



MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2010 –

**« LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES EN
SITUATION DE PRECARITE.
LE POINT DE VUE DES ACTEURS
HOSPITALIERS DANS LE CONTEXTE DE LA
T2A »**

– Groupe n° 8 –

- | | |
|-----------------------|------------------------|
| – Christian Bissardon | – Alexandre Mokede |
| – Audrey Faustini | – Brigitte Perrin |
| – Dominique Galatola | – Marie-Cécile Poncet |
| – Nathalie Guines | – Maud Réveillé |
| – Maïté Merkal | – Christiane Vanessche |

Animatrice

– *Isabelle Parizot*

S o m m a i r e

Remerciements.....	1
Liste des sigles utilisés.....	1
Méthodologie	1
Introduction.....	- 1 -

I. La diversité des représentations et des modalités de prise en charge de la précarité dessine la place ambiguë que lui attribuent les hospitaliers..... - 1 -

A. Des représentations hétérogènes de la précarité, qui sous-tendent une prise en charge particulière	- 1 -
1. L'hétérogénéité des représentations.....	- 1 -
2. Des pratiques de soins multiples pour des PEC plurielles.....	- 3 -
B. L'ambiguïté dans le sens donné par les hospitaliers à la PEC de la précarité.....	- 6 -

II. La tarification à l'activité et les tensions organisationnelles qui en découlent cristallisent les interrogations sur la place de la prise en charge de la précarité à l'hôpital..... - 9 -

A. Exacerbées dans le contexte de la T2A, les particularités de la prise en charge de la précarité sont imparfaitement valorisées.....	- 9 -
1. Les particularités de la PEC de la précarité correspondent à des surcoûts ou des baisses de recettes dans le contexte de la T2A.....	- 9 -
2. Une valorisation encore imparfaite de l'impact financier de la précarité	- 12 -
B. La fluidité que nécessiterait la prise en charge de la précarité se heurte de plus en plus aux tensions des organisations.....	- 15 -
1. La précarité tend à faire apparaître une filière de PEC spécifique des patients concernés à l'hôpital.	- 15 -
2. Les questions de PEC en aval posent également problème.	- 17 -

III. Clarifier la place de la prise en charge de la précarité suppose la mise au point d'un repérage des personnes concernées et le choix d'une orientation cohérente avec les modalités de financement- 20 -

A. La précarité recouvre une multitude de situations et rend son repérage difficile.....- 20 -

1. Des méthodes de repérage existent mais s'avèrent restrictives- 20 -
2. Des tentatives d'individualisation du recueil de données à travers l'élaboration de questionnaires.- 21 -

B. Une meilleure orientation des publics concernés demande de repenser l'articulation entre sanitaire et social.....- 23 -

Conclusion 25

Bibliographie..... 27

Liste des annexes 31

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

Nous tenons à remercier

Tous les acteurs de santé auditionnés, qui par leurs témoignages,
ont contribué à ce travail

Isabelle PARIZOT, pour ses conseils méthodologiques et bibliographiques.

Liste des sigles utilisés

AME : aide médicale d'Etat
AME-SU : aide médicale d'Etat soins d'urgence
AP-HP : assistance publique des hôpitaux de Paris
ARS : agence régionale de santé
CHRS : centre d'hébergement et de réinsertion sociale
CHU : centre hospitalier universitaire
CIM : classification internationale des maladies
CMA : co-morbidité associée
CMU : couverture maladie universelle
CMUc : couverture maladie universelle complémentaire
DIM : département d'information médicale
DMS : durée moyenne de séjour
DREES : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ENC : échelle nationale des coûts
EPICES : évaluation de la précarité et des inégalités de santé dans les centres d'examens de santé
GHM : groupe homogène de malades
GHS : groupe homogène de séjours
HPST : hôpital, patients, santé et territoires
IGAS : inspection générale des affaires sociales
ISA : indice synthétique d'activité
MIG : mission d'intérêt général
MIGAC : mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
PASS : permanence d'accès aux soins de santé
PEC : prise en charge
PMSI : programme de médicalisation des systèmes d'information
RSA : revenu de solidarité active
SDF : sans domicile fixe
SSR : soins de suite et de réadaptation
T2A : tarification à l'activité
USLD : unité de soins de longue durée

Méthodologie

- Définition de la problématique

Dans un premier temps, nous avons décidé de cibler notre réflexion sur le terme de précarité et d'aborder plus particulièrement les dynamiques/ processus/ organisations/ filières de la prise en charge (PEC) dans l'hôpital tout en prenant le parti de ne pas définir strictement le terme et de conserver la diversité de situations qu'il recouvre.

Nous avons ainsi décidé d'utiliser la tarification à l'activité (T2A) comme un élément de contexte, entendu au sens large c'est-à-dire comme moyen de tarification et de rationalisation de l'hôpital impactant la PEC de la précarité.

Le sens que nous avons donné à ces termes nous a conduit à privilégier les représentations des acteurs hospitaliers sur le terrain et les pratiques professionnelles comme angle d'approche de la thématique.

- Choix de mener des entretiens semi-directifs

Afin de recueillir un maximum de pistes d'étude et des données exhaustives nous avons décidé de ne pas fermer nos entretiens avec les personnels en adoptant une grille d'entretien semi-directif. Celle-ci consistait avant tout à interroger les professionnels sur leur approche et leur représentation de la précarité dans le cadre de leurs pratiques. Il s'agissait de mentionner la T2A seulement si ce critère n'apparaissait pas spontanément dans les propos recueillis.

- Détermination des terrains d'investigation et des acteurs à rencontrer

Nous avons choisi comme terrains d'entretien des services d'urgences dans trois établissements, ces secteurs étant principalement la « porte d'entrée » des populations précaires dans l'hôpital. Nous avons retenu également deux permanences d'accès aux soins de santé (PASS) afin d'aborder ces filières dédiées à la prise en charge de la précarité. Nous avons aussi sélectionné deux autres services hospitaliers : un service d'infectiologie et un service d'orthopédie. Dans le premier de ces services, nous nous attendions à une représentation importante de personnes en situation de précarité, que nous voulions comparer avec un service a priori moins concerné.

Nous avons initialement prévu de recueillir deux témoignages d'experts, qui se sont finalement désistés. Concernant les médecins nous avons voulu recueillir les

expériences les plus variées possibles et nous nous sommes ainsi adressés à des médecins urgentistes, des praticiens hospitaliers, des médecins DIM et un médecin généraliste. Nous avons rencontré d'autres acteurs hospitaliers confrontés à cette problématique : cadres de santé, infirmiers, aides-soignants, assistantes sociales et directeurs.

- Construction des grilles d'entretien

Constitution de cinq grands thèmes subdivisés en sous-questions¹ :

- Représentation de la précarité
- Parcours des publics précaires
- Modalités de PEC des précaires
- Impact de la T2A et impact de ces PEC sur les organisations des services et les pratiques.
- Pistes d'amélioration

- Organisation temporelle

- 1^{ère} semaine : recherche bibliographique et entretiens
- 2^{ème} semaine : analyse documentaire, et poursuite des entretiens. Analyse des entretiens. Reformulation de la problématique à partir de la synthèse des entretiens. Première ébauche de plan.
- 3^{ème} semaine : premier jour : discussion du plan en présence de l'animatrice. Problématique et plan définitivement arrêtés. Rédaction et construction du document final.

¹ Cf. annexe 2

« Si le phénomène s'appelle précarité, les gens qui viennent vous voir n'ont pas pour autant une tête de phénomène social, ce sont des personnes. Il faut donc définir des concepts, des méthodes, quantifier pour prévoir des moyens ou pour tenter d'évaluer ce que l'on fait, avoir les yeux fixés sur le général et s'occuper personnellement de chacun² ».

Antoine Lazarus,
Professeur de Santé publique

La campagne tarifaire des établissements de santé pour 2010 prévoit une enveloppe Mission d'intérêt général (MIG) de 150 millions d'euros en faveur de la précarité. Dans le contexte de la T2A la campagne tarifaire 2009 a en effet créé une enveloppe spécifique afin de compenser certains des coûts engendrés par la PEC de la précarité. La création et la reconduction de cette enveloppe vient confirmer que la T2A telle que mise en oeuvre à partir de 2004 ne permettait initialement pas de valoriser parfaitement les particularités de la PEC des personnes précaires. De ce fait, elle conduit à s'interroger sur la nature de ces particularités et la manière dont les personnes précaires sont prises en charge aujourd'hui dans les établissements publics de santé.

Si la mission originelle de l'hôpital a été de prendre en charge la pauvreté, avec la création des Hôtels-Dieu à partir du VII^{ème} siècle, cette institution a évolué au fil des siècles. La loi du 21 décembre 1941 supprime la notion d'hôpital-hospice et la loi hospitalière de 1970 instaure la séparation entre les établissements à mission sanitaire et les établissements à mission sociale ou médico-sociale. La création des CHU³ et les progrès de la médecine scientifique du XX^{ème} siècle consacrent les hôpitaux comme des

² Cité dans *Pratiques en santé mentale*, n° 1, 2000, p. 6

³ Par l'ordonnance du 30 décembre 1958, dite réforme Debré

pôles d'excellence médicale et universitaire, tandis que la prise en charge des vulnérabilités sociales se développe dans un secteur distinct.

Pour autant, aujourd'hui, la tension reste forte entre mission sanitaire et mission sociale de l'hôpital. En effet, même s'il devient avant tout un lieu de soins, il se doit toujours d'accueillir toute personne qui se présente, au titre de sa mission de service public. Cela est d'autant plus vrai que les personnes en situation de précarité trouvent dans l'hôpital public leur lieu de soins privilégié, du fait des difficultés qu'elles peuvent rencontrer pour suivre un parcours de soins en ville, et d'une demande de soins plus tardive et donc d'un état général potentiellement plus dégradé.⁴

De la même façon, l'hôpital est tiraillé entre le principe d'égal accueil de tous les patients, qui découle du principe de non-discrimination, et la possible nécessité de forger une PEC spécifique pour les plus démunis. En effet, l'éthique soignante hospitalière exige un traitement égal de tous les patients sans distinction basée sur l'origine sociale. Le rapport à la différence est une « pierre d'achoppement »⁵ à l'hôpital. Il semble en effet que l'objectif du professionnel hospitalier soit généralement d'amener le patient vers une prise en charge de droit commun⁶, pour éviter la création de « ghettos médicaux ».

Enfin, l'hôpital est de plus en plus confronté à la tension entre impératif économique et mission sociale. L'hôpital modèle contemporain s'est en effet organisé autour d'une clientèle-type, un « malade normal »: un individu jeune ou d'âge moyen, ayant besoin de soins de relativement haute technicité, porteur d'une carte d'assuré social et souvent d'une carte de mutualiste, clairement identifié au plan social et bien intégré dans la vie courante (famille, logement, travail,...).⁷ La valorisation de l'activité hospitalière se base sur ce type de patient, et tout malade qui tend à dévier de ce modèle est vu comme « dérangement ».

Lorsque l'hôpital perd son rôle de foyer d'accueil, et devient avant tout un centre de soins, la question du financement des activités sociales annexes au soin se pose dans

⁴ Masullo A., *Santé et recours aux soins des personnes précaires*, ERIS, année non précisée

⁵ Lebreton D., « Soigner les pauvres à l'hôpital », in *Depuis cent ans, la société, l'hôpital et les pauvres*, Musée de l'APHP, 1998

⁶ Mossé P., *Le lit de Procuste. L'hôpital : impératifs économiques et missions sociales*, Erès, 1997

⁷ C. Maillard, « Les contradictions du service public aujourd'hui », in *Depuis cent ans, la société, l'hôpital et les pauvres*, op. cit.

des termes renouvelés. En effet, l'hôpital est financé pour les actes médicaux qu'il dispense, et les gestes de « care » (par rapport au « cure », purement médical) sont peu valorisés. Pour répondre à l'injonction d'équilibre économique, l'hôpital peut risquer de minorer son action en faveur des plus démunis et se recentrer sur son « cœur de métier » sanitaire.

Dans le langage courant, la précarité se définit comme « l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales et de jouir de leurs droits fondamentaux ».⁸ C'est aussi une notion subjective et relative puisqu'elle est définie par rapport à une situation « acceptable » au sein d'une société donnée. Elle conduit le plus souvent à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle tend à se prolonger dans le temps et devient persistante, qu'elle compromet gravement les chances de reconquérir ses droits et de réassumer ses responsabilités par soi-même dans un avenir prévisible.

La précarité s'inscrit dans une trajectoire de vie : tout individu peut basculer un jour dans la précarité. Cependant certaines populations sont plus touchées : les jeunes inactifs en rupture familiale, les familles monoparentales féminines, les personnes âgées de plus de 60 ans, les personnes étrangères et/ou issues de l'immigration, les familles nombreuses de plus de quatre enfants.⁹ Les populations en situation de précarité se diversifient et évoluent en fonction des régions et des territoires de santé. A la suite du rapport de 1987, il faut noter que le terme de précarité va connaître un succès croissant, s'ajoutant, voire tendant à se substituer, à ceux, plus classiques, de pauvreté, de misère, de marginalité, de défaveur sociale.

Par ailleurs, il apparaît que la maladie et l'hospitalisation, par les coûts importants qu'elles peuvent engendrer, représentent des risques de précarisation pour les personnes ne disposant pas d'assurance maladie ou de mutuelle. De fait, l'émergence de la précarité a provoqué une prise de conscience permettant la mise en place de plusieurs dispositifs visant à améliorer la PEC des personnes précaires. La loi relative à la lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998 prévoit la création des PASS dans les services d'urgences, cellules de PEC médico-sociale qui doivent faciliter l'accès des personnes

⁸ Définition de Wresinski dans le rapport au Conseil économique et social de 1987

⁹ Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale, *Rapport de 2007-2008*, p.36

démunies. La loi du 27 juillet 1999 portant création de la couverture maladie universelle (CMU) permet l'accès à l'assurance maladie de toutes les personnes résidant en France de manière stable et régulière et qui n'y ont pas droit à un autre titre. La même loi rénove l'aide médicale d'Etat (AME), qui se substitue à l'aide médicale créée en 1954, et qui protège les étrangers qui ne peuvent être affiliés à un régime de sécurité sociale.

L'ensemble de ces éléments interroge davantage la prise en charge de la précarité dans l'hôpital public que celle des personnes précaires. En effet, le fait que les personnes précaires puissent bénéficier des mêmes soins techniques que tous les patients n'est pas remis en cause. En revanche, la prise en compte des conditions de vie dégradées de ces patients dans la démarche thérapeutique n'est plus évidence : c'est donc la précarité qui engage la réflexion d'un point de vue institutionnel. Aussi est-il pertinent de se pencher sur ce **que révèlent les pratiques et les discours des hospitaliers sur la place de la prise en charge de la précarité à l'hôpital.**

De fait, il apparaît que la diversité des représentations et des modalités de prise en charge de la précarité dessine la place ambiguë que lui attribuent les hospitaliers (I). De plus, la tarification à l'activité et les tensions organisationnelles qui en découlent cristallisent les interrogations sur la place de la prise en charge de la précarité à l'hôpital (II). Dans cette perspective, clarifier la place de la prise en charge de la précarité suppose la mise au point d'un repérage des personnes concernées et le choix d'une orientation cohérente avec les modalités de financement (III).

I. La diversité des représentations et des modalités de prise en charge de la précarité dessine la place ambiguë que lui attribuent les hospitaliers

A. Des représentations hétérogènes de la précarité, qui sous-tendent une prise en charge particulière

1. L'hétérogénéité des représentations

Les différents entretiens que nous avons conduits montrent que les acteurs de terrain, selon leur corps de métier, définissent la précarité avec des critères différents. Ainsi, pour un chef de service des urgences, les patients précaires, qui sont parfois considérés comme « *indésirables* », sont les personnes âgées poly-pathologiques, cumulant le grand âge et sans perspective d'avenir, les patients alcooliques à la rue et sans travail et les patients en situation irrégulière et sans couverture sociale. Un autre chef de service des urgences définit le patient précaire comme un patient qui nécessite une PEC globale sur le plan « *médico-psycho-social* ».

Les médecins du Département d'Information Médicale (DIM) interrogés définissent respectivement pour le premier les patients précaires comme ceux n'ayant pas de couverture sociale et ceux bénéficiant de la CMU et pour le second, la population précaire regroupe la personne âgée isolée, bénéficiant d'une faible retraite, les sans domicile fixe (SDF) et les patients alcooliques.

Les soignants ont leurs propres définitions de la précarité : un cadre des urgences regroupe sous le terme précaire, les SDF et les personnes âgées qui ne sont pas précaires pour cause d'argent mais qui le sont à cause de l'isolement. Elle souligne également que la précarité ne se voit pas forcément, « *il faut la rechercher* ». Un autre cadre d'un service d'urgences énonce que ce sont les personnes dont les conditions de vie mettent en danger leur santé ainsi que les personnes sans couverture sociale. Enfin, un cadre d'un service d'hospitalisation décrit la personne précaire comme celle privée de couverture sociale, de logement et de papiers, ainsi que la personne séropositive étrangère, cumulant précarité médicale et sociale.

Un infirmier des urgences reprend une idée évoquée par son cadre quand il dit « *que la précarité ne se voit pas forcément* ». Il parle aussi de personnes précaires quand ces dernières ne maîtrisent pas la langue française. Dans le même ordre d'idées, un chef de service d'urgences évoque « *l'analphabétisme est présent* ». Toutefois l'infirmier énonce clairement que ceux qui sont « *étiquetés précaires* » sont les SDF. Une autre infirmière évoque les sans abris et les femmes battues. Cette dernière considère que les patients bénéficiant de la CMU ne sont pas précaires car ils bénéficient d'une couverture sociale.

Un témoignage de médecin généraliste exerçant en ville et qui prend en charge des patients précaires nous indique que c'est l'état de santé de la personne qui la rend fragile et donc précaire. Il évoque plus précisément les « *patients handicapés légers, qui ont de petits retards mentaux mais autonomes dans la vie de tous les jours* ».

L'ensemble de ces témoignages traduit bien l'hétérogénéité des représentations de la précarité. Les personnes puisent dans un ensemble de critères communs mais les combinent différemment. L'un des directeurs résume bien l'ensemble des critères avancés : « *c'est une personne qui regroupe plusieurs facteurs de fragilité : absence de moyens financiers, isolement, éclatement et démobilitation des familles, dépendance physique avec perte d'autonomie, absence de domicile, absence d'ouverture de droits, addiction à l'alcool et destruction de la vie liée à des troubles cognitifs et psychiatriques* ». Par ailleurs, le service social en donne une définition plus formelle : la personne précaire est alors celle qui cumule l'absence d'emploi, de logement et de papiers, ainsi que plus spécifiquement les primo-arrivants et les femmes enceintes sans domicile, en errance. Une assistante sociale d'un service d'hospitalisation décrit la précarité par rapport aux ressources avec des conditions de vie allant du manque de confort à l'insalubrité. Il peut aussi s'agir d'une personne âgée isolée, celle qui bénéficie du Revenu de Solidarité Active (RSA) et enfin les jeunes en rupture familiale, en nette augmentation. En résumé, il n'y a pas de vrai consensus ni de définition partagée malgré des critères récurrents et le fait souvent avancé que la précarité ne se voit pas toujours.

En revanche, il semble que plus la personne interrogée est confrontée à la précarité dans son exercice quotidien, plus elle en adoptera une définition restreinte. Ainsi, les agents des services d'urgences ou de maladies infectieuses limitent plus fréquemment la précarité aux personnes SDF et sans-papiers. Tout fonctionne comme si la fréquentation régulière de personnes précaires agissait comme un filtre sur la précarité modérée - la rendant invisible aux yeux des soignants par la force de l'habitude - seule la grande précarité restant alors suffisamment marquante.

Cette hétérogénéité de représentations va de pair avec une hétérogénéité dans les estimations du nombre de patients précaires accueillis dans les établissements. En effet, les écarts entre les chiffres avancés par les médecins et les directions montrent que cette population ne revêt pas la même typologie dans les différents hôpitaux. Un chef de service des urgences estime qu'un tiers des patients accueillis est en grande précarité alors qu'un confrère l'évalue entre 10 et 15% dans son service. Ce dernier constate une hausse des passages aux urgences de 12% en 2009 qui pourrait également expliquer le nombre croissant de patients précaires. En ce qui concerne les services d'hospitalisation, les estimations avancées vont de moins de 10% de patients précaires à 50% dans un service d'infectiologie (principalement des personnes séropositives étrangères). Par ailleurs, au sein d'un même service, les estimations peuvent diverger fortement : alors qu'un médecin parle de 30% des patients, une infirmière du même service n'en comptabilise qu'environ 3%. L'appréciation est donc différente selon les acteurs et selon les établissements.

L'absence de repérage statistique spécifique, confirmée par les directeurs, renforce le flou qui entoure l'appréciation des critères de la précarité. En revanche, ces établissements parviennent à extraire le nombre de patients bénéficiant de l'AME, de la CMU et le nombre de patients dirigés vers des filières spécifiques. En effet, dans deux des établissements visités, des filières avec des modes de PEC spécifiques se sont développées pour tenter d'apporter des réponses plus adaptées, en mettant en relation les caractéristiques du bassin de population et les spécialités médicales disponibles.

