



**ENSP**  
ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

---

**Directeur d'hôpital**

**Promotion 2005**

---

**LA PRISE EN CHARGE DE LA PRECARITE A  
L'HOPITAL DANS LE CONTEXTE DE LA  
TARIFICATION A L'ACTIVITE :  
L'EXEMPLE DE L'HOPITAL MAX FOURESTIER DE  
NANTERRE.**

---

**Elise DOUCAS-DANY**

---

# Remerciements

---

Je tiens tout particulièrement à remercier Patrick Expert pour ses conseils et son soutien ; Patrick Guez pour sa lecture attentive, le directeur du CASH Monsieur Jean-Pierre Mazur pour m'avoir fait confiance ainsi que les directeurs, administratifs, médecins, assistantes sociales qui m'ont accordé du temps et permis de mieux comprendre le sujet.

---

# Sommaire

---

<b>1</b>	<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>3</b>
1.1	L'HOPITAL ET LES PAUVRES A TRAVERS L'HISTOIRE ET LE CAS DE NANTERRE.....	3
1.1.1	<i>La mission historique de l'hôpital.....</i>	3
A)	Les hôpitaux généraux : du social au médical .....	3
B)	Au CASH : du coercitif au caritatif .....	4
1.1.2	<i>Evolutions récentes : le « retour de l'Hôtel-Dieu ».....</i>	5
A)	Une préoccupation nationale.....	5
B)	Des initiatives locales.....	6
1.1.3	<i>Prendre soin de l'usager dans ses dimensions sanitaires et sociales.....</i>	7
A)	La mission sociale et sanitaire du CASH .....	7
B)	Vers une normalisation ?.....	8
1.2	LA RECENTE REFORME DU FINANCEMENT DES HOPITAUX.....	9
1.2.1	<i>Objectifs de la réforme de la tarification à l'activité.....</i>	9
1.2.2	<i>Conséquences attendues de la réforme de la T2A.....</i>	10
1.2.3	<i>Effets de la T2A pour le CASH.....</i>	11
1.3	PROBLEMATIQUE, METHODE ET PLAN.....	12
1.3.1	<i>Problématique : la prise en charge des patients en situation de précarité dans le cadre d'une réforme budgétaire fondamentale.....</i>	12
1.3.2	<i>Méthode.....</i>	12
A)	Analyse de la littérature .....	12
B)	Recueil des informations spécifiques à Max Fourestier .....	13
C)	Entretiens .....	13
1.3.3	<i>Plan.....</i>	13
<b>2</b>	<b>SPECIFICITES ET SURCOUTS DE LA PRISE EN CHARGE DE LA PRECARITE À L'HOPITAL MAX FOURESTIER .....</b>	<b>15</b>
2.1	DEFINITIONS ET CHIFFRAGE DE LA PRECARITE A MAX FOURESTIER.....	15
2.1.1	<i>Définitions.....</i>	15
A)	Pauvreté.....	15
B)	Sans domicile fixe (SDF).....	15
C)	Précarité .....	16
2.1.2	<i>Problématique de la prise en charge de la précarité au CASH.....</i>	17
A)	Typologie des patients précaires du CASH .....	17
B)	Nombre de patients précaires .....	18
2.2	SPECIFICITES DU PARCOURS DE SOINS D'UN SDF OU PRECARISE .....	19
2.2.1	<i>Pathologies de la précarité ?.....</i>	19
A)	Spécificités liées à la précarité.....	19
B)	Etudes portant sur l'hôpital Max Fourestier .....	20

2.2.2	<i>Mode d'entrée et recours aux urgences.....</i>	22
A)	L'hôpital recours de proximité.....	22
B)	L'urgence relative .....	22
2.2.3	<i>Durées de séjour accrues du fait du manque de structures d'aval adaptées.....</i>	23
2.3	<b>IDENTIFICATION DES SURCOUTS DE LA PRISE EN CHARGE DE LA PRECARITE.....</b>	24
2.3.1	<i>Impact sur la durée de séjour selon la mission PMSI.....</i>	25
A)	Méthode .....	25
B)	Résultats.....	26
C)	Conséquences pour l'hôpital Max Fourestier .....	27
2.3.2	<i>Autres surcoûts identifiés au CASH.....</i>	28
A)	Fonction dispensaire de l'hôpital.....	28
B)	Mode d'entrée en hospitalisation.....	29
C)	Complexité, co-morbidité .....	29
D)	Ressources humaines mobilisées autour de la problématique sociale.....	30
2.3.3	<i>Demandes de l'établissement et réponses de la mission Aoustin.....</i>	31
A)	Les demandes de l'établissement .....	31
B)	La mission Aoustin reconnaît des particularités mais pas l'ensemble des surcoûts.....	34

### **3 INCIDENCES DE LA T2A POUR LA CULTURE ET LA STRATEGIE DE**

#### **L'ETABLISSEMENT .....37**

3.1	<b>LA PLACE PREPONDERANTE DU SOCIAL A L'HOPITAL MAX FOURESTIER. . .</b>	37
3.1.1	<i>L'originalité des structures de l'hôpital Max Fourestier.....</i>	37
A)	Structures et dispositifs spécifiques en amont .....	38
B)	Structures spécifiques de l'aval.....	40
C)	Structures de prise en charge administrative.....	41
3.1.2	<i>Une culture fortement marquée par le social.....</i>	43
A)	Dimension sociale des médecins et du personnel.....	43
B)	Prise en charge globale du patient.....	43
3.1.3	<i>Le service social hospitalier au cœur du dispositif de prise en charge.....</i>	44
A)	Champ d'action.....	44
B)	Positionnement.....	45
C)	Missions.....	47
3.2	<b>LA T2A FRAGILISE L'EQUILIBRE ENTRE LE MEDICAL ET LE SOCIAL.....</b>	47
3.2.1	<i>Le médical face au social.....</i>	47
A)	« Temps social » et prise en charge médicale .....	47
B)	Tensions entre l'hôpital et les structures sociales .....	49
3.2.2	<i>Le médical face à la gestion.....</i>	50
A)	Position critique du corps médical vis-à-vis de la réforme budgétaire .....	50
B)	Faible degré d'anticipation de la réforme .....	51
3.3	<b>QUELLE STRATEGIE VIS-A-VIS DU SOCIAL ?.....</b>	52
3.3.1	<i>Conserver les liens entre sanitaire et social.....</i>	52
A)	Considérations stratégiques.....	52
B)	Traduction dans le projet d'établissement .....	53
3.3.2	<i>Encourager la mixité sociale .....</i>	55

3.3.3	<i>Faire valoir la qualité des soins</i> .....	57
A)	La T2A prend-elle en compte la qualité des soins ? .....	57
B)	Comment démontrer la qualité de la prise en charge des patients ?.....	58
<b>4</b>	<b>COMMENT RENDRE COMPATIBLES L'EQUILIBRE FINANCIER ET LA MISSION SOCIALE DE L'ETABLISSEMENT ? .....</b>	<b>61</b>
4.1	PROPOSITIONS POUR UNE MEILLEURE VALORISATION DES SURCOUTS LIES A LA PRECARITE.....	61
4.1.1	<i>GHM et séjours extrêmes hauts</i> .....	61
4.1.2	<i>Les missions d'intérêt général</i> .....	62
A)	Définition .....	62
B)	Montant des MIG.....	64
C)	Les arbitrages .....	65
4.1.3	<i>Comment valoriser les missions spécifiques ?</i> .....	66
A)	Pourquoi les établissements doivent-ils valoriser ? .....	66
B)	Les stratégies mises en œuvre pour valoriser .....	67
C)	Des outils parfois contraignants.....	67
D)	Propositions pour Max Fourestier.....	68
4.2	LES REORGANISATIONS NECESSAIRES, AU MEME TITRE QUE LES AUTRES HOPITAUX.....	70
4.2.1	<i>Diminuer la DMS</i> .....	70
A)	Propositions et préconisations de la mission Aoustin.....	70
B)	Efforts réalisés par l'hôpital.....	71
4.2.2	<i>Renforcer l'activité</i> .....	72
A)	Les freins.....	72
B)	Les propositions.....	73
C)	Le partenariat avec Louis Mourier.....	73
4.3	LA PLACE DE L'HOPITAL DANS LA PRISE EN CHARGE DE LA PRECARITE : LA NECESSITE DE RESEAUX	74
4.3.1	<i>L'hôpital, acteur de la lutte contre les inégalités de santé ?</i> .....	74
A)	Quelle place pour l'hôpital dans la réduction des inégalités de santé ?.....	74
B)	Politiques de mise en oeuvre.....	75
C)	« Enjeu social de l'hôpital dans une vie de précarité » .....	75
4.3.2	<i>Les réseaux à développer</i> .....	76
A)	Définition .....	76
B)	Avantages .....	76
C)	Propositions.....	77
	<b>CONCLUSION .....</b>	<b>79</b>
	<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>81</b>
	<b>LISTE DES ANNEXES .....</b>	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

AME	Aide Médicale d'Etat
ARH	Agence régionale d'hospitalisation
ASDES	Accès aux Soins, aux Droits et Education à la Santé
ATU	Accueil et Traitement des Urgences
BAPSA	Brigade d'assistance aux personnes sans abri
CA	Conseil d'administration
CADA	Centre d'accueil des demandeurs d'asile
CAT	Centre d'aide par le travail (devenu ESAT)
CATTP	Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
CHAPSA	Centre d'hébergement et d'accueil des personnes sans abri
CHRS	Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
CIM	Classification Internationale des Maladies
CLCC	Centres de Lutte Contre le Cancer
CMD	Catégories Majeures de Diagnostic
CME	Commission médicale d'établissement
CMU	Couverture maladie universelle
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CREDES	Centre de Recherche, d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé (devenu IRDES)
DAC	Dotation annuelle complémentaire
DDASS	Direction départementale de l'action sanitaire et sociale
DGF	Dotation globale de financement
DHOS	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DIM	Département d'information médicale
DIVSI	Direction de la vie sociale et de l'insertion
DRH	Direction des ressources humaines
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ENC	Etude Nationale des Coûts
ETP	Equivalent temps plein
FHF	Fédération hospitalière de France
GHS	Groupe homogène de séjour

HAS Haute Autorité en Santé  
IDE Infirmière diplômée d'Etat  
IRDES Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé  
ISA Indice synthétique d'activité  
MAS Maison d'Accueil Spécialisé  
MCO Médecine, chirurgie, obstétrique  
MERRI Missions d'enseignement, recherche, référence, innovation  
ORL Oto-rhino-laryngologie  
PASS Permanence d'accès aux soins de santé  
PDI Programme départemental d'insertion  
PMSI Programme de médicalisation des systèmes d'information  
PSPH Participant au Service Public Hospitalier  
RCP Réunion de concertation pluridisciplinaire  
RSS Résumé standardisé de sortie  
RUM Résumé d'unité médicale  
SAAS Service des affaires administratives et sociales  
SAMU Service d'aide médicale urgente  
SAU Service d'accueil et de traitement des urgences  
SSIAD Service de soins infirmiers à domicile  
SICS Service infirmier de compensation et de suppléance  
SIH Syndicat interhospitalier  
SSR Soins de suite ou de réadaptation  
T2A Tarification à l'activité  
UF Unité fonctionnelle

# 1 INTRODUCTION

---

L'émergence des hôpitaux en France est inextricablement liée à la dimension sociale du prendre soin. Cependant, depuis trois cents ans, la problématique de la prise en charge de la précarité à l'hôpital de Nanterre comme ailleurs a sensiblement évolué, bien que ce dernier ait une histoire originale.

Le détour par l'histoire permet de comprendre ce que la problématique de la prise en charge des patients en situation de précarité a de spécifique dans le contexte actuel de la réforme de la tarification à l'activité.

Le plan et la méthode suivie pour répondre à cette problématique seront présentés dans la partie 1.3.

## 1.1 L'hôpital et les pauvres à travers l'histoire et le cas de Nanterre

### 1.1.1 La mission historique de l'hôpital

#### A) Les hôpitaux généraux : du social au médical

Selon l'historien P. Guillaume<sup>1</sup>, c'est pour accueillir les indigents qu'a été ouvert l'hôpital général, aux termes de l'édit royal du 27 avril 1656. Il est important de souligner que les personnes indigentes sont à la fois pauvres et désocialisées. En effet, à cette époque, les solidarités familiales et communautaires constituaient la principale alternative à l'hôpital pour répondre à la misère.

Les fonctions essentielles de l'hôpital-hospice sont alors de nourrir, loger et encourager la réinsertion sociale (par l'apprentissage de règles strictes de vie en communauté, de règles morales et l'exercice d'un travail) et conjointement, quant la réinsertion n'est plus possible, préparer au salut éternel. Les soins sont accessoires.

Puis, progressivement, l'établissement charitable où les personnes sans ressources étaient entretenues et logées, se mue en établissement de santé, dont le rôle est de se consacrer au traitement dans un temps limité de pathologies identifiées. A partir des années 50, la primauté est accordée à l'hôpital «plateau technique », en rupture avec l'hôpital pour les pauvres et les indigents. Mais dans le même temps, souligne P. Guillaume, l'hôpital s'est ouvert à tous et à une médecine de qualité beaucoup plus humaine que celle qui était réservée aux indigents, reconnaissant aux malades des droits

---

<sup>1</sup> Intervention de Pierre Guillaume « Evolution des valeurs et des missions de l'hôpital : ruptures et valeurs de modernité » lors du colloque du 23 mars 2005, Les missions d'intérêt général, nouveau socle du service public de santé à l'hôpital.



fondamentaux. L'approche essentiellement biomédicale et curative qui caractérise le système de soins français s'intéresse plus aux maladies qu'aux malades et se traduit par une organisation centrée sur l'hôpital dont le CHU représente le modèle.

L'aboutissement de la médicalisation de l'hôpital sera la loi du 30 juin 1975 de séparation du sanitaire et du social qui entérine la disparition de la fonction asilaire de l'hôpital en séparant institutionnellement le sanitaire du social, créant une frontière difficilement franchissable. Par contre, l'hôpital de Nanterre n'étant administrativement qu'une infirmerie, il n'est pas touché par cette réforme.

L'histoire du Centre d'Accueil et de Soins Hospitaliers (CASH) de Nanterre se distingue de celles des hôpitaux généraux. Certes, l'établissement porte en lui un héritage historique prégnant qui est la mission traditionnelle des hôpitaux, l'accueil et le soin aux populations démunies. Mais en plus la « Maison de Nanterre » -son appellation d'origine - a longtemps assumé une mission caractérisée par le maintien de l'ordre public.

### **B) Au CASH : du coercitif au caritatif**

Même lorsque l'hôpital public accueillait des indigents, certains marginaux, les « vagabonds » étaient tenus à l'écart des établissements hospitaliers et envoyés dans des « dépôts de mendicité ». La « Maison de Nanterre », achevée en 1887 est justement construite pour accueillir des marginaux – jusqu'à 5 000 personnes –, dans un lieu éloigné de Paris. A cet égard, il convient de se rappeler que le délit de vagabondage n'a été aboli en France qu'en 1975.

La Maison de Nanterre est divisée en trois secteurs qui sont encore les bases de la structure actuelle :

- le « dépôt de mendicité » transformé en plusieurs structures sociales<sup>2</sup>.
- le quartier hospice, l'actuelle maison de retraite
- le quartier infirmerie, devenu l'hôpital aujourd'hui

La structure était excentrée et comme les grands établissements psychiatriques de l'époque, elle pouvait vivre en quasi-autarcie subvenant ses besoins alimentaires grâce au travail des hébergés.

---

<sup>2</sup> Centre d'hébergement et d'accueil des personnes sans-abris (CHAPSA, hébergement d'urgence), Centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) et CHRS longue durée, Centre d'accueil des demandeurs d'asile (CADA), Centre d'aide par le travail (CAT), maison de retraite, et Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel social (CATTP social).

A partir de 1932 L'ancienne infirmerie de la Maison de Nanterre se transforme progressivement en hôpital et s'ouvre aux communes alentours. Des médecins de grande renommée donnent une autre dimension à l'hôpital. Par exemple, le professeur Marc Iselin qui devient chef de service de chirurgie en 1941 développe un savoir-faire internationalement réputé dans le domaine de la chirurgie de la main. Le docteur Max Fourestier, pneumologue renommé auquel le nom de l'hôpital rend hommage, réalise de 1945 à 1962 des expériences innovantes et réussies dans le domaine du soin et de la prévention, comme la mise au point de l'endoscope.

Derrière la double tutelle du CASH (préfecture de police de Paris et mairie de Paris) transparait encore la mentalité de l'époque associant classes laborieuses à classes dangereuses. En effet, jusque dans les années 90, l'intérêt des tutelles pour le CASH était le fait de préoccupations sécuritaires (le représentant de la mairie de Paris au Conseil d'Administration était l'adjoint chargé de la sécurité). Aujourd'hui, la structure est plutôt vue comme un instrument de lutte contre la précarité (l'actuelle Vice-Présidente du CA est chargée de la lutte contre l'exclusion) et en cela elle accompagne l'évolution de la société.

Anne Nardin dans le premier chapitre de l'ouvrage Hôpital public, le retour à l'Hôtel-Dieu conclut justement « *L'hôpital a été le lieu d'une utopie, utopie qui fut sa fierté mais aussi son fardeau* ».

Une trentaine d'années après la loi de séparation du sanitaire et du social, on a constaté que pour une frange de la population, il existait des failles dans sa prise en charge. La disparition de structures intermédiaires comme les dispensaires, a rendu l'accès aux soins plus difficile, justifiant un « retour de l'Hôtel-Dieu »<sup>3</sup>.

### **1.1.2 Evolutions récentes : le « retour de l'Hôtel-Dieu »**

#### **A) Une préoccupation nationale**

L'émergence de la pauvreté et de la précarité a d'abord été constatée aux urgences, observatoire de la société, du fait de l'arrivée d'un nombre croissant de malades n'ayant plus accès aux praticiens généralistes ou aux soins de ville. La fonction d'accueil d'urgence de tout malade n'a d'ailleurs jamais disparu des textes ni des discours officiels. Parallèlement, la définition du service public hospitalier s'est progressivement enrichie de nouvelles missions : permanence d'accueil, égalité de tous devant le soin, prévention, promotion de la santé, prise en charge spécifique des plus démunis et fragiles...

---

<sup>3</sup> FARGE-BANCEL D., JOURDAIN-MENNINGER, D., *Hôpital public, le retour à l'Hôtel-Dieu*. Collection « Santé et politiques sociales ». Paris : Hermès, 1997. 351p.

L'hôpital se trouve donc dans une situation de contradiction apparente. Comme le souligne J. Lebas dans son rapport A l'épreuve de la précarité, une certaine idée de l'hôpital, ce dernier constitue « *le lieu d'excellence en ce qui concerne les techniques de diagnostic, toujours plus sophistiquées et les thérapeutiques les plus innovantes, mais il reste dans le même temps, le lieu de recours auquel s'adressent les laissés pour compte de notre société* ». Il indique également que le rôle d'accueil et d'hébergement des indigents a fortement marqué les esprits, à la fois des professionnels de l'hôpital et des usagers potentiels, et reste constitutif de la vocation de l'hôpital.

La loi d'orientation du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions prend acte de ses dispositifs novateurs et érige en mission nouvelle du service public hospitalier la lutte contre l'exclusion sociale en créant notamment à proximité des urgences des structures d'accueil des personnes en situation de précarité, dénommées Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS).

Malgré ces avancées, une étude du CREDES en 1996 établit que 17% des personnes en situation de précarité sont médicalement vulnérables (défini comme le fait d'avoir un état de santé permettant difficilement d'obtenir ou de garder un emploi), soit deux fois plus que dans le reste de la population. Plus récemment, l'enquête « Santé, soins et protection sociale en 2002 » du CREDES qui établit un bilan de la CMU<sup>4</sup>, révèle qu'en 2002, 11,2% des personnes interrogées déclarent avoir renoncé à des soins pour des raisons financières (15,7% en 2000). Le chiffre n'est pas négligeable et nous fait penser que malgré les avancées en terme de couverture sociale, les inégalités dans l'accès aux soins subsistent.

En écho ou en complément des réformes nationales, se sont développées notamment à Nanterre, des initiatives locales.

## **B) Des initiatives locales**

Ces quinze dernières années, des initiatives au niveau des hôpitaux, au départ quasi-individuelles, ont été confortées par des textes réglementaires afin de prendre en compte la montée de la précarité sanitaire et sociale. Le CASH, tout en étant anachronique – l'accueil et la prise en charge des populations précaires a toujours été le cœur de sa mission – est à l'origine d'innovations dans le domaine de la prise en charge de l'exclusion.

Par exemple, une « consultation précarité » a été créée dès 1984 au Centre d'Hébergement et d'Accueil des Personnes Sans Abri (CHAPSA) de Nanterre, à l'initiative

---

<sup>4</sup> « Santé, soins et protection sociale en 2002 », *Questions d'économie de la santé*, CREDES, N°78, décembre 2003

d'un interne, le docteur Patrick Henry, afin d'aller au devant des patients en situation de précarité, qui bien souvent négligeaient de se soigner. La consultation tente de prendre en compte leurs particularités : honte vis-à-vis des autres patients dans une salle d'attente classique, rapport au temps rendant difficile le respect d'horaires de rendez-vous ou une attente trop longue, refus de l'aide de la société... A partir de début 1993, cette consultation a été assurée par le docteur Xavier Emmanuelli. D'autres hôpitaux et associations ont repris cette idée : le dispositif R.E.M.E.D.E. (Relais Médical aux Délaissés), créé en 1985 offre un accueil social et des soins gratuits à tous les exclus des soins, la « consultation Baudelaire » née en 1992 à l'hôpital Saint-Antoine, la « consultation Verlaine »...

En 1993, était créé le « SAMU » social en complément du SAMU médical pour aller à la rencontre des populations précaires qui ne demandaient plus aucune aide (c'est ce qui s'appelle la « maraude »). La paternité du Samu social est attribuée à X. Emmanuelli, à l'époque à Nanterre, même si la mise en place effective de ce dispositif a eu lieu à Paris, pour des raisons d'organisation semble-t-il.

