par l'ARH selon des critères déterminés par l'Etat.

La circulaire budgétaire de la DHOS<sup>22</sup> modifie la répartition des MIGAC afin de privilégier les établissements accueillant un grand nombre de personnes en situation précaire. Ainsi, l'enveloppe des MIGAC devrait être abondée de 100 millions d'euro qui seront répartis entre les établissements selon des indicateurs prenant en compte le nombre de patients bénéficiant de la CMU, de la CMU-C, de l'AME, de l'AMESU. De plus, 733 millions d'euro seront transférés de l'enveloppe tarifaire vers la dotation MIGAC au titre du financement de la prise en charge de la précarité et de la permanence des soins hospitaliers. L'un de nos interlocuteurs à l'ARHIF nous a toutefois indiqué que les ARH n'avaient pas été informées avec précision des clés de répartition de ces nouvelles dotations.

---

<sup>21</sup>Arrêté du 19 février 2009 relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et pris en application de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, et la circulaire budgétaire de la DHOS du 17 mars 2009.

<sup>22</sup>Circulaire n°DHOS/F2/F3/F1/DSS/1A/2009/78 du 17 mars 2009 relative à la campagne tarifaire 2009 des établissements de santé.



## **B. Les surcoûts de la prise en charge des populations en situation difficile à l'hôpital**

Plusieurs études, et notamment un récent rapport de la DREES<sup>23</sup>, mettent en évidence les surcoûts liés à la prise en charge des personnes en situation de handicap social dans les établissements de santé. La littérature identifie communément deux types de coûts : ceux liés à l'allongement des DMS qui ralentissent le turnover sur les lits et que nous étudions dans ce rapport, et ceux liés au séjour lui-même.

Selon une étude de Caryn Mathy et Max Bensadon parue en 1999<sup>24</sup>, les DMS des populations en situation de précarité seraient plus longues de 61% par rapport aux autres patients. Une étude similaire a été menée à la maternité de Lariboisière et chiffre le montant du coût pour l'établissement à 11,2 millions d'euro<sup>25</sup>. Soulignons que l'allongement des DMS ne devient vraiment problématique pour l'établissement qu'à partir du moment où sa file active est suffisante pour remplir à nouveau les lits libérés.

Concernant le coût du séjour, l'étude de Mathy et Bensadon démontre que le coût global du séjour serait de 52% plus élevé<sup>26</sup>. Un récent rapport de la DREES, souligne ainsi que le temps passé par les professionnels de santé est plus long<sup>27</sup> lorsque les patients sont en situation précaire notamment pour la compréhension (problèmes linguistiques) et l'éducation aux soins. De plus, l'établissement subirait une perte d'image auprès des populations les plus aisées et ne pourrait donc plus facturer de chambres simples. Enfin, le rapport met en avant des surcoûts organisationnels<sup>28</sup>. L'un de nos interlocuteurs à l'ARHIF nous a indiqué que la mission T2A en 2008 avait évalué ce coût à 4% à partir des données recueillies auprès des établissements. Quoi qu'il en soit souligne-t-il, « ces 4% n'expliquent pas l'ensemble du déficit de l'AP-HP qui brandit souvent l'argument de l'accueil des populations précaires ».

---

<sup>23</sup> DREES, *op. cit.*

<sup>24</sup> MATHY C., BENSADON M., « Le surcoût de l'hospitalisation des patients précaires », *Journal d'économie médicale* n°5, septembre 2002, pp. 263-278.

<sup>25</sup> CASTEL D., BRECHAT P.-H., GRENOUILLEAU M.-C., *art. cit.*, p.188.

<sup>26</sup> MATHY C. ET BENSADON M., *op. cit.*

<sup>27</sup> Voir aussi 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 Fournier de Nanterre*, mémoire de directeur d'hôpital, EHESP Rennes.

<sup>28</sup> DREES, *op. cit.*, pp.57-62.

### **C. L'influence de la T2A sur l'organisation et la qualité de la prise en charge du handicap social à l'hôpital**

Les membres de l'équipe médicale de Lariboisière-Fernand-Widal s'accordent pour dire que la prise en charge des femmes en situation difficile est chronophage que ce soit en temps passé avec la femme pour lui expliquer voire la convaincre de la nécessité du suivi de sa grossesse ou en temps passé à traiter avec les réseaux afin de trouver une solution à ses difficultés sociales. Ainsi, une consultation de gynécologie dure quarante-cinq minutes avec une femme en situation précaire contre dix minutes en temps normal. Ce temps n'est pas valorisé par la T2A d'où un risque que la course à l'augmentation de l'activité n'incite les médecins à une moins bonne prise en charge.

Toutefois, les professionnels semblent s'accorder sur le fait que même si la T2A « *impacte leur pratique* » et « *leur fait regarder de plus près l'organisation de la prise en charge* », ils ne « *changent pas d'attitude pour autant* ».

De la même manière, notre interlocuteur à l'ARH nous a indiqué que la T2A n'avait rien changé à la prise en charge des populations précaires. Pourtant, ajoute-t-il, « *l'hôpital peut aussi être créateur de précarité* ». En effet, selon lui, la course à la baisse de la DMS est une erreur puisqu'avec les bornes hautes et basses de la T2A, l'hôpital est indemnisé pour les frais d'hôtellerie si la parturiente reste plus longtemps même si elle n'a plus besoin de soins.

**Au total, si la qualité de la prise en charge des parturientes en situation de handicap social n'est pas altérée par le principe de la tarification à l'activité, en revanche l'hôpital semble subir un « manque à gagner » du fait des surcoûts engendrés par leur prise en charge.**

Notre étude de terrain nous a permis d'identifier des dispositifs spécifiques développés autour de la maternité Lariboisière pour compléter la prise en charge médicale par un accompagnement social.

## **DEUXIEME PARTIE : LES DISPOSITIFS D'ACCUEIL ET DE PRISE EN CHARGE DES FEMMES ENCEINTES EN SITUATION DIFFICILE ACCOUCANT A LARIBOISIERE**

Le suivi d'une femme enceinte comprend en règle générale au moins sept examens anténataux, le dépistage régulier des maladies susceptibles de mettre l'enfant à naître en danger, et un soutien psycho affectif si nécessaire. Pour les femmes en situation précaire s'ajoutent des nécessités d'accompagnement social.

### **1. Les intervenants de la prise en charge d'une parturiente en situation de handicap social**

Afin de fluidifier les parcours, le GH Lariboisière – Fernand Widal a mis en place un dispositif d'accompagnement social de ses parturientes qui s'inscrit dans le système d'aide sociale parisien.

#### **A. Le GH Lariboisière – Fernand Widal**

Le GH Lariboisière – Fernand Widal semble avoir adapté son offre médicale au profil spécifique de sa patientèle. Notre étude de terrain a permis d'identifier plusieurs dispositifs.

Tout d'abord, des *staffs* quotidiens permettent de « *partager l'information* » sur les difficultés repérées de certaines femmes. De même, un *staff* spécifique le mardi regroupe les acteurs de la PMI et les personnels de la maternité. Lors de ces réunions, les certificats de santé des enfants sortis dans la semaine sont passés en revue. Ceci doit permettre à la PMI de suivre mères et enfants, y compris au domicile, en cas de problèmes repérés.

De plus, Lariboisière bénéficie d'une garde de pédiatrie alors que sa maternité est encore de niveau 1 (passage en niveau 2 prévu pour l'été 2009). Selon le personnel de l'hôpital que nous avons rencontré, l'établissement n'a pu obtenir cette garde qu'en raison de la forte proportion de parturientes en situation précaire.

Par ailleurs, même si aucun règlement ne le prévoit, les équipes médicales de Lariboisière, s'arrangent pour se rendre disponibles afin d'effectuer des actes pouvant

pourtant être réalisés dans le secteur libéral. Les médecins hospitaliers s'assurent également que les patientes identifiées comme précaires bénéficient effectivement d'un suivi social voire sollicitent eux-mêmes le service social de l'établissement. Là, les assistantes sociales coordonnent les relations avec l'amont et l'aval. Ce sont de véritables pivots dans ce qu'on ne peut pas encore appeler la filière de prise en charge des parturientes en situation précaire : elles facilitent l'accès aux droits, conseillent, informent et orientent. C'est souvent à l'hôpital qu'est initié le suivi social des femmes qui en ont besoin.

## **B. Le Département et la Ville de Paris**

### La Protection Maternelle et Infantile

Selon le Code de la Santé Publique, le service de protection maternelle et infantile est chargé « *des consultations prénuptiales, prénatales et postnatales et des actions de prévention médico-sociale en faveur des femmes enceintes* <sup>29</sup> ». Ces consultations accueillent le plus souvent des familles aux revenus modestes et en situation de vulnérabilité psycho-sociale, essentiellement du fait de la gratuité des services offerts.

A Paris, protection infantile et maternelle sont scindées et le Département a délégué l'ensemble de ses compétences de suivi de grossesse à l'AP-HP. Ainsi, l'une des 10 unités de protection maternelle est située à l'hôpital Lariboisière.

D'un point de vue financier, les consultations et examens des assurées sociales, bénéficiaires de la CMU ou de l'AME, sont directement facturés par l'hôpital à la CPAM. Une convention a été signée entre l'AP-HP et le Département qui prend en charge les frais des personnes non assurées sociales.

À la sortie de la maternité, les centres de protection infantile offrent un accueil permanent aux mères ayant besoin d'être orientées ou de bénéficier de conseils et de prestations de puériculture.

### L'Aide Sociale à l'Enfance (ASE)

Suivant le Code de l'Action Sociale et des Familles, l'ASE, service du Conseil Général, suit les femmes enceintes en situation précaire. D'une part, au titre de la mission d'aide, de soutien, de prévention et de protection des mineurs, l'ASE peut accompagner les

---

<sup>29</sup> Art.L. 2111-1 s. et R. 2112-1 et R. 2112-2, CSP.

mineures enceintes, ou ayant accouché, jusqu'à leurs 18 ou 21 ans. D'autre part, l'ASE soutient matériellement et psychologiquement les majeures enceintes et les mères isolées avec leurs enfants de moins de trois ans.

A Paris, ces missions sont exercées par la Direction de l'Action Sociale, de l'Enfance et de la Santé (DASES). En son sein, le Bureau de l'Aide Sociale à l'Enfance est le point d'entrée des mères mineures, et des femmes isolées enceintes ou mères d'un enfant de moins de trois ans.

Le Bureau de l'ASE est organisé en 13 secteurs exerçant toutes les missions ASE pour sa zone géographique et couvrant les 20 arrondissements. Le GH Lariboisière - Fernand Widal se trouve dans le secteur regroupant les IX<sup>ème</sup> et X<sup>ème</sup> arrondissements. Le Bureau comporte en outre deux cellules spécialisées : l'une traite les signalements d'urgence<sup>30</sup>, la seconde gère l'Action Départementale en Faveur des Mères Isolées avec Enfant(s) (ADEMIE).