2. Des pratiques de soins multiples pour des PEC plurielles

a) Les particularités de la PEC de la précarité impliquent des pratiques de soins adaptées

A travers les divers témoignages, certaines constantes se dégagent pour qualifier la PEC des personnes précaires. En premier lieu, bon nombre de professionnels s'accordent pour affirmer que la PEC de la personne précaire est consommatrice de temps médical, soignant, administratif et social. Certains avancent même le chiffre de 30% de temps supplémentaire nécessaire tandis que la DREES estime que le temps

médical n'est guère impacté mais que le temps soignant est supérieur de 10% à 20% dans le cas d'une personne précaire¹⁰. Un cadre d'un service d'urgences relate le « *temps de négociation nécessaire avant les soins* », pour convaincre la personne de leur importance et, selon les cas, de la nécessité d'une hospitalisation, avec comme préalable incontournable de gagner la confiance. Une responsable du service social insiste sur la présence de dossiers de plus en plus complexes demandant à chaque assistante sociale de consacrer plus de temps à chaque dossier. Un médecin considère que la précarité est le « *déterminant essentiel* » de la PEC, aussi il est incontournable pour lui de prendre du temps pour décider de la conduite à tenir. Par ailleurs, la nécessité d'organiser la sortie d'une personne précaire est également très consommatrice en temps, à la fois du fait du manque de places, et du fait d'une difficulté à faire accepter ces patients compliqués, parfois sans couverture sociale, dans les structures. Ce problème se pose à la fois à la sortie des urgences (un médecin notant ainsi un besoin de 20 places d'hospitalisation par jour contre 3 lits de disponibles dans les services accueillant les post-urgences) et à la fin des hospitalisations, dans des structures de soins de suite et de réadaptation (SSR) ou des établissements sociaux.

La PEC des patients précaires est aussi, pour certains, synonyme d'une surcharge de travail, que d'autres qualifient de « *soins différents* ». Aux soins corrélés à la pathologie s'ajoutent des soins de base ou d'hygiène plus conséquents. Dans un service d'urgences, il est ainsi demandé aux soignants de doucher tous les malades précaires avant leur consultation médicale. En outre, certains professionnels accentuent leur PEC au travers d'un accompagnement psychologique, les personnes précaires exprimant plus fréquemment le besoin de se confier, d'exprimer leur mal-être. Un accent particulier est aussi porté sur l'éducation thérapeutique des personnes précaires, notamment celles porteuses de pathologies chroniques.

Un autre élément s'est dégagé des entretiens, qui tient à l'usure psychologique des professionnels face à des situations difficiles à vivre. Outre l'alcoolisation, la population précaire est parfois plus agressive, moins compliant aux soins et ne respecte pas forcément le règlement intérieur. Elle demande ainsi une attention supplémentaire. A l'encontre des éléments énoncés précédemment et caractérisant une approche

10 Maric M., Grégoire E., Leporcher L., *La PEC des populations dites précaires dans les établissements de soins*, IRIS, n° 81, novembre 2008, p. 59

spécifique, certains professionnels avancent l'idée que la PEC des personnes précaires est « *comme les autres* ». Selon un infirmier, les pratiques soignantes ne changent pas en fonction du profil des patients, « *ça fait partie du métier* ». D'ailleurs, deux des trois établissements ne relèvent pas la demande de formation continue spécifique.

b) le développement de PEC spécifiques

Pour s'adapter à ces besoins spécifiques, deux des établissements visités ont développé des PEC aménagées pour les personnes précaires, depuis quelques années déjà. Ainsi, un soignant des urgences explique qu'auparavant, des moyens spécifiques avaient été mis en place au sein même du service pour accueillir la population étiquetée précaire, à savoir douche, brancards et armoires de linge. Cette même personne constate que tout cela a disparu et que ces patients sont aujourd'hui orientés directement vers la consultation dédiée précarité, « *ce qui semble arranger tout le monde* ». En effet, deux établissements ont mis en place des filières spécifiques. Un premier a fait le choix d'instaurer au sein du service des urgences, deux heures par jour, une permanence du service social, Le second a opté pour une consultation spécialisée où 90% des patients pris en charge sont sans couverture sociale, ou bénéficient de l'AME ou de la CMU.

Cette réponse développée plus particulièrement au sein des urgences prend une forme différente dans les services d'hospitalisation. Dans certains services, il existe des indicateurs pour déclencher l'appel du service social, lorsque le patient coche la case « isolé » dans le document de soins par exemple. Un service de maladies infectieuses possède depuis cinq ans une « procédure précarité » intégrée au projet thérapeutique. Par ailleurs, un comité de pilotage a créé des grilles d'aide à la décision pour aider à la PEC de cette population. Lorsqu'une situation complexe se présente dans la filière spécialisée, une réunion de concertation pluridisciplinaire s'organise, associant professionnels de la « consultation précarité », spécialistes, avocat, anthropologue, etc. Un médecin explique que « *c'est très bien car individuellement ce sont des décisions qui seraient très difficiles à prendre* ». Dans un autre établissement, deux populations précaires ont été particulièrement identifiées : les femmes enceintes seules en situation irrégulière et sans hébergement, et les personnes SDF ayant des troubles cognitifs liés à l'alcool. Pour chacune d'entre elles, un parcours de soins est organisé d'une part dans un objectif d'anticipation des difficultés individuelles, pour une plus grande fluidité de la PEC et d'autre part pour mieux articuler les composantes sociale, médicale et administrative. Cela étant, ces PEC spécifiques ne concernent qu'une partie de la population précaire accueillie.

B. L'ambiguïté dans le sens donné par les hospitaliers à la PEC de la précarité

La lutte contre l'exclusion sociale a été réaffirmée dans la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) comme une des quatorze missions de service public. L'engagement des hospitaliers à accomplir cette mission implique notamment un accueil sans discrimination des patients, un traitement déférent et unique de chaque personne, une dispensation de soins parfaitement conformes à l'éthique et la protection des malades durant leur séjour. A cela s'ajoutent les valeurs auxquelles les hospitaliers et notamment le personnel soignant sont attachés, c'est-à-dire leur manière d'aborder la PEC des patients au quotidien : le respect d'autrui, l'égalité de PEC, l'empathie, l'humanité.

L'analyse des entretiens réalisés dans les établissements a permis d'appréhender le sens que donnent les professionnels à leur PEC des patients. De fait, les professionnels adoptent plusieurs types d'attitudes face à la prise en charge de la précarité. Ils incluent plus ou moins la précarité dans leur démarche soignante selon des motivations différentes : on peut donc distinguer une attitude exclusive motivée par leurs convictions, une attitude inclusive motivée par leur conscience professionnelle, et une attitude inclusive motivée par leurs convictions.

a) L'attitude exclusive motivée par leurs convictions consiste à prendre en compte le traitement de la maladie en ignorant le contexte de vie de la personne. « *Tous les services n'ont pas la même philosophie, ce qui est le cas du service de cancérologie qui accueille les patients en phase aigue sans se préoccuper de leur couverture sociale, ni même du suivi de leur traitement et de leur conditions d'existence : retour à la rue après une séance de chimiothérapie* ». Un médecin chef de service d'une PASS pense que les mentalités doivent évoluer et que « *le fait de ne pas se soucier des conditions de vie impacte la qualité du soin médical* ».

b) L'attitude inclusive motivée par leur conscience professionnelle consiste à prendre en charge la personne précaire au même titre que les autres patients sans distinction. Plusieurs témoignages confirment une équité dans la PEC et l'absence de

jugement de valeur concernant la situation sociale du patient. Un cadre de santé relate « *on n'a pas à faire ni bien ni mieux que pour les autres, cela fait partie du métier aux urgences et on le sait* ». Une infirmière du même service annonce pour sa part ne pas faire de différence « *je le fais instinctivement* ». Cependant, certains professionnels tout en étant impliqués, reconnaissent « *que ce n'est pas leur mission, mais qu'ils le font quand même* » et qu'ils « *se sentent un peu démunis pour accueillir cette population* ». D'autres regrettent l'absence de formation pour accompagner et informer les personnes précaires.

c) *L'attitude inclusive motivée par les convictions des soignants*, qui ressort le plus de notre champ d'investigation, consiste à intégrer la précarité à la réflexion et à la PEC thérapeutiques. Pour un des médecins urgentistes interrogés « *la précarité est un déterminant essentiel* » de la PEC. Tout devient différent et son exercice est adapté notamment en cas d'hospitalisation. Il privilégie la réalisation des examens, des analyses sur site jusqu'à prendre rendez-vous pour le patient précaire plutôt que de lui laisser la charge de réaliser lui-même ses examens en ville. Dans un autre établissement, le cadre de santé d'un service d'infectiologie mentionne qu'il existe « *une procédure précarité depuis cinq ans* ». Celle-ci offre à ces patients la PEC financière de leurs traitements (antibiotiques et antirétroviraux) à leur sortie. En effet, la pharmacie de cet établissement délivre les traitements gratuitement et le coût est supporté par le budget alloué au service, notamment pour la période transitoire avant le bénéfice de l'AME pour les personnes étrangères résidant en France depuis plus de trois mois. Le cadre souligne également que « *la dimension sociale est plus présente qu'ailleurs dans l'hôpital* » et reflète « *la sensibilité et la philosophie du service* ».

Enfin, dans un des établissements les soignants parlent de « *faire plaisir* » à cette population. Ils s'attachent à fournir des vêtements propres aux personnes qui le nécessitent, à améliorer leurs repas quotidiens en hospitalisation et à leur apporter des collations lors de leur passage au service des urgences. Dans cette tendance de PEC, les autres professionnels de l'hôpital sont généralement pleinement associés dans le parcours de soin du patient.

Par ailleurs, il a été également mentionné que certains services peuvent refuser d'hospitaliser des personnes précaires. Ce phénomène, à la marge, a été justifié par le fait d'un allongement de la durée d'hospitalisation et la difficulté de trouver une structure d'aval pour ces patients.

Au regard des entretiens, il ressort que les différents modes de PEC sont davantage liés à une organisation de service et à un positionnement des acteurs plutôt qu'à une politique institutionnelle. Toutefois selon un des directeurs interrogés, la PEC des personnes précaires relève d'une mission de service public : *« dans le projet d'établissement, il n'est pas fait mention particulière de la population précaire mais bien d'une réinscription et d'un réengagement fort de prendre en charge les populations les plus fragiles »*. Dans le service d'infectiologie déjà précité, la mission précarité a ainsi été identifiée dans le contrat de pôle. Dans un des trois établissements, la direction a fait le choix de compenser le coût de la précarité par la redistribution des recettes des autres activités car *« les enveloppes MIGAC à elles seules ne suffisent pas »*.

Le passage à la T2A a permis à certains services de s'interroger sur leurs organisations et de réfléchir sur leur manière de s'adapter tout en assurant une PEC satisfaisante des patients précaires.

II. La tarification à l'activité et les tensions organisationnelles qui en découlent cristallisent les interrogations sur la place de la prise en charge de la précarité à l'hôpital

A. Exacerbées dans le contexte de la T2A, les particularités de la prise en charge de la précarité sont imparfaitement valorisées

L'introduction de la T2A à partir de 2004 va de pair avec un mouvement de rationalisation des dépenses hospitalières. D'une part, la T2A a impliqué pour un certain nombre d'établissements une baisse des recettes (établissements dits « perdants » à la T2A). D'autre part, le développement dans le même temps de la comptabilité analytique et de la comparaison entre établissements par le biais de la valeur du point ISA par exemple, ont conduit les établissements à vouloir identifier les déterminants de leurs dépenses, dont les caractéristiques de leur population font partie. En ce qui concerne la précarité, s'ajoute le fait que les particularités de sa PEC ont des effets sur l'équilibre financier des établissements.

1. Les particularités de la PEC de la précarité correspondent à des surcoûts ou des baisses de recettes dans le contexte de la T2A

L'IGAS résumait en 2006 la situation en indiquant que « la précarité est un facteur régulièrement documenté d'accroissement des coûts de PEC hospitaliers¹¹ ».

a) les surcoûts liés au séjour

Comme décrit précédemment, la PEC des personnes précaires présente certaines particularités. En premier lieu, les personnes précaires diffèrent des autres patients à la fois par les pathologies qu'elles présentent, par la gravité de ces pathologies et le nombre de co-morbidités associées (CMA) : dans une étude réalisée à l'AP-HP, 34% des patients titulaires de la CMUc présentaient au moins une CMA, contre 28% pour les

11 Aballea P., Bras P-L, Seydoux S., *Mission d'appui sur la convergence tarifaire public privé*, rapport IGAS n°9, janvier 2006

autres patients¹². Les surcoûts engendrés par cet état de fait sont cependant compensés par les tarifs différents en fonction du diagnostic principal, et des CMA, remplacées depuis 2009 par les niveaux de sévérité¹³. Il en va de même pour la récurrence des séjours hospitaliers ou des passages aux urgences, compensée par une facturation supplémentaire.

Cela étant, la PEC des personnes précaires comporte d'autres spécificités, que la T2A ne permet pas nécessairement de prendre en compte. A séjour identique, une personne précaire a souvent besoin de soins techniques supplémentaires, de soins relationnels plus importants ; au-delà de la PEC médicale, le temps « *social* » ou « *administratif* » est également supérieur, puisque la PEC d'une personne précaire implique d'une part une collaboration avec beaucoup d'acteurs (assistante sociale mais aussi diététicien, psychologue, équipe mobile de gériatrie, etc.), et d'autre part de gérer à sa place ce qui relève de l'extrahospitalier (prise de rendez-vous, aval...).

L'ensemble de ces éléments font que les patients précaires sont clairement perçus par nos interlocuteurs comme des patients qui resteront comparativement plus longtemps dans le service, et qui pendant leur séjour, nécessiteront un investissement supplémentaire. L'obligation souvent évoquée de prolonger le séjour d'une personne précaire au-delà du temps d'hospitalisation strictement nécessaire par manque de places en structure d'aval conduit d'ailleurs à des dépenses supplémentaires d'hôtellerie pour l'établissement.

De fait, les éléments évoqués par nos interlocuteurs sont globalement corroborés par les nombreuses études sur les implications pour un établissement de la PEC des personnes précaires. Dès les années 1980, des études américaines ont quantifié les surcoûts, mesurant une augmentation de la durée de séjour de 25% et de 16% pour les coûts¹⁴. L'introduction d'une tarification à l'activité en Belgique dans les années 1990 a donné lieu à des études concluant dans le même sens. M.-C. Closon montre ainsi que la performance d'un établissement en matière de durée moyenne de séjour (DMS) évolue

12 Holstein J. et alli, « Lien précarité – durée et complexité des séjours hospitaliers en secteur de court séjour », *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, n°57, 2009, p. 205-211

¹³ cf *infra*

14 Epstein A.M. et alli, « The association of patients' socioeconomic characteristics with the length of hospital stay and hospital charges within diagnosis-related groups », *New England Journal of Medicine*, juin 1988, p. 1579-1585

si on la pondère avec le poids de la précarité¹⁵. En France, dès 1999, C. Mathy et M. Bensadon travaillent à identifier ces surcoûts en neutralisant les différences de case-mix (à Groupe homogène de malade -GHM- identique), et obtiennent des durées de séjour de 36% supérieures pour les patients précaires, ainsi que des coûts de séjour de 33% plus élevés¹⁶. L'étude réalisée sur l'ensemble des séjours 2007 de l'AP-HP débouche sur les mêmes conclusions, avec des DMS augmentées qui vont de +11% pour les patients CMUc à +48% pour les patients à l'AME-SU¹⁷.

L'impact global de ces surcoûts pour les établissements ne fait en revanche pas consensus. Ainsi, l'IGAS estime que dans l'étude de C. Mathy et M. Bensadon, les patients précaires ne représentant jamais plus de 10% de la patientèle totale, le surcoût global pour les établissements ne dépasse pas 3% de leurs dépenses. L'IGAS conclut donc que « le surcoût global lié à la PEC de la précarité est limité »¹⁸. A l'inverse, plusieurs études menées à l'hôpital Lariboisière estiment le nombre de journées supplémentaires générées par la précarité autour de 12% du total sur l'établissement, soit, une enveloppe de 10 à 11 millions d'euros pour ce seul établissement¹⁹. Il faut également noter que les mêmes auteurs observent une tendance au fur à et mesure des études à la diminution de la différence entre les DMS des patients précaires et non précaires. Ils en concluent que « les pratiques de PEC deviennent de plus en plus homogènes sans considération des situations sociales des patients »²⁰.

Par ailleurs, l'allongement des DMS pour les patients précaires conduit non seulement à un surcoût dans le mode de financement actuel, mais « embolise »

¹⁵ Par exemple, un établissement avec une DMS supérieure de 18% à la moyenne passe à une DMS de 7% supérieure, et un établissement avec une DMS de 9% inférieure passe à 3% inférieur. Closon M-C, « Précarité sociale et convergence », *Revue hospitalière de France*, n° 508, 2006, p. 19 à 25

¹⁶ Mathy C, Bensadon M, *Impact de la PEC de patients en situation de précarité sur les hospitalisations de court séjour*, Mission PMSI, DHOS, décembre 1999.

¹⁷ Holstein J. et alli, *op. cit.*

¹⁸ Aballea P., Bras P-L, Seydoux S., *op. cit.*,

¹⁹ Castiel D., Bréchat P.-H., Grenouilleau M.-C., « De la nécessité d'un financement supplémentaire pour la PEC des patients handicapés sociaux à l'hôpital », *Presse Med*, n°36, 2007, p. 187-188 et Castiel D., Bréchat P.-H., Rymer R., Grenouilleau M.-C., « Handicap social et hôpitaux publics – Il est temps de penser à un GHS 'social-isable' », *Gestions hospitalières*, n° 478, 2008

²⁰ Castiel D., Bréchat P.-H., « Réformes hospitalières, tarification à l'activité et handicap social: vers une mise en cause de la mission sociale des établissements de santé et du principe de solidarité? », *Médecine et droit*, 2009, p.56

également les lits et freine l'activité d'un service, occasionnant ainsi un manque de recettes lié à l'impossibilité d'admettre un nouveau patient. Cette diminution de l'activité potentielle n'a cependant pas été quantifiée pour le moment.

b) des surcoûts structurels

Aux surcoûts liés aux séjours clairement mis en évidence, s'ajoutent des surcoûts organisationnels et structurels, qui concernent notamment les établissements accueillant beaucoup de patients précaires. Plusieurs auteurs évoquent ainsi le « surcoût organisationnel lié à la perturbation provoqué par l'aléa »²¹ dans les services d'hospitalisation. Les patients précaires sont plus fréquemment hospitalisés en non-programmé après un passage aux urgences, alors que les autres patients entrent par le biais des consultations externes ou de la médecine de ville. L'afflux massif de patients en provenance des urgences a un effet de désorganisation sur « la gestion des lits, la programmation au bloc opératoire, ainsi que sur les laboratoires et plateaux d'imagerie »²². La DREES évoque également les surcoûts structurels qui découlent de la présence de personnels supplémentaires (assistantes sociales notamment), des difficultés supérieures dans le recouvrement des frais d'hospitalisation, voire dans l'importance des créances irrécouvrables, ou encore d'un effet repoussoir sur les patients non précaires²³.

2. Une valorisation encore imparfaite de l'impact financier de la précarité

a) Un financement avant tout estimatif des coûts induits par la précarité, car étroitement lié aux méthodes utilisées pour la mesurer.

Tous les hôpitaux ne bénéficient tout d'abord pas des mêmes moyens de financement en fonction de la mise en place ou non de dispositifs dédiés à la PEC des patients dits précaires : les PASS. De plus, le financement est versé selon des critères restrictifs puisqu'il faut que cette structure d'accueil médico-sociale, destinée à faciliter la PEC et l'accompagnement social de cette patientèle, soit adossée à une autorisation d'activités d'urgence. Le financement, quant à lui, est versé dans le cadre d'une MIG. Il

²¹ Moisdon J-C et Tonneau D., « Le financement concurrentiel des hôpitaux: menace ou avantage pour le service public », *Politiques et management public*, vol. 26, 2008, p. 121

²² Maric M., Grégoire E., Leporcher L., *op. cit.*, p. 58

²³ *Ibid.*, p. 63

est calibré, entre autres, par le nombre de passages aux urgences ne donnant pas lieu à une hospitalisation, ce qui détermine la composition cible d'une équipe pluridisciplinaire. Un forfait pour prendre en charge des médicaments, prothèses et autres dépenses médicales peut éventuellement être attribué.

En 2009, suite aux nombreuses études sur l'impact en termes de surcoûts d'une part structurels (liés à la mobilisation de personnels et de moyens matériels spécifiques) et d'autre part sur les soins avec un allongement de la DMS notamment, une nouvelle dotation MIG est créée. Cette dotation de 100 M€ est issue du débasage de l'enveloppe tarifaire²⁴. En fait, il s'avère que ce montant n'est pas précisément justifié, mais s'appuierait sur une étude menée par la mission T2A, et serait « une première dotation représentative de ces surcoûts »²⁵.