A partir de 1994, des lits d'hébergement avec soins infirmiers sont mis en place, espace intermédiaire entre un retour trop précoce à la rue et une hospitalisation. Le Chapsa en a aussitôt été doté.

Enfin, la création d'un centre d'étude concernant la précarité, intitulé Observatoire Régional pour Personnes Identifiées Sans Toit Stable (ORPISTS) a été amorcée dans les années 90 au CASH, et quelques enquêtes ont été menées.

### **1.1.3 Prendre soin de l'utilisateur dans ses dimensions sanitaires et sociales**

#### **A) La mission sociale et sanitaire du CASH**

L'originalité du CASH de Nanterre ne se limite pas à son histoire : il reste la seule structure hospitalière en France où le sanitaire et le social sont inextricablement liés.

La loi du 13 janvier 1989, érigeant la maison de Nanterre en établissement social et sanitaire et autonome de la ville de Paris qui prend le nom de Centre d'Accueil et de Soins Hospitaliers<sup>5</sup>. Il est d'ailleurs intéressant de noter que dans la loi, l'établissement est social et sanitaire (et non pas l'inverse), c'est dire l'importance de cette mission. Cette loi confère à l'hôpital un statut plus proche du droit commun, l'établissement est en effet soumis aux dispositions des lois hospitalières de 1970 et 1991. Toutefois, le décret du 9

---

<sup>5</sup> Article L.6147-2 du CSP

mai 1990 relatif à l'administration et au fonctionnement du CASH prévoit quelques aménagements compte tenu du fonctionnement particulier de la structure.

Les missions définies à cette occasion pour l'établissement sont les suivantes :

1. L'accueil, la réadaptation sociale des personnes sans abri ainsi que l'hébergement et la réadaptation sociale
2. Le service public hospitalier
3. L'hébergement et le soin des personnes âgées et handicapées qui y résident

En dépit d'une «normalisation » progressive de l'hôpital sur les plans juridiques et de l'activité, beaucoup, parmi les usagers potentiels<sup>6</sup> et les médecins libéraux, associent encore la partie hôpital et la partie sociale du CASH et ont une image négative des structures sociales. Plusieurs essais et un film ont « *l'institution unique en Europe* » pour toile de fond.

Au niveau des effectifs du personnel, en juin 2005, 263 agents sont employés dans les structures sociales, 117 à la maison de retraite et 1258 agents travaillent à l'hôpital. Ces professionnels ne communiquent et ne se connaissent pas toujours. D'ailleurs, la demie journée d'accueil des nouveaux arrivants ne prévoit pas de visite de la structure et les occasions de connaître « l'autre galerie » sont peu nombreuses. A l'inverse, l'hôpital est doté de 380 lits (MCO, psychiatrie et SSR) tandis que plus de 1000 places ou lits sont installés pour les structures sociales et médico-sociales. Les mobilités du personnel entre les deux structures sont peu fréquentes hormis en ce qui concerne la maison de retraite, car les professions sont différentes.

## **B) Vers une normalisation ?**

L'hôpital de Nanterre est aujourd'hui à une période charnière de son développement. Depuis la fin des années 90, il a été fortement restructuré pour mieux répondre aux besoins du territoire de santé, notamment en l'absence d'offre libérale, en développant des spécialités nécessaires telles que l'ophtalmologie, la diabétologie, la chirurgie orthopédique, la cardiologie ou l'obstétrique. En outre, il est engagé dans un projet de convergence médicale avec l'hôpital voisin de Colombes, Louis-Mourier AP-HP. Ce choix, nous le verrons par la suite, pourrait permettre à l'établissement de développer certaines spécialités et d'élargir son recrutement. Ce partenariat étroit avec un hôpital de l'AP-HP est peu courant, voire unique à cette échelle et engage l'établissement à long terme.

---

<sup>6</sup> Questionnaire réalisé à l'occasion du projet d'établissement l'été 2005

Depuis la fin des années 90, l'hôpital ne se confond plus avec les structures sociales. La distinction est géographique (les deux ailes sont séparées), et budgétaire (budgets annexes). La population accueillie s'est diversifiée, en provenance de tout le bassin de santé. Néanmoins, la spécificité historique de l'hôpital demeure avec la prise en charge des « grands exclus » qui se différencient des autres patients précaires par leur isolement. En sus, compte tenu de son environnement, l'hôpital accueille une population socialement défavorisée au même titre et dans une proportion probablement similaire à d'autres hôpitaux de la région parisienne.

Le système de la dotation globale, octroyant un budget relativement confortable à l'établissement lui a permis d'assurer la mission historique d'accueil et de prise en charge des patients précaires. Aujourd'hui, malgré ses spécificités, et puisqu'il est entré dans le droit commun, l'hôpital Max Fourestier est confronté comme les autres hôpitaux à la réforme de la tarification à l'activité.

## **1.2 La récente réforme du financement des hôpitaux**

### **1.2.1 Objectifs de la réforme de la tarification à l'activité**

La France s'est engagée relativement tardivement dans une réforme qu'ont déjà adoptée, à des degrés divers, beaucoup de pays européens. Les objectifs varient beaucoup d'un pays à l'autre.

En France, pour l'assurance maladie la réforme de la T2A doit rendre plus équitable et transparent le mode de financement des établissements de santé appartenant aux secteurs public et privé afin de faciliter les éventuelles coopérations. D'autres objectifs ont été annoncés par la mission PMSI :

- médicalisation de la mise en œuvre du financement
- équité de traitement entre établissements
- responsabilisation des acteurs
- développement des outils de pilotage médico-économiques (contrôle de gestion)

Il faut souligner que le système de la T2A est très centré sur le sanitaire puisqu'il rémunère les activités de soins. Cependant, les concepteurs de la réforme ont prévu dès l'origine, de manière assez originale et volontariste la possibilité de financer des missions d'intérêt général, en complément de la rémunération à l'activité. Ces missions d'intérêt générale et d'aide à la contractualisation (MIGAC, plus tard MIG seulement) ont notamment été prévues pour permettre de financer la prise en charge de populations spécifiques, dont les patients en situation de précarité.

## 1.2.2 Conséquences attendues de la réforme de la T2A

De nombreux professionnels hospitaliers, particulièrement à l'hôpital Max Fourestier, considèrent que la réforme de la tarification à l'activité introduit l'idée que l'hôpital public peut être assimilé à un modèle industriel avec des processus de production standardisables. Si l'on se penche sur d'autres expériences semblables, on constate qu'aucun pays n'applique le système de la T2A à plus de 50% de l'activité (or en France, il est prévu que ce seuil soit dépassé) et qu'aucun pays n'a tenté de soumettre les secteurs privé et public à des tarifs similaires (en France, la convergence des tarifs MCO est prévue pour 2012). Une grande partie des acteurs est cependant favorable à la réforme sous réserve de certaines adaptations<sup>7</sup>.

La tarification à l'activité est basée sur le recensement de groupes homogènes de malades (GHM), or ils ne prennent pas explicitement en compte les aspects sociaux hormis l'âge dans certains cas.

Il est possible que les tarifs T2A intègrent – au moins en partie, par exemple l'éducation des patients diabétiques dans le GHM de l'hospitalisation – les contraintes des missions d'intérêt général. Mais dans ce cas, l'objectif annoncé de convergence avec le secteur de l'hospitalisation privée semble contredire cette interprétation. Dans sa Lettre du mois de septembre, la Fédération Hospitalière de France (FHF) souligne les différences structurelles entre les établissements publics et privés, expliquant ainsi les différences de coûts. « *Force est de constater que la réactivité des établissements publics ainsi que leur marge de manœuvre sont limitées par leurs obligations d'ordre statutaires, les exigences du Code des marchés publics et la mise en œuvre d'un certain nombre de dispositifs législatifs et réglementaires qui pèsent sur leur coûts de production : à titre d'exemple, la RTT médicale et la directive européenne imposant un repos de sécurité [...] ne s'appliquent qu'aux hôpitaux publics.* ».

Se pose donc avec acuité à Nanterre, une question à laquelle la majorité des hôpitaux publics sont confrontés. Est-ce que ces derniers pourront continuer à intervenir dans les missions qui ont été préalablement définies comme le socle du service public hospitalier et des missions d'intérêt général ? Comme se demandaient les organisateurs du colloque sur les missions d'intérêt général « *L'hôpital public risque-t-il de perdre toute spécificité par rapport à ses partenaires du secteur privé, laissant à d'autres (et à qui ?) le soin de s'occuper des aspects de santé qui ne concerneraient pas exclusivement le soin des malades ?* ».

---

<sup>7</sup> Pour plus de détails, voir EXPERT, P., *Tarification de l'activité, Médecine et gestion : une dynamique nouvelle*, Collection « Le point sur ». Paris : Berger-Levrault, 2005. p 54 à 56

### 1.2.3 Effets de la T2A pour le CASH

Patrick Expert relève ce qui a généralement été observé dans les pays qui ont adopté la tarification à l'activité : une réduction des durées de séjour, un intérêt renouvelé pour les réseaux et les complémentarités ville-hôpital (l'hôpital se recentre sur le curatif), l'amélioration des systèmes d'information et de outils de gestion, l'adoption plus rapide de technologies médicales innovantes, la réduction du coût des services supports, la fermeture ou la reconversion de certains hôpitaux<sup>8</sup>.

A Max Fourestier, l'activité du secteur MCO est caractérisée par une DMS légèrement supérieure à la moyenne nationale des établissements similaires. Par contre le taux d'occupation est assez faible. En juillet 2005, en situation cumulée, le taux d'occupation en médecine était de 85%, 65% en chirurgie, 70% en gynécologie-obstétrique et 82% en psychiatrie.

La T2A fragilise l'équilibre budgétaire de l'hôpital et donc in fine, ses capacités à prendre en charge la précarité.

En effet, l'établissement semble avoir été bien doté compte tenu de son activité mais peut-être pas compte tenu des patients pris en charge. Le point ISA était à 16,44F en 1998, 14,86 en 2002, soit supérieur à la moyenne nationale (12,68 en 1998 et 14,09 en 2002) mais inférieur à la moyenne en Ile-de-France (15,54F en 2002).

Même si en 2003, le budget H (de l'hôpital) générait un résultat positif démontrant l'absence de réelles difficultés d'exploitation, la réforme de la T2A suscite une crainte partagée. En 2005, les effets attendus seront plus sensibles, avec la menace annoncée que l'établissement sera dans l'impossibilité de payer le dernier mois de salaire. Le déficit prévisible en 2005 est estimé à 7,5 millions d'euros.

Pour l'instant, les conséquences de la T2A sur le budget sont prévisibles mais pas chiffrables. En comparaison, les surcoûts générés par les patients précaires ont été évalués à 2,95 millions et 0,86 millions en ce qui concerne l'allongement de la DMS pour ce type de patients.

---

<sup>8</sup> EXPERT, P., *Tarification de l'activité, Médecine et gestion : une dynamique nouvelle*, Collection « Le point sur ». Paris : Berger-Levrault, 2005. p 120 à 123.



## **1.3 Problématique, méthode et plan**

### **1.3.1 Problématique : la prise en charge des patients en situation de précarité dans le cadre d'une réforme budgétaire fondamentale**

La prise en charge des patients précaires, caractéristique historique du CASH constitue à la fois un point fort et un point faible. Certes, le personnel de l'hôpital a acquis un véritable savoir-faire en matière « *d'accueil et de soins en continu des populations sans abri ou sans domicile fixe* », souligné comme un point fort par l'Agence Nationale d'Accréditation des Etablissements de Santé (ANAES) dans son rapport d'accréditation<sup>9</sup>, et cette spécificité humaniste constitue un fondement clé de la culture de l'hôpital. Mais cette force met potentiellement en danger l'hôpital si l'équilibre budgétaire n'est pas atteint. Le manque de lisibilité de la réforme budgétaire, en particulier concernant les missions d'intérêt général (MIG) interroge. Les MIG cristallisent de nombreuses attentes alors que l'enveloppe nationale est réduite et que la liste des missions éligibles est longue.

La mission sociale de l'hôpital Max Fourestier est-elle compatible avec l'équilibre financier ?

Dans un contexte où la logique économique est privilégiée, faut-il défendre les spécificités de l'hôpital Max Fourestier ? Selon quelles modalités ? Jusqu'à quel point ?

L'hôpital doit-il pallier les carences médicales et sociales de la société ?

Cette problématique est au cœur de la culture et de la stratégie de l'hôpital Max Fourestier. L'inquiétude des professionnels, particulièrement du corps médical, quant à l'avenir de l'établissement, est tout à fait perceptible.

Compte tenu des spécificités de ses origines, le CASH est un « laboratoire » et ses initiatives ont parfois été reprises au niveau national. A ce titre, le CASH est un observatoire sanitaire et social fascinant. En ce qui concerne la prise en charge des patients précaires, l'hôpital de Nanterre peut-il servir d'exemple à certains égards ou est-il une exception, vouée à disparaître ?

### **1.3.2 Méthode**

#### **A) Analyse de la littérature**

De nombreux ouvrages et articles portent sur la tarification à l'activité et les missions d'intérêt général. Les rapports, mémoires et autres documents évoquant la problématique

---

<sup>9</sup> Rapport d'accréditation de l'ANAES, suite à la visite de février 2004

de la précarité concernent souvent les domaines de la lutte contre les inégalités de santé ou les surcoûts décelés. Peu de documents sur ce sujet sont postérieurs à 2000, c'est-à-dire à la mise en place de la Couverture Maladie Universelle (CMU), malgré les nombreuses prises de conscience de la société.

### **B) Recueil des informations spécifiques à Max Fourestier**

Par ailleurs, plusieurs études internes au CASH abordent cette problématique, compte tenu de son importance pour la structure. Les enquêtes et mémoires rédigés par des professionnels de l'hôpital ont été une source d'information, permettant une meilleure compréhension de la culture et appréhension des surcoûts. En outre, la participation aux réunions concernant le thème de la précarité et au comité de pilotage du projet d'établissement m'a donné l'occasion d'être au cœur de la stratégie et de réfléchir à des outils opérationnels.

### **C) Entretiens**

Divers entretiens libres, parfois informels, ont été menés ces derniers mois, avec le directeur d'établissement, la précédente directrice de la stratégie de l'hôpital Max Fourestier et la personne référente pour les MIG à la DRASS pour le volet stratégique. Par ailleurs, pour la partie financière, des échanges avec le directeur des finances du CASH, celui de Louis Mourier AP-HP, le responsable du Département de l'Information Médicale (DIM), la cellule d'analyse et de gestion de la direction des finances et le responsable du bureau des entrées. Les chefs de service principalement concernés (urgences, liaison sanitaire et sociale, policlinique, chirurgie orthopédique) ont également été questionnés. Un entretien avec la cadre supérieure ayant mené une étude sur la charge en soins. Enfin, la dimension sociale du travail a été acquise au travers d'entretiens avec la cadre du service social, l'assistante sociale PASS, celle de la liaison toxicomanie et l'assistante sociale du service de chirurgie orthopédique en charge des problématiques d'aval.

L'exploitation des entretiens s'est faite par une analyse de contenu thématique.

### **1.3.3 Plan**

Afin de répondre à ces questionnements, nous examinerons successivement trois aspects.

- Dans un premier temps, il est indispensable de définir et d'identifier la spécificité de l'hôpital Max Fourestier en ce qui concerne la prise en charge des patients précaires, afin de pouvoir déceler et quantifier les surcoûts engendrés.

- Dans un deuxième temps, nous analyserons ce que la réforme de la T2A remet en question culturellement et stratégiquement à l'hôpital
- Enfin, il sera envisagé la valorisation de cette spécificité de l'établissement, cœur de sa culture tout en sortant d'une logique de demande de moyens

## 2 SPECIFICITES ET SURCOUTS DE LA PRISE EN CHARGE DE LA PRECARITE À L'HOPITAL MAX FOURESTIER

---

Il s'agira dans cette première partie de cerner le concept de précarité, d'illustrer sa prise en charge au CASH et de tenter d'identifier d'éventuels surcoûts.

### 2.1 Définitions et chiffrage de la précarité à Max Fourestier

#### 2.1.1 Définitions

##### A) Pauvreté

*« De nombreuses tentatives ont été faites pour définir un minimum vital fondé sur la satisfaction des besoins physiologiques. Cependant, il est difficile de définir la pauvreté dans l'absolu ; c'est une notion généralement considérée comme relative et qu'on rapporte à une norme standard variable selon les époques et les sociétés : être pauvre ne signifie pas la même chose aux Etats-Unis et en Inde ; en France, au XIX<sup>e</sup> et au XX<sup>e</sup> siècle. »<sup>10</sup>*

*« On ne peut approcher la pauvreté qu'en utilisant divers indicateurs. Les indicateurs de type monétaire (salaires, revenus) pris isolément sont vivement contestés, mais, croisés avec d'autres indicateurs (logement, emploi, santé...) ils donnent une idée précise des caractéristiques des familles touchées par un cumul de facteurs de pauvreté. »<sup>11</sup>*

La pauvreté est définie par des seuils quantitatifs, contrairement à la précarité, qui est une notion aux contours beaucoup plus flous.

##### B) Sans domicile fixe (SDF)

*« Personne en situation d'errance dans l'espace public.<sup>12</sup>*

*Ces personnes forment un groupe hétérogène et qui vit comme tel, chacun tenant à se différencier de celui qui est tombé plus bas. Tout essai de typologie est donc réducteur. On peut toutefois y discerner 3 groupes :*

---

<sup>10</sup> Echaudemaison, Dictionnaire d'économie et des sciences sociales, Paris, Nathan, 1989, 218 p.

<sup>11</sup> Bloc notes de l'Observatoire Economique de Paris, INSEE, Paris, Journal Officiel, 1987

<sup>12</sup> «Les mots de l'action sociale» sur le site [www.social.gouv.fr](http://www.social.gouv.fr)

- *les nouveaux venus à la rue par accident et qui gardent une forte probabilité de retrouver une situation stable. On les dénomme parfois SRS (Sans Résidence Stable)*
- *un deuxième groupe est composé de ceux qui connaissent des problèmes plus graves et relèvent d'une intervention sociale appuyée*
- *ceux du troisième groupe ne semblent pas avoir de solution en terme d'insertion. »*

La spécificité de Nanterre réside bien dans l'accueil de ce type de population, et notamment par l'intermédiaire du CHAPSA, qui est un CHRS d'urgence, ou du CHRS de longue durée, de ceux que l'on appelle «les grands exclus », soit les personnes en situation de précarité du troisième groupe. Les structures sociales des Nanterre attirent une population très large, des environs de Nanterre jusqu'au centre de Paris. En effet, il faut savoir que plusieurs bus par jour de la BAPSA de la Préfecture de Police de Paris et du Recueil Social de la RATP transportent les SDF de Paris pour la nuit à Nanterre.

## **C) Précarité**

### *a) Définition - typologie*

Le vocable recouvre des situations et donc des profils d'individus très divers : de la personne âgée dépendante sans problèmes de revenus, au « vagabond » ayant de lourdes pathologies psychiatriques. Or la prise en charge s'avèrera très différente.

Un médecin de l'hôpital l'a défini comme une perte d'appuis personnels : l'absence de ressources culturelles ou familiales pouvant être plus excluante que la limitation des revenus. Pour une assistante sociale, il s'agit essentiellement d'une instabilité (dans les domaines financiers, affectifs, professionnels, du logement...) et en lien, une difficulté à se projeter dans l'avenir.

Comme le rappelle l'avis du Haut Comité de la Santé Publique (HCSP)<sup>13</sup>, la précarité ne se limite pas à une catégorie sociale particulière mais est le résultat d'un enchaînement d'évènements aboutissant des situations de fragilisation économique, sociale et familiale. La définition de J. Wrezinski, fondateur d'ATD Quart-Monde est citée dans la majorité des rapports : la précarité se caractérise par *« l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit le*

---

<sup>13</sup> Avis accompagnant le rapport «La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé » remis à Martine Aubry et B. Kouchner et rendu public le 20 février 1998.

*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 ré-assumer ses responsabilités par soi-même dans un avenir prévisible. »*

b) Outils de mesure

Une étude du CREDES de 1996 (Lecomte) définit un « score de précarité sociale individuelle » à l'aide de quatre variables : situation face à l'emploi, niveau de scolarité ou diplômes, nationalité et couverture maladie. Dans un deuxième temps, un score de « précarité ménage » a été retenu, reposant sur le revenu et la taille du ménage.

Les mêmes auteurs ont établi un score de « vulnérabilité médicale » qui correspond à un état de santé susceptible d'entraîner des difficultés à l'accès à un emploi. Ont été pris en compte : l'information traduisant un handicap, l'existence d'une maladie invalidante, la perception des médecins enquêteurs de l'état de santé des personnes interrogées.

### **2.1.2 Problématique de la prise en charge de la précarité au CASH**

Ce point est reconnu par tous, y compris les tutelles du CASH.

#### **A) Typologie des patients précaires du CASH**

Si le thème de la prise en charge de la précarité est commun à plusieurs hôpitaux, notamment en région parisienne, il faut souligner que l'hôpital Max Fourestier, en plus d'accueillir des patients précarisés de son bassin de vie, prend en charge des malades en provenance des structures sociales<sup>14</sup>. Une enquête « un jour donné » réalisée en novembre 2001 à l'hôpital à la demande de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS) pour l'étude «Précarité 2001 » dresse le profil des patients admis : âgés (52% a plus de 60 ans), rarement actifs (22% ayant une activité professionnelle, 28% au chômage et 46% à la retraite), non diplômés (58%), partiellement couverts (98% des patients ont une protection sociale de base mais 32% n'ont pas de mutuelle). Par ailleurs, 16% des patients étaient ce jour là en situation d'hébergement temporaire ou sans domicile fixe. Or ce sont justement les « précaires isolés » qui

---

<sup>14</sup> Principalement en provenance de la maison de retraite (248 lits), des deux CHRS (environ 380 places) et du CHAPSA (256 places)

entraînent des durées de séjour les plus longues, comme nous le verrons dans la deuxième partie.