L'ADEMIE est compétente pour toutes les décisions de prise en charge d'une femme enceinte ou d'une mère isolée ayant au moins un enfant de moins de trois ans, et ayant besoin d'un soutien maternel éducatif et psychologique. Elle centralise les demandes d'admission en centre maternel.

La DASES propose aux femmes en difficulté sociale, enceintes, ou ayant accouché, des solutions d'hébergement (établissements d'accueil mère-enfant, assistants familiaux pour les mères et leurs enfants, nuitées d'hôtel) et des aides à domicile (aides financières, aides éducatives à domicile, mesures d'accompagnement en économie sociale et familiale, interventions d'aides ménagères et de techniciennes de l'intervention sociale et familiale).

Notre interlocuteur à la DASES s'est félicité que le Conseil de Paris, ces dernières années, se soit efforcé de reconduire à l'identique les crédits affectés à l'Aide Sociale, malgré le contexte général de raréfaction des moyens.

#### Le Centre d'action sociale de la Ville de Paris (CASVP)

En étroite liaison avec le Département, les institutions publiques (CPAM, CNAV...), les associations et différents organismes, il anime une action générale de prévention et de développement social dans la commune. Il dispense des aides et un accompagnement social de proximité, et gère des CHRS et des structures d'orientation et d'accueil de jour pour les personnes sans domicile fixe.

---

<sup>30</sup> Loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance.

Deux CHRS dépendant du CASVP accueillent des jeunes femmes. L'un, Charonne, s'adresse aux familles monoparentales (120 places). L'autre, Pauline Roland, peut accueillir 28 femmes seules et 72 mères accompagnées d'enfants de 0 à 6 ans à leur admission, pour des séjours de 6 mois renouvelables.

### **C. Les acteurs associatifs**

Les équipes de Lariboisière peuvent faire appel à diverses associations afin de prendre en charge les femmes en situation de handicap social.

Ainsi, le Samu social entre autres gère des Centres d'Hébergement d'Urgence (CHU). 38 places sont dédiées aux femmes qui peuvent y rencontrer un médecin ainsi qu'une assistante sociale. Par ailleurs, un pôle d'Hébergement et de Réservation Hôtelière assure la prise en charge hôtelière toujours croissante des personnes orientées par le 115.

Par ailleurs, l'association Emmaüs propose plusieurs solutions d'accompagnement, dont des Centres d'hébergement de type CHRS mais également des résidences maternelles. Les admissions sont réalisées par l'ASE. Le public accueilli se compose par exemple de mères avec enfant de moins de 15 mois ou à partir du 7<sup>ème</sup> mois de grossesse.

Ces associations sont des partenaires incontournables du maillage des réseaux médicaux et sociaux de la Ville de Paris.

### **D. La médecine de ville**

Toute femme enceinte peut choisir de se faire suivre par des médecins libéraux. Or, dans le X<sup>ème</sup> arrondissement, il n'y a qu'un gynécologue de secteur 1 pour environ 90.000 habitants. C'est donc à l'hôpital que ces femmes font leur suivi, quand suivi il y a. Et ce malgré la convention passée entre le Département de Paris et la CPAM, applicable dès 2009, qui met en place la dispense d'avance de frais de certains médecins de ville<sup>31</sup> et la prise en charge intégrale de ces frais par le Département de Paris pour les femmes non assurées sociales et sans ticket modérateur.

---

<sup>31</sup> Seulement pour les médecins de ville appartenant au réseau périnatalité Paris Nord (cf. *infra* pour la présentation du réseau).

## **2. La coordination entre ces intervenants : une logique réticulaire**

L'efficacité de l'action de cet ensemble d'acteurs suppose un effort important de décloisonnement. Des procédures de coordination et de partage d'information, plus ou moins formalisées, ont vu le jour. Elles permettent aux femmes en situation difficile accouchant à l'hôpital Lariboisière de bénéficier d'un suivi sur le plan médical, psychologique et social. Ce suivi doit être déclenché le plus précocement possible et se prolonger jusqu'à trouver une solution de sortie adaptée.

Notre étude de terrain nous a permis d'identifier trois dispositifs. Ils réunissent les mêmes acteurs à travers des clés d'entrée différentes mais complémentaires.

### **A. Un dispositif à clé d'entrée hospitalière: le *staff* parentalité**

Ce *staff* réunit mensuellement, autour du thème de la parentalité, des membres de l'équipe médicale de Lariboisière (gynécologues, obstétriciens, psychiatres, psychologues, pédiatres, et sages-femmes, etc.), des médecins et sages-femmes de PMI, ainsi que des assistants sociaux de secteur et de l'hôpital. Il a pour but d'identifier les risques y compris d'ordre social chez les parturientes. Les solutions de suivi et de prise en charge au stade anténatal sont discutées dans une approche pluridisciplinaire. Ce *staff* revêt une importance particulière pour les médecins, car c'est un moyen privilégié de faire le lien avec l'extérieur, et notamment les autres réseaux. Le rapport Hermange<sup>32</sup> souligne l'importance de ce type de *staff* et propose d'ailleurs leur généralisation, et leur prise en compte dans la certification des établissements de santé.

### **B. Un dispositif à clé d'entrée médicale : le réseau périnatalité Paris Nord**

Ce réseau de santé<sup>33</sup> est centré sur les problématiques de la périnatalité, conformément aux dispositions du décret du 9 octobre 1998<sup>34</sup>. Le réseau a pour mission

---

<sup>32</sup> HERMANGE, Marie Thérèse, *Périnatalité et santé*, rapport remis le 25 février 2006 à Philippe Bas, p.32.

<sup>33</sup> Il qui réunit 6 maternités, dont celle de Lariboisière. Y participent les médecins, les sages-femmes, la PMI, les échographistes et radiologues, les psychothérapeutes, les centres de planning familial, etc.

<sup>34</sup> Décret n° 98-899 du 9 octobre 1998 relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale. La périnatalité comprend le suivi de grossesse, l'accouchement, la naissance et le suivi en post-partum de la mère et du nouveau né.

d'améliorer la sécurité et la qualité des soins, tout en développant une offre plus humaine et plus proche, notamment par un décloisonnement ville/hôpital<sup>35</sup>. Ce réseau s'est adapté aux difficultés sociales de la patientèle de son territoire. En effet, le questionnaire d'inscription (cf. annexe 4) comprend un item concernant les conditions de vie et permet de détecter une situation de précarité. Le réseau a notamment passé une convention avec les CPAM pour assurer aux femmes repérées comme « précaires » un suivi de grossesse par les médecins de ville sans dépassements d'honoraires. Ce réseau fait consensus aujourd'hui à Paris. C'est ainsi qu'il a été demandé au Conseil de Paris (en mai 2009) d'accélérer la création de réseaux dans les autres territoires.

### **C. Un dispositif à clé d'entrée sociale : le réseau SOLIPAM**

L'association SOLIPAM, ou « Solidarité Paris Maman », est un réseau de santé dont l'objectif est « *d'améliorer la prise en charge médicale et sociale des femmes enceintes et des jeunes mères en situation de grande précarité* ». Les acteurs institutionnels, médicaux et associatifs de ce réseau (cf. annexe 5) s'assurent, sur la commune de Paris, de l'effectivité du suivi médical, psychologique, social et administratif des femmes incluses dans le réseau de la grossesse jusqu'au trois mois après l'accouchement. Le réseau coordonne l'action des acteurs, grâce à un dossier de liaison réseau individuel. Les professionnels se sont engagés à un partage des informations nécessaires via ce dossier. L'objectif est d'éviter les ruptures de parcours en s'assurant que les femmes sont bien prises en charge. 100 à 150 femmes bénéficient chaque année d'une prise en charge dans le réseau SOLIPAM. Plus de deux tiers d'entre elles sont des migrantes.

Ces trois dispositifs sont complémentaires et permettent ainsi d'optimiser leurs actions respectives. L'engagement des professionnels et les relations qu'ils tissent entre eux participent au décloisonnement entre l'hôpital, la médecine de ville et le champ social.

C'est de l'efficacité de ce dispositif de suivi des femmes en situation de handicap social que va dépendre la fluidité de leur parcours à l'hôpital.

---

<sup>35</sup> DOUSTE-BLAZY, P., Discours de présentation du plan de périnatalité 2005-2007, 10 novembre 2004.



### **3. Les limites de ces dispositifs spécifiques face à la T2A**

Tous les acteurs rencontrés s'accordent pour dire qu'on ne peut pas à proprement parler de « filière » de prise en charge des parturientes en situation précaire. Ce constat partagé montre que ce dispositif a des limites : un nombre limité de structures d'aval, une planification perfectible, une fragilité du dispositif, un manque de coordination entre les acteurs et une difficulté d'identification de la population concernée.

#### **A. Des structures d'aval en nombre limité, déjà « embolisées »**

Il ressort des entretiens menés que le dispositif de suivi ne permet pas d'accueillir, à la sortie de la maternité, toutes les femmes avec un nouveau-né qui en auraient besoin. Les places offertes dans des structures d'aval adaptées sont en nombre insuffisant. Le manque de moyens accordés à la lutte contre la précarité est régulièrement déploré. Ainsi, les crédits de l'Etat pour le programme « *Prévention de l'exclusion et insertion des personnes vulnérables* » (BOP 177) sont en permanente diminution.

En outre, les structures sociales en aval n'accepteraient que les personnes en situation régulière et à jour de leurs droits. A Lariboisière, ce travail, qui a tendance à faire augmenter les DMS, est celui des assistantes sociales et des agents de la PMI.

#### **B. Une planification perfectible**

L'afflux particulièrement important de populations précaires à Lariboisière apparaît, pour beaucoup de professionnels du secteur, comme la preuve d'un « *échec de la planification* ». En effet, l'hôpital public semble être seul à assurer le suivi de grossesse des femmes aux revenus modestes, étant donné la forte tendance aux dépassements d'honoraires des médecins libéraux parisiens.

De plus, bien que la PMI soit répartie sur l'ensemble des hôpitaux parisiens, seuls 4 ou 5 d'entre eux, dont Lariboisière, prennent en charge l'accouchement des femmes en situation de précarité. Certaines personnes rencontrées évoquent une stratégie implicite d'évitement des personnes précaires de la part des autres établissements de santé.

### **C. Un dispositif fragile**

Un manque d'anticipation, dû notamment aux défaillances dans le suivi de grossesse et la préparation d'un projet post accouchement, fragilise le dispositif.

Un projet global devrait en effet être construit dès le suivi de grossesse<sup>36</sup>. Or, ce suivi se révèle initié trop tardivement, lorsqu'il a eu lieu. Il s'agit là d'une véritable perte de chance, pour l'enfant comme pour la mère, laquelle souvent ne demande rien.