De plus, dans la distribution même de cette dotation, seul un nombre limité d'établissements a été retenu, en fonction du volume des séjours de patients bénéficiant de la CMU, de la CMUC, de l'AME, et de l'AME-SU qu'ils ont accueillis en 2008. Ces critères peuvent paraître restrictifs car ils ne retiennent qu'un aspect administratif de la précarité. Par ailleurs, sa distribution a également pu être perçue comme arbitraire : certains établissements, accueillant ce type de patients, n'ont pour autant pas été fléchés, la mission T2A ayant défini un seuil pour éviter le saupoudrage. Enfin, on se fonde ici sur des estimations de dépenses et non pas sur la constatation des dépenses réellement engagées, avec le risque d'un sur ou sous financement. Existe alors l'hypothèse que ces surcoûts ne soient pas induits uniquement par des causes organisationnelles que l'on pourrait améliorer (par exemple précocité ou non de l'intervention de l'assistante sociale), mais qu'ils soient bien irréductibles. Pour cela, une approche qualitative par établissement devrait être menée pour évaluer la pertinence de l'organisation et des moyens supplémentaires mobilisés.

Au-delà de cet effort partiel pour couvrir les surcoûts structurels induits par la PEC de personnes précaires, restent les surcoûts liés aux soins dispensés aux patients précaires, notamment engendrés par l'allongement de la durée de séjour.

²⁴ Cf. annexe 5 pour la méthode de calcul de cette dotation.

b) Des méthodes alternatives en cours d'élaboration, mais qui demandent à être affinées

A l'heure actuelle, le codage des séjours ne permet pas de prendre en compte la précarité. Cependant, la polypathologie qui caractérise plus fréquemment les personnes précaires et alourdit les PEC peut être décrite et valorisée par le biais des diagnostics associés. Cela suppose néanmoins que les médecins réalisent un codage exhaustif, ce qui n'est pas toujours le cas selon nos interlocuteurs.

Pour caractériser spécifiquement la précarité, des codes « Z » marqueurs ont été élaborés dans la Classification internationale des maladies (CIM10), largement inspirés des études américaines²⁶, créant ainsi les catégories suivantes : précarité environnementale (analphabétisme, chômage, ...), précarité financière (faibles revenus, sans abri, ...) et précarité d'isolement (besoin d'assistance à domicile, en attente d'être admis ailleurs, etc.)

Toutefois, bien qu'ils existent, l'utilisation de ces marqueurs dans le PMSI reste conditionnée au repérage des patients précaires et n'entraînent pas pour autant une valorisation financière supplémentaire du Groupe homogène de séjour (GHS). Il faudrait pour cela être en capacité de mesurer les écarts entre la DMS d'un GHM où se trouve un patient précaire et la moyenne de référence inscrite dans l'échelle nationale des coûts (ENC). Dans cette perspective, et pour éviter ainsi le risque corollaire (à une insuffisance de rémunération) d'une sélection de patients, plusieurs propositions²⁷ ont été avancées :

- la mise en place d'un supplément journalier sur le modèle des suppléments réanimation ou surveillance continue,
- la création de GHM spécifiques selon un indice déterminé de précarité,
- un complément GHM en fonction du degré de complication du traitement fourni,
- création d'un « forfait social » attribué en plus de la recette du GHS

²⁵ CIRCULAIRE N°DHOS/F2/F3/F1/DSS/1A/2009/78 du 17 mars 2009 relative à la campagne tarifaire 2009 des établissements de santé, p. 31.

²⁶ Epstein A., Stern S., Weissman J., "Do the poor cost more ? : A multihospital study of patients' socioeconomic status and use of hospital resources", *The new England journal of medicine*, 1990, p.1122-1128

²⁷ Maric M., Grégoire E., Leporcher L., *La PEC des populations dites précaires dans les établissements de soins, op. cit.*, p. 63

correspondant à l'hospitalisation du patient précaire²⁸.

Ainsi, une première étape est franchie avec l'évolution induite par la nouvelle classification des séjours (v11) qui décline désormais les GHM selon 4 niveaux de sévérité, et permet donc de mieux prendre en compte les durées de séjours, selon la lourdeur des cas. Cela reste pourtant insuffisant pour prendre en compte toute la complexité des séjours des patients précaires, mais surtout pour identifier l'importance du phénomène dans un établissement, et sa répartition entre ces derniers.

Cependant, même si les modalités de financement venaient à être résolues ou tout au moins modélisées de façon plus objective, toutes les difficultés de PEC ne seraient pour autant pas réglées, du fait notamment du manque de fluidité des parcours des patients précaires.

B. La fluidité que nécessiterait la prise en charge de la précarité se heurte de plus en plus aux tensions des organisations

1. La précarité tend à faire apparaître une filière de PEC spécifique des patients concernés à l'hôpital.

En effet, les patients considérés comme « non précaires » arrivent par les urgences pour une « urgence chaude », ou sont adressés à l'hôpital par leur généraliste ou un spécialiste (hospitalier ou libéral) après une consultation. Ces modes d'arrivée à l'hôpital peuvent être considérés comme des voies normales de recrutement²⁹. Toutes les personnes précaires admises aux urgences ou venant consulter dans le cadre des PASS ne sont pas hospitalisées³⁰. Mais la plupart des personnes précaires finalement hospitalisées arrivent par cette voie. Ainsi, ces filières deviennent les modalités privilégiées d'accès des personnes précaires au système de soin³¹. Dans un des

²⁸ Castiel D., Bréchat P-H., Rymer R., Grenouilleau M-C., « Handicap social et hôpitaux publics – Il est temps de penser à un GHS 'social-isable' », *op. cit.*

²⁹ C. Maillard, « Les contradictions du service public aujourd'hui », *op. cit.*

³⁰ Estimé dans un établissement à 1 à 2% des personnes admises aux urgences

³¹ Maric M, Gregoire E, Leporcher L, « La PEC des populations dites précaires dans les établissements de soins », *op. cit.*

établissements visités, il a même été indiqué que les patients sans pièce d'identité et sans carte d'assurance maladie ne pouvaient pas accéder directement aux consultations de spécialités et à l'hospitalisation, le passage aux urgences devenant ainsi obligatoire.

De fait, les personnes précaires arrivent plus fréquemment à l'hôpital en dernier recours : la précarité conduit à une renonciation plus importante aux soins, particulièrement aux soins de ville. Ce recours relativement moindre aux soins de ville s'explique par plusieurs facteurs : l'absence de permanence des médecins généralistes dans certaines zones, le refus de soins à ces populations de la part de certains généralistes (par exemple certains médecins de ville qui refusent les patients bénéficiaires de la CMU ou de l'AME)³², et enfin le coût de la consultation ou du ticket modérateur parfois trop élevé et à régler immédiatement (absence de tiers payant chez le généraliste).

Or, le développement de filières de soins différenciées en fonction de l'origine sociale des patients n'est pas dans l'esprit de la « dynamique centrale des hôpitaux » puisque ceux-ci tendent à une prise en charge uniforme des patients. C'est pourquoi le traitement spécifique de la précarité à l'hôpital est souvent issu d'initiatives marginales portées par des individualités particulières.³³

Ainsi, un des hôpitaux étudiés a mis en place une filière spécialisée au sein du pôle mère enfant, destinée aux femmes enceintes sans papiers, afin d'accompagner leur grossesse le plus en amont possible et de préparer leur accouchement dans les meilleures conditions. La mise en place de cette filière très spécialisée s'est imposée suite au constat que certaines de ces femmes n'arrivaient à l'hôpital pour une première consultation gynécologique que quelques semaines ou même quelques jours avant leur accouchement ; la proximité entre cette première consultation et l'accouchement prolongeait la durée du séjour de ces femmes après la naissance de l'enfant. En effet, en l'absence d'informations claires sur le cadre de vie de la parturiente, il était difficile de renvoyer la patiente et son nouveau-né de l'hôpital sans être sûr de la qualité sanitaire de leur milieu. En traitant ces questions avant l'hospitalisation, la filière a permis de significativement réduire le temps passé par ces femmes dans un lit d'hôpital en attendant une structure d'aval.

³² CISS, *Testing auprès de 466 spécialistes de secteur 2 installés dans 11 villes de France*, mai 2009

L'existence de deux modes d'entrée (admission classique et filière spécialisée) dans le système de soins accentue la tension mentionnée en introduction entre ambition d'accueillir tout le monde selon les mêmes modalités³⁴ et nécessité d'orienter certaines populations vers des filières « cloisonnantes » pour une PEC plus adaptée à leur situation. De plus, les dispositifs PASS disposent d'un financement par une enveloppe MIG particulière de 41 millions d'euros en 2009, ce qui contribue à mettre à part la PEC de la grande précarité dans le système même de financement. On observe ici le hiatus entre souci de soigner chaque patient dans le respect de sa singularité et standardisation de la PEC.

Si la mise en place de la T2A, n'a pas créé ces tensions, elle les a, du moins, posées en des termes neufs, notamment de par l'importance prise par la DMS dans les services hospitaliers. En effet, la T2A repose sur la valorisation d'un séjour standardisé, qui pénalise les séjours les plus longs, comme la situation précaire du patient peut en provoquer. Ainsi, la PEC de la précarité se trouve également confrontée à la question du financement des séjours « atypiques » dans le contexte de la T2A.

2. Les questions de PEC en aval posent également problème.

En interne, le placement des patients précaires après leur passage aux urgences devient parfois difficile. En effet, les services de spécialités hospitalières semblent préoccupés par la durée du séjour qui sera effectué par le patient précaire au sein du service d'aval. Il a été rappelé que la DMS des personnes précaires est sensiblement plus importante que celle des personnes non précaires. Cet allongement constitue un double souci pour les services d'aval. D'une part, cela semble créer une « embolisation » dans le service, en gardant dans les services des personnes qui n'ont pas forcément besoin des actes techniques qui peuvent être prodigués par les services spécialisés où elles séjournent. Ainsi, si les professionnels ne mettent pas en question la nécessité

³³ Lebas J., « L'hôpital vulnérabilisé par la pauvreté », in *Depuis cent ans, la société, l'hôpital et les pauvres*, op. cit.

³⁴ Les hospitaliers semblent vouloir « éviter de répondre ponctuellement à un besoin révélé par l'urgence et par le caractère parfois dramatique de la situation pathologique, dans le but d'amener le patient vers une PEC de droit commun » (Mossé P., *Le lit de Procuste. L'hôpital : impératifs économiques et missions sociales*, op. cit.)

d'accueillir des personnes précaires, ils déplorent cependant que cet accueil augmente l'occupation de leurs lits pour des motifs qui dépassent leurs propres compétences.

D'autre part, depuis la mise en place de la T2A, la DMS dans chaque service est un important critère d'efficacité du service. Ainsi, diminuer la DMS est un des objectifs fixés dans certains hôpitaux pour l'ensemble des services. Parfois pour abaisser la DMS, certains services font même sortir les patients en fin de semaine pour les réintégrer le lundi suivant. La présence de patients précaires est un handicap pour ces services qui sont alors amenés à chercher la sélection de patients plus « faciles ». Les services des urgences sont parfois confrontés à des réticences des autres services de l'hôpital devant faire face à leur devoir de prendre en charge des personnes précaires au même titre que les autres : un médecin nous indique qu'il est de plus fréquent que les services d'hospitalisation demandent si le patient « *est autonome* », « *est âgé* », etc.

Au sein de l'hôpital, certains services peuvent être des destinations privilégiées pour les patients en état de grande précarité, tels que certains services de médecine polyvalente ou de maladies infectieuses. Cependant, ces services semblent éprouver une certaine lassitude à être catalogués, étiquetés, en tant que « *services précarité* » de leurs hôpitaux respectifs.

En externe se pose également la question du devenir des personnes précaires. Alors que certains services semblent demander essentiellement aux services d'urgence quand ils envoient un patient « *quand est-ce qu'il sort?* », la réponse à cette question est souvent conditionnée par la capacité qu'aura le patient à se maintenir dans un état de santé suffisant une fois sorti de l'hôpital. Au moment où le raccourcissement des durées de séjour semble être une tendance générale dans les hôpitaux, la poursuite de cet objectif est souvent plus complexe en ce qui concerne les patients précaires. Les assistantes sociales des services hospitaliers rencontrent en effet des difficultés à placer ces patients dans les structures d'aval nécessaires à leur convalescence, au point de nous indiquer avoir des listes des établissements qui « *acceptent les patients à la CMU, à l'AME ou sans complémentaire* ».

Les établissements de PEC psychiatrique, qui doivent faire face à une diminution de leur nombre de lits en hospitalisation complète³⁵, semblent être réticents à prendre en

³⁵ Suppression d'un lit sur quatre dans le secteur public, un sur 5 dans le secteur privé depuis 1981 (Benkimoun P., « La qualité de l'hôpital public mise en accusation », *Le Monde*, 30 décembre 2008

charge des patients en situation de grande précarité tels que les SDF. Cependant, ce problème apparaît plus général, et ne pas se restreindre à la question des personnes en situation de précarité. De fait, pour tenter de résoudre ce problème, certains établissements ont conclu des conventions avec des structures d'aval (tels que les structures de moyen séjour, en soins de suite et de réadaptation³⁶) selon lesquelles les établissements s'engagent à accepter les patients que leur envoie l'hôpital si celui-ci adresse le patient avec ses médicaments payés pour plusieurs mois. Il se doit également de le réadmettre en cas de complication médicale.

Le suivi des personnes précaires est également difficile en soins de ville. Le médecin généraliste rencontré déplore ainsi un manque de concertation avec les praticiens hospitaliers, qui ne contacteraient pas assez systématiquement leurs confrères lorsqu'ils font sortir leurs patients. Ce manque de coordination est encore plus dommageable pour les patients précaires, qui ont besoin d'un suivi régulier pour vérifier la prise de traitement et contrôler l'évolution de leur santé. Selon ce professionnel cependant, les médecins généralistes doivent être de véritables « *chefs d'orchestre* » et arbitrer entre l'orientation des personnes vers des structures médico-sociales et l'organisation des suivis de post-hospitalisation à domicile si besoin. Ils peuvent également jouer un rôle important en pré-hospitalisation, en négociant le moment le plus approprié pour l'hospitalisation afin que la personne soit mieux préparée.

De manière générale, la coordination entre l'hôpital et la ville peut être sensiblement améliorée par l'intervention des assistants sociaux, qu'ils soient de secteur ou hospitaliers. Leur rôle est déterminant et implique pour eux d'être en capacité de développer des réseaux très réactifs. Les partenariats qui peuvent alors s'établir diffèrent de fait singulièrement en fonction du contexte propre à chaque établissement, et notamment par la politique des collectivités locales.

La prise en charge des malades précaires induit donc d'anticiper sur l'organisation en aval de la phase de soins qui peut se situer soit à l'intérieur, soit à l'extérieur de l'hôpital. Cela étant, la place et le rôle respectifs des différentes structures ne sont pas clairement établis, ce qui contribue à l'ambiguïté qui entoure la PEC des patients précaires.

36 Qui représentent 83% de l'aval à trouver par le service social des patients dans les hôpitaux, selon de rapport de la DREES précité

III. Clarifier la place de la prise en charge de la précarité suppose la mise au point d'un repérage des personnes concernées et le choix d'une orientation cohérente avec les modalités de financement

A. La précarité recouvre une multitude de situations et rend son repérage difficile

De par sa définition floue et la multitude de situations que le terme de précarité recouvre, la question de l'identification de ces situations se pose avant même toute hypothèse de valorisation.

1. Des méthodes de repérage existent mais s'avèrent restrictives

L'hôpital crée déjà de l'information relative à certains indicateurs de précarité. Certaines données, qu'elles proviennent du PMSI ou de la « routine », sont aujourd'hui directement utilisables. Ainsi, l'enveloppe nationale de la dotation Précarité se fonde sur la base de données du système d'information de l'assurance maladie pour répartir cette allocation entre les établissements³⁷. Les indices de précarité directement et administrativement repérables sont le nombre de séjour CMU, le nombre de bénéficiaires de la CMUC, de l'AME et de l'AME-SU. Cependant, cette technique de repérage destinée à des fins d'attribution est nuancée par l'élaboration de seuils d'attribution pour éviter les effets de « saupoudrage » des sommes distribuées.

Par ailleurs, un article paru dans la revue d'Epidémiologie et de Santé Publique en 2009³⁸ promeut l'utilisation de ces indicateurs extraits du serveur d'identité de l'AP-HP, utilisé pour la gestion des séjours et les indicateurs de précarité employés pour la facturation (SDF, AME, AMESU, CMU, CMUC). L'étude conclut que ces variables

³⁷ Cf. annexe 5

³⁸ Holstein J. et alli, « Lien précarité – durée et complexité des séjours hospitaliers en secteur de court séjour », *op. cit.*

administratives reflètent de manière fiable l'impact de la précarité sur la durée du séjour hospitalier, et qu'ils présentent l'avantage d'être facilement mobilisables, même s'ils pourraient être plus fins.

Le PMSI prévoit également un codage des situations de précarité à travers les codes Z55 à Z65 de la CIM 10, qui n'a pas d'effet sur la valorisation du séjour (mais qui pourrait être amené à en avoir selon un médecin DIM rencontré). Cette classification, qui existait déjà dans la CIM 9, permet de coder avec précision les « sujets dont la santé peut être menacée par des conditions socio-économiques et psychosociales » à travers 11 items subdivisés en codages encore plus fins³⁹. Cependant, cet outil très précis de repérage de la précarité est aussi très complexe à utiliser. En effet, les médecins doivent se repérer dans un codage très dense et ce recueil est aussi très coûteux en temps ce qui conduit à ce que ces informations soient finalement rarement codées et qui plus est, lorsque cela est fait, dans de mauvaises catégories. L'article précédemment cité⁴⁰ montre l'existence d'un écart significatif dans le repérage des situations de précarité selon si l'on se fonde sur les données dites de « routine » ou les données du code Z, celui-ci étant peu et mal renseigné.

Ces procédés font émerger une difficulté majeure du repérage : définir un équilibre entre des données précises mais complexes à collecter, et des données moins fidèles ou plus restrictives, plus faciles d'accès. Il s'agit donc d'élaborer un système qui évite les distorsions de valorisation avec la réalité tout en s'insérant « naturellement » dans l'organisation des services et des établissements. C'est pourquoi d'autres méthodes sont proposées afin de repérer les situations de précarité dans un sens plus large.

2. Des tentatives d'individualisation du recueil de données à travers l'élaboration de questionnaires.

Si ces critères ont déjà le mérite d'exister et de créer de l'information sur les bassins de population pris en charge, il est néanmoins possible de se demander si cela ne constitue pas une définition trop restrictive de la précarité. Deux méthodes proposent d'individualiser le « dépistage » de la précarité par des questionnaires.

³⁹ Cf annexe 4

⁴⁰ Holstein J. et alli, « Lien précarité – durée et complexité des séjours hospitaliers en secteur de court séjour », *op. cit.*

Le « score EPICES », propose une définition socio-administrative de la précarité⁴¹. Il a été élaboré dès 1998 (avant même la mise en œuvre de la T2A) et constitue l'indicateur de précarité des centres d'examens de l'assurance maladie. Il prend en compte plusieurs dimensions de la précarité : emploi, revenus, niveau d'étude, catégorie socioprofessionnelle, logement, composition familiale, liens sociaux, difficultés financières, événements de vie, et la santé perçue, le tout condensé dans un questionnaire de 11 items. Il présente donc l'avantage d'être établi au niveau individuel, d'être relativement rapide à remplir, mais n'est pas largement appliqué dans les hôpitaux⁴².

Par ailleurs, l'idée de déterminer l'existence de situations de précarité au niveau individuel par l'intermédiaire d'un questionnaire a déjà été expérimentée plusieurs fois à l'hôpital et a fait l'objet d'une analyse dans trois articles parus dans *Gestions Hospitalières* à quelques années d'intervalle⁴³. Le but de l'étude est ici de repérer par la construction d'un indicateur spécifique de mesure les patients présentant un handicap social fort. La notion de précarité est élargie dans ce questionnaire qui, croisé avec les éléments du PMSI (durée de séjour, GHS, actes réalisés), conduit à classer les usagers dans quatre catégories de handicap social.

L'étude montre que la seule comptabilisation des données administratives de « routine » conduit à sous-estimer d'environ la moitié le nombre de situations de précarité prises en charge à l'hôpital. De plus, la T2A semble standardiser les PEC à l'hôpital en rapprochant les DMS de l'ENC. Ceci aurait pour effet de rendre la précarité plus difficile à détecter, les patients n'étant alors considérés qu'au regard de leur maladie. Enfin, il apparaît que le handicap social varie dans le temps et dans l'espace, qu'« il est donc sensible et reproductible » d'où la nécessité d'élaborer un repérage fin et adapté. Cependant, la faisabilité d'un tel repérage est clairement questionnée dans le dernier article : le renseignement d'un tel questionnaire est chronophage et il peut être

⁴¹ Cf. annexe 6

⁴² Le CHRU de Tours s'en est servi pour son étude Précarité en 2008.

⁴³ Castiel D., Bréchat P-H., Segouin C., et alli., « Hôpitaux publics, T2A et handicap social – Pour interroger nos évidences », *op. cit.*

Castiel D., Bréchat P-H., Rymer R., Grenouilleau M-C., « Handicap social et hôpitaux publics – Il est temps de penser à un GHS 'social-isable' », *op. cit.*

Bréchat P-H., Castiel D. et alli., « Prise en charge de la précarité dans les établissements de santé », *Gestions hospitalières*, n° 486, mai 2009

difficile pour les usagers d'y répondre soit parce que leur état de santé ne le leur permet pas (sédation, intubation...) soit parce qu'ils ne maîtrisent pas la langue française (et cela malgré des traductions).