## **B) Nombre de patients précaires**

D'après la thèse du Dr Hassin, en 1994, 21% des hospitalisations au CASH concernaient la population des « exclus » sans domicile-fixe ; ce qui représentait 53% des journées d'hospitalisation.

L'étude précarité de 2001 (cf. paragraphe précédent), révèle que 16% des patients interrogés ont un hébergement provisoire ou n'en ont pas. D'après ces deux chiffres, la proportion de patients SDF est donc en baisse, ce qui est confirmé par les professionnels interrogés. Aucune étude systématique n'a été menée depuis, mais d'après le responsable du DIM, la proportion des personnes soignées en provenance des structures sociales ou SDF poursuit sa baisse en proportion : 8% de la file active, 10% des hospitalisations et 15% des journées avec des disparités selon les services (pneumologie et médecine interne plus concernés). Ces chiffres ne reflètent qu'une partie de la précarité, celle des « grands exclus ».

Les statistiques du bureau des entrées apportent des précisions concernant quelques indicateurs moins discriminants de la précarité.

Le nombre de factures CMU s'élevait en 2004 à 19 801 (3 131 en 2002) pour un montant de 7 554 320 euros (1 018 744 euros en 2002). Cela correspond à une multiplication par 6 en nombre et par 7 en montant !

Le nombre de factures Aide Médicale d'Etat (AME) était de 4408 en 2004 (1 809 en 2002) pour un montant de 2444 241 euros (3 607 222 euros). Cela représente une multiplication de 2,4 fois en nombre et à une baisse de 1,5 fois en montant. La principale explication à cette baisse en montant est sans doute le meilleur état de santé des populations bénéficiant de l'AME (essentiellement les étrangers sans papiers, 158 000 personnes au premier trimestre 2005) ainsi que la restriction des conditions d'octrois de l'AME<sup>15</sup>.

Le type de couverture sociale est un indicateur de précarité, même s'il est très partiel (par exemple, il ne préjuge pas d'une prise en charge à 100% au titre d'une maladie

---

<sup>15</sup> Un décret n° 2005-860 du 28 juillet 2005 relatif aux modalités d'admission des demandes d'aide médicale de l'Etat vient d'allonger la liste des pièces à fournir pour la demande. Déjà, en 2004, la nécessité de prouver 3 mois de résidence continue en France avait été ajoutée. Il faut une preuve officielle de séjour en France pour chacun des trois derniers mois, ce qui entraîne des retard dans l'accès aux soins, voire une impossibilité. Les conséquences de cette réforme sont détaillées dans un rapport de Médecins Sans Frontières de 2004.

invalidante). Ce critère a néanmoins l'avantage de pouvoir aisément être comparé aux hôpitaux voisins.

## **2.2 Spécificités du parcours de soins d'un SDF ou précarisé**

Dans un premier temps, seront décrites les particularités de ces parcours et des prises en charge, puis dans un deuxième temps seront identifiés les éventuels surcoûts.

### **2.2.1 Pathologies de la précarité ?**

#### **A) Spécificités liées à la précarité**

Dans un chapitre consacré aux pathologies de la précarité, Dominique Farge-Bancel<sup>16</sup> souligne l'existence de caractéristiques communes aux patients précaires. Les différences sont de deux types :

- Dues aux malades eux-mêmes : conditions de vie dégradées et priorités d'existence divergentes de la santé. Ces caractéristiques ont pour conséquences un diagnostic tardif des maladies, une observance thérapeutique illusoire et un suivi difficile.
- Dues aux maladies observées : formes cliniques plus graves<sup>17</sup>, réapparition de maladies anciennes liées aux animaux ou aux carences (anthropozoonose, rage, rachitisme, scorbut, béribéri...) et occurrence des maladies différentes (maladies de peau sont la première cause de consultation, suivis des infections et problèmes dentaires). Généralement, on note l'association de plusieurs pathologies.

Ces spécificités doivent être prises en considération, elles nécessitent une adaptation des modes de prise en charge et des pratiques médicales. Elles ne sont pas sans conséquence pour l'hôpital et le système de santé. En effet, la décision thérapeutique pour un SDF est la même que pour tout autre patient mais les modalités thérapeutiques et de suivi doivent être adaptées. Or, d'après l'auteur, une tuberculose traitée en externe coûte cinq fois moins cher qu'une hospitalisation de huit jours.

---

<sup>16</sup> FARGE-BANCEL D., JOURDAIN-MENNINGER, D., *Hôpital public, le retour à l'Hôtel-Dieu*. Collection « Santé et politiques sociales ». Paris : Hermès, 1997. 351p

<sup>17</sup> Pour des portraits de SDF vus en consultation, se référer à l'ouvrage de DECLERCK, P., *Les Naufragés- Avec les clochards de Paris*. Collection Terre humaine. Paris : Plon, 2001. 460 p



Une enquête menée par des chercheurs du CREDES en 1999 et 2000 auprès de 590 consultants de centres de soins gratuits<sup>18</sup> nous fournit d'autres indications. Les consultants interrogés ont un profil très précaire : 9/10 n'ont pas d'emploi stable ou de revenus suffisants, 2/3 n'ont pas de logement stable et sont isolés socialement, la moitié n'a pas de couverture médicale et la moitié des étrangers reconnaît être en situation illégale. Les résultats révèlent une importante différence entre les motifs de consultation des étrangers et des Français. Chez les premiers, les consultations les plus fréquentes concernent des troubles digestifs ou des problèmes locomoteurs, tandis que chez les consultants français les diagnostics les plus fréquents portent sur les troubles psychiques, respiratoires, l'alcoolisme et la toxicomanie. Enfin, dans les deux groupes, corrélé au niveau de précarité (plus la précarité est importante, plus le diagnostic est fréquent) on retrouve des consultations pour maladies de peau et de l'appareil digestif. L'attitude à l'égard du risque a été mesurée au travers de deux indicateurs, la consommation de tabac et le nombre d'accidents graves vécus dans le passé ; il apparaît que la tendance à la prise de risque est significativement plus élevée chez les consultants français. Il existe donc bien plusieurs types de patients précaires souffrant de pathologies différentes.

## **B) Etudes portant sur l'hôpital Max Fourestier**

Les études citées ci-dessous ne sont pas récentes mais elles restent pertinentes. Elles aboutissent à des résultats complémentaires par rapport aux études nationales.

### *a) En consultation*

D'après la thèse du docteur Hassin<sup>19</sup>, aujourd'hui responsable du service hospitalier de liaison sanitaire et sociale au CASH, les motifs ou diagnostics de consultation au CHAPSA font apparaître une prédominance des problèmes infectieux (22%), dermatologiques et liés à l'alcoolisme (15% chacun). Les résultats sont légèrement différents de ceux obtenus au niveau national mais il faut rappeler que les patients précaires qui consultent au CHAPSA ont un profil bien particulier : SDF, très majoritairement masculins, dont la moyenne d'âge est de 43 ans.

---

<sup>18</sup> COLLET, M., MENAHEM, G., PARIS, V., PICARD, H., « Précarités, risques et santé. Enquête menée auprès de consultants de centres de soins gratuits », *Questions d'économie de la santé*, CREDES, N°63, janvier 2003

<sup>19</sup> Hassin, Jacques, « L'émergence de l'abord medico-social des populations sans toit stable », Thèse de Doctorat d'Université, décembre 1996.

*b) En hospitalisation*

Une étude menée en 1996 à l'hôpital Max Fourestier de Nanterre par le responsable du Département de l'Information Médicale J-P Pichon<sup>20</sup>, à partir des catégories majeures de diagnostic (CMD) aboutit à des résultats complémentaires concernant les causes les plus fréquentes d'hospitalisation des SDF :

- affections de l'appareil respiratoire : 15,5% soit deux fois plus que dans le reste de la population hospitalisée au CASH
- affectations de l'appareil circulatoire : 10,7%, proportion légèrement supérieure au reste de la population
- affections du système nerveux : 8,7%, là encore, deux fois plus que dans le reste de la population
- affections du tube digestif ; 8,3% comparable au reste de la population.
- troubles mentaux organiques liés à l'absorption de drogues ou induits par celle-ci, sixième cause d'hospitalisation des SDF : 7,5%, soit sept fois plus que dans le reste de la population
- affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins : 7%, soit trois fois plus que le reste de la population. On retrouve ici le premier motif de consultation.

On retrouve donc certains motifs d'hospitalisation dans la même proportion que le reste de la population, d'autres sont caractéristiques.

Inversement, les « séances et séjour d'un jour » sont deux fois moins nombreux que pour le reste de la population. En effet, les praticiens interrogés ont déclaré tenir compte des conditions d'hygiène et des difficultés matérielles, économiques, voire psychologiques des patients afin d'adapter les modalités de prise en charge.

Là encore, dans cette étude, un biais subsiste : seuls les patients SDF (absence de code postal dans le RUM) ont été isolés de la population des hospitalisés, qui compte certainement d'autres patients en situation de précarité.

---

<sup>20</sup> Pichon, J-P, « Le PMSI ou les effets pervers d'une typologie des populations sans-abri comme de leur non typologie, DEA d'Ethique Médicale et Biologique, 1997.

## 2.2.2 Mode d'entrée et recours aux urgences

### A) L'hôpital recours de proximité

Le mémoire d'Isabelle Nicoulet<sup>21</sup> consacré au repérage des patients précaires met en évidence le fait que les patients en situation précaire viennent plus fréquemment du bassin de vie de l'établissement que les autres patients. En effet, l'absence fréquente de moyens de locomotion et la méconnaissance d'informations concernant la qualité des soins expliquent cette différence. Une étude menée au CASH sur la provenance des patients montre qu'une grande majorité habite des zones desservies par la ligne de bus 304.

De plus, les patients précaires hospitalisés arrivent fréquemment par les urgences. L'étude de la mission PMSI de décembre 1999 menée Caryn Mathy et Max Bensadon portant sur « L'impact de la prise en charge des patients en situation de précarité sur les hospitalisations de court séjour » met en avant des éléments intéressants. D'après les données collectées, lorsque les patients sont en situation de précarité, ils sont 33,5% à être hospitalisés par les urgences contre 17,6% chez les non précaires. En outre, deux fois plus de précaires arrivent par le SMUR, et donc, selon toute probabilité dans un état plus grave.

### B) L'urgence relative

Le recours aux services des urgences n'est pas toujours justifié par l'urgence. Dans une enquête de 1997 de T. Lang, A. Davido et B. Diakitè portant sur les motifs de recours aux urgences médicales<sup>22</sup> aux Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) de Besançon et de la Pitié-Salpêtrière démontre que la région parisienne présente à cet égard des spécificités. Ainsi, 14,2% des personnes interrogées à la Pitié-Salpêtrière déclarent utiliser les services d'urgences comme source régulière de soins. En outre, une majeure partie des passages aux urgences ne donne pas lieu à une hospitalisation (65,5% à la Pitié, 30% à Besançon). Aux urgences de Nanterre, en 2004, 21,11% des patients ont été hospitalisés suite à leur passage aux urgences (15,67% en 2003). Le profil des consultants « non urgents » recoupe bien souvent celui des patients précaires : jeunes, nés à l'étranger, chômeurs, isolés, sans médecin traitant, en

---

<sup>21</sup> NICOULET I. *Repérage des personnes en situation précaire hospitalisées et impact de ces populations sur l'utilisation des ressources hospitalières*. Mémoire de Médecin Inspecteur de Santé Publique : ENSP, 1999.

<sup>22</sup> Lang, T., Davido A., Diakitè, B. et alii, « *Motifs de recours aux services hospitaliers d'urgences médicales et à leur fonction de dispensaire* », Revue médicale de l'Assurance Maladie, Caisse Nationale de l'Assurance Maladie, N°3-1998, p73 à 78.

hébergement précaire ... On peut établir un premier constat : celui d'une utilisation peu appropriée (en tout cas, pas telle qu'a été conçue l'offre de soins ; mais est-ce l'offre ou la demande qui est inadaptée ?) du service des urgences, entraînant sans doute une sur fréquentation. A ce stade, il n'est pas certain que la situation soit pénalisante pour l'établissement dans le cadre de la T2A puisque les hôpitaux sont rémunérés forfaitairement par tranches<sup>23</sup> de passages aux urgences.

C. Fabre, dans un article de 1995 sur le recours aux urgences hospitalières<sup>24</sup> recherche les causes du recours plus important aux urgences, des patients en situation de précarité. Il conclut qu'il n'y a pas de pathologies spécifiques aux pauvres qui justifieraient un recours plus important aux urgences mais une somme de problèmes cumulés, économiques, psychologiques et identitaires qui se traduisent pas une demande de soins à laquelle l'hôpital est adapté. Les principales causes relevées sont l'ouverture 24/24h, la valorisation des malades, l'anonymat et l'image positive dont bénéficie l'hôpital dans l'imaginaire.

### **2.2.3 Durées de séjour accrues du fait du manque de structures d'aval adaptées**

Deux enquêtes américaines mettent en lumière des différences dans les durées de séjour des patients.

The New England Journal of Medecine publie en avril 1990 une enquête sur l'éventuel surcoût des patients précaires<sup>25</sup>. Dix-sept mille patients sont interrogés dans 5 hôpitaux du Massachusetts en 1987. La précarité est déterminée en fonction de trois variables : niveau d'études, travail et revenu. Les résultats de l'enquête montrent qu'à gravité, âge et maladie comparables, les durées de séjour sont en moyenne 21% plus longues et les coûts 13% plus importants. L'autre élément intéressant est la grande variabilité des résultats en fonction des hôpitaux. Cela nous incite à penser qu'il existe sans doute une marge de manœuvre pour diminuer les durées de séjour, même si les patients sont précaires.

---

<sup>23</sup> Forfait de 675 000 euros à partir de 5000 Accueil et Traitement des Urgences (ATU) et 175 000 euros pas tranches de 2500 ATU, hors passages suivis d'hospitalisation

<sup>24</sup> FABRE, C., Le recours aux urgences hospitalières. Un mode d'accès aux soins spécifiques des populations défavorisées, revue Prévenir, numéro 28, 1995, pp 129-135

<sup>25</sup> SHARON A SALIT and alii, "Hospitalization Costs Associated with Homelessness in New York City", *The New England Journal of Medecine*, 11 Juin 1998.

En 1998, The New England Journal of Medicine fait paraître une autre étude concernant cette fois-ci spécifiquement les patients sans domicile fixe à New York<sup>26</sup>. En 1992 et 1993, les admissions de SDF ont représenté 5% des admissions de patients en situation de précarité. En moyenne les durées de séjour des SDF étaient 36% plus longues que celles des autres patients précaires. Les auteurs mettent également en lumière le phénomène de la dépendance et des problèmes psychologiques, qui concerne en moyenne deux fois plus les patients SDF que les autres précaires. Cette enquête nous incite à penser que la prise en charge des SDF ne peut être assimilée aux autres patients précaires, e effet, leur durée de séjour à l'hôpital semble encore plus longue, du fait semble-il de problèmes psychiatriques ou de dépendance accrus.

L'enquête de la mission PMSI souligne de flagrantes différences sur les modes de sortie : 93% des patients non précaires reviennent à leur domicile, et moins de 78% des patients précaires. 15% des patients en situation de précarité sont transférés et 4,13% sont mutés dans un autre service de l'hôpital.

L'importance des durées de séjour, particulièrement pour les patients isolés en situation de précarité s'explique souvent par la difficulté à trouver des solutions d'aval. Dans de nombreuses circonstances, les patients ne devraient plus relever de services aigus mais de soins de suite, longs séjours, maisons de retraite...

### **2.3 Identification des surcoûts de la prise en charge de la précarité**

Dans un premier temps, comment mettre en place un système pertinent d'évaluation du surcoût de la prise en charge des patients précaires ?

Comment mesurer le coût général de la précarité ? La question est particulièrement difficile et subjective, ce qui explique que les principales études se limitent aux données du PMSI. La nature des charges à affecter à la précarité pose en particulier question pour le personnel : en ce qui concerne le personnel non-médical, doit-on intégrer seulement les assistantes sociales dont la mission est fortement reliée à la précarité, faut-il y intégrer les psychologues, les éducateurs, les diététiciennes (les « éducations » concernent essentiellement des personnes précaires) ? Les études menées à la fin des années 90 (rapport Lebas...) ont observé une grande variabilité des dispositifs mis en place pour lutter contre la précarité, sans préjuger de l'utilité des dépenses engagées...

Ces surcoûts peuvent-ils tous être évalués ?

---

<sup>26</sup> EPSTEIN AM, STERN RS, WEISSMAN JS. "Do the poor cost more ? A multihospital study of patients, socioeconomic status and use of hospital resources", *The New England Journal of Medicine*, 19 avril 1990.

Certains sont plus facilement identifiables, du fait de l'existence d'une littérature à ce sujet. D'autres ont été identifiés par les personnes qui travaillent au CASH. Il apparaît ensuite nécessaire de passer de l'identification à la quantification.

### **2.3.1 Impact sur la durée de séjour selon la mission PMSI**

Coordonnée par Caryn Mathy et Max Bensadon, et rendue en décembre 1999, cette mission portant sur « L'impact de la prise en charge des patients en situation de précarité sur les hospitalisations de court-séjour » fait toujours référence aujourd'hui.

L'objectif de cette étude n'était pas d'identifier un coût général des patients précaires en prenant en compte les dispositifs spécifiques et les moyens humains supplémentaires mais d'identifier un différentiel de coût entre patients précaires et non-précaires à partir des données objectives du PMSI, à GHM constant. L'enquête a été menée sur une vingtaine d'établissements publics et PSPH participant à l'Echelle Nationale des Coûts (ENC), sur une durée maximale de trois mois.

#### **A) Méthode**

Le préalable était de repérer les patients en situation de précarité. La méthodologie suivie a consisté à utiliser les codes Z de la Classification Internationale des Maladies<sup>27</sup> (CIM), codes qui sont ensuite intégrés au Résumé de Sortie Standardisé (RSS) en diagnostic associé.

Un écart de coût a bien été observé, dû à deux types de phénomènes, souvent imbriqués :

- l'allongement de la durée du séjour, or plus le séjour est long, plus il est coûteux (part des dépenses affectées à la journée ; en fournitures hôtelières ou en restauration par exemple)
- l'intensité de la prise en charge mesurée par le coût des actes réalisés et des consommations intermédiaires utilisées (part des dépenses dues au patient lui-même du fait d'une prise en charge différente)

Les séjours qualifiés de précaires, c'est-à-dire comportant au moins un code de précarité, représentaient dans cette étude 6,81% des séjours (6 397 sur 93 942) et 8,21% si on ne comptabilisait pas les séances des Centre de Lutte Contre le Cancer (CLCC). Les Centres Hospitaliers de taille moyenne (comme l'hôpital Max Fourestier) avaient dans cette enquête la proportion la plus grande de patients précaires, 11,8% de la population totale des données. Enfin, les patients précaires se retrouvaient en majorité dans les

---

<sup>27</sup> Cf. annexe II

GHM de médecine. Les auteurs considèrent cependant que la prévalence de la précarité ainsi obtenue n'a qu'une valeur approximative.

En outre, les auteurs se sont livrés à une distinction entre trois types de précarité<sup>28</sup> :

- précarité financière
- précarité environnementale
- précarité d'isolement : éducation dans une institution, besoin d'assistance à domicile, aucun autre membre du foyer capable d'assurer des soins, sujet attendant une admission dans un établissement adéquat.

## **B) Résultats**

### *a) Variations observées de la durée*

La durée de séjour des patients précaires est 61% plus élevée que celle des patients non-précaires (soit un différentiel de 3,6 jours). Les disparités sont très importantes en fonction du type de précarité ; alors que l'augmentation de la DMS est modérée pour les deux autres types de précarité, la précarité d'isolement engendre des DMS supérieures de 124% environ. Ces résultats bruts cachent des effets masqués, en effet, ces différences ne tiennent pas compte des GHM. Après analyse, les auteurs constatent que les patients en situation de précarité sont classés dans des GHM de pathologies caractérisées par des soins de plus longue durée. Dans un contexte de T2A, on peut supposer que ces GHM seront également plus rémunérateurs.

Les auteurs ont ensuite examiné les variations de durée de séjour à case-mix constant. En dehors du fait que les patients « non précaires » n'ont pas les mêmes pathologies que les patients précaires, les durées de séjour sont significativement plus importantes, de l'ordre de 36% au total, et 54% pour les patients précaires isolés. D'autres analyses montrent que l'effet de l'âge ne se confond pas avec celui de la précarité.

### *b) Variations observées dans le coût du séjour*

Globalement, en effet brut, le coût du séjour des patients précaires est plus élevé de 52%, soit une différence de 8 728 francs à l'époque. A nouveau, la variable isolement influe plus que les autres : le séjour est en moyenne 105% plus coûteux. De même, en comparant à GHM équivalents, on obtient des résultats inférieurs mais qui restent importants pour la variable précarité d'isolement (+48%).

---

<sup>28</sup> Cf. annexe II

Cependant, si l'on décompose le coût de séjour en coûts affectés à la journée (et donc dûs à la durée de séjour) et les coûts liés aux actes, on obtient un surcoût moyen de 7,7% et 12,8% pour les précaires isolés. L'enquête souligne donc que l'essentiel des surcoûts liés aux patients précaires sont dus à une durée de séjour accrue.

### **C) Conséquences pour l'hôpital Max Fourestier**

Dans le cadre d'un financement à la journée, cet allongement des DMS ne pose pas de problème mais dans le système de la T2A, la pénalité est double : tout excès de durée de séjour par rapport à la moyenne de référence du GHS ne sera pas financé (hormis les séjours dits « extrêmes hauts »). De plus ce lit occupé représente une perte de recette pour l'hôpital qui ne peut admettre un nouveau patient générateur d'un nouveau GHM et donc de recettes.