De ce fait, la prise en charge sociale est souvent réduite à une gestion de l'urgence par le Samu social, sans possibilité d'élaboration de projet de sortie construit. Ce système permet des solutions de sortie de l'hôpital mais reste une réponse manifestement insatisfaisante à un moment où la jeune mère est particulièrement fragile. Il en résulte des complications, y compris d'ordre médical, entraînant de fréquentes réhospitalisations. C'est le cas pour quelques 50% des femmes accompagnées par le réseau SOLIPAM.

Enfin, selon certains de nos interlocuteurs, les dispositifs sont trop peu formalisés. Le départ d'un professionnel peut potentiellement entraîner la disparition de procédures informelles qu'il a tissées par ses connaissances interpersonnelles.

### **D. Le manque de dialogue et de coordination**

Bien que la plupart de nos interlocuteurs considèrent que le dialogue entre les différents acteurs de dispositif est bon, certaines difficultés persistent.

Nos interlocuteurs déplorent le temps nécessaire pour contacter les autres services. « *Avez-vous déjà essayé de joindre le Samu social ?* », nous a par exemple répondu l'un d'eux. Un autre nous a fait remarquer qu'un « *signalement dure une après-midi* ». Par ailleurs, les rythmes de travail ne coïncident pas toujours. On nous a rapporté le cas d'une jeune femme qui, ayant accouché un jeudi férié, était sortie le lundi sans que l'aide sociale n'ait eu connaissance de son passage à l'hôpital, le bureau ayant été fermé du jeudi au lundi.

Par ailleurs, il existe des glissements de tâches. Les hospitaliers déplorent la tendance des assistantes sociales de secteur à se reposer sur celles de l'hôpital. Le dialogue

---

<sup>36</sup> Ce projet, à la fois médical, psychosocial et social, recouvre la notion de « *prévenance* » développée par M.T. HERMANGE, *op. cit.*, p.25.

entre les services sociaux peut aussi être perturbé par des différences de rythme de travail. Ils peuvent, en raison de leur extrême spécialisation, fonctionner en autonomie totale.

Des tensions entre structures hospitalières et structures sociales peuvent aussi résulter du fait que seul l'hôpital accueillerait les personnes dont les droits ne sont pas régularisés.

Si le dialogue peut s'avérer faible, c'est aussi parce que le temps dévolu à la coordination n'est pas valorisé en termes de rémunération. C'est en partie une conséquence de la T2A, nous expliquait un médecin.

**Le GH Lariboisière – Fernand Widal s'est donc inscrit au cœur d'un dispositif d'accompagnement des parturientes en situation précaire. Toutefois, ce dispositif présente des limites qui risquent de s'accroître avec la mise en place de la T2A. Il convient donc de l'adapter et de le consolider afin qu'il s'inscrive dans la démarche d'efficience liée au Plan Hôpital 2007.**

## **TROISIEME PARTIE : AMELIORER LE FINANCEMENT ET LES DISPOSITIFS EXISTANTS, UN ENJEU POUR L'ACCOMPAGNEMENT DES FEMMES EN SITUATION DE HANDICAP SOCIAL**

Deux pistes d'amélioration complémentaires peuvent être envisagées : rémunérer plus justement la prise en charge de la précarité à l'hôpital ; développer des structures d'amont et d'aval tout en favorisant la coordination entre les acteurs.

### **1. Améliorer les financements de la prise en charge du handicap social**

#### **A. Un financeur à identifier**

Tous les acteurs rencontrés s'accordent pour dire que l'hôpital a une mission sociale. Nos interlocuteurs à la maternité de Lariboisière ont rappelé que le bien-être social faisait aussi partie de la santé telle que définie par l'OMS.

Même si l'hôpital n'a certainement pas vocation à se substituer aux acteurs de l'aide sociale, il a toute sa place dans une prise en charge de la précarité, comme le rappelle le projet de loi dit HPST. En effet, l'article 1<sup>er</sup>-IV du projet dispose que les établissements de santé, dans le cadre des missions de service public, devront assurer « *la lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion* »<sup>37</sup>.

**Prise en charge sociale et médicale se confondant souvent sur le terrain, nous retenons le postulat que l'hôpital a toute sa place dans un processus d'accompagnement des personnes en situation précaire.**

Toutefois, l'hôpital n'a pas les moyens de cette prise en charge. En effet, notre interlocuteur à l'ARHIF nous a avoué que les MIG n'étaient qu'un « *pis-aller* » et non une

---

<sup>37</sup> Projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires.

solution de financement stable. Par conséquent, si l'hôpital a un rôle à jouer dans l'accompagnement social des personnes, dès l'instant qu'elles nécessitent des soins hospitaliers, il convient d'en déterminer le financeur. En effet, l'un de nos interlocuteurs à Lariboisière nous a indiqué qu'il n'était « *pas normal* » que l'Assurance Maladie finance des « lits sociaux ». Un financement par la solidarité nationale via des dotations de l'Etat ou des collectivités territoriales serait plus adapté. Certes, cela pourrait complexifier les relations financières de l'hôpital, mais celui-ci ne traite-t-il pas déjà avec les départements dans le cadre de l'aide sociale aux personnes âgées ?

**Si l'hôpital doit rester l'un des lieux-clés d'une prise en charge globale, il faut au moins clarifier les financeurs : l'Assurance Maladie ne devrait pas avoir à supporter seule les dépenses d'aide sociale. L'hôpital devrait donc, s'il assume cette activité, être aussi rémunéré par les acteurs de l'aide sociale.**

### **B. « GHS social-isable »<sup>38</sup> ou financement globalisé**

Il convient de s'interroger sur les dispositifs techniques pour objectiver le financement des patients en situation de précarité. Dans son rapport sur la Mission d'appui sur la convergence tarifaire de janvier 2006, l'IGAS<sup>39</sup>, présente deux pistes, un financement intégré soit dans les GHS, soit dans les MIGAC (dont le mode de calcul serait alors adapté<sup>40</sup>). Ce sont ces deux approches différentes (approche individuelle ou populationnelle) que nous allons étudier.

#### **L'approche individuelle ou l'idée d'un « GHS social-isable »**

Cette approche est dite individuelle car elle suppose d'ajuster le financement pour chaque patient pris en charge.

---

<sup>38</sup> CASTIEL D., BRECHAT P.-H., RYMER R., GRENOUILLEAU M.-C., « Handicap social et hôpitaux publics. Il est temps de penser à un GHS 'social-isable' », *Gestions hospitalières*, août/septembre 2008, pp.452-456.

<sup>39</sup> INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES, *Mission d'appuis sur la convergence tarifaire public privé*, rapport n° 2006 009, janvier 2006.

<sup>40</sup> « au prorata de la population en situation de précarité de la file active accueillie en année n-1 par l'établissement de santé, à partir d'un recueil d'information hors PMSI », dit l'IGAS dans son rapport précité.

Pour les partisans de cette solution, « *il est impensable de rembourser de la même façon un accouchement à Lariboisière et un accouchement à Necker ! La précarité prise en charge n'est pas la même* ».

La précarité devrait alors être codée sous la forme d'un diagnostic associé. Cette proposition fait débat pour plusieurs raisons :

1. Cela suppose « d'étiqueter » les patients dans le PMSI, c'est-à-dire de les identifier comme précaires avec des risque de stigmatisation. Toutefois, pour certains de nos interlocuteurs, il s'agit d'un « faux problème éthique » : les patients atteints du VIH sont systématiquement identifiés comme tel par des diagnostics associés alors que le poids social de la maladie est certain.
2. Cette hypothèse pose la question de l'identification des patients en situation de précarité ou de handicap social :
  - L'identification a priori par la mise en place en routine d'un questionnaire d'entrée évaluant la précarité du patient semble difficilement réalisable. D'une part, il n'y a pas de consensus sur les indicateurs objectifs à retenir. D'autre part, l'évaluation du handicap social suppose des questionnaires lourds (213 items par exemple<sup>41</sup>). Or, avec ce système, « *il va falloir une armée d'assistantes sociales [pour remplir le questionnaire] pour rembourser le quart du salaire qu'elles vont nous coûter* », comme l'explique l'une des personnes interrogées. Parfois s'ajoute le problème de la maîtrise du français.
  - L'identification a posteriori des patients bénéficiaires de la CMU, CMU-C, AME, ou AMESU, semble la plus simple mais aussi la plus réductrice.
3. L'un de nos interlocuteurs à l'ARHIF nous a expliqué que cette solution, n'est « pas d'actualité » et inciterait les hôpitaux « à faire exploser leurs taux de patients précaires » rendant les contrôles de l'ARH impossibles.

---

<sup>41</sup> CASTEL D., BRECHAT PH, SEGOUIN C., GRENOUILLEAU MC, BERTRAND D., « Hôpitaux publics, T2A et handicap social », *Gestions Hospitalières*, juin/juillet 2006, p.402.

### **D'autres pays, d'autres dispositifs, d'autres idées :**

#### Le Disproportionate Share Hospital aux Etats-Unis

Ce système correctif permet de financer la précarité rétroactivement. Il s'agit d'une enveloppe supplémentaire que reçoivent les établissements concernés. Ce pourcentage additionnel est fonction du nombre de patients affiliés au système Medicare, au système Medicaid ou bénéficiant du « *Social security income* ». Le ratio de précarité ainsi calculé sert à définir quels établissements ont droit à ce correctif et à quelle hauteur ils peuvent en bénéficier.

**La mise en place d'un « GHS social-isable », bien qu'elle permette de rémunérer au plus juste les surcoûts liés au suivi des personnes en situation de handicap social, ne semble pourtant pas être à l'ordre du jour de l'agenda politique.**

#### **Les missions d'intérêt général ou les zones prioritaires de santé**

Cette approche, dite populationnelle, permet d'ajuster le financement en fonction du profil général de la patientèle, et non au cas par cas. Potentiellement moins précise que la précédente, cette proposition est celle actuellement retenue par les pouvoirs publics<sup>42</sup>.

Il s'agit en fait d'adapter le montant des **MIG** ou de verser une subvention supplémentaire (principe de la zone prioritaire de santé, sur le modèle des zones prioritaires d'éducation) en fonction du profil type des personnes prises en charge dans l'établissement. Cette solution suppose qu'une étude par questionnaire soit menée tous les 3 ou 5 ans<sup>43</sup> afin d'étudier la population de la zone d'attraction des établissements<sup>44</sup>.

**La solution qui semble être retenue par les pouvoirs publics tend vers une distribution plus fine des MIG. La prise en charge de la précarité devrait continuer à être financée selon cette modalité. Il s'agit donc, dans ce cadre, de proposer des solutions au problème de l'allongement des DMS pour des raisons sociales.**

---

<sup>42</sup> Circulaire DHOS du 17 mars 2009 précitée.

<sup>43</sup> Ce sont les fréquences suggérées par nos interlocuteurs lors des entretiens.