Ainsi, la question de la conciliation entre exhaustivité et faisabilité se pose à nouveau et la définition d'un mode unique de repérage de la précarité reste en suspens. Par ailleurs, la question de la finalité de ces repérages peut également être posée afin de savoir si ces informations permettraient aux établissements de valoriser financièrement leurs activités sociales ou s'il s'agit d'orienter plus rapidement les patients repérés vers un réseau plus adapté à leurs besoins sociaux.

B. Une meilleure orientation des publics concernés demande de repenser l'articulation entre sanitaire et social

Il semble que deux scénarii d'articulation entre sanitaire et social se dessinent : - soit les caractéristiques sociales des patients continueront d'être réellement intégrées à la PEC hospitalière. Une véritable valorisation de la précarité dans le codage T2A faciliterait alors la généralisation d'une PEC adaptée pour les publics précaires. - soit les deux secteurs connaîtront chacun une spécialisation accrue. Se développeraient alors les filières spécifiques en fonction des populations accueillies, l'hôpital se focaliserait sur l'acte technique. La précarité ne ferait pas l'objet d'une valorisation tarifaire particulière, les crédits se concentrant sur le financement de l'aval spécialisé.

Quelque soit l'orientation choisie, il est nécessaire de développer des solutions et des structures d'aval, soit en établissement social ou médico-social (Centre d'hébergement et de réinsertion sociale, Etablissement d'hébergement des personnes âgées dépendantes), soit en services d'accompagnement à domicile. L'hôpital doit donc en tout état de cause s'inscrire dans une logique réticulaire, en se rapprochant des structures existantes, dans l'esprit de la loi HPST.

Pourrait ainsi être envisagée la formalisation systématique des relations entre l'hôpital et les établissements d'aval. Des conventions telles que celles conclues par l'un des établissements observés pourraient par exemple être généralisées.

De plus, une meilleure articulation entre sanitaire, médico-social et social serait également favorisée par un développement des compétences des différents acteurs dans la PEC de la précarité. Ces compétences doivent être renforcées par un effort de formation spécifique des professionnels hospitaliers. Des établissements organisent ainsi pour les personnels (et à la demande de ces derniers) des sessions de formation sur la gestion de l'agressivité et des conflits, la gestion du stress et l'autodéfense. D'autre part, la formation initiale des personnels médicaux et infirmiers pourrait intégrer un « *volet social* ». Un tel module permettrait aux soignants de connaître les droits des patients précaires afin de pouvoir les renseigner et adapter leur PEC. Une sensibilisation des intervenants de la PEC apparaît en tout état de cause comme un axe d'amélioration prioritaire pour mieux repérer les situations de précarité.

Conclusion

La T2A a amplifié les tensions entre prise en charge sociale et sanitaire à l'hôpital. Malgré ce contexte, des acteurs hospitaliers consolident leur collaboration, inventent et mettent en œuvre des dispositifs et des pratiques adaptés pour répondre aux situations spécifiques qu'engendre la précarité. De fait, ces acteurs sont bien souvent sortis d'une logique hospitalo-centrée pour s'inscrire dans une logique de réseau et adopter une démarche interdisciplinaire large, cherchant à développer des partenariats avec d'autres professionnels tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'hôpital.

Cette collaboration des différents acteurs dans le parcours de soin du patient se heurte au cloisonnement entre secteurs médical, social et médico-social. Il découle notamment du fait que les différentes structures connaissent un financement distinct. Alors que le secteur sanitaire est largement financé par l'assurance maladie, le secteur médico-social financé par l'assurance maladie, les conseils généraux et les familles souffrent d'importants restes à charge pour les usagers, limitant ainsi l'accès des personnes précaires à ces établissements.

Les agences régionales de santé (ARS) instituées par la loi du 21 juillet 2009 ont vocation à contribuer au rapprochement des secteurs sanitaire et médico-social (le secteur social restant hors champ de l'ARS) et ainsi dépasser ce cloisonnement.

Bibliographie

Aballea P., Bras P-L, Seydoux S., *Mission d'appui sur la convergence tarifaire public privé*, rapport IGAS n°9, janvier 2006

ATIH, « Précarité dans les établissements de santé », *Gestions hospitalières*, n°486, mai 2009

Benkimoun P., « La qualité de l'hôpital public mise en accusation », *Le Monde*, 30 décembre 2008

Bernard L., Metral, P., « T2A, précarité et trajectoires complexes: vrai-faux problèmes et solutions », 23 mai 2007, Geront-Expo 2007

Biboud A., Courtemanche H., « Personne en situation de précarité: quand les infirmières interrogent leur pratique », *Revue de l'infirmière*, n°90, avril 2003, p27-28

Bras P.-L., Duhamel G., *Le financement de la recherche, de l'enseignement et des missions d'intérêt général dans les établissements de santé*, rapport IGAS, nov 2009

Bréchat P.-H., « Prise en charge de la précarité dans les établissements de santé », *Gestions Hospitalières*, n°486, mai 2009

Castiel D., Bréchat P.-H. (dir.) *Solidarité, précarité et handicap social*, Presses de l'EHESP, 2010

Castiel D., Bréchat P.-H., Grenouilleau M.-C., « De la nécessité d'un financement supplémentaire pour la PEC des patients handicapés sociaux à l'hôpital », *Presse Med*, n°36, 2007, p. 187-188

Castiel D., Bréchat P.-H., Rymer R., Grenouilleau M.-C., « Handicap social et hôpitaux publics – Il est temps de penser à un GHS socialisable », *Gestions hospitalières*, n°478, août sept 2008

Castiel D., Bréchat P.-H., Ségouin C., Grenouilleau M.-C., Bertrand D., « Hôpitaux publics, T2A et handicap social – Pour interroger nos évidences », *Gestions hospitalières* n°457, juin juil 2006

Castiel D., Bréchat P.-H., « Réformes hospitalières, tarification à l'activité et handicap social: vers une mise en cause de la mission sociale des établissements de santé et du principe de solidarité? », *Médecine et droit*, 2009, p.56

Chauvin P, Parizot I (dir.), *Santé et recours aux soins des populations vulnérables*, Paris, Ed. Inserm, 2005

Cherel S., « le processus de construction identitaire des professionnels infirmiers », *Soins cadres*, n°71, aout 2009, p. 23-27

Cingolani P., *La précarité*, PUF, QSJ, 2005

Closon M-C, « Précarité sociale et convergence », *Revue hospitalière de France*, n° 508, 2006, p. 19 à 25

Coulomb A. (dir), « Second rapport d'activité du Comité d'évaluation de la T2A DRESS », Série *Etudes et Recherches*, DREES, n°94, sept. 2009

Dehaine M., *Le parcours de soin des personnes en situation de précarité*, Mémoire DS EHESP, 2008

Denantes N., « Accès au soin et inégalités sociales de santé en médecine générale », *Exercer*, n°85

Denantes N., « Inégaux face aux soins », *Projets*, n°304, mai 2008

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 Fourestier de Nanterre*, Mémoire ENSP DH, 2005

Epstein A., Stern S., Weissman J., "Do the poor cost more ? : A multihospital study of patients' socioeconomic status and use of hospital resources", *The new England journal of medicine*, 1990

Epstein A.M. et alli, « The association of patients' socioeconomic characteristics with the length of hospital stay and hospital charges within diagnosis-related groups », *New England Journal of Medicine*, juin 1988

Furtos, J, *De la précarité à l'auto-exclusion*, Rue d'Ulm, 2009

Girard V., Estecahandy P., Chauvin P., *La santé des personnes sans chez-soi- Plaidoyer et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen*, rapport remis à Mme Bachelot, nov 2009

Holstein J. et alli, « Lien précarité – durée et complexité des séjours hospitaliers en secteur de court séjour », *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, n°57, 2009, p. 205-211

Hospimédia, « Roselyne Bachelot annonce une meilleure prise en compte des patients précaires », mai 2008

Lebas, J., *Rapport du groupe précarité de la CME de l'AP-HP*, 2009

Maric M., Gregoire E., Leporcher L. « La prise en charge des populations dites précaires dans les établissements de soins. » Série *Etudes et Recherches*, DREES, n°81, nov. 2008

Mathy C, Bensadon M, *Impact de la PEC de patients en situation de précarité sur les hospitalisations de court séjour*, Mission PMSI, DHOS, décembre 1999.

MIP 2007, *Handicap social et santé: optimiser les prises en charge dans une optique de qualité et d'efficience*, EHESP

MIP 2007, *Recours au soin et suivi médical des personnes en situation de précarité sociale*, EHESP

MIP 2009, *L'accueil des populations précaires à l'heure du plan hôpital 2007. Le cas des femmes en situation précaire accouchant à l'hôpital*, EHESP

- Moisdon J-C et Tonneau D., « Le financement concurrentiel des hôpitaux: menace ou avantage pour le service public », *Politiques et management public*, vol. 26, 2008,
- Mossé P., *Le lit de Procuste – L'hôpital: impératifs économiques et missions sociales*, Erès, 1997
- Musée de l'Assistance Publique- Hôpitaux de Paris, *Depuis 100 ans, la société, l'hôpital et les pauvres*, Doin Editeurs, 1997
- Neumann B., « Une réforme du financement aux effets pervers », *L'Expansion*, mai 2009
- Parizot I., « La prise en charge des malades démunis: entre univers médical et univers humaniste », in Paugam S., *Repenser la solidarité*, PUF, 2007
- Parizot I., *Soigner les exclus*, PUF, 2003
- Schweyer F.-X., « Les hospitaliers et la solidarité: la fin des évidences », in Paugam S., dir, *Repenser la solidarité*, PUF, 2007
- Soliveres A-P, « le temps qu'il faut... », *Pratiques*, janv-mars 2008
- Spoljar P., « Souffrances psychiques et emprise des 'logiques gestionnaires' en service de soins intensifs: le miroir du patient », *Perspectives Psychiatriques*, Volume 47, n°2, avril-juin 2008
- Suesser P., « quand l'information médit, le soin cale... », *Pratiques*, octobre 2008, n°43
- Wresinski J., *Grande pauvreté et précarité économique et sociale*, Rapport au Conseil économique et social, 1987

Liste des annexes

Annexe 1 – Entretiens réalisés

Annexe 2 – Guide d’entretien

Annexe 3 – Grilles d’analyses des entretiens

Annexe 4 – Codes Z de la Classification internationale des maladies

Annexe 5 – Méthodologie de calcul de la dotation Précarité instaurée en 2009

Annexe 6 – Présentation du score EPICES

Annexe 1 – Entretiens réalisés

<i>Personne rencontrée</i>	<i>Date</i>
Etablissement parisien	
Urgences – cadre	10/05/10
Urgences – IDE	
Urgences – chef de service	
Direction – directeur des relations patients et cadre socio-éducatif	
Maladies infectieuses – cadres et cadre supérieur	
Maladies infectieuses – assistante sociale	
Consultation Précarité – médecin	
Médecin de ville	
médecin généraliste	07/05/10
Etablissement de banlieue parisienne	
Urgences – chef de service	10/05/10
Urgences – cadre	
Urgences – IDE	
DIM – médecin	
Service social – cadre	
Etablissement de région	
Direction – directeur de site	06/05/10
Urgences – médecin	
Urgences – cadre	
Urgences – IDE	
Urgences – assistante sociale	
Orthopédie - médecin	
Orthopédie - cadre	
Orthopédie - IDE	
Orthopédie - aide soignante	
Orthopédie - assistante sociale	12/05/10
DIM – médecin	

Annexe 2 – Grille d'entretien

GUIDE D'ENTRETIEN

Nous sommes élèves à l'EHESP, et nous travaillons actuellement dans le cadre d'un module interprofessionnel, sur la prise en charge des personnes en situation de précarité, du point de vue des acteurs hospitaliers, dans le contexte actuel. Notre but est de s'appuyer sur les pratiques quotidiennes des hospitaliers, sur leurs représentations et leur ressenti, pour réfléchir sur les questions que soulève cette prise en charge dans le contexte actuel.

Notre travail donnera lieu à un rapport qui sera normalement mis en ligne, mais tous les entretiens seront anonymes, que ce soit pour l'établissement ou le nom de la personne. Il est important pour nous que vous sentiez libres de vous exprimer, y compris sur les difficultés que vous rencontrez. Notre but est vraiment de comprendre votre point de vue, à vous, et pas celui de l'institution par exemple. Si vous utilisez certains termes techniques ou acronymes, nous vous demanderons peut-être de nous les expliquer pour bien vous comprendre.

Pour commencer, nous aimerions savoir combien de temps vous avez à peu près à nous consacrer, pour pouvoir adapter le déroulement de l'entretien.

→ **Présentation de la personne et de son rapport aux patients précaires**

Est-ce que vous pouvez vous présenter rapidement, retracer votre parcours professionnel, et nous dire dans quelle mesure vous êtes confrontés à la précarité dans votre travail?

- Qu'est-ce qui vous a amené à choisir ce service? (pour l'assistante: l'hôpital plus que le secteur)
- Pour vous, qu'est-ce que la précarité?
- Quel est le profil des patients précaires que vous accueillez?
- L'établissement réalise-t-il un repérage statistique du nombre de patients précaires qu'il accueille? Si non, pourquoi? Si oui, comment? (nombre de CMU ou outil plus élaboré).

→ **Prise en charge personnelle du patient précaire**

Pouvez-vous me parler plus précisément de la manière dont vous, vous prenez en charge les patients précaires?

Pour les médecins et soignants:

- Comment agissez vous quand vous devez prendre en charge un patient précaire?
- Est-ce que ça influence le contenu des soins que vous réalisez? Les compétences que vous mettez en oeuvre?
- Est-ce que ces patients nécessitent un investissement particulier? (si ne comprend pas: en termes de temps, de travail administratif, de préparation du devenir / pour le cadre: un appui aux équipes)

Pour le cadre:

- Est-ce que ça influence le contenu des soins et les compétences que mettent en oeuvre les soignants et les médecins?
- Que contient le projet de soins à propos de la prise en charge de la précarité?

Pour l'assistante sociale:

- Quand et comment intervenez-vous dans la prise en charge d'un patient précaire? Est-ce que vous intervenez pour tous les patients en situation de précarité?
- Quelles sont vos relations avec les soignants et les médecins dans ce cadre?
- Quelles démarches reviennent régulièrement?
- Est-ce que le suivi de la personne dépasse le temps de son hospitalisation?

Pour le directeur:

- Que contient le projet d'établissement (le projet médical/le projet de soins) à propos de la prise en charge de la précarité?
- Quelle est la stratégie/politique de l'établissement pour assurer l'accueil et la prise en charge des patients précaires?
- En quoi consiste le travail des services administratifs et support dans la prise en charge des patients précaires? (not. bureau des entrées? recouvrement des créances?)

→ **Sens de la prise en charge et soutien institutionnel**

De quelle manière la prise en charge des patients précaires s'insère dans votre mission d'hospitalier?

Pour les médecins et les soignants:

- Comment vivez-vous le fait d'accueillir des patients précaires? Certains y trouvent beaucoup de désagréments, d'autres en retirent beaucoup de satisfaction, qu'en est-il pour vous?
- En tant que (médecin/soignant), que représente cette prise en charge à vos yeux?
- Qu'est-ce qui est mis à votre disposition pour vous permettre de vous adapter aux situations rencontrées? (formation/ groupe de parole/ analyses des pratiques / protocole informel) Est-ce que cela vous semble utile?

Pour le cadre et le directeur:

- Que représente cette prise en charge à vos yeux?
- Qu'est-ce qui est mis en place pour permettre au personnel médical et non médical de remplir cette mission?
- Le personnel fait-il remonter un besoin d'accompagnement?
- Comment les autorités de tutelle tiennent-elles compte cette mission de l'établissement?

Pour l'assistant:

- En tant qu'AS hospitalier, que représente cette prise en charge à vos yeux?
- Qu'est-ce qui est mis en place pour vous permettre de remplir cette mission?
- Selon vous, qu'est-ce qui est mis en place pour permettre aux soignants et médecins de réaliser cette prise en charge?

→ **Relations avec les autres acteurs de la PEC des patients précaires**

Quel est le parcours d'une personne précaire avant, pendant et après son hospitalisation?

Pour les soignants, médecins et cadres:

- Comment les patients en situation de précarité arrivent-ils dans votre service? (adresse par une assos, passage aux urgences)
- Comment s'organise leur sortie? (qui? À quel moment? Quel aval? Quel suivi?)
- La prise en charge des personnes précaires fait-elle l'objet d'une action concertée avec la direction, avec d'autres services?

Pour l'assistant social:

- Est-ce que vous observez une différence selon les services pour cette prise en charge? Quelles en sont les raisons selon vous?
- Quel est votre rôle dans l'admission et la sortie des patients précaires?
- Travaillez-vous avec des acteurs extérieurs pour la prise en charge des personnes précaires? Si oui, ces contacts sont-ils formalisés (convention? Réseau de santé?)

Pour le directeur:

- Est-ce que la prise en charge des personnes précaires se fait différemment selon les services ou les pôles? Comment l'expliquez vous?
- L'établissement travaille-t-il avec des acteurs extérieurs pour la prise en charge des personnes précaires? Si oui, ces contacts sont-ils formalisés (convention? Réseau de santé?)? En amont (MG, associatif) et en aval (associatif, ESMS, AS de secteur)?
- Le rôle/le positionnement de l'établissement dans la prise en charge des personnes précaires sur le

territoire est-il défini?

- Sur le territoire, y a-t-il d'autres acteurs (associatifs, EPS, cliniques) qui assurent une prise en charge comparable?

→ Effets sur le fonctionnement de la structure

Quel est l'impact de la prise en charge de la précarité sur l'établissement? Quel est l'impact de l'organisation de l'établissement sur la prise en charge des patients précaires ?

Pour les soignants:

- Comment conciliez-vous la prise en charge des personnes précaires avec le fonctionnement habituel du service?
- Est-ce que la prise en charge des personnes précaires influence l'organisation du travail et/ou le fonctionnement du service? Est-ce la présence d'un grand nombre de patients précaires désorganise le service?
- La prise en charge des personnes précaires a-t-elle évolué depuis que l'hôpital a mis l'accent sur la logique médico-économique?

Pour les médecins et les cadres:

- La prise en charge des personnes précaires a-t-elle évolué depuis que l'hôpital a mis l'accent sur la logique médico-économique?
- Que pensez-vous de la manière dont la prise en charge des personnes précaires est prise en compte dans le financement de l'établissement?
- Lorsque vous codez votre activité auprès d'une personne précaire, de quelle manière rendez-vous compte des particularités éventuelles de son séjour?
- Le service/le pôle a-t-il évalué et analysé les effets sur la DMS de la prise en charge des personnes précaires? Si oui, des actions en ont-elles découlées?

Pour le directeur:

- Que pensez-vous de la manière dont la prise en charge des personnes précaires est prise en compte dans le financement de l'établissement?
- Pour la prise en charge d'une personne précaire, le codage réalisé au sein de l'établissement reflète-t-il la situation?
- L'établissement a-t-il estimé le budget relatif à la prise en charge des patients précaires? (recettes T2A et MIG, dépenses)
- Quels dispositifs existe-t-il pour prendre en compte les difficultés éventuelles des patients précaires à faire face aux frais d'hospitalisation?
- L'établissement a-t-il évalué et analysé les effets sur la DMS de la prise en charge des personnes précaires? Si oui, des actions en ont-elles découlées?

Pour l'assistant social

- Que pensez-vous de la manière dont la prise en charge des personnes précaires est prise en compte dans le financement de l'établissement?
- La prise en charge des personnes précaires a-t-elle évolué depuis que l'hôpital a mis l'accent sur la logique médico-économique?