Nous avons essentiellement mis en lumière dans l'étude de la mission PMSI les données concernant les précaires isolés. Outre le fait qu'elles sont révélatrices et plus marquées, nous pensons que l'hôpital Max Fourestier est particulièrement concerné. En effet, il accueille non seulement des patients en situation de précarité environnementale et financière des quartiers alentours (le « petit Nanterre » et le « petit Colombes » qui sont les Zones Urbaines Sensibles où se situe l'hôpital) mais également les SDF qui sont par définition « isolés ». D'après les données reprises par le responsable du DIM, en 2000 dans le quartier du petit Nanterre le taux de chômage était de 24%, la part des familles monoparentales 26% et entre 40 et 45% des foyers fiscaux étaient non imposables.

Il est vrai que l'indice de performance de l'établissement (la DMS comparée) se situe aujourd'hui à 0,97 et même aux alentours de 1 si l'on écarte les patients sans domicile fixe ou hébergés au CHRS. L'établissement a donc des durées de séjour conformes à la moyenne nationale, sachant qu'un hôpital généraliste oscille entre 0,92 et 1. Ce bon résultat compte tenu de la population prise en charge s'explique par la mobilisation des chefs de service et du service social autour de cet objectif. Néanmoins, les séjours des patients précaires continuent à pénaliser l'établissement qui pourrait obtenir de meilleurs résultats.

Plusieurs facteurs peuvent expliquer le différentiel au niveau de la DMS : patients « en mauvais état général » donc plus lourds, attente de la fin du traitement et des soins avant d'envisager la sortie, examens complémentaires réalisés dans le cadre de l'hospitalisation (en externe pour les patients ayant un domicile)...

Les surcoûts identifiés par la mission ne tiennent pas compte de la surcharge de travail pour les équipes, des contraintes en matière de rénovation (nécessité de chambres individuelles), sans parler du déficit d'attractivité de l'hôpital du fait de son image... Il est



donc important de s'appuyer sur d'autres éléments pour tenter d'évaluer une plus grande partie des surcoûts.

### **2.3.2 Autres surcoûts identifiés au CASH**

Ce sont ces arguments qui sont souvent évoqués par les médecins lors des entretiens.

#### **A) Fonction dispensaire de l'hôpital**

La fonction dispensaire de l'hôpital s'exprime au travers des consultations.

Un audit des consultations à l'hôpital Max Fourestier a été mené en interne sur trois mois en 2003. Deux particularités ont été soulignées au préalable : « l'héritage historique de l'hôpital en matière d'accueil » et la faiblesse de l'offre de médecine libérale dans le territoire de santé. L'impression évoquée au cours de l'audit, que du fait de son histoire, l'hôpital de Nanterre pouvait plus qu'ailleurs remplir une mission « dispensaire » s'est révélée exacte. En effet, pour la plupart des services et des spécialités, le pourcentage de consultations aboutissant à un séjour est inférieur à 10%, voire à 5% pour la médecine interne et la gynécologie (activité planning familial et la Protection Maternelle Infantile)<sup>29</sup>.

Selon l'audit, le temps médical dévolu en 2002 aux consultations est d'environ 40 ETP, soit 40% du temps médical hospitalier total. Le temps paramédical correspond à environ 80 ETP, soit 17% de la masse totale. Même si certaines activités bénéficient de financements en dehors de l'assurance maladie (ex. Conseil Général pour la PMI), il faut reconnaître qu'en tant que telle l'activité consultation est mal valorisée dans la T2A. Logiquement, elle n'est intéressante d'un point de vue financier que si elle est le préalable à une hospitalisation.

Par ailleurs, le CASH de Nanterre dispose depuis 2003 d'une « équipe hospitalière de liaison sanitaire et sociale » pour répondre aux besoins médicaux des usagers des structures sociales. Les médecins intervenant aux « consultations avancées » du CHRS et du Chapsa sont rémunérés par l'hôpital, ainsi que les médecins intervenant de façon transversale. Au Chapsa, on a recensé 4 278 consultants en 2004.

En raison de la politique de prise en charge choisie, « aller à la rencontre des patients précaires », ces consultations sont réparties sur trois sites différents. Cet éclatement des consultations nécessite la mobilisation de moyens humains plus importants.

---

<sup>29</sup> Pour le détail par spécialités, cf. l'annexe III

## **B) Mode d'entrée en hospitalisation**

On sait que les hospitalisations par l'intermédiaire des urgences sont génératrices de surcoûts directs et indirects pour l'établissement. En amont, les consultations mobilisent moins de ressources, d'autant que les examens complémentaires peuvent être réalisés avant l'hospitalisation et ils font l'objet de recettes supplémentaires pour l'établissement. Une hospitalisation non programmée va entraîner un dérèglement des opérations programmées au bloc, une ouverture sur des plages horaires plus larges (mobilisation de personnel soignant pour assurer des gardes alors que la charge de travail est très aléatoire), éventuellement des difficultés d'admissions dans le bon service et donc un allongement de la durée de séjour. L'urgence est certes prévisible mais pas le type d'urgences, ni le degré de gravité. Dans d'autres hôpitaux une équipe dédiée à l'urgence est souvent nécessaire au bloc afin de pouvoir y faire face. Enfin, la sortie est moins bien anticipée. Or ce sont justement ces dysfonctionnements qui pénalisent le plus les établissements dans le cadre des DMS.

D'après le rapport d'activité 2004 de l'hôpital, près de 40% des entrées en médecine ont été faites par les urgences, avec d'importantes disparités (12 et 15% pour la médecine tête et cou et la diabétologie ; 72% pour la médecine interne). En ce qui concerne la chirurgie, 32% des hospitalisations (proche de 0 en ophtalmologie et odontologie ; 54% en chirurgie orthopédique) sont issues des urgences. Enfin, 38% des entrées ont eu lieu par les urgences pour la psychiatrie. Statistiquement, ces chiffres sont correspondent à la moyenne, mais ils cachent d'importantes disparités entre les services.

## **C) Complexité, co-morbidité**

Dans le paragraphe 2.2.1 ont été présentées les spécificités des pathologies liées à la précarité.

Si elles sont bien codées, ces spécificités devraient ne pas représenter un surcoût pour l'hôpital. De cette exactitude dépendent des enjeux économiques majeurs.

Cependant, d'après le mémoire de J-P Pichon, « *le PMSI ne prend en compte la polypathologie que façon très imparfaite* ». En effet, le Résumé d'Unité Médicale (RUM) indique le diagnostic principal ainsi que le diagnostic associé s'il y a lieu. Le diagnostic associé décrit une pathologie associée au diagnostic principal, une complication de celui-ci ou de son traitement. Ces diagnostics selon leur gravité, c'est à dire selon que le RSS mentionne ou non une comorbidité majeure associée (CMA), peuvent être orientés dans un GHM « avec complication » ou « sans complication ». Certains GHM sont « segmentés » en fonction de l'âge ou d'une CMA mais ce n'est pas toujours le cas. Depuis quelques années, on distingue un sous-ensemble de comorbidités majeures, pour permettre le repérage de séjours particulièrement coûteux. Mais pour le cas des polypathologies (ex. réel cité dans le mémoire d'un patient psychotique en état de délirium

tremens, présentant une poussée de pancréatite chronique avec une broncho-pneumonie), l'hospitalisation ne sera valorisée que pour une seule pathologie avec complications.

D'autre part, JP Pichon constate que « *les codes diagnostics décrivant les conditions socio-économiques et psycho-sociales ne sont pas pris en considération en tant que CMA* ». Les aspects sociaux ne sont donc pas pris en compte par le PMSI.

Non seulement, les pathologies sont souvent plus complexes et intriquées mais en plus, un des traits caractéristiques de la précarité est la mixité des problématiques médicales, psychologiques et sociales, nécessitant de ce fait l'intervention de plusieurs acteurs, ce qui constitue un défi pour l'organisation de la prise en charge.

Concrètement, l'exemple de l'activité du service d'orthopédie est révélateur. Les caractéristiques du service sont l'importance de la chirurgie de l'urgence et de la chirurgie septique. Les deux sont liées à la précarité : nous avons déjà expliqué le recours aux urgences ; quant à la chirurgie septique elle est souvent due aux mauvaises conditions d'hygiène et de convalescence. Or la chirurgie septique ostéo-articulaire n'est pas une chirurgie « rentable ». Elle génère des séjours longs, coûteux en consommables, produits pharmaceutiques, et temps para médical. Elle produit peu d'actes opératoires et leur valorisation est médiocre. De plus, elle génère une grande partie des contentieux qui concernent le service d'orthopédie.

## **D) Ressources humaines mobilisées autour de la problématique sociale**

### *a) Assistantes sociales*

Une équipe de 14 ETP constitue le service social de l'hôpital Max Fourestier, dont 10 assistantes et une cadre. Trois assistantes sociales ont des fonctions transversales : policlinique-PASS, unité de liaison alcoologie, unité de liaison toxicomanie.

### *b) Temps médical et paramédical*

La plupart des rapports préconisent une adaptation de la prise en charge médicale et paramédicale des patients en situation de précarité. Qu'est ce que cela signifie concrètement ? Le « colloque singulier » du médecin avec le patient, au cours de l'examen clinique sera du fait de difficultés de compréhension probablement plus long avec un patient en situation précaire, en particulier s'il parle mal le Français. Le médecin doit aussi passer un temps plus long au chevet du malade pour informer le patient sur son

traitement ou sa maladie. Il en est de même pour les professions paramédicales. De plus, réaliser un examen prend plus de temps si le patient ne comprend pas bien les directives. Enfin, les investigations sont souvent médicalement plus lourdes du fait de la gravité du patient.

Une étude sur la charge en soins infirmiers réalisée au CASH montre que ce sont les activités afférentes aux soins et la communication qui entraînent une charge de travail plus importante pour le personnel soignant. La barrière de la langue est un facteur d'augmentation du temps de la prise en charge. Les activités afférentes aux soins qui marquent la différence sont essentiellement les déplacements (recherche de patients ou déplacements au dépôt de fond ou aux vestiaires) et l'hygiène. C'est sans doute en matière d'hygiène que les différences sont les plus révélatrices. Ce temps est cependant difficilement quantifiable et reste aléatoire.

### *c) Temps des administratifs*

Pour le bureau des entrées, certaines situations sont beaucoup plus longues à régler. En matière de facturation par exemple, l'inexistence de couverture sociale ou de papiers complique le travail des agents et allonge le temps de traitement des dossiers. En 2004, 667 signalements ont été faits auprès des assistantes sociales.

Autre fait notable mais difficilement mesurable, les réclamations concernent fréquemment des patients en situation de précarité (perte de chaussures, de fauteuil roulant, ou plaintes au tribunal comme dernièrement une patiente ayant séjourné plus de deux ans à l'hôpital, des séjours aussi longs à l'hôpital étant certainement plus porteurs de risques). Cependant, il faut reconnaître que les patients précaires portent sans doute moins plainte.

Ces surcoûts sont probants mais à ce stade ils n'ont pas été estimés financièrement.

La direction des finances a tenté de les quantifier en vue de préparer un argumentaire pour la venue de la mission Aoustin.

## **2.3.3 Demandes de l'établissement et réponses de la mission Aoustin**

### **A) Les demandes de l'établissement**

Compte tenu de ses spécificités, l'établissement a souhaité que sa situation soit examinée de façon particulière.

En juin 2004, l'établissement a présenté à la mission Aoustin ce qu'il avait pu quantifier comme surcoûts liés à la précarité. Les surcoûts générés par les patients précaires ont été évalués à 2,95 millions et 0,86 millions en ce qui concerne l'allongement de la DMS pour ce type de patients (sur la base d'une étude du DIM sur les durées de séjour).

L'argumentaire a tenté de mesurer les surcoûts concernant cinq points :

*a) L'incidence de la précarité sur l'équipe des surveillants (hors sécurité incendie)*

En 2003, 52 agents de sécurité (fonctionnaires de la préfecture de police) étaient imputés sur l'ensemble des budgets de l'établissement dont 31 sur le budget H. Par comparaison, sur les deux entités juridiques qui composent l'hôpital de Saint-Denis, le nombre d'agents en charge de la sécurité était à la même époque de 12 pour une surface des locaux estimée à 91.243m<sup>2</sup> et un nombre de lits de 773. Le secteur hospitalier du CASH de Nanterre (MCO + SSR + Psychiatrie) comprenant 352 lits ou places pour une superficie de 49.557 m<sup>2</sup>, le nombre de surveillants nécessaire a pu être évalué entre 5,5 et 6,5 ETP, soit un sureffectif de 25 agents s'expliquant par la présence d'une importante population en situation précaire et le fait que le CASH de Nanterre soit organisé en site pavillonnaire. Ce sureffectif correspond à une dépense d'un montant de 940.182€ correspondant au coût de 25 surveillants présents sur l'établissement.

*b) L'incidence de la précarité sur le personnel éducatif et social*

En 2003 5,12 ETP assistantes sociales intervenaient sur le secteur hospitalier MCO (11,8 ETP en comptant la toxicomanie, l'alcoologie, la PASS et la psychiatrie) alors que eu égard au nombre de lits de l'hôpital Max Fourestier, le nombre d'assistantes sociales théorique est de 2, soit un surcoût de 3,12 ETP évalué à 119.821€

*c) L'incidence de la précarité sur l'équipe d'hygiène et environnement*

Les fiches d'activité définies par la base de données d'Angers en 2002 (Mission GACAH - Groupement pour l'Amélioration de la Comptabilité Analytique Hospitalière) ont permis de déterminer le coût complet de l'activité et de comparer le coût du m<sup>2</sup> des espaces verts de l'Hôpital Max Fourestier à un échantillon de 62 établissements. Le coût de l'unité d'œuvre est de 12,87€ alors que le coût moyen de l'échantillon est de 2,16€, soit un surcoût global de 535.833€ et qui correspond pour l'essentiel à des dépenses de personnel (334.764€) et à l'enlèvement des déchets (170.242€).

A titre illustratif, malgré l'application du dispositif hôpital sans tabac, des revêtements au sol sont systématiquement dégradés du fait du non-respect de la consigne d'interdiction de fumer, sans parler du risque incendie majoré. Des locaux spécifiques ont d'ailleurs dû être aménagés dans les services d'orthopédie et de pneumologie.

*d) L'incidence de la précarité sur l'équipe du bureau des entrées et du dépôt de fonds*

L'équipe des admissions de l'établissement accueille les patients en situation de précarité, induisant par ailleurs une écoute et une prise en charge particulièrement attentive, générant ainsi une surcharge de travail pour ces équipes. Par ailleurs, la prise en charge de patients précaires implique d'importants contentieux sur les frais de séjour source de créances irrécouvrables très importantes.

e) *L'incidence de la précarité sur la charge de travail des ateliers*

L'accueil d'une population précaire implique une dégradation des locaux plus importante, et donc un surcroît de travail pour les services techniques et les ateliers de l'établissement. Par exemple, les nouveaux locaux de la maison de retraite (un an à peine) ont déjà été considérablement dégradés par les résidents, sans doute du fait d'un manque « d'éducation » ou de civisme (une vie d'errance, sans « chez soi ») et de la problématique de l'addiction.

f) *L'importance des créances irrécouvrables*

Le bureau des entrées à l'hôpital Max Fourestier travaille avec les assistantes sociales afin de régulariser la situation des patients sans couverture sociale. Cependant un certain nombre de dossiers restent inclassables, représentant 500 000 euros impossibles à facturer pour l'établissement. Les causes peuvent être les suivantes : identité mal saisie, patient ne revenant jamais faire valoir ses droits, hôpital pas informé de l'ouverture de droits...

**Evolution des créances irrécouvrables en non valeur sur 4 ans**

	Année 2000	Année 2001	Année 2002	Année 2003
Créances irrécouvrables admises en non valeur	3 708 600 €	3 003 358 €	5 271 298 €	8 639 473 €
Total actif circulant	36 242 377 €	35 944 466 €	39 166 587 €	40 032 042 €
<b>Part des créances irrécouvrables / Actif circulant</b>	<b>10,23%</b>	<b>8,36%</b>	<b>13,46%</b>	<b>21,58%</b>

Les surcoûts identifiés par la Direction des Finances sont légitimes mais leur quantification est difficile. La méthode a consisté à partir des fiches d'activités de la base de données d'Angers pour comparer les coûts à Max Fourestier par rapport à la moyenne, les surcoûts étant forcément attribués à la précarité. Or les tutelles peuvent estimer que ces surcoûts sont dus à une mauvaise organisation en interne (ex. des créances irrécouvrables) ou à des pratiques locales.

## **B) La mission Aoustin reconnaît des particularités mais pas l'ensemble des surcoûts**

Trois axes ont été différenciés :

### *a) L'effet déport du social et du médico-social sur le MCO*

L'importance de l'effectif des surveillants et des assistantes sociales a été reconnue comme un surcoût effectivement lié à la précarité. Un montant de 1,06 millions a été reconnu dans le cadre des MIG mais provisoirement, dans l'attente d'une « opération vérité » (parvenir à déterminer l'ensemble des remboursements que les structures sociales doivent opérer au budget général). En effet, si la démarche entreprise dans l'objectif d'assurer une meilleure sincérité des comptes a déjà permis de clarifier la situation financière des différentes structures, l'effet déport doit, selon le rapport, être plus justement identifié. En 2005, le budget comprend 11 budgets annexes qui sont censés effectuer des remboursements au budget H au titre de la prise en compte des charges communes. Le montant exact de ces remboursements n'a pas encore fait l'objet d'un accord.

Concernant les surcoûts que la mission a accepté de prendre en compte, il faut souligner que si les dépenses imputables à l'effectif des surveillants relèvent probablement d'une mauvaise répartition structures sociales/hôpital<sup>30</sup>, il n'en est pas de même pour les assistantes sociales qui travaillent exclusivement pour l'hôpital.

### *b) Les difficultés structurelles de l'activité MCO antérieures à la T2A*

Ce champ n'est bien sûr pas pris en compte. Cependant, on peut être surpris par ce qu'il recouvre : les consultations et activités externes, les créances irrécouvrables. Certes le rôle de dispensaire de l'hôpital et l'importance des créances irrécouvrables sont antérieurs à la T2A cependant, il pourrait s'agir, au moins pour le premier point d'une mission d'intérêt général.

### *c) L'impact de la T2A*

Selon les experts, les efforts réalisés par l'établissement en vue de diminuer la DMS ont été reconnus mais doivent être poursuivis. Ils ne justifient pas des financements complémentaires. L'argumentaire des experts repose sur deux points : « *l'établissement*

---

<sup>30</sup> 20 surveillants ont d'ailleurs été imputés au budget du Chapsa cette année.

*dispose de capacités d'hébergement importantes » et « il n'entre pas dans la définition des MIGAC de sanctuariser une absence de lits d'aval ».*

Mais les structures sociales ne sont pas adaptées à tous les patients ! L'état des locaux du CHRS de longue durée ne permet pas une prise en charge soignante correcte, les patients ayant des problématiques psychiatriques aigus ou de démence ne peuvent être acceptés ni à la maison de retraite ni au CHRS...

La mission résume : *« Les particularités incontestables du CASH de Nanterre et le sentiment d'être défavorisé sur le plan budgétaire par la mise en place de la T2A du fait d'une pression accrue par la disparition du lissage qui était opéré au plan régional dans le cadre du PMSI, ne doivent pas occulter les efforts que cet hôpital doit mener pour entrer dans la réforme au même titre que n'importe quel autre établissement. »*

Nous reviendrons dans la dernière partie sur les préconisations qui ont été formulées.

**Les spécificités de l'établissement et de la population accueillie sont indéniables, entraînant des surcoûts pour l'établissement, difficilement objectivables. Elles sont en tout cas au cœur de la culture de l'établissement et cristallisent beaucoup d'enjeux. La réforme en cours de la tarification à l'activité, avec l'impact financier qu'elle est susceptible d'entraîner amène à une remise en question d'ordre culturelle et stratégique.**

**Quels bouleversements la T2A va-t-elle apporter ?**



### 3 INCIDENCES DE LA T2A POUR LA CULTURE ET LA STRATEGIE DE L'ETABLISSEMENT

---

#### 3.1 La place prépondérante du social à l'hôpital Max Fourestier...

Quels sont les dispositifs mis en place, les avantages et les coûts ? Que nous apprennent-ils sur la culture de l'hôpital ?

##### 3.1.1 L'originalité des structures de l'hôpital Max Fourestier

« *L'hôpital est au centre d'un réseau de coopération qui vise à aller à la rencontre des exclus en multipliant les voies d'accès aux soins et à les rétablir dans une forme de droit commun* »<sup>31</sup>. A cet égard, le CASH de Nanterre est exemplaire et c'est pour cette raison et afin de mieux comprendre l'engagement présent (la culture) et les réponses déjà apportées au défi de la prise en charge de la précarité (la stratégie) que nous présenterons les structures.

Une polémique a longtemps existé sur les structures spécifiques dédiées aux populations précaires. Une interview de N. Lanne, alors responsable de la mission France de Médecins Sans Frontières, dans le magazine Multiples de juillet 1996 retranscrit bien la position adoptée par certains médecins. « *Pourquoi multiplier à l'infini les structures de soins gratuits quand la loi est claire là-dessus et que chacun peut-être soigné dans les services hospitaliers* ». Les lits infirmiers sont un bon exemple de la confusion qui peut exister. Les occupants ne sont pas des « pauvres » qui ne méritent pas d'être hospitalisés. Il s'agit au contraire d'une structure intermédiaire entre l'hospitalisation aigue et le retour à la rue lorsque l'état du patient permettrait un retour à domicile s'il en avait un (besoin de pansements, nécessité de surveillance d'un traitement lourd, attente d'un transfert dans une structure...).

Les structures du CASH spécifiquement dédiées, le sont soit parce qu'elles sont plus adaptées (consultations avancées), soit parce qu'elles répondent à un besoin de structure qui n'existe pas (ex. des lits infirmiers).

---

<sup>31</sup> Actualité en Santé Publique, septembre 1995.

## **A) Structures et dispositifs spécifiques en amont**

### *a) La polyclinique*

La polyclinique (du grec, « lits pour la cité »), située à l'entrée de l'hôpital et dirigée par un professeur en santé publique est une structure qui accueille essentiellement des patients précarisés : consultations sans RDV, CDAG, consultations spécialisées...