<sup>44</sup> BRECHAT P.-H., LANSAC C., HASNI S., HUET C., ROCHETTE D., PAUL E., LEDOUX M., CASTIEL D., GRENOUILLEAU M.-C., « Précarité dans les établissements de santé », *Gestions hospitalières*, mai 2009, n°486, pp.3-8.

### **D'autres pays, d'autres dispositifs, d'autres idées :**

#### Le profil social par établissement (Belgique)

Depuis 2007, chaque établissement se voit attribuer un profil social qui dépend non seulement des patients pris en charge, mais aussi des variables descriptives du bassin dans lequel se trouve l'hôpital. Sont donc pris en compte : l'âge, les aides sociales relatives au handicap, l'isolement, les revenus, la proportion de propriétaires, etc. L'intérêt de la démarche est de croiser des données provenant des organismes assureurs d'une part, et de la Direction d'autre part.

## **2. Améliorer le fonctionnement des structures pour pallier le manque de financement**

### **A. Développer les structures d'amont et d'aval**

- Le suivi médical et psychologique

En amont, l'**éducation à la santé** doit être renforcée pour les populations précaires, qui n'ont plus ou pas la culture du suivi de grossesse.

En aval, plusieurs solutions sont envisagées mais restent insatisfaisantes :

- **Hospitalisation à domicile (HAD)** : cette solution est particulièrement coûteuse et semble inadaptée aux femmes n'ayant pas de domicile suffisamment stable ou confortable.
- **Soins de Suite et de Réadaptation obstétrique** : l'hôpital pourrait créer un service de SSR spécialement dédié à ce public. Toutefois, les lits de SSR restent des lits médicaux.
- **Soins spécialisés** : ce sont des lits identifiés pour des soins spécifiques (pathologies psychiatriques, toxicomanie etc.), mais là encore, il s'agit de lits médicaux.

### **D'autres établissements, d'autres dispositifs, d'autres idées :**

#### L'hébergement médico-social obstétrique de Robert Debré (AP-HP, 75)

Cette structure d'hébergement complémentaire à l'offre de l'hôpital a vocation à faire baisser la DMS de la maternité lorsqu'elle ne repose plus exclusivement sur des critères médicaux. Cette structure n'est pas autonome de l'hôpital puisqu'une sage-femme, une puéricultrice et éventuellement un médecin, s'y rendent.



### **D'autres établissements, d'autres dispositifs, d'autres idées :**

#### La maison périnatale de Paimpol (22)

Ce dispositif expérimental consiste à implanter une structure de consultations pré et post-natales dans un établissement ne disposant plus de site d'accouchement. Cette structure a vocation à surveiller les grossesses et prendre en charge les suites de couches en collaboration avec le secteur libéral et médico-social.

- Le suivi social

Il est nécessaire d'améliorer le lien entre le service social de l'hôpital et les assistantes sociales de secteurs, pour affiner la connaissance de l'offre existante, fluidifier le parcours des femmes concernées et mutualiser les moyens.

Pour certains professionnels, il faudrait des structures à proximité de l'hôpital pour y loger les femmes à titre transitoire. Ainsi, le service social de l'hôpital préconise la mise en place de lieux de « stabilisation », pour travailler de manière individualisée sur la parentalité des femmes en difficulté sociale.

Un suivi social efficace impose un accompagnement à long terme de ces femmes et de leurs enfants. Or, d'une part, les différentes solutions proposées concernent des séjours de quelques jours. D'autre part, il reste difficile de contraindre des femmes en marge du système à se présenter régulièrement devant les services sociaux, souvent considérés avec méfiance.

- L'hébergement

Les solutions d'hébergement en aval du dispositif doivent être diversifiées, pour augmenter le nombre de places ouvertes aux femmes ayant récemment accouché, et pour permettre d'individualiser la prise en charge de ces situations, comme le préconise la loi du 2 janvier 2002. Il peut donc s'agir d'hébergements collectifs (Centres Maternels, CHRS), intermédiaires (Maisons-Relais par exemple), ou individuels (de type appartements thérapeutiques).

Certaines personnes rencontrées invitent à comparer le coût des chambres d'hôtel (plus de 1 000 € pour une chambre dans un hôtel souvent insalubre) et un loyer. Il faut

rappeler que le problème de l'hébergement à Paris est fondamentalement lié à celui de l'accès au logement en général, et ce malgré la loi DALO<sup>45</sup>.

**Il est donc nécessaire de mettre en place un accompagnement global, transversal, à long terme et individualisé impliquant à la fois l'hôpital et les acteurs de l'aide sociale.**

## **B. Améliorer la coordination entre les acteurs**

Le dispositif actuel pourrait gagner en efficacité grâce à une amélioration de la coordination entre l'ensemble des acteurs institutionnels et associatifs. Cela pourrait s'appuyer sur deux moyens :

### **Etablir systématiquement un dossier de liaison entre les professionnels de terrain**

La prise en charge globale d'une femme précaire accouchant à l'hôpital Lariboisière fait intervenir différents acteurs sur des champs variés. L'élaboration systématique d'un dossier de liaison entre les différents partenaires, à l'instar de celui qui est en place dans le réseau SOLIPAM, semblerait nécessaire. Un groupe de travail piloté par le Conseil Général ou la DDASS 75 pourrait être rapidement mis en place. Néanmoins, la question du secret médical freine aujourd'hui cette initiative.

### **Valoriser le temps de coordination et recentrer les compétences**

Le temps passé par les professionnels, notamment médicaux, à la coordination de leur action avec les différents partenaires n'est à ce jour pas suffisamment valorisé. Le temps de coordination fait partie du temps professionnel. Il convient donc de formaliser les dispositifs de coordination.

Par ailleurs, il est nécessaire d'éviter les glissements de tâches. Une démarche partenariale de conventionnement semble dès lors nécessaire, afin de fixer les moyens du découplage, et les rôles de chacun dans le dispositif. L'établissement de conventions

---

<sup>45</sup> Loi n° 2007-90 du 5 mars 2007 instituant le droit au logement opposable et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale.

devrait concerner au moins les services sociaux de l'hôpital et ceux du Conseil Général et de la Ville de Paris.

La réforme des ARS, en décroissant les secteurs sanitaire et médico-social, devrait permettre une meilleure perméabilité entre les deux. Toutefois, en distinguant strictement le sanitaire du social, établir des liens entre ces deux secteurs risque de s'avérer plus ardu.

### **3. Réflexions pour une offre adaptée**

La maternité de Lariboisière éprouve des difficultés à faire diminuer ses DMS. En effet, les parturientes en situation de handicap social pour lesquelles aucune solution de sortie n'a encore été trouvée occupent les lits de manière prolongée.

Les propositions suivantes tendent à initier une réflexion sur un dispositif qui permettrait non seulement de libérer les lits une fois la prise en charge médicale et paramédicale achevée, mais aussi de s'assurer de la qualité du lien mère-enfant.

Dans ce sens, les pistes suivantes pourraient être explorées :

- ◆ **Mettre en place un dispositif, situé à proximité de l'hôpital, à la fois sanitaire et social, qui prend en charge temporairement la mère et l'enfant. Il s'agirait d'un dispositif pivot entre l'hôpital et les autres acteurs de l'aide sociale afin de donner le temps à la mise en route d'une prise en charge sociale.**
- ◆ **Réserver ce dispositif aux femmes isolées, sans revenu suffisant, sans solution d'hébergement stable et sans problème de santé justifiant une hospitalisation.**
- ◆ **Imaginer une gradation dans les offres d'hébergement afin de mettre en place un dispositif adapté à l'autonomie de la personne accueillie : appartements de type « appartement thérapeutique » pour les plus autonomes (dont le bailleur pourrait être le Département), accueil familial ou foyer pour les moins autonomes.**
- ◆ **Définir une durée maximale en fonction des durées moyennes observées pour la mise en place d'une prise en charge sociale par les services compétents.**
- ◆ **Le personnel pourrait faire partie de la même équipe que la maternité et le service de protection maternelle : assistantes sociales pour l'accompagnement social, auxiliaires de puériculture et puéricultrices pour l'éducation thérapeutique voire pédiatres et gynécologues.**

**Le financement de cette structure pourrait être envisagé de manière tripartite, associant l'Assurance-maladie et l'hôpital, l'Etat et le Département<sup>46</sup> :**

- ◆ **L'Assurance-maladie pour le volet éducation thérapeutique**
- ◆ **L'Etat pour le volet hébergement d'urgence**
- ◆ **Le Département pour le volet aide sociale**

Dans le cadre de la future loi dite HPST, le secteur médico-social fonctionnera sur la base d'appels à projet. Un tel dispositif devra certainement se plier à cette nouvelle exigence.

**Toutefois, certains écueils demeurent :**

- ◆ **L'expérience montre que les structures d'hébergement sont rapidement embolisées. Par conséquent se pose la question de la taille adéquate d'un tel dispositif.**
- ◆ **Ce dispositif est relativement onéreux. Il ne peut donc être mis en place que s'il revient moins cher que de payer des nuits d'hôtel ou de garder les femmes dans les services de maternité.**

---

<sup>46</sup> HEGOBURU A., *op. cit.*, p.76

## Conclusion

L'égal accès aux soins et la lutte contre l'exclusion sociale, relèvent des missions d'intérêt général de l'hôpital public. Pourtant, dans le cadre du Plan Hôpital 2007, la prise en charge des femmes en situation de handicap social accouchant à l'hôpital présente des surcoûts pour les établissements. Ces surcoûts ne sont pas pris en compte dans le système de la tarification à l'acte mais sont compensés par le biais des MIGAC. Les professionnels de santé affirment que la qualité de la prise en charge n'a pas été entamée par la mise en place de la T2A. Ils constatent cependant que celle-ci interroge l'efficacité de leurs pratiques.

D'autre part, le dispositif d'accompagnement des femmes en difficulté sociale accouchant au GH Lariboisière – Fernand Widal paraît relativement développé, qu'il soit organisé par l'hôpital, par des intervenants extérieurs, ou en réseau entre ces différents acteurs. Toutefois il présente certaines limites, liées à l'organisation du système ou au comportement de ses protagonistes.

Dès lors, les préconisations pour compenser les surcoûts liés à l'augmentation de la durée moyenne de séjour des femmes en situation de handicap social accouchant à Lariboisière sont variées. Elles visent à faire intervenir différents acteurs, à tous les stades de l'accompagnement de la parturiente, puis de la jeune mère et de son nouveau-né. Et cela, tout en clarifiant compétences et financements, afin que le séjour à l'hôpital soit consacré prioritairement aux soins médicaux des usagers.

Toutefois, réduire la DMS de ces femmes ne permet pas de résoudre définitivement la question de l'accompagnement des personnes en grande difficulté sociale accueillies traditionnellement au GH Lariboisière – Fernand Widal. Plusieurs autres types de surcoûts identifiés par la DREES<sup>47</sup> sont susceptibles de creuser le déficit de cet établissement.