→ Pistes d'amélioration

- Existe-t-il dans votre établissement/service, des dispositifs originaux pour la prise en charge des patients précaires? Si oui, pouvez-vous nous donner des précisions?
- Selon vous, quelles seraient les actions à entreprendre ou les dispositifs à créer en la matière? (dans l'établissement, au niveau régional/national)

ETABLISSEMENT PARISIEN – URGENCES

	REPRESENTATION	PARCOURS	PEC	IMPACT	PISTES D'AMELIORATION
MEDECIN	La clinique d'urgence impose l'apprentissage de la précarité ; elle suppose une PEC globale du patient sur le plan « médico-psycho-sociale », qu'il soit pauvre ou riche, autonome ou précaire. La précarité se trouve tout au bout. 1/3 des malades sont en grande précarité. L'analphabétisme est très présent. Les pathologies sont surtout de l'ordre de la traumatologie.	Contrairement aux idées reçues, ils ont fait des démarches avant d'arriver aux urgences et ils n'abusent pas (« ils ont essayé mais ils ont rencontré des murs qui n'existaient pas avant ») Le 115 est devenu très dissuasif dans les règles pour être PEC. Les règles du jeu changent et les solutions apparaissent moins nombreuses. Cet hôpital est protégé dans la mesure où il ne reçoit pas le « public pompier » (épilepsie, alcool, maladies psychiatriques, ...) et qu'il est éloigné des gares. Globalement, pas de souci pour hospitaliser, même si s'énervent quand un confrère lui demande si le patient a la SS. Par contre, transfère beaucoup moins à l'extérieur, c'est devenu trop compliqué, sauf pour les spécialités pas présentes sur l'hôpital.	L'investissement temps peut être supérieur de 10 à 30% de plus qu'avec un patient « ordinaire » Les patients vus par un urgentiste pour lesquels aucun acte n'est fait représentent environ 20% (10% le jour et 10% la nuit), sans compter tous ceux qui ne sont pas enregistrés à l'accueil car ils viennent juste pour un répit de la rue, les médecins ne les voient même pas. Pour lui, la précarité est « un déterminant essentiel » de la PEC, tout devient différent, son travail est complètement adapté. C'est particulièrement vrai pour la décision d'hospitaliser, sur le lieu où faire les examens et les analyses (quand précaire, tendance à ne pas lui dire d'aller en ville mais à le faire dans l'étab, voire à prendre le rdv à sa place).	Il faut « bien flécher » le malade. Prévoir 30% de temps d'hospit en plus quand le malade est orienté dans la mauvaise case (quand on le met dans un service pour l'héberger parce que le bon service est plein). A l'impression que certains de ses confrères ont changé: demandent si la personne est autonome, si elle a une SS, etc. « On était pas comme ça avant, je trouve ça dangereux ». En même temps, il comprend « ça plombe le dynamisme d'un service, surtout les services universitaires, ils pulsent, c'est pas tant en termes financiers que de temps, ça plombe ». En chir, pour fonctionner, il faut pas dépasser un ratio de 80% de programmé, 20% d'urgence.	On n'est pas très aidé ! La pass est loin, les horaires d'ouverture sont limités (35 heures) ; ce n'est pas une consultation de précarité ; des pathologies chroniques y sont traitées pour des gens précaires ; la demande de soins y est moins nette qu'aux urgences. Absence de gériatre sur l'hôpital. Il faudrait plus d'assistantes sociales. Les soins dispensés sont bons, mais l'amélioration est à rechercher du côté des maillons faibles (brancardage, consultation, facturation...)
CADRE DE SANTE	personnes dont les conditions de vie mettent en danger leur santé, ainsi que les personnes sans couverture s.le. Leur gros souci, c'est « après nous, quand les soins s'arrêtent ».	Arrivée: H comme « roue de secours » pour ces personnes, quand tout le reste n'a pas marché. Aval: complexité à trouver une solution d'aval parfois, car les services savent qu'ils vont avoir du mal à les faire sortir. « Ce n'est pas une question de valeurs, on est tous d'accord là-dessus, mais il y a quand même un frein, parce que ça embolise le service ». Explique que lorsqu'un service a déjà 2 ou 3 personnes précaires, est ennuyée d'en prendre plus.	Importance du « temps de négociation avant les soins », besoin de convaincre de rester et de se soigner. Les deux préalables sont la confiance et la douche. Risque d'être désinvolte avec les habitués qui occupent un brancard sans s'enregistrer, demande aux soignants de rester vigilants car le jour où ils décompensent, il faut le voir. « On n'a pas à faire ni bien ni mieux que pour les autres », « ça fait partie du métier aux urgences, on le sait ». Dans les services de soins: « comme il y a une pression supérieure maintenant, il y a des personnes, il faut qu'elles sortent ».	De manière générale, pas moins de personnel mais évolution: beaucoup d'AS en CDD donc turnover, pas de formation, etc pour les IDE pls mois entre le départ physique et administratif.	Est ok pour développer des formations, recréer un local vêtements, etc, mais n'a pas eu le temps depuis sa prise de poste, suppression d'un cadre donc elle doit se concentrer sur le fonctionnement quotidien.

ETABLISSEMENT PARISIEN – URGENCES

	REPRESENTATION	PARCOURS	PEC	IMPACT	PISTES D'AMELIORATION
IDE	grande précarité: sans-abris et femmes battues. Considère que les personnes à la Cmu ne sont pas précaires car elles ont une couverture sociale. Correspond à 3 ou 4 personnes par jour, idem la nuit.	<u>provenance</u> : bcp d'afghans dans le quartier qui viennent spontanément, plus ¾ arrivées pompiers ou service social RATP <u>Aval</u> : au sein de l'étab ou de l'AP , pas de souci en général, à partir du moment où certificat médical d'urgence, même si sentent l'agacement quand le service en a déjà plusieurs. Peu de lits en médecine donc parfois patients est en hébergement dans un autre service. Orientent bcp vers les lits infirmiers des centres sociaux « quand on doit transférer pour de l'ortho, on ne peut le faire qu'à l'AP » car les cliniques refusent si pas de SS Si le patient est ok, peuvent orienter en journée vers la consultation Verlaine, ou la nuit vers le Samu social Grace aux lits portes, peuvent en garder certains quelques jours.	annonce ne pas faire de différence, mais distingue la demande de soins de la demande sociale qui peut être « un peu ennuyeuse », les personnes étant « très demandeuses », « à la charge de l'hôpital ». Dans la PEC soignante, mm contenu sauf que les personnes doivent être douchées obligatoirement avant de voir le médecin. Explique qu'avant, avait plus les moyens de PEC: armoires avec vêtements, deux douches, local où les faire dormir sur un brancard. Tout ça a disparu. Pour certains qui n'ont pas besoin de soins, c'est juste donner un brancard et un plateau repas, discuter un peu (les « habitués »). Tendance à les orienter vers des PEC dédiées: « ça arrange tout le monde, les médecins en premier ».	ce n'est pas plus éprouvant pour les soignants « on le fait instinctivement », mais pbm de communication (langue ou OH) et demandes font qu'ils demandent plus de temps: « il demandent beaucoup plus qu'un patient lambda ». Demandent parfois de l'aide à une collègue quand ne s'en sortent pas seuls. « ce n'est pas notre mission mais on le fait quand même »	voudrait une sorte de service dédié aux urgences sociales, parce que la PASS est fermée après 16h et le Samu social ne commence qu'à 20h. Se sentent « un peu démunis » pour accueillir ces patients: ont perdus leurs petits outils (vêtements, douche, local de repos) et sont le seul service à ne pas avoir d'assistante sociale affectée. Il faudrait plus de places dans les centres sociaux. N'ont pas de formation et trouve que ce serait intéressant de rencontrer les gens de la consultation Précarité pour échanger.

ETABLISSEMENT PARISIEN – MALADIES INFECTIEUSES

	REPRESENTATION	PARCOURS	PEC	IMPACT	PISTES D'AMELIORATION
CADRE DE SANTE	Personne sans logement, sans couverture sociale, voire sans papiers. Très dépendant de la pathologie, VIH nécessite une bonne insertion sociale pour être maîtrisable. Assimile bcp précaires à patients VIH étrangers. Correspond à env. 15 patients sur 30 lits en permanence.	Hôpital comme « un échappatoire par rapport à la rue » Pour l'arrivée dans le service, les médecins sont obligés de faire très attention, de sélectionner sur la pathologie: bcp de services, y compris les urgences, ont tendance à considérer que le SMI est le service précarité (« on est un peu étiqueté service précarité ») et a vouloir y caser ceux dont ils ne veulent pas (« ils nous disent, oui oui, il a de la fièvre ») Arrivées essentiellement par les urgences et les consultations de l'H	Procédure précarité existe dans le service depuis 5 ans: offrir aux patients précaires leur traitement VIH ou TB à la sortie (pharma de l'H les délivre gratuitement et le coût est pris sur le budget du service), notamment quand sont dans les trois mois tampon de l'AME PEC demande « plus d'attention, beaucoup de soins d'accompagnement, de soins d'hygiène, un accent important sur l'éducation thérapeutique », Explique que comme ce sont des patients isolés, à la fois on essaie d'être plus présents, et en même temps, comme on a pas de sollicitations de la famille pour nous bouger, le risque est aussi de les laisser de côté Le projet thérapeutique intègre la précarité: ça ne sert à rien de faire une stomie à un patient qu'on revoit dans la rue, eux ont fait le choix de le garder hospitalisé pour sa fin de vie. Eprouvant pour les soignants d'assister à la fin de vie d'une personne isolée, surtout quand le suivent depuis pls années.	« c'est la sensibilité, la philosophie du service, la dimension sociale est plus présente qu'ailleurs dans l'hôpital ». Gros travail sur les organisations: savent que ça plombe leur DMS mais s'adaptent: se préoccuper de la sortie est un réflexe dès l'arrivée, PEC les pbms sociaux immédiatement et ne pas attendre que l'aigu soit résolu. Contactent tout de suite leur assistante sle affectée et W avec elle tt le long. Les médecins de leur côté font attention au codage, le service travaille là-dessus. Ont des grosses dépenses mais comme ont beaucoup d'activité (gros turnover sur les patients non précaires), arrivent à s'en sortir plutôt bien. La mission précarité a été identifiée dans le contrat de pôle: « Il ne faut pas voir la précarité comme un poids, un frein. Il faut savoir ce que ça implique, la DMS par exemple, et pouvoir l'expliquer T2A: paradoxalement ça a permis à certains services de s'interroger sur l'aval, sur leurs organisations. Eux ont bcp réfléchi sur la manière de minimiser l'impact tout en prenant bien en charge les gens, font un suivi très strict de leurs dépenses précarité (médocs offerts, DMS >)	Besoin de formation sur les psychoses, qu'elles soient liées à la précarité ou juste au VIH (pense qu'un partenariat avec le GH Lariboisière pourrait être utile car ont une expertise)
ASSISTANTE SOCIALE	patients VIH rejetés par leur entourage, sans logement, mais « paradoxalement la maladie leur donne des droits » (à une couverture sle, à un titre de séjour). Distingue les « précaires » des « avec difficultés » (financières ou sociales, mais moins graves).	Parviennent à trouver des places en moyen séjour car s'engagent à réadmettre tous les patients si besoin, + envoient les patients avec leur traitement pour pls mois, payé par le service (cf. tarif. À la journée en SSR).	PEC progressive: d'abord utiliser le diagnostic VIH pour avoir des papiers, puis demande d'appartement thérapeutique (il faut être en situation régulière), puis après un an, poss. D'avoir une carte de séjour et de toucher l'AAH: sortie progressive de la précarité, ms prend pls années. Compliqué pour les soignants car parfois, le soin n'est pas dans leur culture, doivent cacher leur VIH pour ne pas être rejeté mais dans ce cas, comment aux yeux de l'entourage, ne pas allaiter son enfant, mettre des médocs au frigo...Dénier culturel de la maladie aussi Gros travail avec des assos, par ex pour la renutrition des patients africains	Suit ces dossiers sur plusieurs années, bien après l'hospitalisation. Ca lui permet d'anticiper les réadmissions dans le service, de penser avant mm que la personne soit dans son lit à une solution d'aval, et donc de réduire le temps à l'hospit nécessaire. Tous les services n'ont pas la mm philosophie, ex de la cancéro qui va accueillir pour de l'aigu uniquement sans se préoccuper de la couverture sle (cout) et du ttt (comment renvoyer dans la rue après une chimio). A mm connu des PH qui faisaient sortir la pers dès qu'ils apprenaient qu'elle était précaire. Plus largement, l'inféctiologie n'est pas une spé rentable donc la plupart des cliniques n'en ont pas, et si en ont, refusent les patients précaires.	L'aval est essentiel, l'amélioration passe par plus de strcures en général: le Corevih a par ex. une commission de réflexion sur l'aval. Mais aussi, il faudrait que les élab d'accueil des PA se préparent à l'arrivée des patients VIH vieillissants car ne sont pas du tt au point + il n'existe pas de structure de SSR somatique avec une valence psy. Trouverait bien que l'H crée lui-même une structure d'aval en son sein, mais la DHOS ne l'entend pas de cette oreille.

ETABLISSEMENT PARISIEN – DIRECTION

	REPRESENTATION	PARCOURS	PEC	IMPACT	PISTES D'AMELIORATION
CADRE SOCIO-EDUCATIF	comprend la grande précarité, assurés sans mutuelle, étrangers malades.	Il existe des indicateurs dans certains services pour déclencher l'appel au service social: ex de la cancéro, dans le document « soins de support », si le patient coche isolement, etc. le service va contacter une assistante pour initier une PEC précoce.	Ont créé un RCP cancer-précarité dans le cadre d'un appel à projet	Evolution lente des mentalités: idée parisienne de l'autosuffisance, pas naturel pour l'AP-HP de travailler les partenariats, mais ça commence à émerger, notamment sur la base de l'analyse des besoins de la population, et la contrainte de la T2A	Supprimer les 3 mois de carence de l'AME, développer en masse les structures d'aval, développer les compétences de prise en charge psychiatrique chez les soignants et médecins somatiques, que ce soit en hospi ou en ssr.
DIRECTEUR	pas de repérage statistique spécifique dans l'établissement: connaissent le nombre de patients AME, CMU, et le nombre de personnes PEC à la consultation Précarité. En tout, ça représente 11 ou 12% des patients de l'hôpital	L'hôpital a des conventions avec certains étab de moyen séjour qui acceptent l'AME et la CMU, ainsi que les patients ss complémentaire.	La pharmacie identifie les patients de la consultation Précarité ou précaires ailleurs, et mènent une réflexion sur l'adaptation des traitements: privilégier des molécules moins onéreux en gardant une qualité de soins. Le codage est de plus en plus stratégique, même si tous les médecins ne l'ont pas encore compris. Il y a des référents PMSI dans tout l'établissement donc celui qui veut se former peut.	« Il n'y a plus que le serment d'Hippocrate, d'autre chose rentrent en ligne de compte », prise de conscience récente des médecins du coût des médicaments, de l'impact des durées de séjour, du problème des créances irrécouvrables. « les médecins se sont rendus compte qu'il faut faire tourner les lits ». Choix de l'hôpital de tabler sur sa bonne activité pour assurer la PEC des précaires, car « clairement les Migac ne suffisent pas ». Il y a 3 ou 4 ans, le service social avait monté un groupe Vulnérabilité sociale avec des associations, avec des réunions mensuelles, qui avait débouché sur des formations d'une demi-journée en direction du personnel hospitalier, y compris de nuit. La première année = 600 pers, la deuxième=900. Cette formation a impulsé beaucoup de choses.	

ETABLISSEMENT PARISIEN – CONSULTATION PRÉCARITÉ

MEDECIN Chef du service	90% de nos patients sont, soit sans couverture sociale, soit bénéficiaires de l'AME ou de la CMU	1 à 2% seulement des patients font l'objet d'une hospitalisation, 10% sont dirigés vers un spécialiste, que ce soit en ville ou à l'hôpital. Pour l'aval, ils ont un réseau informel d'association, une liste des médecins de ville qui acceptent la CMU et l'AME, avec les langues parlées	Ici on assure le suivi. « On sait ne pas hospitaliser ». La personne arrive souvent avec un résultat d'analyses, ou une lettre d'une assos. Le premier W est de « débrouiller la situation », ce qui prend du temps et ce que les services d'hospi ne savent pas faire. Ensuite, quand adressent à un spécialiste, tout est clair, et la PEC peut se concentrer sur le médical. Le comité de pilotage a créé une grille de décision pour aider à la PEC. Lorsqu'ils ont une situation t complexe, ils réunissent une RCP (Réunions de Concertations Pluridisciplinaires) qui associe pass, spécialiste, avocat, anthropologue, etc. pour réfléchir à que faire pour cette personne. « c'est très bien parce que individuellement, ce sont des décisions qu'on ne pourraient pas prendre ».	A l'AP, la pression au turnover des lits n'est pas encore si forte que dans le privé	Mobilisation sur la précarité au sein de l'hôpital: ont réussi à inscrire la précarité dans le plan stratégique de l'AP, qui rend systématique la création d'un comité de pilotage précarité par GH. Les mentalités doivent évoluer: en chir ou en cancéro, ils n'ont pas du tout cette préoccupation, pensent que c'est du ressort de l'assistante sle, et ne se rendent pas compte que le fait de ne pas se soucier des conditions de vie impacte la qualité du soin médical. Le délai de 3 mois de résidence sur le sol national pour obtenir l'ASE est perçu plutôt positivement, par contre les trop longs délais de traitement de la Sécurité sociale sont pénalisants.
Sa conviction est que la consultation précarité est un atout d'un point de vue économique, que c'est excellent pour l'efficacité: ça permet de n'hospitaliser que quand c'est nécessaire, et avec une préparation en amont, qui permet d'éviter que l'hospitalisation ne dure trop. Ils ont une vraie expertise médico-sociale qui n'est pas valorisée, et encore, se sentent privilégiés parce que la direction est favorable à cette idée. Estime que quand un précaire arrive aux urgences, ils vont avoir tendance à hospitaliser immédiatement, ce qui est très mauvais, pq après, c'est très difficile de faire sortir la personne. Quand en revanche eux ils préparent l'hospitalisation, elle ne dure que le temps médicalement nécessaire, très bon pour la DMS et l'hôpital.					

ETABLISSEMENT DE BANLIEUE PARISIENNE - URGENCES					
	REPRESENTATION	PARCOURS	PEC	IMPACT	PISTES D'AMELIORATION
CHEF DE SERVICE	- Personnes âgées: cumulent le grand âge, la polypathologie et l'absence d'avenir.Ce sont les patients indésirables - Patients alcooliques désocialisés (à la rue, sans travail). - Patients en situation irrégulière (sans aucune couverture sociale) Définition de la précarité chez la personne âgée au sens médical: Personne ayant des troubles cognitifs, en perte d'autonomie avec une impossibilité d'être maintenue dans son milieu de vie. La définition de la précarité au sens social est différente: absence de couverture sociale. C'est un malade à l'abandon, qui n'a pas de couverture sociale, qui est en errance médicale, qui n'a pas de lieu de vie, qui n'a pas de connaissance de son traitement.	Pour l'admission : Parcours plus spécifique depuis la mise en place de la T2A : mesures drastiques, si un patient n'a pas de carte vitale, de carte d'identité et de justificatif de domicile, il ne peut bénéficier de soins, de consultations ou d'hospitalisation sauf s'il passe par les urgences. Augmentation de 12% d'activité en 2009 aux urgences (habituellement 3%/an) = une hypothèse qui explique la montée en charge de ces patients aux urgences Autre hypothèse : patients sortis trop tôt donc réhospitalisés. Pour l'hospitalisation : Deux types de services : - Le service de gériatrie - Le service de médecine polyvalente (aval des urgences) Ces deux services offrent trois lits par jour alors que les urgences en auraient besoin de 20. Concernant les services de spécialités, certains jouent le jeu d'admettre quelques patients d'autres refusent catégoriquement.	Prise en charge spécifique ; La prise en charge est très longue par rapport aux autres patients, il faut récupérer les données médicales Ces patients sont consommateurs de temps médical, soignant, administratif et social. Une des réponses : la mise en place d'une PASS aux urgences, présence d'assistantes sociales aux urgences deux heures par jour. Les patients arrivent à cette permanence : - Soit spontanément - Soit adressés par les urgences (obligation d'un entretien social quand ils ne présentent pas de papiers) - Soit adressés par les associations Position institutionnelle : - La personne âgée est un sujet porteur, l'évolution de la démographie va apporter des moyens aux structures qui prennent en charge les personnes âgées. - Pour les patients alcooliques, pas d'investissement particulier MIGAC en cours ou à venir) - Globalement, l'accueil des précaires n'est pas la priorité de la direction, on le fait car mission de service public, avec des moyens minimims.	IMPACT = OUI Premier impact : sélection des médecins de certains services. Ils posent deux questions ; quel âge a le patient et quand va-t-il sortir ? Les médecins sont axés sur leur DMS car sinon suppression de moyens s'ils ne répondent pas aux objectifs financiers.	Il existe une valorisation de la précarité pour l'ensemble de l'hôpital mais pas pour des services spécifiquement ; Aussi certains médecins changent de GHS si ils associent des co morbidités. Pistes d'amélioration : Optimiser le codage spécifique des urgences (thésaurus non fonctionnel) La valorisation devrait exister pour les services qui accueillent ses populations précaires, avec un système de mesures de compensation. L'erreur serait de faire des services exclusifs pour ce type de population (ghetto, médecine à deux vitesses, médecins et moyens de zone B)

CADRE DE SANTÉ	Représentation : ce sont les sans domicile fixe qui revienne très régulièrement et personnes avec absence de couverture sociale -la précarité ne se voit pas forcément, il faut la rechercher - pour la personne âgée, la précarité n'est pas l'argent mais l'isolement	-toujours aussi difficile de placer les patients des services	- prise en charge somatique en premier lieu et intervention de l'AS si besoin Manque de temps de travail AS -Les IDE qui ont de l'expérience s'investissent plus auprès de cette population, les jeunes IDE sont plus attachées aux soins techniques -Pas connaissance d'outil permettant de recenser les populations précaires -une certaine stigmatisation de cette population parfois : « on l'a assez vu », « il vient pour être au chaud et manger » - la prise en charge des populations précaires ne posent pas de problèmes particuliers dans un service d'urgence -les professionnels ne demandent pas de formations pour améliorer la prise en charge	-nécessité de garder plus longtemps les patients : hospitalisation d'une semaine pour un traitement ATB efficace, pas possibilité de renvoyer avant -pas d'impact majeur de la T2A au quotidien, peut-être pour les médecins car nécessité de codification -les ¾ des soignants ne savent pas ce qu'est la T2A Pas de perte d'effectif au niveau du service d'urgence	
----------------------	--	---	--	---	--