La philosophie de ce lieu atypique qui existe depuis la fin des années 90 se résume en trois idées clés :

- Prise en charge de tous les patients à leur arrivée par un médecin, quelle que soit leur couverture sociale. Bilan complet à l'arrivée à partir d'un questionnaire sur les « facteurs de risque » jetant les bases d'une entreprise d'éducation, lors d'une consultation d'une quarantaine de minutes.
- En contrepartie engagement du consultant à entamer des démarches d'ouverture de droits accompagné d'une assistante sociale.
- Prise en charge globale du patient par des professionnels différents (diététiciennes, psychologues, infirmières...) qui partagent le secret médical. A des syndromes souvent multifactoriels répond une prise en charge pluridisciplinaire.

En un lieu unique, différents médecins et spécialistes répondent aux besoins des patients : le patient est bien au centre du dispositif.

La structure a rompu avec deux travers : la médicalisation des problèmes sociaux et l'absence de culture de « *remise dans les droits* » (les médicaments étaient par exemple délivrés à titre gratuit, avec un faible contrôle plutôt que de réaliser une ouverture de droits).

Compte tenu d'une ouverture à des plages horaires importantes et de l'existence de consultations sans RDV, on peut penser que cela diminue le nombre de passages aux urgences et permet de prévoir des hospitalisations programmées si nécessaire. De plus, la prise en charge précocement en consultation et les campagnes de prévention qui sont menées limitent la dégradation de l'état de santé des patients.

### *b) Le réseau ASDES*

Depuis mars 2001, un réseau Accès aux Soins aux Droits et Education à Soins (ASDES) a été initié au sein de la polyclinique. Les idées fondatrices ont été reprises. Il s'agit de l'un des premiers réseaux en Ile de France répondant à la définition du « Réseau de Santé » tel que présenté dans la loi du 4 mars 2002. La plaquette de présentation du réseau réaffirme la philosophie de prise en charge globale des patients : « *La prise en charge*

*globale, ciblée et personnalisée du patient, en regard des facteurs de risques, médicaux et sociaux qu'il peut représenter est l'objectif même du réseau de santé. »*

Le réseau ASDES fonctionne sur tout le bassin de vie de Nanterre et les communes limitrophes, y compris Paris. Tous les patients disposent d'un dossier informatisé complet qui comprend l'ensemble des facteurs de risques médicaux et sociaux (à ce titre, les médecins libéraux sont indemnisés 45 euros par le réseau compte tenu de la durée de la consultation). Une feuille de consentement est préalablement demandée au patient.

Les principaux partenaires sont des médecins généralistes libéraux afin de tenter d'éviter de faire jouer à l'hôpital un rôle qui ne lui appartient pas et dont il s'acquitte pour un coût plus important. *« Mieux orienter les personnes dans leur démarche de santé dans un esprit d'accès aux soins de qualité couplé systématiquement à la prévention et à l'éducation à la santé est un point central du réseau ASDES ».*

L'obligation d'avoir un médecin traitant depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2005 est un support utilisé par les professionnels de la policlinique pour rediriger les patients précaires vers une prise en charge plus classique et moins hospitalo-centrée.

Le réseau comprend 70 médecins libéraux, 11 médecins hospitaliers, 1 psychiatre, 1 psychologue, 2 diététiciennes, 1 conseillère sociale.

Une convention avec le centre voisin de la sécurité sociale permet de faire des demandes d'ouverture de droits en urgence (sur certificat d'un médecin) qui seront traités prioritairement en quelques jours au lieu des plusieurs semaines habituellement.

De mars 2001 à fin 2004, 3600 patients ont bénéficié d'un dépistage de leurs facteurs de risques médicaux et sociaux par un médecin. En dépit d'un financement spécifique identifié de la Dotation Régionale de Développement des Réseaux (DRDR) pour le réseau ASDES de la policlinique, l'idée a longtemps prévalu et prévaut toujours que cette dernière coûte cher à l'hôpital. Elle personnifie la problématique de l'hôpital : jusqu'où va-t-on dans les prises en charge spécifiques et les missions d'intérêt général dans un contexte de limitation des ressources financières ? La communauté médicale se pose actuellement ce type de questions comme nous le verrons dans la partie 3.2.

### *c) Les consultations du service de liaison sanitaire et sociale*

Le service hospitalier de liaison sanitaire et sociale assure deux consultations : au Chapsa et au CHRS de longue durée pour les hébergés de cette structure qui ne sont pas suffisamment autonomes pour bénéficier d'une prise en charge à la policlinique. Au besoin, ces patients bénéficient de consultations de spécialistes sur l'hôpital ou d'une hospitalisation. Le contrat de séjour établi entre les travailleurs sociaux référents et les hébergés prévoit lorsque cela est nécessaire les modalités d'observance des soins.

## **B) Structures spécifiques de l'aval**

En dehors de l'ouverture d'un SSR depuis trois ans, et de la maison de retraite, le CASH dispose de deux structures d'aval uniques. Il s'agit des lits infirmiers au Chapsa, déjà évoqués et du Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) du CHRS de longue durée. C'est sans doute une originalité du CASH : pour une partie des profils de patients précaires, l'établissement dispose de ses propres structures d'aval.

### *a) Les lits infirmiers au Chapsa*

Les services cliniques de l'hôpital ont ainsi la possibilité de faire transférer des patients qui n'ont pas de domicile dans une structure intermédiaire plus adaptée et ainsi d'éviter une hospitalisation abusive et prolongée. Cela ne résout pas toutes les difficultés des services car ces patients doivent être autonomes (pour des raisons de personnel et de locaux, ils doivent être capables de descendre seuls prendre leur repas au réfectoire du Chapsa). Une étude de l'IGAS et de la DDASS à Paris concernant les lits infirmiers a conclu à une bonne adaptation de ce dispositif aux besoins.

### *b) Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) du CHRS de longue durée*

Le SSIAD du CHRS, comprenant 75 places, permet de prendre en charge des patients aigus qui reçoivent quotidiennement la visite de l'équipe médicale et soignante ainsi que des patients souffrant d'un handicap physique ou psychique. Les locaux sont cependant une limite<sup>32</sup>. De plus, depuis cette année, le budget du SSIAD est externalisé par rapport au budget H : 50% des dépenses sont prises en charge par le budget du CHRS et 50% dans le cadre du forfait soins de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie.

### *c) La maison de retraite*

La maison de retraite, d'une capacité de 248 lits est sur le même site que l'hôpital. Sa demande de conventionnement EHPAD devrait la rapprocher des établissements pour personnes âgées classiques. Actuellement, le recrutement de la maison de retraite est tout à fait particulier. Si les bâtiments ont été entièrement remis à neuf et réaménagés avec des chambres individuelles cette année, la maison de retraite a longtemps été la structure éponyme de « la maison de petits vieux » (le CASH). Les pensionnaires de la maison de retraite viennent essentiellement des structures sociales, avec éventuellement

---

<sup>32</sup> Actuellement des travaux sont en cours pour transformer les dortoirs en chambres et réhabiliter des locaux extrêmement vétustes et peu équipés. Seuls les patients venant de la rue peuvent aujourd'hui accepter d'y vivre.

un passage en hospitalisation. En conséquence, les résidents sont très majoritairement de sexe masculin, plus jeunes que les moyennes observées dans d'autres maisons de retraite et bénéficient tous de l'aide sociale. La possibilité d'obtenir des dérogations d'âge pour les patients particulièrement dépendants a conduit à ce que la maison de retraite devienne pour certains patients une structure d'aval, ce qui n'est pas sans poser des questions éthiques.

Les patients déments ne peuvent à l'heure actuelle y être accueillis ; se sont donc souvent des patients aux DMS très longues.

### **C) Structures de prise en charge administrative**

Aux nombreuses « portes d'entrées » de l'hôpital, l'ouverture de droits est une préoccupation constante. A la polyclinique et à la PASS, la nécessité d'entreprendre des démarches fait partie intégrante d'un contrat avec l'utilisateur.

#### *a) La Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS)*

La loi du 29 juillet 1998 érige en mission nouvelle du service public hospitalier la lutte contre l'exclusion sociale.

L'article 71 de la loi de lutte contre les exclusions prévoyait que soit établi, dans chaque région, un programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS). Elaboré au niveau régional et dans le cadre de la loi de lutte contre les exclusions, il devait faciliter la mobilisation et la coordination des différents acteurs agissant dans le domaine de la santé. Il visait notamment à développer des réseaux médico-sociaux de prise en charge et de suivi des personnes en situation de précarité ainsi que des actions spécifiques dans les domaines tels que la santé mentale, la prévention des dépendances ou la prise en charge des pathologies chroniques chez les personnes en situation de précarité.

Dans le cadre des PRAPS, les établissements publics de santé pouvaient conclure des conventions avec l'Etat prévoyant la prise en charge des actes médicaux courants, actes de radiologie et de biologie et médicaments.

Une circulaire du 17 décembre 1998 définit le rôle des PASS. Le dispositif avait à l'époque suscité l'enthousiasme des acteurs de santé. Aujourd'hui le bilan est mitigé, chaque PASS fonctionne différemment, certaines n'ont pas de budget.

A l'hôpital Max Fourestier, la PASS a été mise en place en juillet 1999 au niveau de la polyclinique. Une assistante sociale y a travaillé à temps plein ; aujourd'hui sa remplaçante partage son activité entre les urgences et la PASS. Le rôle du dispositif est essentiellement de permettre des délivrances gratuites de médicaments en attendant une ouverture de droits qui est la condition sine qua non pour bénéficier de cette facilité. Tous les consultants ainsi que les patients de l'hôpital peuvent en bénéficier. 1732 patients ont été pris en charge en 2004.

La PASS a également permis au service social hospitalier de bénéficier d'une messagerie sécurisée avec la CPAM.

*b) Le service des affaires administratives et sociales (SAAS)*

Tous les patients des lits infirmiers sont vus par un travailleur social et un agent administratif du SAAS. Son rôle est principalement d'ouvrir des droits sociaux pour les personnes hébergées dans les structures sociales.

*c) Le RMI extérieur*

Le service du RMI extérieur réalise des domiciliations pour que les personnes qui n'ont pas d'adresse puissent entreprendre des démarches administratives. L'aide apportée par les agents qui y travaillent peut porter mais pas uniquement sur la couverture sociale. Le recrutement est plus large que celui de l'hôpital.

Il existe donc au CASH, contrairement à d'autres hôpitaux plusieurs portes d'entrées pour que les patients en situation de précarité puissent bénéficier d'une prise en charge. Les démarches d'ouverture peuvent être effectuées par les structures présentées ci-dessus ou par le service social hospitalier s'ils ne sont pas « signalés » dès les urgences mais dans les services cliniques. Les signalements sont effectués par le bureau des entrées ou les médecins des services cliniques.

Il reste tout de même une difficulté : toutes les démarches supposent une participation active de la personne concernée or si les démarches sont souvent entreprises avec l'aide de travailleurs ou d'assistants sociaux, le circuit du retour fonctionne moins bien. Ainsi l'hôpital peut recevoir les cartes d'assurés sociaux alors que les personnes concernées ne viendront jamais les chercher, ou n'être jamais informé que le patient a obtenu des droits.

De plus, ces démarches ne sont pas toujours faciles à faire comprendre à des personnes en situation de précarité, d'autant moins facilement que perdure le mythe de la gratuité des soins à l'hôpital. Une enquête de M.L. De Villemeur en 1997 a ainsi montré que le recours privilégié des populations en situation de précarité s'explique à la fois par leur perception qu'il s'agit de la seule façon de se faire soigner mais aussi par le fait qu'ils pensent que les consultations aux urgences sont gratuites ou moins chères qu'ailleurs. Effectivement, aux urgences, les patients n'avancent pas les frais.

L'hôpital Max Fourestier réalise ce qui est préconisé par P. Mossé dans Le lit de Procuste « *l'hôpital doit être au centre d'un réseau de coopération qui vise à aller à la rencontre des exclus en multipliant les voies d'accès potentielles aux soins et à les rétablir dans une forme de droit commun* ». C'est ce qui a forgé la culture de l'établissement

### 3.1.2 Une culture fortement marquée par le social

L'histoire du CASH qui a été détaillée en introduction est fondamentale pour comprendre la culture qui prévaut aujourd'hui dans l'établissement. Elle a façonné des caractéristiques marquantes.

#### A) Dimension sociale des médecins et du personnel

Les médecins de l'hôpital se distinguent certainement par leur qualité d'écoute et leur accessibilité et une grande partie de leur activité reste consacrée aux patients. Des médecins humanistes ont exercé dans l'établissement, tels Max Fourestier, chef du service de pneumologie à Nanterre et qui a donné son nom à l'hôpital, Patrick Henry, médecin interniste de la consultation, Xavier Emmanuelli.

Il est difficile aujourd'hui de mesurer le chemin parcouru par la structure vers le droit commun. A titre illustratif, les médecins de l'hôpital étaient encore dans les années 80 de simples « agents municipaux » ayant réussi un internat spécifique mais sans perspective de carrière dans les autres hôpitaux. Ils se sont battus pour une intégration dans le corps des praticiens hospitaliers lorsqu'il a été créé.

Les médecins arrivés plus récemment qui ont été interrogés sur leur motivation, ne sont pas venus pour les spécificités du CASH. A posteriori, ces particularités sont un attrait de la mission. Il en est de même pour une partie des personnels paramédicaux et administratifs. La maxime entendue « *si l'on vient au CASH par hasard, on n'y reste pas par hasard* » est souvent vérifiée. Fait notable, un seul praticien hospitalier temps plein exerce une activité libérale au sein de l'établissement.

#### B) Prise en charge globale du patient

Plusieurs chefs de service rencontrés ont souligné la nécessité d'une prise en charge globale du patient. Cette philosophie est reprise sur tous les documents produits par le réseau ASDES. Dans la plaquette de présentation du réseau, il est indiqué que « *Le médecin se doit aujourd'hui d'assumer un nouveau rôle. Confronté à des personnes malades, certes, mais, aussi, de plus en plus vulnérables et à risques, il se voit peu ou prou, conduit à assumer un rôle beaucoup plus large de conseiller en santé.* ».

Cela signifie pour les praticiens que le patient n'est pas seulement une pathologie et qu'il vient à l'hôpital avec des problèmes divers que chaque professionnel compétent doit traiter. Le constat fait par le chef de service de la liaison sanitaire et sociale « *on ne peut pas découper les gens en tranches* », amène à la création de dispositifs transversaux, spécialisés et mobiles.

Ainsi il existe sur l'hôpital une équipe psychiatrique de liaison et d'urgence (un psychiatre et une infirmière interviennent à la demande des services cliniques ou aux urgences pour détecter d'éventuels problèmes psychiatriques), une équipe de liaison en alcoologie, et une unité de liaison et de soins aux toxicomanes. Un anesthésiste référent douleur se déplace également à la demande des services, avant de pouvoir structurer une équipe mobile douleur. Par ailleurs cette année, une équipe mobile de soins palliatifs est en cours de constitution. Ces équipes vont à la rencontre des usagers, ce qui correspond tout à fait à la philosophie de la prise en charge à Nanterre : le patient au centre.

Dans deux secteurs au moins, toxicomanie et alcoologie, les médecins travaillent en étroite collaboration avec des assistantes sociales spécialisées qui reçoivent en consultation. Dans le service de diabétologie, les médecins associent fortement les diététiciennes en leur confiant l'éducation de semaine ou au chevet du patient, la réalisation d'outils pédagogiques et une partie du suivi (consultations post hospitalisation).

Or les problèmes liés à la précarité sont justement médico-psycho-sociaux. La liaison alcoologique qui comprend un médecin, un psychiatre et une assistante sociale constitue une des réponses adaptées.

### **3.1.3 Le service social hospitalier au cœur du dispositif de prise en charge**

#### **A) Champ d'action**

Le caractère polymorphe de la notion de travail social lui donne parfois une connotation un peu floue qui lui fait perdre de sa lisibilité. Pour le ministère, il s'agit d'un « *ensemble d'activités sociales conduites par des personnes qualifiées, dans le cadre d'une mission autorisée et/ou prévue par la loi, au sein de structures publiques ou privées, en direction de personnes ou de groupes en difficultés, afin de contribuer à la résolution de leurs problèmes.* »<sup>33</sup>.

Le service social hospitalier est l'acteur clé de la prise en charge des problématiques sociales à l'hôpital. D'après le décret 93-652 du 26 mars 1996, le rôle du service social hospitalier est de « *conseiller et orienter les personnes accueillies et leurs familles, les aider dans leurs démarches et informer les services dont ils relèvent pour l'instruction d'une mesure d'action sociale.* ».

---

<sup>33</sup> «Les mots de l'action sociale» sur le site [www.social.gouv.fr](http://www.social.gouv.fr)



## B) Positionnement

### a) *Vis-à-vis des médecins*

Les professions sociales sont devenues les « spécialistes de l'humain » depuis que la maladie comme objet d'étude a supplanté le malade lui-même. Parallèlement, le médical est souvent considéré comme un domaine sur lequel on peut agir contrairement au social intangible.

Selon la cadre sociale de l'hôpital, la première étape est de détecter d'éventuels problèmes physiques « *pour lever le doute* », car pour un travailleur social, la formation et l'habitude font que les symptômes sont souvent attribués à des difficultés sociales, parfois à tort.

La tendance inverse, la médicalisation des problèmes sociaux se confirme également (cf. les spécialisations médicales en alcoologie). Mais ce n'est pas le cas à Nanterre.

*« L'histoire du travail social pourrait se résumer en une recherche permanente du bon positionnement relatif [...] Ainsi, c'est par rapport aux missions, aux fonctions, aux idéologies de leurs partenaires et non en fonction d'un projet qui leur serait propre, que se déterminent depuis plus d'un siècle les professionnels du social. Ils se retrouvent donc en décalage puisque toujours en réaction ».* P. Mossé souligne ici un aspect particulier de la culture des assistantes sociales et en effet, il ne leur est pas toujours facile de se positionner vis-à-vis des médecins, la crainte d'être « *à la botte des médecins* » et reléguées à des missions utilitaristes en termes économiques, ouvrir des droits et préparer la sortie.

### b) *En psychiatrie*

La précarisation sociale peut être consécutive à des troubles psychiques traités ou non qui ont invalidé les capacités d'adaptation et d'insertion de la personne. Ces troubles sont aggravés du fait de la difficulté pour une personne en situation précaire de poursuivre un traitement. Inversement, l'exclusion et la précarité fragilisent également l'équilibre mental des personnes. Des synergies et des rapprochements institutionnels sont nécessaires. Dominique Farge-Bancel indique dans le chapitre consacré aux pathologies de la précarité<sup>34</sup> : « *chargés de cette lourde mission de diminuer la détresse sociale avec somme toute peu de moyens, les travailleurs sociaux buttent de façon inexorable contre*

---

<sup>34</sup> FARGE-BANCEL D., JOURDAIN-MENNINGER, D., *Hôpital public, le retour à l'Hôtel-Dieu*. Collection « Santé et politiques sociales ». Paris : Hermès, 1997. 351p.

*la souffrance psychique* ». Sachant qu'un tiers environ des patients précaires souffrent de pathologies psychiatriques, in fine, à qui revient-il de traiter l'exclusion sociale ?

La tentation est grande de renvoyer vers la psychiatrie, ce qui n'est pas toujours judicieux, d'autant qu'il y a rarement une demande de soins<sup>35</sup>. D'autant que les équipes soignantes ne sont pas toujours en capacité de traiter la question psychologique sans une aide matérielle préalable. En effet, s'agit-il vraiment de la maladie ou de ses symptômes ? J. Maisondieu dans un colloque sur le thème « Pouvoirs et limites de la psychiatrie » estime que *« l'état dépressif ne peut être un diagnostic sérieux chez un rmiste abattu, triste, anxieux, insomniaque parce qu'il n'a ni argent, ni travail, ni domicile. Si il était heureux et détendu dans ce contexte, c'est alors que se poserait la question de la maladie »*.

Un article de Caroline Helfter, ASH n°2340, 2 janvier 2004 pose la question suivante : « Vers une sanitarisation du travail social ? », selon une expression du psychiatre Jean Furtos. L'auteur préconise un maillage du social et du médical et en particulier de la psychiatrie, de manière à ce que ces deux champs d'intervention agissent en complémentarité et non plus en «s'ignorant », le premier prenant le relais du second.

*c) Le service social et les structures sociales*

Au sein des structures sociales, des travailleurs sociaux sont à la disposition des hébergés. Si le suivi social est peu fréquent au CHAPSA (décalage des horaires des travailleurs sociaux par rapport à une structure d'hébergement d'urgence de nuit ; contacts sur le mode du volontariat), il est en revanche systématique dans les CHRS et au CADA. Chaque hébergé a un référent social qu'il doit rencontrer régulièrement pour faire le point sur son projet d'insertion. Les droits sont donc a priori ouverts par le SAAS dont nous avons déjà parlé. Jusqu'à présent, les assistantes sociales ne connaissaient pas les noms des référents et pouvaient parfois entamer un travail d'accompagnement social avec un hébergé. Un dossier partagé avait été mis en place mais ne fonctionne plus. Les relations sont plus sur le mode interpersonnel que collectif. Une coordination se met actuellement en place et un groupe de travail d'assistantes sociales va tenter de trouver des solutions.

---

<sup>35</sup> Afin de faciliter la demande de soins, le CASH a d'ailleurs créé depuis deux ans une structure unique, le Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP) Social. Les hébergés du CHRS LD peuvent y pratiquer des activités et être encouragés à aller vers une prise en charge psychiatrique

## **C) Missions**

A l'hôpital Max Fourestier, les missions des assistantes sociales s'articulent essentiellement autour de l'accompagnement des patients pour l'ouverture de droits et la préparation de l'aval (retour à domicile, établissement de soins de suite, autre type d'hébergement...) en concertation avec le patient et son entourage et l'équipe pluridisciplinaire. L'ouverture des droits fait partie des missions de l'équipe depuis trois ans – dans d'autres établissements, ce sont des agents administratifs qui s'en chargent – ce qui témoigne à la fois d'un besoin particulier et de la préoccupation de l'établissement sur ce sujet.