Un premier, relatif au temps médical et soignant, tient au fait que les patientes en situation de précarité ne maîtrisent pas toujours le français, ont tendance à moins se soigner, etc.

Un autre surcoût est lié à l'organisation nécessaire à l'accueil d'une population difficile : présence d'un service social conséquent, formation des personnels à la *bienveillance*, etc.

---

<sup>47</sup> DREES, *op.cit.*, pp.57-62.

Un dernier surcoût est engendré par la perte d'image consécutive à l'accueil des populations précaires. Par exemple, l'établissement facture moins de chambres seules.

Ces trois sources de dépense supplémentaire n'ont jamais été objectivées. Dès lors, notre étude devrait être complétée et affinée par divers travaux, afin de permettre aux GH concernés de mener une politique d'établissement en accord avec sa mission de service public, tout en respectant les exigences actuelles de bonne gestion financière.

Au-delà du travail de recherche et de réflexion en groupe, ce module nous aura permis de confronter des approches différentes dues à la diversité de nos origines professionnelles et d'en rechercher la logique commune (cf. annexe 6).

---

# Bibliographie

---

## Textes législatifs et réglementaires

- Code de la Santé Publique.
- Code de la Sécurité Sociale.
  
- Loi n° 74-955 du 19 novembre 1974 étendant l'aide sociale à de nouvelles catégories de bénéficiaires et modifiant diverses dispositions du code de la famille et de l'aide sociale, du code du travail ainsi que de l'article 51 de la loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.
- Loi n°98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions.
- Loi n°2007-290 du 5 mars 2007 instituant le droit au logement opposable et diverses mesures en faveur de la cohésion sociale.
- Projet de loi portant réforme de l'Hôpital et relatif aux Patients, à la Santé et aux Territoires. Texte provisoire résultant des délibérations de l'Assemblée nationale à l'issue de la séance du mardi 10 mars 2009.
  
- Décret n° 98-899 du 9 octobre 1998 relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale.
  
- Arrêté du 19 février 2009 relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et pris en application de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale.
  
- Circulaire n°DHOS/F2/F3/F1/DSS/1A/2009/78 du 17 mars 2009 relative à la campagne tarifaire 2009 des établissements de santé.

## **Schémas, plans et recommandations nationales et internationales**

- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, *CIH-2 : Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé*, Genève, Suisse, 2000.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, *Déclaration d'Alma-Ata, Conférence internationale de l'OMS pour la promotion des soins de santé primaires et l'accès de tous à un niveau de santé acceptable*, Organisation Mondiale de la Sante, Alma Ata, 12 septembre 1978.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE , *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*, Organisation Mondiale de la Sante, Ottawa - Canada, 17-21 novembre 1986.
- PLAN PERINATALITE 2005-2007, *Humanité, proximité, sécurité, qualité*, 10 novembre 2004, Ministère de la santé et de la protection sociale.
- PLAN REGIONAL DE SANTE PUBLIQUE en Ile de France 2006-2010, Ministère des solidarités, de la santé et de la famille, 29 mars 2006.
- PROGRAMME REGIONAL D'ACCES A LA PREVENTION ET AUX SOINS (PRAPS), 2005-2008, Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales d'*Ile de France*, Septembre 2005.
- PROJET D'ETABLISSEMENT 2005-2009 Groupe Hospitalier Lariboisière Fernand Vidal.
- SHEMA REGIONAL D'ORGANISATION SANITAIRE DE TROISIEME GENERATION 2006-2010 et ANNEXES, ARHIF, mars 2006.

## **Discours politiques**

- Mme BACHELOT, *discours à Hôpital Expo-Intermédiaca*, 27 mai 2008. Disponible sur Internet : <http://www.sante-sports.gouv.fr/actualite-presse/presse-sante/discours/hopital-expo-intermedica.html>
- DELANOË Bertrand, *communication du maire en Conseil de Paris sur l'aide sociale à l'enfance*, 24 novembre 2003. Disponible sur Internet : [http://www.paris.fr/portail/accueil/Portal.lut?portal\\_component=17&elected\\_official\\_directory\\_id=8814&document\\_id=13809&actormandate=31&page\\_id=1](http://www.paris.fr/portail/accueil/Portal.lut?portal_component=17&elected_official_directory_id=8814&document_id=13809&actormandate=31&page_id=1)

## **Ouvrages**

- BARRES R., HENRICH A.-M., RIVAUD D., TANTI-HARDOUIN N., *Dictionnaire de la santé et de l'action sociale*, Paris, Foucher, 2005.



- BARREYRE J.-Y., BOUQUET B., *Nouveau dictionnaire critique d'action sociale*, Paris, Bayard, 2006.
- BELLEGO O., *Dictionnaire des questions sociales : l'outil indispensable pour comprendre les enjeux sociaux*, Paris, L'Harmattan, 2005.
- BEZINEAU M.-C., *Dictionnaire du sanitaire et social*, Paris, Vuibert, 2006.
- BORLANDI M., BOUDON R., CHERKAOUI M., *Dictionnaire de la pensée sociologique*, Paris, PUF, 2005.
- BOUDON R., BOURRICAUD F., *Dictionnaire critique de sociologie*, Paris, PUF, 2004.
- CORNU B., *Dictionnaire de la culture juridique*, Paris, PUF, 2005.
- COUET J.-F., DAVIE A., *Dictionnaire de l'essentiel en sociologie*, LIRIS, 2004.
- DENOYER M.-C., *Dictionnaire des termes sanitaires et sociaux*, Paris, Masson, 2003.
- ETIENNE J., *Dictionnaire de sociologie*, Hatier, Paris, 2004.
- HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE, *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*, éditions ENSP, Rennes, 1998.
- JOURDAIN A., BRECHAT P.-H., *La nouvelle planification sanitaire et sociale*, Presses de l'EHESP, Rennes, 2008.
- MAIRIE DE PARIS, *Guide solidarité Paris 2009*, édition Mairie de Paris, Paris, 2009.
- MESURE S., SAVIDAN P., *Le dictionnaire des sciences humaines*, Paris, PUF, 2006.
- RAYSSIGUIER Y., *Politiques sociales et de santé, comprendre pour agir*, Edition EHESP, Rennes, 2008.
- SALAÜN F., *Accueillir et soigner. L'AP-HP, 150 ans d'histoire*, éditions Doin et AP-HP, coll. « Histoire des hôpitaux », Paris, 1999.
- TUFFREAU F., LE GUEVEL A., *Dictionnaire de l'organisation sanitaire et médico-sociale*, ENSP, Rennes, 2007.
- ZRIBI G. et POUPEE-FONTAINE D., *Dictionnaire du handicap*, éditions ENSP, Rennes, 2007.

### **Articles**

- BESNIER M., CASTEL D., BRECHAT PH, GRENOUILLEAU MC, RYMER R., BARRANGER E., « Accouchements et handicap social : optimiser la cohérence de

l'action publique entre le sanitaire et le social », *Gynécologie obstétrique & fertilité*, 2009, n°37, pp.131-139.

- BRECHAT P.-H., LANSAC C., HASNI S., HUET C., ROCHETTE D., PAUL E., LEDOUX M., CASTIEL D., MATHIEU-GRENOUILLEAU M.-C., « Etude de l'ATIH : Précarité dans les établissements de santé », *Gestions hospitalières*, mai 2009, n°486, pp.3-8.
- BRECHAT P.-H., RYMER R., GRENOUILLEAU M.-C., JOURDAIN A., « Elément pour un premier bilan hôpital 2007 », *Santé Publique*, 2007, n°20, pp.611-621.
- CARANHAC G., « PMSI et version 11 des GHS : pas de panique ! », disponible sur Internet :  
[www.hox.com.com/PMSI%20et%20version%2011%20des%20GHS.pdf](http://www.hox.com.com/PMSI%20et%20version%2011%20des%20GHS.pdf)
- CASTEL D., BRECHAT P.-H., « Handicap social et hôpitaux publics : pour un GHS « socialisable » », *Presse Med*, 2008, n°38, pp.142-145.
- CASTEL D., BRECHAT P.-H., GRENOUILLEAU M.-C., « De la nécessité d'un financement supplémentaire pour la prise en charge des patients handicapés sociaux à l'hôpital », *Presse Med*, 2007, n°36, pp.187-188.
- CASTEL D., BRECHAT P.-H., GRENOUILLEAU M.-C., RYMER R., « Handicap social et hôpitaux publics : il est temps de penser à un GHS socialisable », *Gestions Hospitalières*, juin-juillet 2008, pp.452-456.
- CASTEL D., BRECHAT P.-H., SANTINI Y., DELALAY C., SEGOUIN C., GRENOUILLEAU M.-C., BERTRAND D., « Un modèle de mesure du handicap social à l'hôpital public : quelles ressources supplémentaires ? », *Journal d'économie médicale*, 2006 / vol.7-8, n°24, pp.335-348.
- CASTEL D., BRECHAT P.-H., SEGOUIN C., GRENOUILLEAU M.-C., BERTRAND D., « Hôpitaux publics, T2A et handicap social », *Gestions Hospitalières*, juin-juillet 2006, pp.241-245.
- DESCHAMPS J.-P., « Une « relecture » de la charte d'Ottawa », *Santé publique*, 2003, n° 15, pp.313-325.
- DE POURVILLE G., « Exploitation seconde de la base de l'Étude nationale de coûts (ENC) », *Dossiers solidarité et santé*, 2009, n°9, p.53.
- MATHY C., BENSADON M., « Le surcoût de l'hospitalisation des patients précaires », *Journal d'économie médicale*, septembre 2002, n°5, pp.263-278.
- MARIC M., GREGOIRE E., LEPORCHER L., « La prise en charge des populations dites précaires dans les établissements de soins », Direction de la

recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Paris, *Etudes et Recherches*, novembre 2008, n°81.

- PASCAL J., « Identification de la vulnérabilité sociale des usagers des consultations de l'hôpital public », 2001, disponible sur Internet : [www.irdes.fr/EspaceRecherche/Colloques/JEFS2004/8PascalHopital.pdf](http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/Colloques/JEFS2004/8PascalHopital.pdf)
- PASCAL J., « Peut-on identifier simplement la précarité sociale parmi les consultants de l'hôpital ? », *Sciences Sociales et Santé*, septembre 2006 / Vol. 24, n° 3.
- SASS C. *et al.*, « Comparaison du score individuel de précarité des centres d'examens de santé, EPICES, à la définition socio-administrative de la précarité », *Santé publique*, 2006 / vol. 18, n°4, pp.513-522.
- SOULET M.-H., « La vulnérabilité comme catégorie de l'action publique », *Pensée Plurielle*, 2005, n°10, pp.49-59.