ETABLISSEMENT DE BANLIEUE PARISIENNE - URGENCES				
	REPRESENTATION	PEC	IMPACT	PISTES D'AMELIORATION
IDE	Personne qui manquent de moyens pour arriver à vivre correctement dans un foyer sain et qui rencontrent des difficultés à satisfaire tous leurs besoins de base C'est compliqué pour les infirmiers de définir la situation des personnes : avec la CMU les personnes sont prises en charge à 100% par la sécu mais il se pose la question de savoir si ils sont quand même couverts de façon correcte. « On ne sait pas forcément si ils sont en situation précaire » Ca peut être des personnes qui ne maîtrisent pas le français, ce qui impacte la communication et donc la prise en charge. Alcoolisation et agressivité peuvent faire perdre du temps mais pas forcément relié à la précarité non plus Ceux qui sont étiquetés précaires sont les SDF qui, en hivers, viennent tous les jours. Gens du voyage sont également un peu plus identifiables.	Infirmier depuis environ 2ans mais parcours varié : expérience récente Interroge s'il a du temps pour connaître les gens malgré quelques questions de base à propos de leur emploi, leur logement... Que les patients aient ou non une carte vitale les soins sont fait mais ceux qui n'en n'ont pas ne peuvent pas récupérer leurs ordonnances à la sortie (bien qu'ils aient un avis de passage). Cependant les pratiques soignantes ne changent pas selon la situation de la personne parce que cela n'est pas forcément repérable au premier abord. Ces personnes peuvent ressentir le besoin de se confier, d'exprimer leur mal être, de demander à manger, à boire, de prendre une douche (parfois les SDF refusent si on leur propose) Hôpital accueille une population particulière, en difficulté. Il y a aussi, selon lui, des personnes qui profitent : ils savent à quelle heure on peut avoir des repas, qui demandent un pédiatre en particulier. Il se pose ainsi la question de savoir si les gens sont assistés où s'il y a de moins en moins de possibilité de suivi en ville En ce qui concerne les cas identifiés, il fait appel à l'assistante sociale, sur avis du médecin. Le temps consacré dépend des jours et de la charge de travail mais c'est le médecin qui définit et reste arbitre de l'emploi du temps des infirmiers. Certaines journées « on est des machines à piquer ou à perfuser ». UHCD : service « classique » qu'il apprécie peu alors que les urgences ont un rythme plus soutenu qui lui plaît. « On voit plein de gens et on arrive quand même à échanger avec eux à l'inverse des services où les patients lourds peuvent être usants » Quand on propose la maison médicale ils refusent parce qu'il faut payer. Infirmier de flux ou cadre gèrent la place dans les services et IAO fait juste le tri des patients au départ. Pas d'impact direct sur sa pratique	T2A fait penser à « client ». « Politique des établissements fait penser à une usine où on doit faire du chiffre. » Les urgences doivent accueillir tout le monde pour engendrer de l'activité plutôt que de refuser des personnes qui viennent pour de mauvais motifs qui ne relèvent pas des urgences : « plus on a de passage, plus on a des crédits ». Impact sur les pratiques : il faut être de plus en plus rapide, on passe moins de temps avec les gens ce qui suppose une baisse de qualité (hiver environ 300 personnes en 24h ; + de monde en journée que la nuit) T2A n'a rien changé dans son approche pratique professionnelle (mais a commencé en même temps que la mise en place à 100% : a-t-il un recul lui permettant de sentir une évolution. Sur contexte de rationalisation et nécessité de faire des économies : par rapport aux nouveaux médecins/internes les chefs disent de faire tel ou tel soin pour qu'ils soient bien validés Suppression de matériel pour avoir des choses moins pratiques par soucis d'économie Un poste d'auxiliaire puéricultrice supprimé et postes de psychiatrie non renouvelés donc les infirmiers tournent sur tous les postes bien que parfois ils ne soient pas formés pour. Freins à des titularisations et passages de CDD en CDI.	Certains personnels ont des compétences linguistiques pour mieux comprendre les personnes qui ne maîtrisent pas le français. Pense que l'hôpital va continuer à remplir cette mission sociale si on ouvre pas plus de structure médico-sociales (genre CHRS pour SDF) Développer la médecine de ville pour désengorger les urgences. Aider financièrement les gens pour qu'ils s'en sortent mieux sans avoir besoin d'être assistés par les urgences.

ETABLISSEMENT DE BANLIEUE PARISIENNE - DIRECTION

	REPRESENTATION	PEC	IMPACT	PISTES D'AMELIORATION
DIRECTEUR (courrier)	Population précaire = Association de plusieurs facteurs de fragilité : -absence de moyens financiers -isolement -éclatement et démobilitation des familles -dépendance physique avec perte d'autonomie - absence de domicile et parfois errance sur ^plusieurs communes ou départements Absence d'ouverture de droits et marginalisation Addictions à l'alcool et autres produits Destructuration de la vie liée à des troubles cognitifs ou psychaitrique			
RESPONSABLE DU SERVICE SOCIAL	Représentation : -Soit cumul de plusieurs critères : avant sans emploi, aujourd'hui sans emploi, sans logement, sans papier ou en situation irrégulière -Soit primo-arrivant : svt femmes sans domicile, en errance, qui n'ont pas eu le temps de créer des liens, non suivi social -En plus, peut s'ajouter des événements ponctuels provisoires = grossesse -2 populations identifiées : les femmes enceintes seules en situation irrégulière et sans hébergement et les personnes sans domicile fixe ayant des troubles cognitifs liés à l'alcool -population précaire=population essentiellement féminine Statistiques : Globalement mauvaise connaissances mais quelques éléments connus Activité PASS sur l'ensemble des services de soins (PASS urgence + mission AS) - Dossier AME 126 soit +72% en 2008 - Dossier CMU : 98 soit +55% - Dossier CMUC : 190 soit +26% : -une augmentation du nombre de dossiers AS : +140% sur UHCD, +40% sur réa polyvalente. Ces chiffres témoignent des difficultés sociales du public grandissantes. Activités PASS urgences : 180 entretiens en 2008 49% sans papiers 71% hébergés chez des membres de la famille ou amis 28% viennent pour dossier ouverture de droits Ces chiffres démontrent que le public accueilli à la Pass cumule les critères de précarité : majoritairement des personnes isolées, sans papiers, hébergés sans emplois et sans prise en charge sécurité sociale lors de leur venue	-une filière clairement identifiée : les femmes enceintes seules en situation irrégulière et sans hébergement. Mode d'arrivée à l'hôpital : envoyées par PMI , consult de l'hôpital souvent pour ouverture droit, service social départemental ou spontanément. Population en désarroi, d'origine africaine pour la plupart (opposante au régime, pays en guerre, venant accoucher en France certaine que leur enfant sera français...) demandeuse d'asile politique ou de statut de réfugié, venant chercher de meilleures conditions de vie. Problème récurrent : celui de l'hébergement avec l'arrivée de l'enfant (famille ou inconnus ne veulent plus les héberger) et de la situation économique et financière (en perdant leur hébergement, elles perdent leur sécurité) Les domaines d'interventions lors de la « consultation prénatale sociale » : -informations sur les droits (aide retour domicile, APA, informations 115...) -accompagnement à la réalisation des dossiers (pour retour à domicile ou orientation vers les partenaires) -points particuliers : violences conjugales ou familiales, recherche identité Une 2^{ème} filière identifiée : les personnes sans domiciles fixes ayant des troubles cognitifs liés à l'alcool Organisation de PASS : -le PASS urgence :2h/jour, assurée par 1 AS (devrait-être partagé avec bureau des entrées pour être plus efficace) -selon la responsable, besoin d'augmenter le besoin de temps social en augmentant le nombre de postes AS. Selon le médecin des urgences besoin d'augmenter le temps social aux urgences en répartissant différemment les AS. »le travail social est divisé par secteur et pas par charge social » -une permanence précarité assurée par AS le mardi matin : 5 à 10 dossiers	-accroissement de l'activité - a demandé une analyse plus fine des populations pour certaines prises en charge -1 poste AS pour PASS en plus mais diminution de temps de travail en sidéno car suivi et relai très bien organisé (si parcours de soins bien coordonné = gain de temps) - selon la responsable un manque -nécessité d'une rapidité d'actions mais beaucoup de démarches ne sont pas incompressibles en temps -impact de l'implication de la direction de l'hôpital (lié à la sensibilité individuelle) -il existe des situations où la population précaire utilise le système à son avantage	- besoin de supervision et d'analyse de pratique des équipes professionnelles confrontées à une population vivant des situations difficiles -intérêt de l'expérience professionnelle, d'où besoin de fidéliser les professionnelles (formations, soutien, conditions de travail sont les seuls leviers) -volonté institutionnelle : porté par le discours (importance de la dimension sociale), présence CME

ETABLISSEMENT DE REGION - URGENCES

	REPRESENTATION	PEC	IMPACT	PARCOURS	PISTES D'AMELIORATION
IDE 3 ans expérience SAU	situation difficile, situation non désirée, ceux ayant faibles revenus et les sdf, ceux dont la situation est "voulue"	pas de pec particulière : comme "pour les autres"précarité n'a pas d'impact sur la pec	soins de base nécessaires : douche, nécessité de donner un vrai repas (et non pas une simple collation)	ils restent tout de même plus longtemps aux urgences (DMS plus longue)	formation déjà demandée / gestion de l'agressivité
Aide soignante 10 ans expérience SAU	les sdf (ceux qui refusent un logement été comme hiver), parle de "nos habitués", de + en +, nvx profils : les étrangers, sans papiers, ceux "en difficulté au quotidien"	même pec que pour les autres, mais surcharge de travail, usant	on s'en occupe plus, au détriment parfois des autres, gêne pour les autres patients ("ils subissent") nvelle org du SAU : "précaires" appartenent à la filière courte : pas nécessairement vus pas les aides soignants	2 assistants sociaux interviennent dès que nécessaire,	il faudrait "une annexe" pour éviter de ne pas voir les autres "urgences", formation suivie en auto-défense, souhaitée en gestion du stress et de l'agressivité
Assistante sociale 10 ans expérience SAU	palette large : PA (isolée socialement), ceux relevant de la victimologie, (+ maltraitance), précarité dans accès aux soins, aux droits ... de + en + : jeunes en rupture familiale, avec comportements addictifs ++, futurs demandeurs d'asile,	travail de sensibilisation de l'IDE AO (accueil et orientation) contraintes de pec liées aux partenariats : le service dépend des places dispo ou non a une bonne connaissance SAU = énorme équipe, tous les médecins n'ont pas le réflexe appel social	pas "harcélée" par contraintes financières mais parce que bonne connaissance de la T2A, coordination avec ass soc des services si hospit, coordination également avec les différents réseaux (geronto, ...) pas de suppression de postes ass soc, mais supp des mensualités de remplacements existe un dossier social dans le dossier des urgences	gros travail avec travailleurs sociaux des foyers (pour construction dossier CMU), bonnes relations avec pompiers, ambulanciers	nouvelle organisation du SAU crée tensions, et baisse passagère de la motivation des équipes, améliorer le repérage des "précaires" par les équipes (sensibilisation par mots clefs) n'a pas la place d'avoir un bureau (pièce 9 m2 borgne, impossible de recevoir une famille par ex)
Cadre de santé	sans abri, PA (personne isolée), toxico, entre 10 à 15 % en situation précaire, surement d'autres non identifiés	pas tous demandeurs de venir aux urgences (SDF) ; pas de surcharge de soins, mais "soins" différents : plutôt soins de base = nettoyer, surveiller et ceux qui viennent pour la chaleur, discuter, nourriture ...	en terme de promiscuité avec les autres patients, confrontés aux patients précaires : "le public n'aime pas" pas de remontées de besoins en formation, mais nécessaire d'avoir des ressources perso psy ("être solide dans sa tête") box soins occupés plus longtemps	bonne coordination avec les partenaires : ass soc, équipes mobiles, etc. => recours à ces acteurs répond aux besoins posés par précarité	face à ce phénomène de + en + fréquent : souci de ne pas les isoler, de ne pas les marginaliser travail en amont à améliorer car surcharge de travail peut déstabiliser des organisations de travail certaines journées
Médecin urgentiste	plrs types : rmistes, sdf, sans couverture sociale, pers isolée, en déchéance physique, misère physiologique, état mental fragile (tutelle, curatelle), en décompensation état psychiatrique	même soins que ceux qui ne sont pas en précarité, pas de cdctions particulières, pas d'activités spécifiques car existe la PASS	impact quand ass soc n'est pas là : délai d'attente plus long pour qu'il puisse être évalué par elle, génère temps attente en soins pas de contraintes financières particulières : attaché à la mission de veille sur la précarité de l'hôpital public mais locaux ne permettent pas confidentialité : rend plus difficile le repérage de la précarité	recommandations actuelles autorisent l'IDE AO de ne pas admettre une pers au SAU, mais quand elle veut le faire dans cet hopital, appel systématique d'un médecin or, pas d'attitude concertée, mais ressenti individuel de pec précaires	manque la possibilité de suivre le dossier patient : pas de traçabilité de ce qui a été fait, car obstacle technique pour retrouver les éléments au niveau social améliorer la détection de la précarité, mais ne suffit pas : reflexion sur évaluation pertinence de la pec aux urgences, évaluer aussi la sensibilisation du personnel, travail de reflexion sur protocolisation pec doit être initié par le service social de l'établissement

ETABLISSEMENT DE REGION - CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE

MEDECIN	SDF, psychiatriques, faibles revenus, 5 à 10 %,	provenance : urgences, problème de sorite si besoin d'une structure d'aval, centres de rééducation et psychiatrie refusent	problème de dépistage de la précarité en consultation : pb de suivi	pas d'analyse fine de l'impact, un seul item ds codage, pb de lits disponibles le we	formation volet social en cursus initial médecins
CADRE DE SANTE	SDF, étrangers situation irrégulière, personnes âgées seules, jeunes en rupture familiale, toxicomanes, alcooliques, moins de 5 %	provenance : urgences, demande du patient ou du médecin pour sortie précoce pour limiter les frais d'hospit	PEC famille, collaboration avec l'assistante sociale pour trouver une strucutre d'aval, équité dans le PEC par les soignants, pas de jugement	agitation dans le service, problèmes de sortie, agressivité envers les soignants, non respect du règlement intérieur, difficulté de gestion des familles, isolement familial et social pas de visite, difficulté de PEC pour les soignants DT	accompagnement psychologique des soignants, améliorer collaboration avec les services sociaux de proximité
IDE	pb lié à l'emploi, SDF, pb accès aux soins, pb de couverture sociale, pb d'accès à l'information, moins de 10 %	difficulté pour trouver une structure d'aval	encadrement des soins, accompagnement des personnes, explications accrues, relationnel, éducation thérapeutique, appel assistante sociale, psychologue, soins techniques id	temps soignant augmenté	besoin de formation aspect social pour informer patient : CMU, différents régimes
AS	SDF, alcooliques, faibles revenus, psychiatriques et alcooliques non précaires pour AS	pas d'augmentation de la durée de séjour	PEC nutrition améliorée collaboration diététicienne, soins d'hygiène apport matériel, aide pour TV radio, collaboration assistante sociale pour fourniture vêtements, explications	pas d'impact, partage des valeurs dans la PEC avec l'équipe, patients plus entourés par l'équipe, faire plaisir	matériel : shampooin, savon, TV, radio, vêtements, pas de besoin de formation

ETABLISSEMENT DE REGION - DIRECTION

	REPRESENTATION	PEC	IMPACT	PARCOURS	PISTES D'AMELIORATION
DIRECTEUR DE SITE	plrs aspects : précarité antérieure à l'hospitalisation : précarité sociale précarité due à son hospitalisation	mission de l'hôpital public de pec les plus fragiles, et donc les plus précaires aucun outil de dispo pour "quantifier" les patients en situation de précarité pas de lien établi entre DMS et précarité : pas de consensus, de définition partagée par les professionnels	objectif 1er : retour à l'équilibre financier, dans le souci de la qualité de la pec pas de circuit dédié aux patients précaires si ce n'est l'unité médico-sociale (PASS) mise en place pour certains précaires priorité : ouverture et actualisation des droits	pbl pour trouver strutures d'aval, notamment SSR, qui anticipent la mise en place de la T2A pbl permanence des soins de ville et refus de cert généralistes de pec des patho dits "à riche"=> recours à l'hôpital public	piste : au niveau des urgences, attention particulière à porter sur patients précaires, filière courte identifiée mais non caractérisée comme prioritaire

ETABLISSEMENT DE BANLIEUE PARISIENNE – MEDECIN DIM

Il existe un DIM depuis 15 ans dans l'établissement et celle-ci est en fonction depuis 2004

S'occupe des différents champs PMSI : 3 champs :

- MCO court séjour
- SSR
- Psychiatrie
- Pas de champ HAD dans cet établissement.

Rôle :

- s'assurer que les codages soient faits et qu'il y ait les outils adaptés, les formations nécessaires aux agents. Travail en partenariat avec le service informatique : logiciels, dépannage...
- Faire que les données soient rentrées régulièrement, le plus possible en flux régulier : consiste à faire passer le message aux médecins.

Codage fait par les médecins dans l'établissement : code les diagnostics directement ou d'autres sur papier et secrétaire saisi les codes (possibilité d'erreurs car secrétaires non formées à cette tâche car les médecins sont censés le faire eux-mêmes). Les médecins restent responsables du codage

Faire en sorte de récolter des informations exhaustives + contrôle au DIM pour vérifier erreurs et abus de codages. Contrôles sans information de départ : croisement des données financières : comparaison durée de séjour et GHM pour vérifier les incohérences.

Tous les codages ne donnent pas forcément de valorisation financière. Vérifie les niveaux de sévérité par rapport à la durée du séjour. Certaines données ne peuvent pas être codées. Corrections ajustent la valorisation.

Les règles se sont peaufinées mais l'expérience compte énormément dans le contrôle. Lorsque les problèmes de codage sont récurrents, elle alerte le service concerné.

Au travers d'un codage possibilité de repérer les codes de précarité : utilisation des codes de précarité de la CIM 10 : alphabétisation, emploi/chômage, risques professionnels, environnement, logement/conditions économiques, pauvreté extrême, faibles revenus, solitude, migration, enfance malheureuse, couverture sociale insuffisante etc... Ca existe mais il faut que les médecins les codent : très précis donc parfois codage dans catégories « fourre-tout »

Il faut que le médecin le fasse apparaître dans les comptes-rendus d'hospitalisation et lettres de sortie pour contrôle des médecins-conseils de la sécu (croisement avec codage).

Si les médecins codent correctement il est possible d'évaluer cette population et d'établir des listes même si le pourcentage trouvé est sous-évalué : avec T2A médecins veulent coder que les éléments qui valorisent le GHM.

Exemple : besoin d'assistance à domicile pour personnes isolées : code qui valorise.

Allongement de durée de séjour par rapport au GHM crée une alerte (cf ci-dessus). Sur la situation de la personne.

Pas de réel impact de la T2A sur les pratiques. L'établissement reçoit une enveloppe précarité car la T2A ne permet pas de valoriser la précarité. La tutelle n'a pas exigé un meilleur codage de la précarité malgré l'octroi de cette enveloppe. Démarche interne auprès des médecins avec sensibilisation au codage de la précarité parce que cela pourrait être valorisé à l'avenir (certains critères pourraient être considérés comme de la co-morbidité associée dans la prochaine version). Passage V10 à V11 certains codes ont été déclassés mais les médecins ont du mal à intégrer le mécanisme. Exemple des pathologies chroniques de patients non codées.

La CIM 10 a environ 15 ans et comportait déjà des codes précarités au début du PMSI + constitution d'un mémo interne à l'établissement des codages précarités plus répandus pour les médecins (critères CIM10 les plus répandus)

Dès le démarrage de la T2A elle a été très sollicitée par la direction (mais dans un autre établissement). Moins sollicitée dans cet établissement que dans l'autre. Mais dispose de l'application « PMSI pilote » qui permet plus d'autonomie des agents qui ne sont plus obligés de la consulter systématiquement.

La précarité ne met pas en danger financièrement l'établissement même si l'enveloppe participe à une maîtrise financière et à la régulation du déficit. Certains médecins sont plus sensibles à ces problèmes (ceux qui sont plus proche des précaires : urgences et services qui reçoivent en provenance des urgences).

Ne sait pas comment l'enveloppe précarité a été évaluée : mais sûrement pas en rapport avec les données PMSI, pense que s'est sûrement en relation avec le bassin de vie.

Alerte les services qui font du « saucissonnage » : ex de sortie le WE et ré hospitalisation le lundi : risques de contrôle de la sécu : pour baisser DMS et avoir 2 GHS.

Définit la population précaire comme : la population âgée, isolée, avec faible retraites avec nécessité de placement en maison de retraites. Population qui fréquente les urgences : SDF, alcoolisme mais sécu pas d'accord : garder quelqu'un une nuit parce qu'il est à la rue n'est pas un motif d'hospitalisation mais se demande comment faire ? Il faut bien les prendre en charge quand ils se présentent aux urgences.

Contrôle sécu réguliers (les 3 dernières années).