Aujourd'hui, les assistantes sociales elles-mêmes doivent prendre en compte les incidences financières d'un séjour. A ce titre, une réflexion est actuellement engagée avec le bureau des entrées au sujet des demandes d'ouverture des droits pour les patients. Il est envisagé que les assistantes sociales continuent à instruire la demande, puis passent le relais au bureau des entrées pour la gestion administrative du dossier, très chronophage (essentiellement le suivi et les relances auprès de la sécurité sociale). Les assistantes sociales craignent un manque de coordination ou de communication entre les deux secteurs. La méfiance est réciproque : certains administratifs craignaient que le suivi des dossiers ne soit pas la priorité...

Le mémoire d'Isabelle Nicoulet met en lumière des durées de séjour plus longues lorsque les assistantes sociales s'occupent de régularisation des droits (Lariboisière) par rapport aux établissements où les assistantes sociales ne s'occupent que du placement des personnes (St Denis). Cela aura-t-il un effet à Nanterre ?

## **3.2 La T2A fragilise l'équilibre entre le médical et le social**

### **3.2.1 Le médical face au social**

#### **A) « Temps social » et prise en charge médicale**

##### *a) Les difficultés posées par la baisse des DMS*

Les délais qui s'imposent aux assistantes sociales, tant en matière d'ouverture des droits (collecte des éléments indispensables, délai d'examen des administrations...) que de recherche de solutions d'aval (rencontre avec les familles, contact avec les structures d'aval, régularisation de situations administratives...) sont parfois importants, plus que ne le nécessite la prise en charge médicale.

Or les pressions pour diminuer les durées moyennes de séjour, particulièrement pour les patients précaires, l'indice de performance étant en 2003 à 0,76 sont incontestables. Cela suppose une adaptation du travail des assistantes sociales, par exemple des entretiens plus courts et plus ciblés, la mise en place de procédures d'urgence. Dans ce cadre, un accord a été passé avec la CPAM du 92 afin que certains dossiers de demande d'ouverture de droits soient traités en urgence. Le caractère d'urgence est toujours justifié par un médecin. Dans ce cas, la demande est envoyée par fax et traitée en priorité, contre 2 à 3 mois dans les autres centres ou en cas de procédure normale.

Les assistantes sociales sont soutenues par le fait que la plupart des structures d'aval n'acceptent un patient qu'à la condition qu'il bénéficie d'une prise en charge. On connaît la rareté des structures de soins de suite, ce qui les place en position de force pour refuser un patient. Les refus concernent principalement des malades trop lourds ou dépendants pour deux raisons : les difficultés de recrutement de personnel des soins de suite et donc leur préférence pour des patients demandant une charge en soins moins importante, et leur préoccupation d'anticiper la sortie de leur propre structure compte tenu des nombreuses demandes d'admission. En conséquence, les patients restent parfois bloqués à l'endroit le plus coûteux pour la collectivité : l'hôpital.

Les démarches administratives peuvent demander plusieurs mois. Or, la maison de retraite de l'hôpital par exemple, à l'image d'autres structures d'aval n'accepte plus de patients sans dossier d'aide sociale, du fait du reproche qui lui a longtemps été fait d'alimenter des créances irrécouvrables.

#### *b) Les enjeux*

On peut cependant craindre que la pression devienne telle qu'elle entraîne de fréquents désaccords entre le médecin et l'assistante sociale concernant le moment de la sortie. Dans son essai Le lit de Procuste, Philippe Mossé va plus loin en expliquant que la baisse de la DMS a des conséquences sociales. En effet, le transfert de la prise en charge des patients vers leur entourage favorise les usagers qui ont un contexte familial, social et économique « plus propice ».

On peut également craindre une baisse de la qualité de la prise en charge sociale. Plus fondamentalement, compte tenu du coût de l'hospitalisation, on peut se demander si l'hôpital est bien le lieu adéquat pour la prise en charge sociale.

De plus le relais n'est pas toujours facile à transmettre entre les différentes structures : au sein de l'hôpital, l'assistante sociale d'orthopédie n'est pas la même que celle du SSR

alors que les patients vont souvent de la première structure à la seconde, ce qui nécessite une coordination plus importante. Avec les structures extérieures, le passage de relais est périlleux : les assistantes sociales de secteur sont souvent débordées. En ce qui concerne les personnes âgées, le CLIC à domicile assure un suivi, dans les autres cas, les assistantes sociales hospitalières doivent s'orienter vers le milieu associatif (en fonction des pathologies).

Pour l'instant, cela ne m'a pas semblé être le cas au CASH mais les pressions sur la baisse de la DMS pourraient compromettre cette confiance mutuelle.

## **B) Tensions entre l'hôpital et les structures sociales**

La T2A risque de faire naître entre le secteur sanitaire et le secteur social des tensions du fait de la pression budgétaire. Déjà, progressivement l'hôpital a tendance à s'autonomiser et il en est de même pour les structures sociales qui sont devenues des entités juridiques indépendantes.

Au sein des structures sociales collaborent différents métiers, aussi bien sanitaires que sociaux. Au CHAPSA par exemple, l'accueil est assuré par des surveillants de la préfecture de police (déclinaison de l'identité) puis la prise en charge par des soignants (douches et attribution d'un numéro de chambre), enfin si cela est nécessaire et à la demande de l'hébergé par une équipe médicale (consultation) ou par un travailleur social qui va aider l'hébergé dans ses démarches (entretiens). Peu à peu, le sanitaire gagne du terrain<sup>36</sup>.

De même, à la maison de retraite, le personnel administratif dépend du directeur de la maison de retraite tandis que le personnel soignant dépend de la direction des soins de l'hôpital.

La communication entre services hospitaliers et structures sociales au sujet des hébergés n'est pas toujours optimale, cela a été relevé comme un point faible par les groupes de travail sociaux du projet d'établissement. Par exemple, les travailleurs sociaux qui suivent les hébergés des structures sociales se plaignent de ne pas avoir d'informations – qui relèvent du secret médical - de la part des médecins de l'hôpital en ce qui concerne les pathologies.

---

<sup>36</sup> Dans son essai *Les Naufragés*, P. Declerck relate qu'il y a quelques années, les surveillants assuraient les douches, au jet d'eau froide et au balai-brosse parfois

En l'absence de budget identifié et de recettes suffisantes pour les structures sociales, l'hôpital a longtemps financé le secteur social. A contrario, certains médecins soulignent que les structures sociales compte tenu de leur rôle en matière de lutte contre l'exclusion et d'ordre public, ont « sauvé » l'hôpital lorsque son existence a été menacée.

Les questions budgétaires à l'ordre du jour de la Commission Médicale d'Etablissement donnent lieu à débat au sein de la communauté médicale. Deux attitudes se dégagent : une position qui consiste à dire que ce que l'hôpital fait en matière de consultations de médecine générale répond à un besoin de santé publique du fait de l'absence de médecins libéraux et donc doit être maintenu, tandis que l'autre position maintient que si ces consultations pénalisent financièrement l'hôpital de manière trop importante, n'étant pas la mission essentielle de l'hôpital, elles doivent être abandonnées, aux pouvoirs publics de « prendre leurs responsabilités » pour faire en sorte que l'offre de soins soit assurée. Ces positions sont emblématiques de l'attitude des médecins à l'égard de la gestion et plus concrètement la réforme de la tarification à l'activité.

### **3.2.2 Le médical face à la gestion**

#### **A) Position critique du corps médical vis-à-vis de la réforme budgétaire**

L'engagement personnel des médecins est souvent la règle, accompagné d'une forme d'idéalisme. La majeure partie des praticiens hospitaliers a un a priori très défavorable en ce qui concerne la T2A et se cristallisent sur les missions d'intérêt général des attentes très fortes. La somme peu importante de missions d'intérêt général reconnue à l'établissement par rapport à sa demande en décision modificative et son opacité ont conduit la CME à voter contre à l'unanimité.

La mission Aoustin avait pointé un des symptômes de cette culture du CASH : l'existence d'un clivage médecin-direction, non pas conflictuel mais stratégique. Certes, les médecins présents à la CME ont bien intégré les contraintes financières et le risque pour les ressources des services – l'inquiétude est très vive. Mais *« il manque une vision plus dynamique des perspectives d'évolution et un travail en commun avec les praticiens cliniciens autour d'objectifs institutionnels »*. Une partie des médecins réclame en effet des informations de nature économique pour mieux évaluer leur activité.

Au sein de la communauté médicale, on remarque une prise de conscience que les réorganisations sont inévitables accompagnée d'une certaine amertume *« on nous a donné le nœud pour nous étrangler »*.

## **B) Faible degré d'anticipation de la réforme**

Alors que dans le domaine social, on a relevé les dispositifs novateurs de prise en charge, dans le domaine hospitalier, les réformes majeures sont rarement anticipées. Ainsi, la première visite d'accréditation avait à la fois donné lieu à un engagement important des professionnels dans les nombreux groupes de travail mais en même temps, la démarche avait été amorcée assez tardivement. Autre exemple significatif, la réflexion sur les pôles : la préoccupation n'est pas étrangère aux médecins mais au niveau institutionnel, le débat sur les enjeux de cette réforme n'a pas encore été engagé. Deux causes l'expliquent sans doute en partie : la taille modeste de l'hôpital et le fait que l'établissement a longtemps été tenu à l'écart des évolutions législatives (cf. loi de séparation du sanitaire et du social) avec peut-être le sentiment diffus que la norme doit s'adapter à nos spécificités (après tout l'établissement bénéficie souvent d'un texte réglementaire pour lui seul) et non pas l'inverse. Face aux incertitudes de la réforme de la T2A, on peut noter un faible degré d'anticipation de la part de certains professionnels de l'établissement. Ce manque fréquent d'anticipation conduit certainement à donner l'impression au corps médical que les réformes sont subies.

La T2A exige pourtant un changement de culture, qui passe certainement par des actions de formation et d'information. Les enjeux de la T2A sont bien compris par les chefs de service qui réalisent que la logique de recettes prévaut désormais.

Certains outils de la cellule d'analyse et de gestion et les statistiques quotidiennes basiques (taux d'occupation par services) sont diffusés à l'ensemble de l'équipe de direction et aux chefs de service. L'idée est sans doute à développer afin d'arriver à des tableaux de bord et des indicateurs de résultats partagés.

La mission Aoustin préconise une appropriation de la réforme par la communauté médicale du CASH par « *la mise en œuvre d'un reporting vers les services de soins mixant des indicateurs d'activité et des données médico-économiques en complément du reporting actuel* ». A terme il s'agira de mettre en œuvre un budget par pôle et dans le cadre de la contractualisation, de fixer des objectifs relatifs à l'activité.

Dans les conclusions de la mission Aoustin était également conseillé de rendre plus lisible la stratégie de l'établissement. Quelle est justement la stratégie vis-à-vis du social ? Le social peut-il constituer une spécialisation pertinente ?

### 3.3 Quelle stratégie vis-à-vis du social ?

La stratégie de l'établissement se dessine autour de trois pistes complémentaires :

- conserver le point fort de l'établissement, à savoir les liens entre le sanitaire et le social
- développer la mixité sociale afin d'accroître l'activité
- faire valoir la qualité de la prise en charge des patients précaires et des autres patients

#### 3.3.1 Conserver les liens entre sanitaire et social

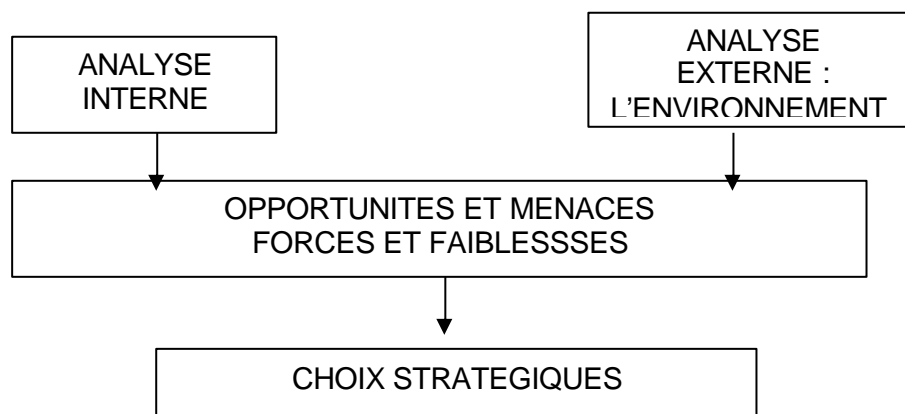
##### A) Considérations stratégiques

Si l'importance en taille et l'utilité des structures sociales a pu dans le passé, « sauver » l'établissement, la question pourrait aujourd'hui se poser de séparer les structures sociales de l'hôpital afin de rapprocher ce dernier du droit commun.

Aujourd'hui les structures sociales sont-elles une force ou une faiblesse ?

Il est vrai que le CASH a plus de poids avec les deux structures. A titre illustratif, de 52600 passages en 1987, le Chapsa a comptabilisé en 2004 87 224 passages. Sur un plan stratégique, le soutien du préfet, président du Conseil d'Administration et de certaines personnalités de la Mairie de Paris membres du CA sont un atout pour l'établissement. De plus, nous l'avons largement détaillé, cette forte dimension sociale avec la prise en charge des patients précaires a forgé la culture de l'hôpital.

Les modèles d'analyse stratégique<sup>37</sup> peuvent nous permettre de schématiser le contexte stratégique dans lequel se situe l'établissement.



<sup>37</sup> Les premiers modèles proviennent des Etats Unis dans les années soixante. Le plus connu est le modèle L.C.A.G. (du nom des professeurs Learned, Christensen, Andrews et Guth de la Harvard Business School de la Harvard Business School).



Centré sur l'identification des opportunités et menaces présentes dans l'environnement d'une part, sur l'évaluation des forces et des faiblesses de l'institution d'autre part, ce modèle est également connu sous l'acronyme de SWOT<sup>38</sup>.

#### **Modèle d'analyse décisionnelle SWOT pour le CASH**

<b>Forces</b>	<b>Faiblesses</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Qualité de la prise en charge et de l'accueil des populations précaires</li> <li>- Activités médicales répondant à des besoins de santé publique</li> <li>- Implication et sensibilité du personnel</li> <li>- Clientèle captive des structures sociales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Déficit d'image</li> <li>- Manque d'anticipation des réformes</li> <li>- Activité insuffisante au regard de la T2A</li> </ul>
<b>Opportunités</b>	<b>Menaces</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fermeture de structures aux alentours</li> <li>- Partenariat avec un hôpital de l'AP-HP pour rationaliser l'offre de soins</li> <li>- Soutien des tutelles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pression des tutelles pour restructurer l'offre de soins</li> <li>- Déséquilibre budgétaire du à la réforme de la T2A</li> <li>- Région où l'offre est fortement concurrentielle</li> </ul>

L'analyse du schéma SWOT nous montre que dans un contexte concurrentiel (la région parisienne, avec par exemple l'hôpital Louis Mourier AP-HP à quelques kilomètres, sur la même ligne de bus) et dans le cadre de la tarification à l'activité, l'établissement doit parvenir à développer son activité et à diversifier sa clientèle, un des moyens étant de permettre une plus grande mixité sociale.

#### **B) Traduction dans le projet d'établissement**

La mission Aoustin avait souligné la nécessité d'arrêter une stratégie, car son absence pouvait nuire à la visibilité et à la motivation des personnels. L'établissement n'avait à l'époque, pas adopté de projet d'établissement. La démarche est actuellement en cours et devrait être achevée avant la fin de l'année 2005.

<sup>38</sup> S.W.O.T. : Strengths-Weaknesses-Opportunities-Threats.

Justement, le projet d'établissement en cours maintient-il l'orientation spécifique de l'établissement, à la fois sanitaire et sociale?

La composition du comité de pilotage et les groupes de travail illustrent la volonté de synergie entre le sanitaire et le social. Trois représentantes des structures sociales (directrice de la Vie Sociale et de l'Insertion, responsable du SAAS et responsable du Centre d'Accueil des Demandeurs d'Asile), deux du corps médical (Président et vice-présidente de la CME) et deux de l'hôpital (chef d'établissement et directrice de la Stratégie, ainsi que moi-même dans un souci pédagogique).

A tous les groupes de travail (sociaux, médicaux et fonctionnels) a été posée la question des collaborations entre le secteur sanitaire et social, et un groupe de travail transversal intitulé « Synergies sanitaire et social » travaille spécifiquement sur ce sujet, « *clé de voûte du projet d'établissement* » selon le chef de service de la liaison sanitaire et sociale. Une des propositions de ce groupe de travail est la création de lits psycho-sociaux, à l'image des lits infirmiers, pour stabiliser des patients névrosés ou psychotiques ou en cas de crise aiguë mais passagère (ex. tentative de suicide pour une cause bien précise). Cette proposition reprend l'une des préconisations du rapport « Souffrance psychique et précarité » rendu en septembre 2003, la mise en place de lits de repos à orientation psycho-sociale. D'après le rapport, ces lits pourraient être financés par convention avec l'assurance maladie avec un financement à la place. Le coût à la place pour les lits d'hébergement avec soins infirmiers somatiques est évalué à 57,4 euros par jour.

Les autres groupes considèrent la plupart du temps que le travail avec le service social hospitalier est un apport positif.

Les orientations choisies sont conformes à la culture sociale de l'établissement : l'accueil de tous. Ainsi, le chef de service d'orthopédie explique à propos de la chirurgie septique pourtant « peu rentable » : « *les caractéristiques de notre population la rendent incontournable en même temps que passionnante car de vrais défis thérapeutiques y sont relevés quotidiennement. Elle va devoir de ce fait être structurée pour devenir la moins nuisible possible vis-à-vis du reste du service et de l'établissement.* »

Une des questions posées dans le cadre des travaux préparatoires au projet d'établissement concernait l'attractivité de l'hôpital. Le recrutement qui était majoritairement issu des structures sociales ne représente plus qu'une minorité aujourd'hui. Cependant beaucoup d'habitants des quartiers plus aisés de Nanterre ne viennent pas à l'hôpital. L'enjeu est pourtant de réussir à développer l'activité et éventuellement diversifier le recrutement. Pour se faire, l'établissement doit mettre en place les conditions nécessaires à la mixité sociale.

### 3.3.2 Encourager la mixité sociale

#### a) *Le poids du passé*

Beaucoup d'habitants de Nanterre identifient l'hôpital à la Clinique (« de La Défense »). Tandis que le CASH est souvent assimilé à la « maison des petits vieux » ou à une structure pour SDF. Dans la ville, l'hôpital est d'ailleurs peu signalé.

La première image du CASH a de quoi rebuter : les « duvets bleus » du CASH de Nanterre qui traînent aux alentours, les hébergés comme on dit pudiquement « abîmés » qui errent, demandent parfois une cigarette ou de l'argent, les agents de l'équipe d'hygiène (qui sont d'ailleurs des « hébergés » exerçant un emploi). Autour de la galerie de droite s'ordonnent les structures sociales et autour de la galerie de gauche les structures hospitalières mais l'espace n'est évidemment pas cloisonné. A l'intérieur les services sont pourtant ceux d'un hôpital classique, souvent remis à neuf d'ailleurs, dans le cadre d'un ambitieux plan de travaux. Mais cette image continue à avoir un effet répulsif pour une partie de la population du bassin de vie.

#### b) *La mixité sociale est-elle possible ?*

Belle idée en théorie mais qui laisse septique « *la mixité sociale, j'y crois pas* ». A titre illustratif, l'administration a renoncé à ouvrir une cafétéria/presse dans l'enceinte de l'établissement, alors que l'hôpital ne dispose en matière de prestations de services que de quatre distributeurs de friandises. La raison principale semble être la conviction que dans cet espace ne peuvent cohabiter des hébergés qui y verraient à juste titre un lieu de vie convivial et des patients « classiques » ou leur famille venus boire un café ou acheter une revue.

Le CASH semble se « banaliser » dans son recrutement mais est-ce que cette tendance va durer ? Il est cependant plausible que le phénomène des transferts abusifs en provenance d'autres hôpitaux s'aggrave par la mise en place de la T2A, les populations démunies n'étant pas très « rentables » à plusieurs titres. En effet, les études comparatives sur les expériences de tarification à l'activité à l'étranger montrent que certains hôpitaux ont tendance à sélectionner leur « clientèle »<sup>39</sup>. Plus qu'auparavant, Nanterre risque d'accueillir les patients dont les hôpitaux ne veulent pas.

---

<sup>39</sup> A titre d'exemple, dans le n°505 de la Revue hospitalière de France de Juillet-Août 2005, article « T2A : prend-elle en compte la qualité des soins », pp 28 à 32.

Si ces prévisions se réalisent, cela pourrait inverser la tendance à l'ouverture de l'hôpital et conduire à un risque de ghettoïsation de cette population ainsi qu'à la stigmatisation de l'hôpital.

*c) Les préalables*

La qualité de l'accueil tranche avec la première image repoussante pour certains de l'établissement. Ainsi beaucoup des personnes indiquent dans le questionnaire de sortie qu'elles n'ont pas toujours choisi l'hôpital de Nanterre mais qu'elles y reviendraient volontiers.

Un pré-requis fondamental à l'existence d'une mixité sociale est la généralisation des chambres individuelles. Le service d'obstétrique est un exemple réussi de mixité. Certes, on y trouve très peu de patientes issues des structures sociales. Comme le prouve l'enquête menée à Nanterre en 1996, la CMD « Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum » n'arrive qu'au vingtième rang des causes d'hospitalisation parmi les SDF avec 0,71%<sup>40</sup> alors qu'elle est au deuxième rang pour le reste de la population hospitalisée à Nanterre. Les patientes en situation de précarité à la maternité ont donc un profil plus « classique » ; en provenance de quartiers défavorisés du bassin de vie. La maternité est attractive : les chambres sont individuelles, une des ailes a été entièrement refaite, une salle spécialement aménagée est destinée aux mères qui souhaiteraient accoucher sans péridurale... Elle a fait dernièrement l'objet d'un article élogieux dans le magazine de la ville. En conséquence, l'éventail du recrutement est plus large que dans les autres services, avec également une population plus aisée.