### **Rapports**

- *Rapport à la Direction Générale de la Santé. Féminité, accès aux soins, maternité et risques vécus par les femmes en grande précarité*, juin 2005.
- BRUNET L., CARPENTIER S., LAPORTE A., POURLETTE D., GUILLON B., *Femmes en grande précarité. Rapport à la Direction Générale de la Santé*, 2005.
- COORDINATION DU SERVICE SOCIAL HOSPITALIER DE L'AP-HP, *Femmes en grande vulnérabilité et maternité. Etude du service social hospitalier*, Mai 2005.
- COUR DES COMPTES, *Rapport public annuel. La politique de périnatalité*, 22 février 2006.
- DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ETUDES, DE L'EVALUATION ET DES STATISTIQUES (DREES), *Suivi barométrique de l'opinion des français à l'égard de la sante, de la protection sociale, de la précarité, de la famille et de la solidarité*, janvier 2009.
- HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE, *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*, éditions ENSP, 1998.
- HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE, *La santé en France 2002*, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, janvier 2002.
- HERMANGE M.-T., *Périnatalité et parentalité. Rapport au Ministre délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille*, 25 février 2006.

- INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES, *Mission d'appuis sur la convergence tarifaire public-privé*, rapport n° 2006 009, janvier 2006.
- MACKENBACH J.-P., *Health inequalities : Europe in profile. Expert report commissioned by the UK Presidency of EU*, février 2006.

### **Thèses et mémoires**

- *Handicap social et santé : optimiser les prises en charge dans une optique de qualité et d'efficience*, Rapport du module interprofessionnel, 2007, EHESP, Rennes.
- DOUCAS-DANY E., *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 Fournier de Nanterre*, Mémoire de directeur d'hôpital, 2005, EHESP, Rennes.
- HEGOBURU A., *Comment accompagner les mères et futures mères en difficulté à l'occasion de la naissance de leur enfant ? Etude d'opportunité et de faisabilité sur la mise en place d'une structure de prise en charge mères-enfants à Paris*, Mémoire de Directeur d'hôpital, 2002, ENSP, Rennes.
- MAUBERT M., *La lutte contre les inégalités de soins dans le SROS 3, Exemple de l'accès au suivi de grossesse sur le territoire de santé Paris Nord*, Mémoire d'inspecteur de l'action sanitaire et sociale, 2007, EHESP, Rennes.
- PORQUET O., *Femmes en situation irrégulière et grossesse*, Thèse de doctorat en médecine, 2006, Université Paris 7 – Denis Diderot, Paris.

### **Conférences**

- Journée scientifique de l'observatoire du Samu social de Paris, *Les problèmes émergents de l'Urgence Sociale : Des jeunes femmes enceintes à la rue*, 13 décembre 2005.

### **Sites Internet**

- ARHIF : <http://www.parhtage.sante.fr/re7/idf/site.nsf>
- Assurance maladie : [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr)
- DASS et DRASS : <http://ile-de-france.sante.gouv.fr/>
- Fédération Hospitalière de France : [www.fhf.fr](http://www.fhf.fr)
- Ville de Paris : [www.paris.fr](http://www.paris.fr)

---

## Liste des annexes

---

Annexe 1 : Liste des interlocuteurs

Annexe 2 : La grille d'entretien utilisée

Annexe 3 : L'annexe du SROS Ile-de-France de troisième génération (2006-2010)

Annexe 4 : Fiche d'inscription dans le réseau périnatalité Paris Nord

Annexe 5 : Les membres du réseau SOLIPAM (Solidarité Paris Maman)

Annexe 6 : L'intérêt de ce travail pour chaque corps professionnel

## **Annexe 1 : Liste de nos interlocuteurs**

- 2 personnes de l'ARHIF
- 1 personne de la DDASS
- 1 personne de la DRASS
- 1 personne élue de la Mairie de Paris (Arrondissement, Ville et Conseil Général)
- 1 personne de l'Aide Sociale à l'Enfance (service départemental)
- 1 personne du réseau Solidarité Paris Maman
- 8 personnes travaillant au GH Lariboisière – Fernand Widal (travailleurs sociaux, personnel administratif, personnel médical et soignant et).

## Annexe 2 : La grille d'entretien utilisée

### **1. Réflexion sur les concepts et la population-cible**

- Qu'est-ce que pour vous le concept de pauvreté ? De précarité ? De handicap social ? D'exclusion ? De vulnérabilité sociale ? D'égalité ? D'équité ? De justice sociale ? Quelle distinction faites-vous entre ces termes ?
- Comment qualifiez-vous les patients qui arrivent à l'hôpital et qui sont en situation de « précarité » ?
- Pour vous, la prise en charge de la précarité, ou des handicaps sociaux, à l'hôpital public est-elle une priorité de santé publique ?
- En général, d'où viennent les femmes qui viennent accoucher à Lariboisière ? Sont-elles connues de l'hôpital au moment où elles viennent accoucher ?

### **2. La prise en charge des parturientes en situation précaire : comment ça marche ?**

#### **La description du dispositif**

- Pouvez-vous nous décrire le dispositif mis en œuvre à votre niveau pour l'accueil des parturientes présentant des handicaps sociaux ou en situation de précarité, tant à l'hôpital qu'après l'hôpital ?

#### a. Les dispositifs amont : la prévention

- Comment identifier les mères qui ont besoin d'un suivi social ?
- Comment planifier le parcours de la parturiente ?
- Quelles sont les personnes qui suivent les parturientes ? Au niveau de l'hôpital ? A l'extérieur de l'hôpital ?

#### b. L'hospitalisation

- Quelles sont les actions spécifiques pour les femmes en difficulté qui sont mises en œuvre au cours de l'hospitalisation ?
- Et pour leur(s) enfant(s) ?
- Certains dispositifs sont-ils initiés à ce moment là ? Si oui, lesquels ?

- Existe-t-il un dispositif spécifique mis en œuvre pour les femmes qui n'ont pas été suivies auparavant ?

c. La sortie

- Selon quels critères décide-t-on de la sortie d'une jeune maman ? Des critères médicaux uniquement ou économique (durée moyenne de séjour) ?
- Attend-on d'avoir trouvé une solution aux problèmes sociaux qu'elle peut rencontrer ?
- Quels sont vos interlocuteurs privilégiés à l'extérieur de l'hôpital pour organiser la prise en charge des jeunes mamans ?
- De combien de temps disposez-vous ?
- Des institutions spécifiques ont-elles été créées ou vous êtes vous appuyés sur des dispositifs existants ?
  - Comment sont-ils financés ? Ces financements sont-ils pérennes ? Comment vont-ils évoluer à votre avis ?
  - Sur quels critères la mère et l'enfant peuvent-ils en bénéficier ?

d. Relations avec les partenaires extérieurs

- Le dispositif que vous décrivez est-il formalisé ?
- Comment s'organisent les contacts avec vos partenaires extérieurs ?

### 3. Les résultats ou les limites du dispositif

- Pensez-vous que le dispositif mis en place pour la prise en charge des femmes en situation de précarité et de leur(s) enfant(s) est efficace ?
  - Si oui : dans le cas où l'on assisterait à une recrudescence des situations de précarité et que le nombre de femmes concernées augmenterait, est-ce que votre dispositif serait toujours viable ?
  - Si non :
    - Selon vous, quelle est la part des personnes pour lesquelles on ne parvient pas à trouver de solution adaptée ?
    - Selon vous, combien de personnes qui devraient pourtant être prises en charge ne le sont pas du tout et passent totalement au travers des mailles du filet ?
    - Comment améliorer le dispositif ?



#### 4. Identification des éventuels dysfonctionnements

- La T2A a-t-elle impacté vos pratiques ? Avez-vous dû vous réorganiser ? Si oui comment ?
- Comment jugez-vous l'effet de la T2A sur cette population précise ? (Effet positif ou négatif ?)
- Est-ce que la population étudiée qui se présente à l'hôpital est plus en difficulté qu'avant ?
- Les relations avec les acteurs de l'aide sociale en dehors de l'hôpital sont-elles bonnes ? Eprenez-vous des difficultés à travailler ensemble ?
- Pensez-vous que le système de prise en charge des femmes en situation de précarité est trop cloisonné ?

#### 5. Les solutions

- Quelles préconisations feriez-vous pour améliorer la prise en charge de ces personnes ? (*actions au niveau du financement, actions au niveau des structures de prises en charge de ces personnes, actions au niveau de la prévention ?*)
- L'hôpital est-il le meilleur endroit pour débiter une prise en charge sociale ?
- Selon vous, la prise en charge sociale des femmes accouchant à l'hôpital doit-elle être effectuée par l'hôpital ou par des acteurs extérieurs ?
- Pensez-vous que la solution puisse être de pouvoir coder un « forfait précarité » en plus du GHM et donc de recevoir un financement supplémentaire pour la prise en charge sociale qui est initiée à l'hôpital ?
  - Si oui : cette solution impliquerait de mettre en place un questionnaire d'entrée pour « repérer » les patients en difficulté ; qu'en pensez-vous, est-ce réalisable ? Est-ce acceptable ?
- Pensez-vous qu'il soit préférable d'augmenter le financement via les Mission d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation (MIGAC) ?
- La loi HPST pourra-t-elle apporter une solution ?