Exemple dénutrition bien passé dans les mentalités : coûte cher à l'hôpital mais co-morbidité associée : bon codage. Question de savoir si cela rentre dans les « enveloppes précarité » et de ce qui constitue ces enveloppes.

Discours de la direction : « il faut que ça rapporte ». Services qui ont baissé leur DMS : objectifs fixés mais souvent grand nombre de ré hospitalisations par la suite. « T2A c'est un budget global déguisé » car elle est contrainte par l'ONDAM qui est une enveloppe fermée.

L'établissement a touché une enveloppe de 1000 000 euros.

ETABLISSEMENT DE REGION – MEDECIN DIM

En préalable, il m'explique que les médecins DIM du CHU ne codent pas, ils font principalement des analyses et des traitements de la base, et des activités de conseils auprès des médecins qui eux codent. L'équipe est constituée de 3 médecins DIM à temps plein, et de 2 médecins DIM à temps partiel.

1. Sa représentation de la précarité

Il existe différents codes marqueurs de la précarité. Il me cite assez spontanément le Z60 'difficultés liées à l'environnement social' Quand à une définition de ce qu'est la précarité, il me donne la définition établie par la DREES, ceux n'ayant pas de couverture sociale, ceux bénéficiant de la CMU, enfin ceux caractérisés par un critère financier.

2. Son point de vue sur le codage

Il y a eu une commande de la DHOS, en 2009 [plutôt en 2008], incitant un panel d'établissements dont le CHU faisait partie, à utiliser certains codes marqueurs de la précarité. A ce sujet, une lettre de la DHOS invitait à utiliser ces codes afin de déterminer comment été financé la précarité au sein des établissements. On souhaitait connaître ainsi la pondération des GHS avec ce facteur.

Après avoir interrogé sa base de données PMSI, il s'avère que l'utilisation de ces codes en 2008 est très anecdotique : une 100 aine de séjours seulement.

Pour cette étude, les médecins ont néanmoins été fortement sensibilisés pour utiliser ces marqueurs, mais des procédures doivent être mise en place pour « pérenniser » cette attention particulière.

Il est vrai qu'il reste encore du travail pour améliorer le codage de certaines pathologies, alors la maîtrise de certains codes marqueurs peut ne pas être priorisés actuellement.

La même requête effectuée sur 2009 donne aussi peu de résultats significatifs ...

3. Impact de la précarité sur les séjours

Ces codes sont censés permettre de détecter des séjours plus longs, plus lourds ou complexes. Un travail a d'ailleurs été effectué pour repérer les séjours dépassant la borne haute. Les conclusions aboutissaient au fait qu'il existaient des problèmes d'aval : soit en terme de disponibilité en lits ou places, soit en terme de pec (complexe, polypatho, psy, etc.)

Rien ne déterminait que des indicateurs de précarité favorisaient des séjours plus longs.

En fait, cette thématique n'est pas bien explorée : il faudrait avant tout se mettre d'accord sur une définition arrêtée, et partagée par tous, médecins DIM et médecins effectuant le codage.

Il faudrait également construire une étude sur un échantillon large d'établissements, construire des critères pertinents, lesquels choisir justement ?

Il n'est pour l'instant pas prouvé que la précarité alourdit la pec ? Il faudrait trouver les marqueurs pertinents. Ou alors on se repose sur les codes de la CIM 10, avec le bémol que l'on perd déjà de l'information lorsque l'on code des pathologies médicales. Il y aurait déperdition supplémentaire voire problème d'objectivité avec le codage de données environnementales.

S'ajoute à cela, la sincérité du codage.

A sa connaissance, les codes marqueurs de la précarité ne sont pas valorisant financièrement. Sur la pertinence du codage, cela nécessiterait donc de savoir combien est valorisé un GHS s'il l'est ?

Sceptique car certains GHS en rééducation (ceux nécessitant beaucoup de soins de kiné) par exemple ne sont pas bien valorisés, alors que certains critères tels la dépendance/ le handicap sont bien pris en compte.

Mesurer l'impact de la précarité équivaudrait à tenter de schématiser, au travers de codes, une situation sociale. Nécessité de se mettre d'accord.

4. Les pistes d'amélioration

Problématique intéressante : mais pas de moyens mis à disposition pour le prouver suffisamment.

Nombreux débats dans la littérature ... mais souhaiterait une vraie démarche « scientifique » pour recueillir des données objectives, consensuelles, et éventuellement donc le constater.

Isolement social, (un des critères donc de la précarité), peut poser de sérieux problèmes pour des patho généralement pec en chirurgie ambulatoire : dans ces cas précis, la précarité a un impact mesurable sur la pec du patient isolé. La FHF a, à ce sujet, produit une étude sur la pec des cas plus lourds par des hôpitaux publics que par les cliniques.

Globalement la T2A est un bon moyen d'allier l'aspect financier et l'aspect médical, de valoriser financièrement à hauteur de ce qui est fait.

« Intellectuellement, cette démarche est satisfaisante, reste à étudier si tout est rémunéré à hauteur satisfaisante. C'est un autre débat. » « D'ailleurs, comment est construit la MIG Précarité [PASS] ? »

ETABLISSEMENT DE REGION – ASSISTANT SOCIALE EN CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE

1. Sa représentation de la précarité

Plusieurs situations peuvent se présenter :

Précarité par rapport aux ressources, avec des conditions de vie parfois très limites : du manque de confort à l'insalubrité ; personne isolée notamment les personnes âgées ; bénéficiaires du RSA ayant la charge d'une famille, cumulant problématiques sociales et médicales.

En augmentation, des jeunes en rupture familiale, parfois ayant des minimas sociaux, sdf ou en CHRS.

Représentent moins de 10 % des patients.

2. Son point de vue sur la pec

Détection de la situation précaire souvent par le biais des équipes, car elle ne peut voir tous les patients : manque de temps, d'effectifs.

Parfois, ce sont les familles ou le voisinage qui prennent contact et qui peuvent révéler certaines difficultés. Le livret d'accueil est distribué, informant chaque patient qu'il peut solliciter l'assistante sociale si besoin.

Certains médecins peuvent faire appel à elle, cela dépend de sa sensibilisation personnelle au problème de la précarité. M

A noter, lors des consultations, les médecins font peu ou pas recours à l'assistante social, d'une part toujours dépendant de son degré de sensibilisation, mais également dû aux files d'attente conséquentes, et à la rapidité des consultations.

De plus, il n'existe pas de dossier social du patient, au mieux, ce sont des annotations inscrites dans le dossier de soins infirmiers (personnel le plus à disposition du patient). (en chir ortho)

D'autres services ont une fiche « sociale », notamment celui des soins intensifs – réanimation.

3. Impact de la précarité sur la pec

Peu d'impact : un mi-temps d'assistante sociale vient d'être créé [lors absorption clinique de traumatisme SIH public privé], mais né de la nécessité, non pas de sollicitations sociales des patients, mais pour faire gagner du temps dans la recherche de structures d'aval, qui auparavant été pris sur du temps infirmier.

Toutefois, la pec peut être différente par crainte des équipes des antécédents connus : ex anciens détenus, d'un point de vue du comportement, mais les soins restent identiques.

Autre impact : la durée du séjour s'allonge, que ce soit pour des retours à domicile ou pour SSR et USLD. 8 ans auparavant [8 ans d'expérience], il y avait en plus une meilleure fluidité des parcours en SSR et en USLD (suppression des lits).

La difficulté +++ : pour les patients ayant patho psy, les personnes âgées isolées, et ceux ayant addictions.

Principe de la transparence dans le dossier patient : on ne cache pas par exemple des troubles psy et éthylisme d'un patient pour trouver plus facilement une structure.

« Quand ça bloque, on demande : mais que fait le service social ? »

Partenariats efficaces avec équipes mobiles : psy, lutte contre dépendances, etc : celles-ci fournissent un bon soutien aux équipes, et forment également sur conduites à tenir ace à certains comportements de patients qui peuvent être agressifs.

4. Les pistes d'amélioration

Travailler plus en amont les sorties : elle n'est pas sollicitée dès l'admission dans le service, mais parfois tardivement, tant que la sortie n'est pas envisagée car il reste des indications médicales. Et cela peut arriver brutalement, sans trop de délai pour trouver solutions de sortie la plus appropriée.

Souhaiterait avoir plus de temps pour voir les patients et approfondir sa connaissance de leur situation, pour mieux les aider à la gérer : « on ne peut voir tous les patients, on est obligé d'opérer une sélection ». Le critère de sélection utilisée est l'autonomie.

« On peut donc passer à côté d'une situation de précarité ». Le contexte de travail étant très tendu (absences non remplacées, charges de travail plus importantes par assistant social), prioriser reste très frustrant : souvent survol des dossiers.

Il y a de plus en plus de précaires : mais est-ce dû à un meilleur repérage (car meilleure sensibilisation des équipes) ou d'une meilleure remontée des informations ?

Son travail est se complexifie car elle est confrontée aux contraintes des partenaires : ex CHRS saturés.

De bons partenariats sont mis en place : parfois, dans des petites structures SSR, qui n'ont pas d'assistante sociale, lorsque celles-ci acceptent de prendre un patient au profil « délicat », le service social du CHU s'engage à assurer leur suivi social et notamment les modes de sorties après leur hospitalisation. => nécessaire de trouver de nouvelles modalités de coopérations [officieuses] pour faciliter le parcours des patients précaires.

Soulève le problème des maisons de retraite (publiques) : manque de places, et se pose la question des conditions du retour à domicile : « là, c'est à la précarité du système extérieur auquel on est confrontés »

D'autant plus que les maisons de retraites sont parfois très coûteuses, l'aspect financier n'étant alors pas gérable, on précarise la personne.

Autre difficulté : depuis que les hôpitaux (et notamment le CHU) est organisé par pôle, l'impression est ressentie que « cela fonctionne par filière, et qu'il est plus difficile d'entrer dans une filière de soins » ex : médecine gériatrique : sortie vers USLD ; de la chir ortho vers USLD : quasi impossible ...

MEDECIN GENERALISTE DE VILLE

A l'évocation du terme de précarité, le docteur a tout de suite voulu me raconter une histoire qui lui était arrivée la veille pour que je puisse cerner un peu les difficultés posées par certains patients qu'elle suit. Elle m'a donc donné l'exemple d'une femme d'une cinquantaine d'années, atteintes d'une psychose maniaco-dépressive (PMD) qui la met en danger de mort alors même qu'elle refuse tous les traitements médicamenteux. Cela fait plusieurs jours que cette femme se rend à son cabinet et qu'elle tente de la convaincre de se faire hospitaliser et que celle-ci refuse. Ainsi, la veille de mon entretien, cette personne accepte finalement une prise en charge dans une structure mais, traumatisée par l'hôpital psychiatrique, elle spécifie son accord à une clinique psychiatrique précise. Le docteur D. appelle cette clinique qui accepte de recevoir cette personne tout en étant conventionnée en secteur 1 tarif opposable : une solution était trouvée « le système marche » me dit le docteur D.. Cependant, cette femme qui était cadre dans une entreprise a perdu son emploi à cause de sa pathologie et par là même ne bénéficie plus de la couverture complémentaire de son entreprise tandis qu'elle se trouve également en situation de rupture familiale et d'isolement. Ses revenus se situent aujourd'hui à peu près au niveau du seuil de pauvreté et elle ne bénéficie donc pas de la CMUc. Vu la situation, le docteur D. parvient à négocier avec la clinique une prise en charge en ALD pour que la personne soit couverte à 100%. Malgré tout, la clinique demande, à l'entrée, un chèque de 450 euros couvrant environ 3 semaines de forfait hospitalier et une caution de 350 euros qui n'est pas encaissée. Ainsi, l'entrée en institution n'a pas pu se faire étant donné que la patiente n'a pas de chéquier ni même les 450 euros à avancer. Le docteur D. se trouve ainsi face à un dilemme entre une personne en danger de mort qu'elle pourrait faire hospitaliser en hôpital psychiatrique en urgence contre son gré mais dans ce cas, elle perdrait le dernier lien de cette personne avec un système de soin en cas de rechute.

A partir de ce cas j'ai demandé au docteur D. de préciser sa définition de la précarité en lui demandant si c'était la pathologie qui avait finalement rendu cette femme précaire (et non pas sa situation initiale qui avait perturbé son entrée dans un dispositif de soins). Elle m'a répondu que dans ce cas précis c'était en effet l'état de santé de la personne qui la fragilisait. Le docteur D. passe ainsi beaucoup de temps à négocier avec les patients et avec les acteurs des prises en charge.

Elle critique vivement la dernière augmentation du forfait hospitalier de 16 à 18 euros puisque selon elle, ce type de reste à charge n'a de conséquences que pour les plus démunis et que ces deux euros supplémentaires compliquent tous les jours son travail puisque

nombre de ces patients n'ont pas de complémentaire santé et ne bénéficient pas non plus de la CMUc. Il s'agit d'un effort financier insurmontable qui participe à la précarisation de certaines personnes (mais elle y revient plus tard à travers des exemples).

Je lui ai alors demandé une nouvelle fois (et de manière un peu plus directe) de définir la précarité. Elle m'a alors dit que des patients handicapés légers, avec seulement de petits retards mentaux mais autonomes dans la vie de tous les jours sont très précaires selon elle. Elle m'a alors parlé d'un homme d'origine étrangère souffrant de problèmes de compréhension du français et avec un retard mental et plusieurs pathologies dont l'épilepsie. Le cabinet avait pu mettre en place un passage d'infirmières à domicile pour veiller à la prise de son traitement mais cela le contraignait à rester chez lui en attendant les infirmières ce qui lui convient peu. Durant 3 jours consécutifs les infirmières ne l'ont pas trouvé chez lui et il a finalement été hospitalisé d'urgence en état de mal épileptique. Il a été admis pendant 10 jours en service de réanimation où l'un des internes a contacté le cabinet pour connaître sa situation et son suivi. Il a été par la suite transféré dans un service de médecine générale où l'interne du cabinet est à nouveau entré en contact avec l'interne du service en lui demandant de prévenir de la sortie afin d'avoir le temps d'organiser le suivi lors du retour à domicile. Plusieurs jours après la personne s'est présentée au cabinet, sa sortie de l'hôpital avait été précipitée par un chef de service qui avait besoin de libérer le lit sans que personne ne prévienne le cabinet. Lorsqu'il s'est présenté, l'homme en question n'avait pas pris son traitement depuis 3 jours, avait perdu ses ordonnances et ses papiers. L'interne du cabinet a finalement pu retrouver la pharmacie du quartier dans laquelle il avait laissé son ordonnance sans aller chercher ses médicaments et a remis en place le système de suivi par les infirmières.

Ainsi, cette hospitalisation coûteuse soldée par une sortie précipitée a non seulement mis en danger le patient mais aurait pu, dans le même temps, engendrer une nouvelles hospitalisation toute aussi coûteuse pour le système de soins. Le docteur D. me dit qu'il s'agit « de dépenses délirantes comparé à un coup de fil » et de « 10 jours d'hospitalisation jetés par la fenêtre ». J'ai donc demandé au docteur D. si elle pensait que le public précaire était plus facilement pris dans un risque d'engrenage dans le système de soins si ils ne sont pas en mesure d'être suivis à leur sortie.

Elle a ainsi répondu que selon elle, l'hôpital ne comprend pas que les précaires ont besoin de suivi : « l'hôpital ne nous [les généralistes] connaît pas. » « Nous sommes des chefs d'orchestres dont nos instruments ne savent même pas que l'on existe ». Cependant elle voit une évolution dans la formation des médecins généralistes qui est, selon elle, de très bonne qualité aujourd'hui mais voudrait que les médecins hospitaliers ne considèrent pas les généralistes comme des incompetents. (Nous pouvons peut-être nous poser la question de savoir si une meilleure connexion entre l'hôpital et les soins de ville ne serait pas une solution dans la prise en charge des précaires et si une rivalité entre les médecins hospitaliers et les médecins libéraux n'accentue pas les effets de la rationalisation des activités de l'hôpital ?)

J'ai alors demandé si le cabinet travaille souvent avec l'hôpital et comment cela se déroulait. Le docteur D. m'a répondu qu'elle travaille tous les jours avec l'hôpital, par téléphone. Elle me précise que c'est à elle de faire ça parce que les gens précaires ont d'énormes pathologies, qu'ils sont débordés par leurs problèmes sociaux et qu'ils n'y arrivent pas : « c'est compliqué l'hôpital, on ne sait pas où on va ». Elle illustre ce propos avec l'exemple d'un homme chez qui elle suspecte un cancer et qu'elle adresse à l'hôpital pour des examens. L'hôpital confirme le diagnostic et une pile de documents est fournie au monsieur qui rentre chez lui et la pose sur un coin de la table. Le docteur D., prévenue par son confrère de l'hôpital, le croise dans la rue peu de temps après et lui demande comment se passe sa prise en charge et lui répond qu'il ne sait pas et se met à parler de son quotidien, du loyer difficile à payer etc... En fait tous les rendez-vous étaient notés dans le dossier fourni par l'hôpital et qu'il n'avait pas eu l'idée de lire...

Je me suis ainsi aperçue que nous étions passé du suivi post hospitalisation à l'amont et j'en ai profité pour demander au docteur comment elle travaillait avant une hospitalisation. Ainsi, parfois, elle négocie avec l'hôpital de retarder les prises en charge ou les soins afin de préparer la personne. L'exemple à ce sujet était celui d'une dame qui ne savait pas quoi faire de ses chats pendant son absence et pour qui elle a fait retarder un peu une prise en charge.

J'en ai déduit que l'isolement était aussi facteur de précarité selon elle et elle a confirmé. Elle a ajouté que très souvent, les patients précaires ont du mal à manier le téléphone, que c'est soit difficile, soit cher et parfois la barrière de la langue en empêche l'utilisation. D'où selon elle l'importance de créer des lieux sans rendez-vous afin que les personnes puissent directement consulter.

1 Elle reconnaît cependant que si l'entrée dans le système de soins est difficile, il lui semble qu'une fois que l'hôpital s'est saisi d'un problème cela fonctionne très bien et que « c'est formidable » « un précaire est traité de la même manière qu'un ministre une

fois à l'hôpital ». Elle me donne alors l'exemple d'un homme qui a mis 2 mois avant de consulter alors qu'il souffrait d'une paralysie d'une partie du visage. Elle a alors collaboré efficacement avec un confrère de l'hôpital qui a mis la prise en charge de cet homme « sur les rails » après avoir diagnostiqué un infarctus cérébral. La perte de chances à selon elle, lieu en amont de la prise en charge hospitalière et appuie alors son propos sur l'étude *Monica* de 1998 qui étudie la mortalité après un événement coronarien et montre que la mortalité est 2 fois plus élevée pour un ouvrier que pour un cadre mais que cette surmortalité s'explique avant la prise en charge hospitalière puisqu'une fois admis à l'hôpital toutes les CSP ont le même taux de mortalité. Cela s'explique par un dépistage, un meilleur suivi des CSP les plus favorisées qui leur permet d'arriver à l'hôpital avant de mourir.

J'ai demandé ensuite au docteur D. qui sont ses interlocuteurs à l'hôpital. Elle m'a appris que ses uniques interlocuteurs sont ses confrères et que souvent, quand elle cherche à les joindre, elle doit s'y reprendre à plusieurs fois, laisser des messages, recommencer etc...(Je me demande aujourd'hui d'il s'agit toujours d'un problème de rivalité des médecins ou d'un problème de disponibilité des hospitaliers dans un contexte de rationalisation ?). Elle me donne à ce sujet l'exemple d'une petite fille avec un risque hépatique et pour qui il lui a été difficile d'entrer en contact avec ses confrères de l'hôpital et pour qui elle a perdu énormément de temps pour trouver une consultation.

Elle estime cependant que cela fonctionne très bien avec les médecins de soins palliatifs qui ont selon elle compris la nécessité de s'appuyer sur les généralistes.

A ce moment elle me dit spontanément que la précarité s'est aussi la vieillesse et quelle pense à une dame qui doit régulièrement être amputée du fait de sa pathologie et qui lors d'un séjour prolongé à l'hôpital n'a pas été en mesure de renouveler sa cotisation d'assurance complémentaire. Cette dame, isolée, perd peu à peu de son autonomie et son état nécessite de mettre en place de nombreuses aides à domicile. Elle est en ce moment hospitalisée et personne à l'hôpital n'a prévenu de sa sortie imminente hormis une nièce lointaine de la patiente. Le docteur D. s'attend donc à une « catastrophe annoncée » si le retour à domicile n'est pas mieux organisé et devra sûrement faire hospitaliser de nouveau cette vieille dame et conclut « je vais la maltraiter ».

Elle me dit alors que les dysfonctionnements du système de soin retombent systématiquement sur les précaires alors que parfois avec un coup de téléphone et le travail d'une assistante sociale tout devrait mieux se dérouler : il s'agit d'un véritable problème de coordination entre les acteurs. Elle illustre à nouveau à travers le cas d'un homme pour qui elle a mis longtemps à obtenir un rendez-vous en neurochirurgie avec l'une de ses consœurs. Par manque de chance, le jour du rendez-vous l'homme tombe et est transporté par les pompiers aux urgences de l'établissement où il devait aller à son rendez-vous. Ayant été mise au courant, le cabinet a téléphoné aux urgences pour prévenir du rendez-vous à ne pas manquer mais une mauvaise coordination entre les services n'ont pas permis à cette personne de bénéficier de sa consultation...