La communication externe, peu développée jusqu'ici, pourrait constituer un moyen de remédier à la mauvaise image de l'établissement.

A plus long terme, afin de parvenir à développer l'activité et à recruter une clientèle diversifiée, il est nécessaire de faire valoir la qualité des prises en charge.

---

<sup>40</sup> On dénombre à peine 10% de femmes dans les structures sociales de Nanterre, les femmes enceintes étant intégrées à des dispositifs adaptés ou bénéficiant d'une solidarité familiale ou amicale plus importante

### 3.3.3 Faire valoir la qualité des soins

#### A) La T2A prend-elle en compte la qualité des soins ?

D'après un article du Dr Michel Bourjac<sup>41</sup>, dans les objectifs annoncés de la T2A, contrairement à d'autres pays, ne figure pas la qualité des soins. En effet, les tarifs des GHS sont déterminés par la moyenne des coûts constatés, indépendamment de la qualité des soins prodigués. Or les GHM qui valorisent les GHS regroupent des pathologies diverses, et les 2/3 de ces GHM sont inhomogènes (le coefficient de variation du coût est supérieur à 50%). Si un GHM rassemble à tort des pathologies ou prises en charge bien différentes, les établissements prenant en charge les pathologies les plus coûteuses n'auront plus les moyens de le faire et seront tentés de modifier leur recrutement.

D'après l'auteur, la dégradation de la qualité des soins peut être le résultat de plusieurs facteurs :

- raccourcissement abusif des durées de séjour et donc retour à domicile trop précoces entraînant des réhospitalisations
- allongement abusif de la DMS dans les établissements les moins productifs car à partir du moment où la borne des séjours extrêmes hauts est atteinte, un lit plein rapporte plus qu'un lit vide
- fractionnement des séjours entre différentes structures ou services
- non délivrance des soins optimaux par soucis d'économie
- multiplication abusive des actes et hospitalisations pour faire de l'activité
- sélection des patients qui se fera au détriment de Nanterre
- concurrence exacerbée entre hôpitaux, conduisant à ne plus coopérer

D'autres experts plus optimistes prévoient une amélioration de la qualité des soins parce que les économies réalisées dans la T2A pourront être réinvesties dans la qualité du service rendu et du fait que la concurrence obligera les établissements à optimiser la qualité des soins sous peine de voir la clientèle partir ailleurs.

Même si l'usager n'est pas toujours en situation de choisir son établissement en fonction d'une qualité qu'il ne connaît pas (asymétrie de l'information dans le domaine médical), le bouche à oreille et la communication externe pour un établissement comme celui de Nanterre sont essentiels pour diversifier le recrutement. Au contraire, des affaires

---

<sup>41</sup> Bourjac, M., « T2A : prend-elle en compte la qualité des soins ? », Revue hospitalière de France, n°505, Juillet-août 2005, p28 à 32

impliquant l'établissement ou le mécontentement des hospitalisés peuvent être catastrophiques pour l'établissement à la recherche d'une « image de marque ».

La qualité de la prise en charge passe par l'évaluation des pratiques professionnelles qui fait partie du dispositif de certification de la Haute Autorité en Santé (HAS), version 2.

## **B) Comment démontrer la qualité de la prise en charge des patients ?**

Comment prouver une prise en charge de qualité et la faire valoir, notamment auprès des tutelles, des partenaires potentiels du bassin de santé et des usagers potentiels ?

Qu'est-ce qui justifie que l'hôpital assure une prise en charge de qualité des patients précaires ? La tradition d'accueil fait partie intégrante de la culture. La prise en charge globale du patient, autour du patient (équipes de liaison) est une préconisation.

Dans la région, Nanterre conserve la réputation d'accueillir et de soigner les plus démunis, ce qui occasionne parfois des transferts abusifs en provenance d'hôpitaux voisins. Actuellement, ces transferts sont estimés par le service des urgences à 3 ou 4 par semaine. Dans certains cas, l'hôpital voisin dit ne plus avoir de place et minore ou élude les aspects sociaux du patient. Plus insidieusement, les transferts peuvent se faire indirectement par l'envoi d'usagers au CHAPSA : officiellement on envoie la personne pour un besoin d'hébergement puis on découvre une fois cette dernière transférée qu'elle a un problème médical. Ces transferts ne sont donc pas organisés et suscitent souvent l'irritation du personnel des urgences. Pourtant les patients sont toujours pris en charge.

Cet argumentaire constitue un premier élément de réponse, souvent évoqué par les médecins : si l'hôpital Max Fourestier ne prend plus en charge la précarité, qui le fera ?

Un deuxième élément de réponse consiste à préciser que les patients précaires sont pris en charge de la même façon que les autres patients.

La philosophie de l'établissement concernant le prendre soin est particulièrement adaptée aux patients précaires. La prise en charge globale du patient (polypathologie, intrication des problématiques psychologiques, sociales et médicales) au centre du dispositif (aller au devant alors que les patients précaires accordent souvent à la santé une importance secondaire) sont un gage de prise en charge adaptée.

La visite d'accréditation version 2 comporte des objectifs plus exigeants en terme de qualité de la prise en charge et d'évaluation des pratiques professionnelles. Ce sont des guides précieux pour améliorer la qualité de la prise en charge.

**L'accueil et la prise en charge des personnes en situation précaire constituaient pour une grande partie du personnel et pour l'ANAES (devenue HAS) un point fort de l'établissement. Compte tenu des fortes contraintes financières, c'est aujourd'hui une vulnérabilité pour l'établissement. La culture de l'établissement et le sentiment partagé que l'hôpital répond à un besoin du territoire de santé militent en faveur d'une adaptation. Enfin, la stratégie de l'établissement conforte cette orientation.**

**Ce ne sont donc pas les missions de l'établissement qui doivent changer mais les méthodes. Quelles leçons en tirer et quelles peuvent être les pistes d'adaptation à la réforme de la tarification pour l'établissement ?**

## **4 COMMENT RENDRE COMPATIBLES L'EQUILIBRE FINANCIER ET LA MISSION SOCIALE DE L'ETABLISSEMENT ?**

---

Faire valoir et faire reconnaître par les MIG, tout en mettant en œuvre d'autres stratégies d'adaptation, tel est le défi de l'établissement.

Pour le gestionnaire, la problématique est la suivante : comment créer des structures de prise en charge, financées par les MIG ou par d'autres financements spécifiques et qui apportent une valeur ajoutée aux patients ?

### **4.1 Propositions pour une meilleure valorisation des surcoûts liés à la précarité**

Clarifier l'identification de surcoûts permettra de faire reconnaître ses différentes spécificités auprès des partenaires institutionnels et hospitaliers du CASH.

A première vue, seul le dispositif des MIG permettrait de financer les surcoûts liés à l'accueil de patients précaires dans un établissement hospitalier. Pourtant, d'autres dispositions de la T2A prennent indirectement en compte les aspects sociaux de la prise en charge.

#### **4.1.1 GHM et séjours extrêmes hauts**

Tout d'abord, il est possible que des éléments sociaux soient pris en considération dans les groupes homogènes de séjour (GHS). En effet, les 700 GHS sont en partie basés sur un tarif inspiré de l'Etude Nationale des Coûts (ENC) et sont donc calculés à partir d'une durée moyenne de séjour et non d'une durée optimale. Or les quarante établissements participant à l'étude n'ont pas une clientèle privilégiée, ils ont donc probablement soignés un certain nombre de patients précaires. D'un autre côté, les établissements participant à l'étude de l'ENC sont tous volontaires et ne sont donc pas représentatifs des établissements dans leur ensemble. C'est pourquoi les GHS sont retraités avec des pondérations. Enfin, il est dans tous les cas peu probable que les patients en situation de précarité soient aussi nombreux qu'à l'hôpital Max Fourestier.

Les séjours extrêmes hauts par contre devraient rémunérer une prise en charge sociale. En effet, si le GHM est homogène, c'est à dire qu'il regroupe des pathologies similaires aux durées de séjour identiques, les DMS anormalement longues ne devraient être dues



qu'à des considérations sociales et non pas médicales. Par exemple, hospitalisation de plus de dix jours pour un accouchement sans complication ne peut être due qu'à une cause sociale.

Progressivement, les GHM sont affinés afin d'être cohérents médicalement. Ainsi de 700 GHM en 2005, on passera en 2006 à 1000.

Entre la borne basse et la borne haute du GHS, l'hôpital reçoit un forfait tout compris, indépendamment de la durée de séjour. Par contre, si la borne haute est dépassée, soit trois fois la durée normale du GHS, l'hôpital perçoit par journée supplémentaire 0,75% du tarif ramené à la journée dans la limite de 200 jours. Ces bornes sont calculées selon une formule mathématique mais ne peuvent dans tous les cas excéder de trois fois la DMS. En 2005, l'abaissement des seuils des séjours extrêmes hauts à 2,5 fois la DMS conduira sans doute à une meilleure prise en compte des séjours anormalement hauts.

Les missions d'intérêt général restent cependant le dispositif essentiel permettant de valoriser les surcoûts liés à la précarité.

#### **4.1.2 Les missions d'intérêt général**

*« Avec la valorisation des MIGAC, nous allons encore plus loin dans l'abandon de l'hôpital charitable, où l'on donnait, et l'on se donnait sans compter. Et cette « révolution » du sens – changement de paradigme pour l'hôpital - nous devons la porter haut et fort : agir pour l'intérêt général est valable et doit être perçu comme tel par ceux qui en sont en charge et ceux qui en bénéficient, bref par la société.<sup>42</sup> »*

Dans la T2A, les MIG servent à mettre en valeur et financer, donc rendre possibles les activités non productrices. En conséquence, elles cristallisent au CASH des attentes très importantes.

##### **A) Définition**

Le périmètre des missions d'intérêt général est défini par le décret n° 2005-336 du 8 avril 2005 fixant les listes des missions d'intérêt général et des activités de soins dispensés à certaines populations spécifiques donnant lieu à un financement.

Les missions d'intérêt général se subdivisent en Missions d'Enseignement, Recherche, Référence, Innovation (MERRI) et de recours et autres MIG.

Calculées à part, les MERRI comprennent :

---

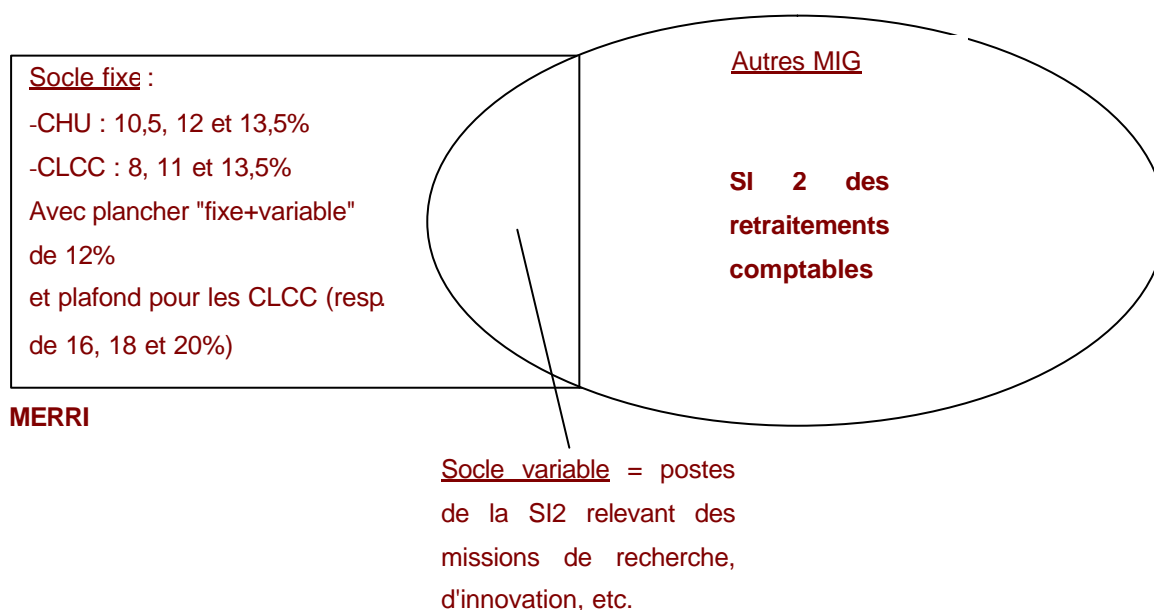
<sup>42</sup> Chantal de Singly, Directrice de l'hôpital Saint-Antoine, AP-HP, lors du colloque 23 mars 2005 sur les missions d'intérêt général

- un socle fixe : 3 taux de base forfaitaires modulables (13,5%, 12%, 10,5%)
- une part variable, ce sont les MIG relevant des activités de recherche et d'innovation

Les établissements concernés sont les CHU, CLCC, ainsi que d'autres établissements ayant des missions universitaires et/ou un rôle de recours. Le périmètre des MERRI et leur mode de calcul est clair et explicite.

Les autres MIG sont connues depuis le décret du 8 avril 2005 qui comprend des lignes très précises et d'autres plus floues. Les domaines éligibles à un financement MIG hors activité sont variés. Ainsi, l'alinéa 2.d) de l'article 1 prévoit la possibilité de financer par la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général « *l'assistance aux patients pour l'accès aux droits sociaux et les dispositifs ayant pour objet de favoriser le maintien des soins de proximité et l'accès à ceux-ci* ». En théorie, cet alinéa pourrait permettre de financer plusieurs modalités de prise en charge mais en pratique, l'interprétation est restrictive.

Schéma tiré d'un document de présentation de la T2A du site de la FHF



Le point commun à toutes ces catégories est l'action : on ne reçoit de financement que pour une activité identifiée (et pas comme dans notre cas par exemple parce que les patients précaires, plus coûteux, sont plus nombreux). Peut-on se contenter d'une enveloppe globale qui manque de transparence pour les établissements ? Comment est-elle calculée ?

## B) Montant des MIG

A l'origine, 2% hors enseignement et recherche des budgets hospitaliers avaient été identifiés (à partir d'informations en provenance d'une quarantaine d'établissements volontaires) comme devant correspondre à une valorisation des missions d'intérêt général. Or ces 2% expriment une vision restrictive de la mission de service public de l'hôpital.

La dernière circulaire budgétaire pour 2005<sup>43</sup> attribuée au financement des MIGAC 4,6 milliards d'euros dont plus de la moitié réservée aux missions d'enseignement et de recherche. Presque 1, 2 milliards sont octroyés à la région Ile-de-France.

**Tableau récapitulatif tiré d'une note concernant le calcul des tarifs sur le site de la FHF**

**Bases hors HAD, SSR, Psy (France entière) en dépenses encadrées (millions d'euros) à champ constant (577 établissements)**

	2004		2005		Evolution 2005/2004
MERRI (hors crédits non reconductibles)	1 910,2	5,5%	2 278,5	6,3%	19,3%
MIG-autres	1 500,8	4,3%	1 432,2	3,9%	18,9%
AC*			352,8	1,0%	
DMI	241,1	0,7%	436,2	1,2%	80,9%
Molécules onéreuses	671,7	1,9%	880,6	2,4%	31,1%
Forfait prélèvements	39,3	0,1%	39,5	0,1%	0,5%
Forfait greffes			17,4	0,0%	
FAU	542,5	1,5%	801,3	2,2%	47,7%
crédits DAC 100%/certains dispositifs innovants	14,4	0,0%			
crédits DAC 100%/réaffectations d'enveloppes			727,3	2,0%	
Actes externes. IVG, ATU	3 061,4	8,7%	3 061,4	8,4%	0,0%
Base GHS et suppléments (extrapo activité 2004)	27 023,5	77,2%	26 277,3	72,4%	-2,8%
<b>TOTAL</b>	<b>35 004,9</b>	<b>100%</b>	<b>36 304,5</b>	<b>100%</b>	<b>3,7%</b>

\* en 2005, l'enveloppe AC inclut les marges de manœuvre régionales (253 millions) portant l'enveloppe MIGAC à 4,3 milliards d'euros

Comme l'indique le tableau ci-dessus, la somme allouée est en augmentation par rapport à 2004. Elle atteindrait hors MERRI 4,9% de la part du budget financé par la T2A.

Néanmoins, ce montant est-il suffisant pour assurer les missions d'intérêt général de l'hôpital ?

En effet, les financements MIG recouvrent de nombreux domaines : dépenses issues du retraitement comptable (SAMU, réseaux, équipes mobiles de soins palliatifs, centres anti-

<sup>43</sup> Circulaire DHOS/F2/DSS/1A/2005/356 du 26 juillet 2005 relative à la campagne tarifaire 2005 des établissements de santé antérieurement financés par dotation globale

poison, PASS...) et charges spécifiques des établissements (sites isolés, population précaire, surcoûts de structure...).

Une question demeure compte tenu du mode de financement : à quoi donne-t-on de la valeur dans le domaine de la santé ?

Lors du colloque sur les missions d'intérêt général, Mme Monique Cavalier déclarait en introduction « *Le décret sur les missions d'intérêt général, tout en rassurant les acteurs sur la reconnaissance et l'étendue des missions d'intérêt général, est frustrant parce qu'au lieu d'affirmer un principe et de poser des critères de choix, il établit une liste de missions, en forme d'inventaire à la Prévert. En tant que tel, il ne dit rien sur la manière dont seront fixées les priorités et opérés les arbitrages.* ». Bien qu'objectif politique, la lutte contre les inégalités en matière de santé est-elle prioritaire, par rapport à la recherche par exemple ? Comment les arbitrages sont-ils faits, selon quels critères et à quel niveau ?

### **C) Les arbitrages**

Les MIG hormis les MERRI sont estimées à partir des retraitements comptables SI 2 de l'année antérieure. A niveau des modalités, la DDASS du département transmet une liste de MIG (ex. équipe mobile de soins palliatifs, centre de référence maladies rares, thumorothèque...). Chaque établissement sur un mode déclaratif doit répondre au questionnaire.

Il n'y a pas d'indicateurs affichés clairement, ni en matière d'activité, de taille critique ou de qualité attendue. D'un autre côté, on comprend les difficultés méthodologiques des tutelles pour évaluer, ne serait-ce que les dépenses liées à l'enseignement et à la recherche. Pour l'instant, les indicateurs choisis pour la prise en charge des populations spécifiques sont quantitatifs (file active, ETP...) sans lien avec l'efficacité de l'action.

Une enquête complémentaire vient d'être réalisée courant septembre afin de « disposer d'un outil de répartition plus précis des différentes MIG entre établissements et de disposer d'indicateurs nécessaires pour éventuellement fixer des forfaits pour certaines missions » à partir du retraitement comptable. Certaines rubriques de la partie « Prises en charge spécifiques » concernent directement ou partiellement les populations précaires : PASS, accompagnement social des patients en situation précaire, Centres de Dépistage Anonymes et Gratuits (CDAG) ; actions de prévention et d'éducation aux maladies chroniques, autres actions de prévention et d'éducation thérapeutique, consultations d'addictologie. Les indicateurs utilisés sont le nombre de patients pris en charge/file active de patients et le nombre de consultations/d'ETP. De fait, certaines activités sont quantifiables et peuvent être payées avec un tarif uniforme, comme pour le forfait urgences. C'est le cas par exemple des consultations d'alcoologie, ou des Centres de Dépistage Anonymes et Gratuits. Pour les autres activités, il faudrait soit couvrir les coûts

observés, soit une partie seulement des coûts (pour un effet incitatif et puisque l'enveloppe est limitée) ou alors recourir à des indicateurs. La première solution requiert une capacité de contrôle de la part des tutelles.

Ainsi, les MIG sont «objectivées » via le retraitement comptable et les enquêtes. La DDASS valide les informations transmises par les établissements pour le compte de l'ARH. Après correctifs (valeurs aberrantes, compléments ARH, planchers pour les SMUR et équipes mobiles de soins palliatifs) mais sans contrôle, les données sont transmises à la DHOS.

On sait que l'enveloppe est limitée mais les services en région ne connaissent pas son montant, ni les critères d'attribution ou de répartition.

La complexité et l'absence de transparence constituent un frein pour les établissements de santé à développer des actions d'intérêt général. De plus, les établissements ne connaissent pas le détail du montant qui leur a été attribué mais seulement la somme globale, sans savoir ce qui a été retenu dans le cadre des MIG et ce qui ne l'a pas été ni pourquoi.

Il paraît important d'apporter aux tutelles régionales des outils permettant de mieux discriminer les MIG. A charge pour l'établissement d'objectiver et de justifier les missions d'intérêt général.

#### **4.1.3 Comment valoriser les missions spécifiques ?**

##### **A) Pourquoi les établissements doivent-ils valoriser ?**

Pour les établissements, il s'agit de faire valoir une dépense qui n'est pas productrice d'activité et ne peut donc pas être valorisée au titre des GHS.

P. Expert rappelle dans son ouvrage qu'il est important de bien évaluer et de bien négocier ses missions d'intérêt général avec l'ARH car d'une part ces enveloppes constituent des ressources stables pour les établissements, indépendamment de leur activité ; et ensuite parce que ces montants seront faiblement révisables (indicateurs difficiles à trouver, à l'intérieur d'une enveloppe peu susceptible d'évoluer).

Même si les priorités à financer par les MIG étaient clairement établies, encore faudrait-il que les établissements soient en mesure de les argumenter ou de les justifier.

Gérard de Pouvourville, Directeur du CREGAS de l'INSERM rappelle dans une intervention du colloque sur les missions d'intérêt général qu'il s'agit avant tout d'un problème d'asymétrie d'information : « *le payeur ayant du mal à observer l'intensité et la qualité des activités qu'il finance* ».

Il est crucial pour l'établissement d'évaluer au plus juste ses demandes de moyens afin d'être crédible.