# ARHIF

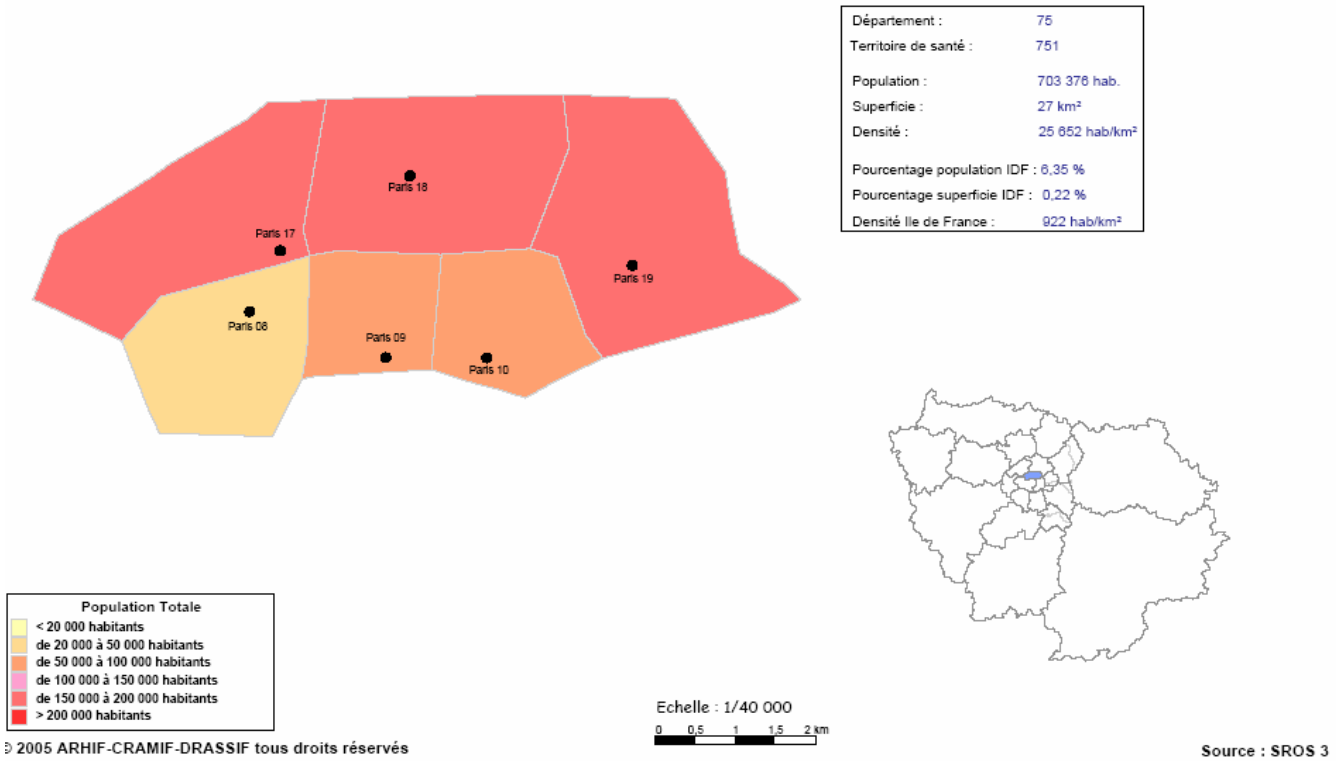
## SCHEMA REGIONAL DE L'ORGANISATION SANITAIRE DE TROISIEME GENERATION - 2006-2010 –

### ANNEXE

Mars 2006

**TERRITOIRE DE SANTÉ 75-1**

## TERRITOIRE DE SANTE 751 Paris Nord



© 2005 ARHIF-CRAMIF-DRASSIF tous droits réservés

## 1. Les principales caractéristiques du territoire de santé

---

### **Caractéristiques géographiques, démographiques, socio-économiques et relatives à l'état de santé**

Le territoire 75-1 est composé de 6 arrondissements (8ème, 9ème, 10ème, 17ème, 18ème et 19ème). Il compte 702 940 habitants, ce qui représente 33% de la population parisienne avec une densité de 25 636 habitants au km<sup>2</sup> pour une superficie de 27.42 km<sup>2</sup>.

La population du territoire Paris Nord est relativement jeune en particulier dans les 18ème et 19ème arrondissements. Les moins de 15 ans représentent 16% et les 16-25 ans environ 13%. À l'horizon 2020, le territoire devrait connaître une légère augmentation du nombre d'habitants (+13 514) avec une progression de la population masculine entre 2010 et 2020 (+ 8 851 pour les hommes contre + 4663 pour les femmes sur la même période).

La population du territoire est vieillissante puisque la part des 45-74 ans continuera à augmenter passant de 205 049 en 2000 à 216 413 en 2010 pour atteindre 235 030 en 2020. De même, la part des plus de 75 ans qui représente actuellement 7,1% de la population du territoire, et 29,5% du total parisien, continuera à augmenter à l'horizon 2020.

Le territoire connaît un taux de pauvreté supérieur à la moyenne parisienne, en particulier dans les arrondissements situés à l'est qui se caractérisent par un faible niveau socio-économique, entraînant des situations de précarité.

L'accès aux structures sanitaires et médicales est facilité compte tenu de l'existence d'un réseau de transports en commun assez dense.

Cela permet également des liaisons avec les territoires limitrophes 75-2, 75-3, ainsi qu'avec les départements de la petite couronne (92 et 93).

Actuellement, seuls 45.2% des habitants du territoire se font hospitaliser dans le 75-1.

Pour les hommes, la situation en ce qui concerne la mortalité prématurée paraît défavorable dans la mesure où le 75-1 enregistre un indice élevé 321,9 pour 100.000 habitants, pour une moyenne régionale de 293,7.

C'est à Paris que le niveau de mortalité par affection cardio-vasculaire est le plus faible pour les hommes avec une sous mortalité de plus de 10% pour le 75-1, soit 274,55 contre 312,10 pour la région. Chez les femmes, ce taux est de 174,39 pour 202,12.

Les tumeurs malignes occupent une place de plus en plus importante en terme de morbidité. Pour les hommes, la mortalité pour cause de cancer est la plus faible de la région avec un différentiel de 10%. En ce qui concerne les femmes, la situation est moins favorable, mais le nombre de décès annuel constaté se situe dans la moyenne régionale.

Le territoire 75-1 avec 25 suicides pour 100.000 habitants est celui qui a le taux le plus faible des territoires parisiens.

## **L'OFFRE DE SOINS**

### **Offre hospitalière :**

Le territoire 75-1 compte 23 établissements, dont 5 de l'AP-HP, 2 PSPH et 16 cliniques privées.

- quatre établissements disposent de maternités ainsi réparties : une de type III, une de type II A et deux de type I ;
- sept établissements disposent de lits de soins de suite, 2 de lits ou places de réadaptation fonctionnelle, et 3 de lits de soins de longue durée.

Il existe sur le 75-1 un établissement de rééducation fonctionnelle dépendant de l'hôpital Bellan situé sur le territoire 75-3.

### **Psychiatrie :**

Le territoire 75-1 est desservi par 11 secteurs de psychiatrie générale et 4 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile. Il dispose également d'un équipement psychiatrique non sectorisé rattaché à des hôpitaux de l'AP / HP et à des structures associatives.

### **Equipements lourds :**

Le territoire compte environ 1/3 des capacités parisiennes, avec 13 scanners, 12 I.R.M, 8 caméras à scintillation et un caisson hyperbare.

### **Equipements médico-sociaux :**

Le territoire 75-1 dispose de 52 structures réparties entre maisons de retraite, CLIC, SSIAD, CAT, SESSAD, IME, CMPP.

### **Médecine de ville :**

Le territoire avec 33 centres de santé totalise 1/3 des capacités parisiennes.

## **Les liens avec la médecine de ville et le secteur médico-social**

Des liens privilégiés ont été tissés avec la médecine de ville, notamment dans le cadre de la permanence des soins d'une part, et en lien avec l'activité des réseaux intervenant sur le territoire d'autre part.

S'agissant du secteur médico-social, des liens existent mais restent souvent informels.

## **LES RESEAUX DE SANTE**

### **Les réseaux intervenant dans le territoire sont :**

- Périnatalogie : REPERE
- IVG médicamenteuse en ville
- Soins palliatifs: QUIETUDE
- Bronchiolite : Réseau Bronchiolite
- Troubles du sommeil : MORPHEE
- Troubles de la mémoire/Alzheimer : Réseau mémoire Marcel Proust
- Personnes âgées et dépendantes : AGEP (19ème arrondissement)
- Diabète : ARSDPI et Paris Diabète
- Réseau de lutte contre la douleur
- Insuffisance cardiaque : RESICARD
- Réseau semi-polyvalent : Paris Nord
- Infections urinaires : SPHERES
- Pathologies cancéreuses : SCOOP (ne couvre que le 17ème arrondissement)
- Troubles psychiques émergents chez l'adolescent et le jeune adulte : PREPSY

### **Les évolutions concernent :**

- Le projet de création d'un réseau de cancérologie associant les établissements du territoire et dont un des axes devrait être d'assurer une continuité des soins entre la ville et les établissements hospitaliers publics et privés ;
- La nécessité de prévoir un réseau périnatal associant les centres périnatals du territoire répondant au cahier des charges national ;
- L'opportunité de susciter un réseau d'accès aux soins et précarité, inexistant dans Paris.

## **LA REPONSE AUX BESOINS DE LA POPULATION DU BASSIN DE SANTE**

### **Points forts :**

- X -

- il existe un bon maillage en terme d'équipements sanitaires ;
- le territoire dispose de sites d'urgences répondant aux besoins de la population ;
- certains établissements ont des services hautement spécialisés ;
- les capacités existantes en soins palliatifs permettent de répondre à la demande de la population du territoire.

#### **Points faibles :**

- les établissements du territoire sont confrontés à l'accueil de populations de plus en plus précaires, ce qui a pour conséquence d'allonger les durées de séjour ;
- l'offre de néonatalogie nécessite un renforcement ;
- le partenariat avec les structures médico-sociales et sociales demeure insuffisant ;
- il y a un déficit en lits de soins de suite et de réadaptation, qui entraîne des difficultés en matière d'aval (23% des capacités autorisées ne sont toujours pas installées) ;
- l'activité de plus de 24 heures en médecine et en chirurgie, a enregistré une baisse importante au cours des six dernières années ;
- la chirurgie ambulatoire n'est pas assez développée ;
- il n'existe pas de site dédié à l'accueil des urgences pédo-psychiatriques (12-15 ans) ;
- l'organisation en réseau est quasi inexistante en cancérologie.

#### **LES OBJECTIFS PRIORITAIRES MAJEURS POUR L'AMELIORATION DU DISPOSITIF DE SOINS**

- renforcer les capacités de premier et de deuxième aval ;
- accroître les capacités en périnatalité (maternité de type IIB) et concrétiser la réorganisation des activités en réseau villehôpital
- renforcer l'activité, développer et réaliser la prise en charge de proximité en soins de suite ;
- prioriser la prise en charge de la précarité ;
- développer la chirurgie ambulatoire ;
- mettre en oeuvre les réorganisations des activités inscrites au plan stratégiques de l'AP-HP
- créer d'un réseau local en cancérologie et un réseau de périnatalité ;
- développer des coopérations entre les établissements du territoire et entre les acteurs du secteur sanitaire et du secteur médico-social ;

- rapprocher des lits de psychiatrie avec les structures parisiennes implantées en dehors de Paris.

## 2. Les activités de proximité du territoire de santé

---

### OBJECTIFS QUANTIFIÉS (extraits)

| Volet                | Situation présente     | Situation future       |
|----------------------|------------------------|------------------------|
| <b>Obstétrique</b>   | 4 implantations dont : | 4 implantations dont : |
| <b>Périnatalogie</b> |                        |                        |
|                      | 1 de type III          | 1 de type III          |
|                      | 1 de type II A         | 1 de type II B         |
|                      | 2 de type I            | 0 à 1 de type II A     |
|                      |                        | 0 à 1 de type I        |

### OPERATIONS DE RECOMPOSITION (extraits)

(transformations, regroupements et coopérations : article L 61121–22° du code de la santé publique)

#### **Périnatalité :**

L'organisation en réseau est mise en place en tenant compte du renforcement de Bichat en soins intensifs néonataux. Ce réseau est conforme au cahier des charges national et intègre l'ensemble des centres périnataux du territoire et les autres intervenants en périnatalité.