Par la suite, je demande au docteur D. si elle travaille avec d'autres acteurs que l'hôpital. Elle me dit alors quelle collabore très bien avec le CHRS voisin. Je lui demande alors si le secteur médico-social est selon elle défaillant dans l'aide qu'il pourrait apporter à certains précaires à leur sortie de l'hôpital. Elle a alors considéré que les médecins généralistes doivent être les « chefs d'orchestres » et arbitrer s'il y a lieu d'orienter les personnes vers des structures médico-sociales et d'organiser les suivi post-hospitalisation à domicile si besoin. Elle pense que ce passage par le généraliste doit être systématique parce qu'il s'agit des patients les plus difficiles, les plus compliqués et que seul le généraliste les connaît suffisamment bien pour penser leur orientation. Nous retombons alors sur la nécessité de coordonner l'hôpital et la médecine de ville. Elle note ainsi que tous les professionnels de santé ont le droit d'appliquer le tiers payant alors que les généralistes ne le peuvent pas (bien qu'elle le fasse malgré tout). Elle voudrait que les généralistes en bénéficient pour que les patients hésitent moins à consulter et pense que cela pourrait décharger un peu l'hôpital. Elle ajoute même que dans la plupart des pays d'Europe les soins de premier recours sont gratuits et qu'il faudrait instaurer la même chose en France afin de créer une structure ouverte sur la ville et qui ne serait pas l'hôpital. Cependant elle juge qu'il faut sortir de la philosophie de la responsabilisation et du schéma « ils vont abuser ». Elle ajoute à propos de la coordination hôpital/ville que celle-ci pourrait être améliorée par le travail des assistantes sociales.

Enfin, lorsque je lui ai demandé si j'avais pu oublier des éléments, elle m'a fait part d'un problème qu'elle trouve énorme dans le système : les assurances complémentaires. Elle pense que des personnes qui ne sont, à l'origine, pas précaires, peuvent le devenir lors d'un accident de la vie qui les prive d'une assurance complémentaire. Elle me donne alors l'exemple d'un père de famille qui a perdu son emploi et sa mutuelle d'entreprise en même temps qui a dû arbitrer entre ces deux filles afin de savoir à laquelle il devait acheter

des lunettes en premier...Elle fait alors une distinction entre les précaires et les menacés de précarité par un déplacement de la sécurité sociale vers les assurances privées. Dans ces situations, la maladie annonce la précarité de familles entières. Elle me donne alors l'exemple d'un homme atteint d'un cancer, régulièrement hospitalisé sans complémentaire santé et dont la femme était très peu présente dans le processus de soin, jusqu'à ce qu'elle apprenne que sa femme faisait des ménages en plus de son travail pour être en mesure de payer le forfait hospitalier...Elle ajoute que l'augmentation des restes à charge ne change rien pour les personnes qui bénéficient d'une assurance complémentaire mais pèsent dramatiquement sur les populations les plus fragiles. Enfin, ce système contribue à ce que les précaires consultent plus tard de peur de devoir faire des examens et des radios qui leur coûtent très cher et termine sur l'exemple d'un père de famille qui a retardé d'un an le diagnostic de son cancer faute de pouvoir régler les examens de dépistage...

Annexe 4 – Codes Z de la Classification Internationale des Maladies

1. - Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé (Z00-Z99)

1. - Sujets dont la santé peut être menacée par des conditions socio-économiques et psychosociales (Z55-Z65)

Z55 Difficultés liées à l'éducation et l'alphabétisation

A l'exclusion de: troubles du développement psychologique ([F80-F89](#))

Z55.0 Analphabétisme et faible niveau éducatif

Z55.1 Scolarisation inexistante ou inaccessible

Z55.2 Echec aux examens

Z55.3 Mauvais résultats scolaires

Z55.4 Mauvaise adaptation éducative et difficultés avec les enseignants et les autres élèves

Z55.8 Autres difficultés liées à l'éducation et l'alphabétisation

Enseignement inadéquat

Z55.9 Difficulté liée à l'éducation et l'alphabétisation, sans précision

Z56 Difficultés liées à l'emploi et au chômage

A l'exclusion de: difficultés liées au logement et aux conditions économiques ([Z59.-](#))
exposition professionnelle à des facteurs de risques ([Z57.-](#))

Z56.0 Chômage, sans précision

Z56.1 Changement d'emploi

Z56.2 Menace de perte d'emploi

Z56.3 Rythme de travail pénible

Z56.4 Désaccord avec le supérieur et les collègues

Z56.5 Mauvaise adaptation au travail

Conditions de travail difficiles

Z56.6 Autres difficultés physiques et mentales liées à l'emploi

Z56.7 Difficultés liées à l'emploi, autres et sans précision

Z57 Exposition professionnelle à des facteurs de risque

Z57.0 Exposition professionnelle au bruit

Z57.1 Exposition professionnelle à des rayonnements

Z57.2 Exposition professionnelle à la poussière

Z57.3 Exposition professionnelle à d'autres polluants atmosphériques

Z57.4 Exposition professionnelle à des substances toxiques agricoles

Substances solides, liquides, gaz ou émanations

Z57.5 Exposition professionnelle à des substances toxiques dans d'autres industries

Substances solides, liquides, gaz ou émanations

Z57.6 Exposition professionnelle à des températures extrêmes

Z57.7 Exposition professionnelle à des vibrations

Z57.8 Exposition professionnelle à d'autres facteurs de risques

Z57.9 Exposition professionnelle à un facteur de risque, sans précision

Z58 Difficultés liées à l'environnement physique

A l'exclusion de: exposition professionnelle ([Z57.-](#))

Z58.0 Exposition au bruit

Z58.1 Exposition à la pollution atmosphérique

Z58.2 Exposition à la pollution de l'eau

Z58.3 Exposition à la pollution du sol

Z58.4 Exposition aux rayonnements

Z58.5 Exposition à d'autres formes de pollution

Z58.6 Approvisionnement insuffisant en eau potable

A l'exclusion de: effets de la soif ([T73.1](#))

Z58.8 Autres difficultés liées à l'environnement physique

Z58.9 Difficulté liée à l'environnement physique, sans précision

Z59 Difficultés liées au logement et aux conditions économiques

A l'exclusion de: approvisionnement insuffisant en eau potable ([Z58.6](#))

Z59.0 Sans abri

Z59.1 Logement inadéquat

Insuffisance technique du domicile empêchant des soins corrects

Manque de:

· chauffage

· place

Voisinage non satisfaisant

A l'exclusion de: difficultés liées à l'environnement physique ([Z58.-](#))

Z59.2 Désaccord avec les voisins, les locataires et le propriétaire

Z59.3 Difficulté liée à la vie en institution

Pensionnaire

A l'exclusion de: éducation dans une institution ([Z62.2](#))

Z59.4 Alimentation défectueuse

A l'exclusion de: effets de la faim ([T73.0](#))

malnutrition ([E40-E46](#))

régime ou habitudes alimentaires inadéquates ([Z72.4](#))

Z59.5 Pauvreté extrême

Z59.6 Faibles revenus

Z59.7 Couverture sociale et secours insuffisants

Z59.8 Autres difficultés liées au logement et aux conditions économiques

Logement isolé

Problèmes avec des prêteurs

Saisie d'hypothèque

Z59.9 Difficulté liée au logement et aux conditions économiques, sans précision

Z60 Difficultés liées à l'environnement social

Z60.0 Difficultés d'ajustement aux transitions entre les différentes périodes de vie

Adaptation à la retraite [pension]

Syndrome du "nid vide"

Z60.1 Situation parentale atypique

Difficultés liées à une situation parentale (éducation des enfants) telle que famille monoparentale ou autre que celle dans laquelle les deux parents biologiques cohabitent.

Z60.2 Solitude

Z60.3 Difficultés liées à l'acculturation

Migration

Transplantation sociale

Z60.4 Exclusion et rejet sociaux

Exclusion et rejet pour des motifs liés à la personne, tels que apparence physique, maladie ou comportement anormal.

A l'exclusion de: cible d'une discrimination pour motifs raciaux ou religieux ([Z60.5](#))

Z60.5 Cible d'une discrimination et d'une persécution

Discrimination ou persécution, réelle ou perçue comme telle, pour des raisons d'appartenance à un

groupe (défini par la couleur de la peau, la religion, l'origine ethnique, etc.) et non pour des raisons liées à la personne.

A l'exclusion de: exclusion et rejet sociaux ([Z60.4](#))

Z60.8 Autres difficultés liées à l'environnement social

Z60.9 Difficulté liée à l'environnement social, sans précision

Z61 Difficultés liées à une enfance malheureuse

A l'exclusion de: syndromes dus à de mauvais traitements ([T74.-](#))

Z61.0 Perte de relation affective pendant l'enfance

Perte d'une relation affectivement étroite, telle qu'un parent, un frère ou une soeur, un ami très proche ou un animal familier, liée un décès, un départ définitif ou un rejet.

Z61.1 Départ du foyer pendant l'enfance

Séjour dans une famille adoptive, dans un hôpital ou autres institutions, ayant entraîné un stress psychosocial, ou activité tenant l'enfant éloigné contre son gré de son foyer pendant une période prolongée.

Z61.2 Changements dans le tissu des relations familiales pendant l'enfance

Arrivée d'une nouvelle personne dans la famille, se traduisant par un changement négatif dans les relations de l'enfant. Couvre notamment le remariage d'un des parents ou la naissance d'un frère ou d'une soeur.

Z61.3 Événements résultant de la perte de l'estime de soi pendant l'enfance

Événements résultant en une auto-évaluation négative de l'enfant, telle qu'échec dans des tâches exigeant un fort investissement personnel, révélation ou découverte d'un événement personnel ou familial honteux ou traumatisant et autres expériences humiliantes.

Z61.4 Difficultés liées à de possibles sévices sexuels infligés à un enfant par une personne de son entourage immédiat

Difficultés liées à une forme quelconque d'exposition ou de contact physique entre un membre adulte de la famille de l'enfant et celui-ci, ayant entraîné une excitation sexuelle, que l'enfant ait ou non participé volontairement aux actes sexuels (par exemple, contact génital, attouchements ou exposition délibérée des seins ou des organes génitaux).

Z61.5 Difficultés liées à de possibles sévices sexuels infligés à un enfant par une personne étrangère à son entourage immédiat

Difficultés liées à un contact ou à une tentative de contact avec les seins ou les parties génitales de l'enfant ou de l'autre personne, exhibition en confrontation étroite ou tentative pour déshabiller ou séduire l'enfant, de la part d'une personne beaucoup plus âgée n'appartenant pas à la famille de l'enfant, mais profitant de sa position ou de son statut ou agissant contre la volonté de l'enfant.

Z61.6 Difficultés liées à de possibles sévices physiques infligés à un enfant

Difficultés liées à des incidents au cours desquels l'enfant a reçu par le passé de la part d'un adulte de sa famille des blessures d'une gravité telle qu'elles ont nécessité un traitement médical (par exemple fractures, ecchymoses marquées), ou qui ont impliqué des formes de violence anormales (comme frapper l'enfant avec un objet dur ou contondant, le brûler ou l'attacher).

Z61.7 Expérience personnelle terrifiante

Expérience comportant une menace pour l'avenir de l'enfant, telle qu'un enlèvement, une catastrophe naturelle où la vie est menacée, une blessure mettant en danger l'image de soi ou le sentiment de sécurité, ou la survenue d'un traumatisme grave chez une personne aimée.

Z61.8 Autres difficultés liées à une enfance malheureuse

Z61.9 Difficulté liée à une enfance malheureuse, sans précision

Z62 Autres difficultés liées à l'éducation

A l'exclusion de: syndromes dus à de mauvais traitements ([T74.-](#))

Z62.0 Surveillance inadéquate de la part des parents

Ignorance de la part des parents de ce que fait l'enfant ou de l'endroit où il se trouve; manque d'autorité; désintérêt ou absence de réaction lorsque l'enfant se trouve dans une situation dangereuse.

Z62.1 Surprotection parentale

Méthode d'éducation aboutissant à une infantilisation empêchant l'acquisition de l'indépendance.

Z62.2 Education dans une institution

Prise en charge éducative de groupe dans laquelle les responsabilités parentales sont essentiellement

assumées par un établissement quelconque (pensionnat pour enfants, orphelinat, home d'enfants) ou séjour prolongé de l'enfant dans un hôpital, une maison de convalescence ou l'équivalent, sans la présence à ses côtés d'au moins l'un de ses parents.

Z62.3 Hostilité envers un enfant transformé en bouc émissaire

Comportement parental négatif axé spécifiquement sur l'enfant en tant qu'individu, persistant dans le temps et se répercutant sur plusieurs comportements de l'enfant (par exemple, parents qui accusent systématiquement l'enfant de tous les problèmes du ménage ou lui attribuent des caractéristiques négatives).

Z62.4 Négligence affective

Parents s'adressant à l'enfant avec froideur ou impatience. Manque d'intérêt pour l'enfant, de compréhension de ses difficultés et absence de louanges et d'encouragement. Réaction irritée devant un comportement anxieux, absence de démonstrations d'affection physiques suffisantes et manque de chaleur.

Z62.5 Autres difficultés liées à des négligences dans l'éducation

Manque d'expérience de travail et de jeu

Z62.6 Pression parentale inappropriée et autres défauts de l'éducation

Parents forçant l'enfant à se comporter de façon différente de la norme locale, que ce soit par rapport à son sexe (en habillant un garçon en fille), par rapport à son âge (en forçant un enfant à prendre des responsabilités plus lourdes qu'il ne peut en assumer pour son âge) ou pour d'autres raisons (obligeant l'enfant à entreprendre des activités contre son gré ou des activités trop difficiles pour lui).

Z62.8 Autres difficultés précisées liées à l'éducation

Z62.9 Difficulté liée à l'éducation, sans précision

Z63 Autres difficultés liées à l'entourage immédiat, y compris la situation familiale

A l'exclusion de: difficultés liées à:
· éducation ([Z62.-](#))
· enfance malheureuse ([Z61.-](#))
syndromes dus à de mauvais traitements ([T74.-](#))

Z63.0 Difficultés dans les rapports avec le conjoint ou le partenaire

Désaccord entre les partenaires se traduisant par des crises aiguës ou prolongées, la généralisation de sentiments hostiles ou critiques ou une atmosphère persistante de violence interpersonnelle grave (pouvant aller jusqu'à battre ou frapper).

Z63.1 Difficultés dans les rapports avec les parents et les beaux-parents

Z63.2 Soutien familial inadéquat

Z63.3 Absence d'un des membres de la famille

Z63.4 Disparition et décès d'un membre de la famille

Décès présumé d'un membre de la famille

Z63.5 Dislocation de la famille par séparation et divorce

Z63.6 Parent à charge au domicile, nécessitant des soins

Z63.7 Autres événements difficiles ayant une incidence sur la famille et le foyer

Difficultés liées à l'état sanitaire au sein de la famille
Inquiétude (normale) pour une personne de la famille malade
Isolement de la famille
Membre de la famille malade ou perturbé

Z63.8 Autres difficultés précisées liées à l'entourage immédiat

Communication inadéquate ou tourmentée à l'intérieur de la famille
Discorde familiale SAI
Réaction émotionnelle très vive à l'intérieur de la famille

Z63.9 Difficulté liée à l'entourage immédiat, sans précision

Z64 Difficultés liées à certaines situations psycho-sociales

Z64.0 Difficultés liées à une grossesse non désirée

A l'exclusion de: surveillance d'une grossesse à haut risque du fait de problèmes sociaux ([Z35.7](#))

Z64.1 Difficultés liées à une multiparité

- A l'exclusion de:** surveillance de grossesse avec multiparité élevée ([Z35.4](#))
- Z64.2 Recherche et acceptation d'interventions physiques, nutritionnelles et chimiques connues comme dangereuses et nuisibles**
- A l'exclusion de:** dépendance envers certaines substances - voir Index alphabétique
- Z64.3 Recherche et acceptation d'interventions comportementales et psychologiques connues comme dangereuses et nuisibles**
- Z64.4 Désaccord avec les conseillers**
- Désaccord avec:
- responsable de la liberté surveillée
 - travailleur social
- Z65 Difficultés liées à d'autres situations psycho-sociales**
- A l'exclusion de:** lésion traumatique récente - voir Index alphabétique
- Z65.0 Condamnation, sans emprisonnement, après procès civil ou pénal**
- Z65.1 Emprisonnement et autre incarcération**
- Z65.2 Difficultés liées à une libération de prison**
- Z65.3 Difficultés liées à d'autres situations juridiques**
- Action judiciaire pour garde ou soutien d'enfant
- Arrestation
- Litige
- Poursuite
- Z65.4 Victime d'un crime et d'actes terroristes**
- Victime de la torture
- Z65.5 Exposition à une catastrophe, une guerre et autres hostilités**
- A l'exclusion de:** cible d'une discrimination ou d'une persécution ([Z60.5](#))
- Z65.8 Autres difficultés précisées liées à des situations psycho-sociales**
- Z65.9 Difficulté liée à des situations psycho-sociales, sans précision**

Annexe 5 - Méthodologie d'allocation de la dotation précarité 2009



Les grands principes de la dotation

Attribution d'une **première enveloppe nationale arbitrée à 100 millions d'euros** représentative de surcoûts structurels à partir d'un **débasage tarifaire** :

- répartition entre les secteurs à hauteur de 95 millions d'euros pour le secteur ex DG et de 5 millions d'euros pour le secteur ex OQN (sur la base des résultats de l'enquête Altao de 2008, recensant la part des personnels dédiés à la précarité dans les établissements).

Au sein de chaque secteur, répartition entre les établissements :

- sur la base des **données disponibles dans le système d'information de l'Assurance Maladie** (séjours CMU, CMUC, AME, AMESU)

Mise en place d'un **seuil d'attribution** afin de ne pas entraîner d'effet de « saupoudrage » des sommes et d'aboutir à des dotations significatives.

Méthode de calcul

1. Décompte du nombre de séjours CMU, CMUC, AME et AMESU en valeur absolue, on obtient une première répartition entre les établissements pour chacun des secteurs.
2. Application d'un double plancher de dotation rapportant le résultat de la première dotation :
 - d'une part à **un minimum en valeur absolue** fixé symboliquement à **40 000€** (correspondant à la compensation du coût moyen d'un poste d'assistante sociale toutes charges incluses).
 - d'autre part à **un pourcentage de la base tarifaire** de l'établissement (pour que le niveau de la dotation soit en rapport avec celui de la base tarifaire) ;
3. Ajustement des dotations par établissement avec ces nouvelles données pour revenir à un total de 95 millions dans le secteur ex DG et 5 millions dans le secteur ex OQN (en répartissant les sommes « récupérées » par l'application du double plancher entre les établissements restants au prorata des séjours CMU, CMUC, AME et AMESU). On obtient _____ la _____ répartition _____ finale

Annexe 6 – Présentation du score EPICES

Source : CETAF et Assurance maladie

Le score EPICES (Evaluation de la précarité et des inégalités de santé dans les Centres d'examens de santé) est l'indicateur de précarité des Centres d'examens de santé financés par l'Assurance Maladie. Il s'agit d'un indicateur individuel de précarité qui prend en compte le caractère multidimensionnel de la précarité.

Le score EPICES a été construit en 1998 par un groupe de travail, constitué de membres des Centres d'examens de santé (CES) financés par l'Assurance maladie, du Cetaf (Centre technique d'appui et de formation des CES) et de l'Ecole de santé publique de Nancy, à partir d'un questionnaire de 42 questions qui prend en compte plusieurs dimensions de la précarité : emploi, revenus, niveau d'étude, catégorie socio-professionnelle, logement, composition familiale, liens sociaux, difficultés financières, événements de vie, santé perçue. Les méthodes statistiques d'analyse factorielle des correspondances et de régression multiple ont permis de sélectionner, parmi les 42 questions, 11 questions qui résument à 90% la situation de précarité d'un sujet. La réponse à chaque question est affectée d'un coefficient, la somme des 11 réponses donne le score EPICES. Le score est continu, il varie de 0 (absence de précarité) à 100 (maximum de précarité).

L'évaluation du score EPICES, réalisée en 2004 à partir des données 2002 des CES, a montré la pertinence du score EPICES pour détecter et quantifier la précarité : -le score EPICES est lié aux indicateurs de niveau socio-économique, de comportements et de santé, -le score EPICES est quantitatif et des relations « scores dépendantes » sont observées avec tous les indicateurs.

N°	Questions	Oui	Non
1	Rencontrez-vous parfois un travailleur social (assistante sociale, éducateur) ?	10,06	0
2	Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire (mutuelle) ¹ ?	-11,83	0
3	Vivez-vous en couple ?	-8,28	0
4	Etes-vous propriétaire de votre logement (ou accédant à la propriété) ?	-8,28	0
5	Y-a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF...) ?	14,80	0
6	Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?	-6,51	0
7	Etes-vous allé au spectacle (cinéma, théâtre...) au cours des 12 derniers mois ?	-7,10	0
8	Etes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?	-7,10	0
9	Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants	-9,47	0
10	En cas de difficultés (financières, familiales, de santé...) y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ?	-9,47	0
11	En cas de difficultés (financières, familiales, de santé...), y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle (y compris un prêt) ?	-7,10	0
constante		75,14	