L'éventuelle installation d'une unité de néonatalogie de l'hôpital Lariboisière est subordonnée à un projet spécifique.

#### **Les dispositifs de soins en faveur des enfants et des adolescents :**

- organiser une permanence d'accueil et une capacité d'hospitalisation adaptée d'enfants en situation d'urgence psychiatrique à l'hôpital Robert Debré avec le secteur 75 I 12 et la collaboration des secteurs parisiens ;

- organiser une permanence d'accueil et une capacité d'hospitalisation adaptée d'adolescents en situation d'urgence psychiatrique au groupe hospitalier La Pitié-Salpêtrière avec le secteur 75 I 04 et la collaboration des secteurs parisiens ;

- identifier plus précisément le type et le volume adaptés des capacités d'hospitalisation pour enfants et adolescents, entre les différents acteurs ;



- dynamiser les trois réseaux de pédopsychiatrie (Sud, Centre Est et Paris Nord), en partenariat avec les acteurs du champ sanitaire non sectorisés, et du champ médico-social, social, judiciaire et éducatif, pour porter des projets interinstitutionnels ;
- organiser un pôle régional pour enfants et adolescents sourds porté par les secteurs 75 I 01 et 91 I 04.

### **Pédiatrie :**

La coordination des acteurs de soins de proximité en ambulatoire et des médecins hospitaliers devra être facilitée par l'existence du pôle pédiatrique de référence du GHU nord, permettant de construire un lien ville-hôpital et d'améliorer les filières en y intégrant les structures de soins de suite et réadaptation pédiatriques.

Dans le cadre de la prise en charge des maladies chroniques, la structuration en filière est essentielle. Cette filière intègre les services de références spécialisés et les services de pédiatrie générale des hôpitaux des petite et grande couronnes.

Des liens entre services de pédiatrie et services de médecine adultes devront être mis en place, en particulier dans le cas de pathologies chroniques et des adolescents. Deux centres de cancérologie pédiatrique sont identifiés : Saint-Louis et Robert Debré. Le service de Saint-Louis va se transformer en unité d'adolescents et jeunes adultes.

## Annexe 4 : Fiche d'inscription dans le réseau périnatalité Paris Nord

| RESEAU PERINATAL PARIS NORD – HOPITAL LARIBOISIERE                                       |   |   |   |
|--|---|---|---|
| Fiche d'inscription  |   |   |   |
| Date d'inscription : .....   |   |   |   |
| Non d'épouse   | <input type="text"/>                        | Nom de jeune fille  | <input type="text"/>                                      |
| Prénom   | <input type="text"/>                        | Née, le   | <input type="text"/>                                      |
| Adresse  | <input type="text"/>                        |   |   |
| Ville  | <input type="text"/>                        | Code postal   | <input type="text"/>                                      |
| Tél. Dom   | <input type="text"/>                        | Tél. Trav.  | <input type="text"/>                                      |
|  |   | Portable  | <input type="text"/>                                      |
| CONDITIONS DE VIE  |   |   |   |
| Avez-vous des difficultés de compréhension du français ? .....                           |   |   | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Vivez-vous ? .....   |   | Seule <input type="checkbox"/>  | en couple <input type="checkbox"/>                        |
| Avez-vous des problèmes de logement ? .....  |   |   | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| <u>Si oui :</u>  |   |   |   |
| <input type="checkbox"/> Vit à l'hôtel   | <input type="checkbox"/> Vit en foyer       |   |   |
| <input type="checkbox"/> Hébergée par des proches  | <input type="checkbox"/> Sans domicile fixe |   |   |
| Avez-vous ?  |   |   |   |
| Sécurité sociale <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non               |   | AME .....   | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Mutuelle ou CMU complémentaire <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |   | <u>Si oui :</u> AME 75 <input type="checkbox"/>   | AME 92 <input type="checkbox"/>                           |
|  |   | AME 93 <input type="checkbox"/>   | Autre département <input type="checkbox"/>                |
| VOTRE GROSSESSE ACTUELLE   |   |   |   |
| Date des dernières règles  | Date d'accouchement                         | Jumeaux <input type="checkbox"/>  | Triplés <input type="checkbox"/>                          |
| <input type="text"/>   | <input type="text"/>                        |   |   |
| VOTRE HISTOIRE   |   |   |   |
| Avez-vous une maladie particulière ? .....   |   |   | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Si oui, laquelle ? .....   |   |   |   |
| Suivie par qui ? .....   |   |   |   |
| Où ? .....   |   |   |   |
| Nombre de grossesses   | <input type="text"/>                        | Nombre d'enfants  | <input type="text"/>                                      |
|  |   | Nombre de fausses couches   | <input type="text"/>                                      |
|  |   | Nombre de césariennes   | <input type="text"/>                                      |
| Avez vous déjà accouché à la maternité ? .....   |   |   | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Si, oui en quelle année ? .....  |   |   | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Avez vous accouché avant 8 mois de grossesse ? .....                                     |   |   | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Avez-vous un ou plusieurs enfants ayant une maladie ? .....                              |   |   | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Si oui, laquelle ? .....   |   |   |   |
| Suivi où ? .....   |   |   | Par qui ? .....   |
| Avez vous eu une interruption <u>médicale</u> de grossesse ? .....                       |   |   | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Si oui, laquelle ? .....   |   |   |   |
| Avez vous eu pendant une grossesse précédent de l'hypertension ? .....                   |   |   | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Du diabète ? .....   |   |   | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Autre ? (Précisez) .....   |   |   |   |
| Grossesse suivie <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non               |   | Avez-vous un médecin traitant ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |   |
| Par qui ? (Nom et adresse) :   |   | Nom et adresse :  |   |
| <input type="text"/>   |   | <input type="text"/>  |   |
| Réponse : <input type="checkbox"/> Inscrite <input type="checkbox"/> Non inscrite        |   |   |   |
| Rendez-vous le :   |   |   |   |
| <input type="text"/>   |   |   |   |

REFUS D'INSCRIPTION: (Réservé à l'administration, ne pas remplir)

1. Réorientation :

- Liste d'établissements et/ou plaquette réseau       Par la structure d'accueil PMI       Par un membre du personnel de la consultation PMI

2. Inscription programmée dans un autre établissement :

- La Roseraie       La Dhuis       Oui       Non  
 Bichat       Robert Debré       Sainte Thérèse  
 Etablissement Hors réseau

Préciser le nom de l'établissement : .....

1<sup>er</sup> RDV prévu dans l'établissement le :

3. Si la grossesse est non suivie, une consultation obstétricale lui est-elle proposée ?  Oui     Non

4. Si oui, comment ?

- Consultation dans l'établissement  
 Consultation dans un centre de PMI hors Paris  
 Praticien du réseau ville-hôpital  
 Liste des praticiens du réseau ville-hôpital remise à la patiente, pas de RDV programmé  
 Autre, préciser :

.....

Consultation prévue le :

Lieu (nom et adresse)

Nom du praticien

*Cette patiente est orientée vers votre établissement par une maternité du Réseau Périnatal Paris Nord. Pouvez-vous confirmer à la cellule de coordination du réseau, son inscription dans votre établissement:*

- soit par téléphone au 01.40.25.76.73
- soit par fax au 01.40.25.71.06

# Membres et partenaires du réseau



## **Annexe 6 : L'intérêt de ce travail pour chaque corps professionnel**

Au-delà des préconisations communes qui ont été formulées, les résultats de cette étude peuvent interroger chacun de nous sur les implications de la prise en charge des parturientes en situation précaire pour chacun des corps professionnels que nous représentons.

Des éléments d'intérêt sont évidemment transversaux aux différents métiers, comme la nécessité de décloisonner les secteurs, d'inscrire toute démarche de projet dans une logique de partenariat et de mise en œuvre de réseau, de mutualiser les informations et les compétences.

Cependant de façon plus particulière les **directeurs d'établissements sanitaires sociaux et médico-sociaux** sont concernés par la réflexion autour des structures / dispositifs d'accueil et d'accompagnement situées en amont et en aval de la prise en charge hospitalière proprement dite. Dès lors, c'est en termes de filière qu'il est possible et nécessaire de raisonner de façon à fluidifier les parcours tout en offrant, selon les besoins, les solutions diversifiées les plus pertinentes.

**Pour les Elèves Directeurs d'Hôpitaux** que nous sommes, notre conclusion est qu'il est indispensable d'identifier les populations en situation de précarité qui viennent à l'hôpital public. Cette identification est impérative, non seulement pour pouvoir adapter l'offre de soins à cette demande spécifique, mais aussi afin de préserver l'équilibre budgétaire des établissements. Cela ne signifie pas nécessairement restreindre les dépenses. Cette identification peut servir, pour le Directeur, dans la négociation des recettes avec les tutelles. Ainsi, on peut concevoir un outil informatique de gestion des lits avec un système d'alerte lorsque le lit reste occupé plus longtemps que ne le prévoit la DMS cible. En effet, nous avons vu que plus le lit est occupé longtemps plus il devient coûteux, d'autant plus si son occupation ne dépasse pas la « borne haute » prévue dans les tarifs. Un tel outil permettrait donc d'appuyer la négociation avec les tutelles en montrant que l'accueil des populations précaires mobilisent les lits sous la borne haute mais au-delà de la DMS cible ou moyenne.

**Le Directeur des Soins** à travers le projet de soins d'hôpital Lariboisière est garant de la prise en charge des personnes en situation de précarité. Il rappelle que l'Etablissement Public de Santé est engagé dans des missions de santé publique réaffirmées dans le projet de loi dit « Hôpital, Patient, Santé et Territoire ». Le projet de soins réaffirme l'unicité de

l'établissement dans le contexte de mise en place des pôles. En collaboration avec le cadre supérieur de santé et le praticien de pôle, le Directeur des Soins peut ainsi faire le lien entre le projet de soins et le projet des pôles.

Dans cette posture transversale, il garantit la prise en compte de la précarité, et sera un interlocuteur privilégié dans la mise en œuvre des réseaux.

Le développement de l'éducation thérapeutique des patients peut-être inscrit dans le futur projet de soins institutionnel des groupements hospitaliers AP-HP ; Il vise par exemple l'amélioration de la prise en charge des femmes enceintes atteintes de VIH, diabète, etc.

Les communautés hospitalières de territoire seront un levier qui favorisera également la mise en œuvre de filières de prise en charge.

Le principal intérêt pour les **Inspecteurs de l'Action Sanitaire et Sociale** est l'apprentissage de la construction d'une dynamique de groupe : écouter, respecter les logiques différentes, intégrer les propositions pour aboutir à des préconisations consensuelles et pragmatiques. C'est en quelque sorte le travail d'« assemblier » demandé aux IASS au quotidien. Sur le fond, ce travail nous aura permis de mieux appréhender le lien entre le sanitaire et le social, l'hôpital et les solutions d'amont et d'aval pour une prise en charge globale des populations vulnérables.