## **B) Les stratégies mises en œuvre pour valoriser**

Outre le retraitement comptable, la précarité induit des surcoûts qui ne sont pas ceux de dispositifs ou de structures spécifiques. Dans un article postérieur à la mission PMSI, Caryn Mathy et Max Bensadon pensent que les résultats de leur enquête justifient une péréquation au niveau des régions quand la population est plus précaire (en fonction du taux de chômage, niveau de revenu, nombre de bénéficiaires de la CMU...) et entre les établissements. Ce dispositif bénéficierait-il à l'hôpital de Nanterre qui se trouve dans le département le plus riche de France mais accueille et soigne une partie des SDF de Paris et des alentours ? Les deux auteurs proposent de recourir au code postal comme marqueur de la précarité et d'y affecter un coefficient. Or à Nanterre par exemple le code postal de la ville n'est pas pertinent car certains quartiers (Nanterre-Ville par exemple) sont très favorisés alors que d'autres sont défavorisés (Petit-Nanterre au sein duquel se trouve l'hôpital).

Dans son mémoire, le Docteur Pichon a utilisé l'absence de code postal (et donc le fait d'être SDF) comme marqueur, tout en reconnaissant que la précarité ne se bornait pas au fait de ne pas avoir un toit.

Nous parlions également de pertes de recettes liées à des durées de séjour accrues. Certains établissements ont décidé de baser leur argumentaire en évaluant cette perte de recette en fonction d'une part de patients précaires identifiés (selon la moyenne nationale).

Une autre proposition formulée était l'attribution de bonification en fonction de l'âge ou du degré de précarité au sein de chaque GHM.

Le système de l'effeuillage dans le PMSI avait également été évoqué à l'origine du PMSI. Il aurait permis de coder chaque pathologie d'un même patient, et donc de prendre intégralement en compte la problématique de la polypathologie.

Quels outils peuvent constituer une aide pour valoriser les surcoûts qui ne sont pas identifiés ? Quelle utilisation de la comptabilité et du PMSI ?

## **C) Des outils parfois contraignants**

Le retraitement comptable est particulièrement important, il convient d'associer les services financiers aux professionnels des services car par nature les activités d'intérêt général sont difficilement appréhendables. Les services financiers sont tributaires de l'information qu'ils auront obtenu des acteurs de santé. Ainsi l'existence de Réunions de

Concertation Pluridisciplinaires, valorisables en MIG n'était pas connue des services financiers... jusqu'à ce qu'on les en informe.

En ce qui concerne le nombre et le type de patients précaires accueillis dans un établissement, l'étude PMSI n'a utilisé qu'une partie des codes Z de la CIM. L'avantage de l'utilisation des codes Z est qu'ils permettent de quantifier objectivement le nombre et le type de patients précaires pris en charge. Néanmoins, ce code ne sert à rien dans l'algorithme de groupage, il est uniquement à visée documentaire. Dès lors, il est difficile faire comprendre aux médecins l'intérêt d'un codage quand eux-mêmes ne tireront pas bénéfice de ce surcroît de travail. Certes, le repérage des patients précaires à partir du PMSI ne va pas de soi et la méthode utilisée à partir des codes Z peut s'avérer plus coûteuse et chronophage qu'utile du point de vue des médecins déjà surchargés.

A l'hôpital Max Fourestier, un essai avait été fait en maternité : sur le dossier médical, quelques cases à cocher concernaient les marqueurs sociaux. Après six mois, ces renseignements n'étaient plus indiqués prouvant la difficulté d'obtenir un recensement. De même, les éléments quantitatifs concernant le mode d'entrée en hospitalisation et le mode de sortie sont selon le responsable du DIM trop aléatoirement renseignés pour servir de base à une étude statistique.

Ethiquement se pose également le problème de la collecte et de l'exploitation des données sur les patients précaires. La crainte de beaucoup de travailleurs sociaux est que les informations collectées soient stigmatisantes et puissent être utilisées à des fins détournées (par exemple, l'AME pourrait servir de base à la constitution d'un fichier sur les sans-papiers puisque par ce biais, leur lieu de résidence est connu).

De plus, la détermination du nombre de patients précaires n'est pas une solution retenue par les tutelles pour la valorisation de la prise en charge des patients précaires, dès lors, pourquoi engager des moyens et des ressources dans cette démarche ?

Nous l'avons relevé avant dans notre démonstration, seuls les « investissements » directs sont pris en compte. Les surcoûts indirects ou induits ne le sont pas. C'est également la conclusion de la mission Aoustin sur l'établissement : il faut procéder à des réorganisations, la présence de patients précaires ne dispense pas d'un effort sur la DMS...

## **D) Propositions pour Max Fourestier**

### *a) Mieux identifier les MIG dans le cadre du retraitement comptable*

Il s'agirait dans un premier temps de lister les dispositifs et activités répondant à la problématique de la prise en charge des patients précaires et qui ne sont pas financés par d'autres sources. Puis de vérifier qu'elles figurent bien dans le retraitement comptable. La

ligne spécifique du décret donne peut-être la possibilité à l'établissement de faire valoir des missions qui ne figurent pas dans le retraitement comptable. Plusieurs directions fonctionnelles ainsi que des médecins sont concernés, il faudrait donc mettre en place un groupe de travail transversal.

*b) Poursuivre la clarification des comptes entre l'hôpital et les structures sociales*

Dans un deuxième temps, il est important de bien déterminer ce qui relève des structures sociales stricto sensu, puisqu'elles sont financées par d'autres bailleurs. Si les structures sociales ne parviennent pas à l'équilibre budgétaire, il faudrait que cela apparaisse plus clairement sans que les charges soient reportées sur le budget hospitalier.

*c) Objectiver les surcoûts induits qui ne sont pour l'instant pas financés*

En ce qui concerne les surcoûts induits, il est d'abord indispensable d'identifier le nombre de patients précaires (Enquête de prévalence instantanée<sup>44</sup> pour ne pas faire peser sur les médecins une charge de travail trop lourde) et leur DMS par rapport au reste de la population. Il s'agit également d'identifier les surcoûts comptablement lorsque cela est possible. Le chef de service d'orthopédie propose par exemple de distinguer une unité fonctionnelle spécifique pour la chirurgie septique qui concerne essentiellement les patients précaires.

L'établissement peut à partir des quatre items développés dans la deuxième partie argumenter à l'aide d'études et d'indicateurs :

- DMS (comparaison PMSI des durées moyennes de séjour entre les populations précaires et non précaires, identification par les assistantes sociales des profils des patients les plus difficilement orientables)
- Fonction dispensaire de l'hôpital (indicateur : nombre de consultations n'aboutissant pas à une hospitalisation)
- Le recours aux urgences (comptabiliser le nombre de transferts « abusifs » arrivant aux urgences ou au CHAPSA, avoir des éléments concernant la provenance des patients, nombre d'hospitalisation après passage aux urgences pour les deux populations, mode d'entrée le plus fréquent pour les patients identifiés précaires dans le PMSI).
- Complexité, co-morbidité (comptabiliser au DIM les dossiers polypathologiques qui ne peuvent être correctement valorisés ?)

---

<sup>44</sup> Une grille a été établie par Isabelle Nicoulet en lien avec des assistantes sociales de trois établissements hospitaliers (cf. annexe IV)



- Les ressources humaines mobilisées autour de la problématique sociale (étude de charge en soins, recueil d'activité des assistantes sociales, temps passé en ouverture de droits pour les agents du bureau des entrées...)

Malgré ce travail d'identification et de chiffrage, il est peu probable que les tutelles acceptent d'octroyer des recettes supplémentaires à la hauteur des dépenses identifiées. Il est donc nécessaire de l'anticiper et d'assortir les demandes de moyens à des réflexions sur les réorganisations possibles afin de gagner en efficience. Il faut éviter de s'enfermer dans une logique exclusive de demande de moyens, en essayant de mobiliser en interne les ressources nécessaires.

## **4.2 Les réorganisations nécessaires, au même titre que les autres hôpitaux**

Certaines réorganisations devraient permettre de limiter les créances irrécouvrables : mener une réflexion sur le circuit des patients, notamment en consultation ou arrivant des urgences et réfléchir aux modalités d'ouverture des droits : des améliorations ou des gains de temps sont-ils possibles ?).

### **4.2.1 Diminuer la DMS**

#### **A) Propositions et préconisations de la mission Aoustin.**

La mission Aoustin estime qu'une « *bonne partie des difficultés sont antérieures à la T2A, qui les fait sans doute apparaître plus clairement* ».

Il s'agit de se demander quelles sont les marges de manœuvre pour diminuer la DMS des patients précaires ou le coût de leur séjour. Peut-être l'établissement ne se remet-il pas suffisamment en cause, fort de sa « spécificité » ? Il faut donc parvenir à maîtriser les durées de séjour et pour cela, trois pistes sont proposées :

- réfléchir sur les circuits en provenance des urgences
- procéder à toutes mesures de réorganisation interne des circuits, des modalités d'admission, des procédures d'examens complémentaires permettant de limiter aux patients des séjours prolongés dans les séjours MCO
- optimiser les différentes filières d'aval et l'utilisation des réseaux

Les deux premiers points sont examinés par les groupes de travail concernés dans le cadre du projet d'établissement.

Le troisième point sera développé spécifiquement du fait de son importance.

## **B) Efforts réalisés par l'hôpital**

### *a) Réunion patients hospitalisés depuis plus de 20 jours*

A l'initiative de la Direction de la Stratégie Hospitalière, une réunion périodique a été mise en place, début 2005 afin d'examiner en comité (avec notamment le Président de CME, le DIM, le médecin coordinateur de la maison de retraite, la directrice de la vie sociale et de l'insertion, le cadre socio-éducatif et une assistante sociale...), les cas des patients présentant des durées de séjour anormalement longues. Une partie de ces durées s'explique par des raisons médicales. Parfois ces raisons médicales sont liées au social (complexité plus grande, chirurgie septique...). Mais surtout, un nombre important de cas recensés occupent des lits d'aigus uniquement du fait de la difficulté à trouver des solutions d'aval. Les patients pour lesquels les solutions sont le plus difficiles à trouver sont les patients jeunes, précaires, dépendants médicalement et présentant en outre une pathologie psychiatrique. Cela s'explique par l'absence de structures adaptées ou la rareté des places en Maison d'Accueil Spécialisé (MAS). Pour un patient en diabétologie présentant un pathologie psychiatrique aiguë et de lourds problèmes de santé, la seule solution trouvée pour le moment est l'alternance de séjours en psychiatrie et en diabétologie pour permettre aux équipes en place de ne pas se démotiver et tenter d'obtenir un financement qui corresponde au coût de la prise en charge. Cette solution peut devenir un désagrément pour le patient : saucissonnage des séjours afin de faire de l'activité.

Pour l'instant, ce type de réunion aboutit plutôt à un dialogue constructif et à une prise de conscience, sans que des solutions soient trouvées en séance. Les solutions sont généralement en dehors du CASH, à puiser dans les partenariats et les réseaux. Le bilan de deux années de réunions à l'hôpital Louis Mourier AP-HP est positif : la DMS a baissé dans les services de médecine et des conventions de partenariat avec les SSR des environs ont été signées.

### *b) Réflexion dans le cadre du projet d'établissement*

Chaque groupe de travail dans le cadre du projet médical du projet d'établissement devait réfléchir à des pistes pour diminuer la DMS et augmenter le taux d'occupation. Des pistes intéressantes ont été proposées, souvent en proposer de développer les partenariats.

L'idée étant que chaque service détermine ses propres solutions d'aval en fonction de ses besoins et crée un réseau de partenaires. Ces partenariats pourraient permettre d'envisager un circuit du patient au-delà de l'hospitalier avec des séjours en SSR puis lorsque cela est nécessaire des reprises en hospitalisation.

Deux groupes ont proposé de développer l'activité de semaine dans les domaines de la diabétologie et de la cancérologie. Il est possible d'augmenter l'activité ambulatoire pour les spécialités ORL, ophtalmologie et odontologie. Tout en sachant que paradoxalement, l'activité ambulatoire fait augmenter la DMS d'un service puisque seuls les cas les plus lourds sont hospitalisés.

Les médecins du CASH, plutôt réactifs et motivés doivent être impliqués dans la recherche de l'efficacité. Pour cela il est sans doute plus efficace de leur fournir des éléments chiffrés (recettes, dépenses) au lieu de les culpabiliser, et de communiquer plus clairement sur les enjeux.

#### c) *Les orientations du service social*

Les priorités du service social hospitalier s'orientent dans deux directions afin de diminuer la DMS:

- développer les partenariats avec les établissements d'aval. En chirurgie orthopédique, le chef de service s'est rendu avec l'assistante sociale du service dans les principaux soins de suite du bassin de santé afin de discuter de modalités de transfert des patients. Cette pratique a pourtant des limites : compte tenu de l'intérêt à maintenir une collaboration, le chef de service ne peut adresser des patients trop lourds (« *on le fait une fois, deux fois, la troisième fois, cela ne passe plus* »).
- préparer la sortie le plus en amont possible. Certains chefs de service souhaitent préparer la sortie dès l'arrivée du patient, ce qui parfois heurte les familles. Les assistantes sociales s'engagent à voir les patients le plus tôt possible. En chirurgie orthopédique, tous les patients sont vus le jour de leur arrivée et l'assistante sociale assiste systématiquement à la visite du médecin.

### **4.2.2 Renforcer l'activité**

#### **A) Les freins**

Baisser la DMS est peu efficace (à part sur les dépenses) si le taux d'occupation reste faible (pas de recettes). La DMS elle-même a un effet direct sur le taux d'occupation. En effet, si ces chiffres sont relativement bas pour certains services, c'est en partie parce que la DMS de l'établissement a beaucoup baissé ces dernières années pour atteindre un niveau quasi comparable à l'échelle nationale. De plus, les taux d'occupation de l'établissement ne sont pas corrigés notamment lorsqu'une chambre double ne peut accueillir un autre patient.

Certains services semblent à première vue sur-dimensionnés par rapport à l'activité, ce qui témoigne peut-être de capacités de réorganisation inexploitées. Le développement de l'activité de semaine permettrait de fermer des lits le week-end et ainsi de faire des économies de personnel. D'autres services, en chirurgie notamment n'ont pas une taille critique suffisante pour être une activité identifiée (notamment un nombre suffisant de praticiens). De plus, le développement de certaines spécialités est trop récent pour que l'activité soit suffisante (il faut une dizaine d'années avant d'être reconnu par les médecins du bassin de santé dans le contexte de la Région parisienne avec une forte concurrence). Enfin, le fait qu'une partie importante du recrutement de l'hôpital se fasse par le biais des urgences et la rareté des chambres individuelles dans certains services sont des freins à l'amélioration du taux d'occupation.

## **B) Les propositions**

Certains préalables doivent être réunis : des travaux doivent être réalisés dans les services qui ne sont pas encore équipés de chambres individuelles.

Les groupes de travail ont tenté d'identifier les créneaux porteurs, sachant que la région parisienne se caractérise par une forte concurrence.

En lien direct avec l'activité, il est important pour l'hôpital de renforcer son attractivité. Cela passe principalement par le développement de la communication institutionnelle et des liens entre médecins (médecins adresseurs) ou entre établissements dans le cadre de conventions.

Enfin en ce qui concerne la chirurgie, beaucoup d'activités (par exemple, plus de trois mois d'attente pour l'odontologie) sont limitées par le manque de plages de bloc, du fait de la rareté du personnel paramédical.

## **C) Le partenariat avec Louis Mourier**

Le partenariat avec Louis Mourier AP-HP et la convergence des projets médicaux a permis d'éviter des doublons dans l'offre de soin et une néfaste concurrence. Ainsi, la chirurgie digestive a été regroupée à l'hôpital Louis Mourier AP-HP, tandis que l'hôpital Max Fourestier développe l'orthopédie et l'urologie.

Les deux établissements font partie du même Service d'Accueil des Urgences (SAU) avec deux « portes d'entrée » distantes de quelques kilomètres.

Une partie des spécialistes de Max Fourestier assurent des consultations à l'hôpital Louis Mourier et inversement. Si ces consultations croisées ne donnent pas toujours les résultats escomptés (complémentarité et rapprochement des deux établissements), pour une grande partie des praticiens, elles permettent de diversifier leur recrutement.

Des comités opérationnels chaque mois (un pour la chirurgie, l'autre pour les urgences) permettent d'aborder les dysfonctionnements.

Par contre, les accords concernant les circuits de patients ne sont pas toujours respectés (ex. de la cancérologie où les patients sont semble-t-il adressés à d'autres hôpitaux de l'AP-HP, ce qui se comprend, plutôt qu'à Max Fourestier).

La collaboration avec Louis Mourier AP-HP engendre des effets positifs. Cette coopération doit être étendue à d'autres établissements ou partenaires. En effet, afin d'améliorer à la fois la DMS et l'activité, l'établissement a besoin de renforcer ses réseaux.

### **4.3 La place de l'hôpital dans la prise en charge de la précarité : la nécessité de réseaux**

#### **4.3.1 L'hôpital, acteur de la lutte contre les inégalités de santé ?**

##### **A) Quelle place pour l'hôpital dans la réduction des inégalités de santé ?**

Dans un numéro de février 2005 « Questions d'économie de la santé », des chercheurs de l'IRDES se demandent quels sont les déterminants des inégalités sociales de santé et quel est le rôle du système de santé.

Historiquement, l'origine des inégalités sociales de santé a été recherchée dans les différences de conditions de vie et les mœurs, puis dans les conditions de travail et d'accès aux soins à partir du milieu du XX<sup>ème</sup> siècle.

Au début des années 80, le rapport de Lord Black<sup>45</sup> propose une nouvelle piste, celle de la causalité inverse : les problèmes de santé pourraient être la cause d'une moindre capacité à étudier, à travailler, et donc une précarité plus grande.

Aujourd'hui d'autres analyses tendent à montrer l'importance des facteurs de risque (comportements à risque parmi la population plus précaire).

On constate également que la plus grande espérance de vie ne concerne pas les pays les plus riches (Etats-Unis) mais les pays où les différences de revenus sont les plus faibles.

L'hôpital a une place peu importante dans les expériences étrangères de lutte contre la précarité. La Grande-Bretagne, la Suède et les Pays-Bas se sont tous les trois lancés dans des programmes de réduction des inégalités de santé dans les années 90. Le point commun à toutes ces expériences est la place cruciale donnée aux soins primaires, en particulier en ce qui concerne la prévention, la promotion de la santé, les pathologies

---

<sup>45</sup> Black D., Morris J.N., Smith C., Townsend P., The Black Report, Pelican, London, 1982.

prioritaires (cancer et maladies coronariennes en Grande-Bretagne) et les maladies chroniques. L'hôpital n'est qu'un des acteurs de la santé.

## **B) Politiques de mise en oeuvre**

Il faut d'abord rappeler en préalable que l'égalité d'accès théorique ne garantit pas un accès identique aux soins. En effet, alors que l'accès aux soins est un droit garanti en France (hormis pour les personnes en situation irrégulière qui ne bénéficient pas forcément de l'AME), il existe des spécificités du parcours des patients précaires que nous avons décrit.

En France, les inégalités de santé ont été principalement abordées sous l'angle de l'accès au système de soins : PRAPS, CMU... et ciblée sur le public des patients précaires. Pourtant, la définition de l'OMS invite à considérer la santé comme le résultat de processus plus complexes : elle reflète la dimension multifactorielle de la santé et les interactions entre ses différents déterminants (biomédicaux, matérialistes, psychosociaux).

Un peu comme la subsidiarité européenne, c'est au niveau le plus adapté que doivent être pris en charge les patients, en amont comme en aval. Qu'est-ce qui justifie de garder un patient plusieurs mois dans un service d'aigus pour des raisons sociales ? Le coût pour la collectivité est majoré, de même que le risque nosocomial pour le patient.

Une fois ce constat fait, il faut mettre en balance la réalité et donc la place particulière qu'occupe l'hôpital dans le recours aux soins pour un patient précaire.

## **C) « Enjeu social de l'hôpital dans une vie de précarité »**

D'un autre côté, il faut bien reconnaître que les personnes précaires, lorsqu'elles sont en demande de soins, s'adressent plus volontiers à l'hôpital. Les personnes en situation de précarité ont un parcours de soin différent, comme nous l'avons expliqué.

Le recours au service des urgences, s'il nous paraît inadapté peut débloquent une situation sociale et administrative. Le temps hospitalier est également une « opportunité ».

Selon P. Mossé dans son essai Le lit de Procuste, l'hôpital a toujours été et est toujours le lieu privilégié de prise en charge sanitaire des pauvres. Comme l'hôpital assure toujours sa fonction de refuge, cela n'incite pas à une juste répartition avec les autres acteurs de santé en particulier les médecins libéraux. « *Il faut donc donner aux hôpitaux les moyens de remplir leur rôle social* ». Au moins tant que les autres structures de soins primaires ou d'aval par exemple ne remplissent pas cette mission. L'hôpital est souvent la porte d'entrée vers l'intégration (démarches administratives, ouverture de droits...)

L'hôpital doit donc chercher à s'associer avec d'autres structures afin de reprendre sa place.

### 4.3.2 Les réseaux à développer

#### A) Définition

Selon le manuel de l'ANAES, un réseau constitue : « *une forme organisée d'action collective apportée par des professionnels en réponse à un besoin de santé des individus sur un territoire donné. [...] Il est composé de professionnels des champs sanitaire et social, de la ville et des établissements de santé, associations d'usagers ou de quartier, institutions locales ou décentralisées* ».

La circulaire n°98-736 relative à la mission de lutte contre les exclusions sociales souligne l'intérêt d'une prise en charge en réseaux pour les patients précaires. « *Ainsi l'objectif poursuivi consiste à mettre en réseau les professionnels du champ sanitaire et social, hospitaliers, libéral, ainsi que les professionnels chargés de l'insertion afin d'offrir aux populations des lieux visibles d'accueil, d'information, de prévention, d'orientation, de soins. Cette collaboration est d'autant plus importante qu'une partie des publics en situation précaire nécessite une prise en charge simultanée des aspects sanitaires et sociaux et que les actions de santé ne se limitent pas aux soins mais accordent une place essentielle à la prévention* ».

#### B) Avantages

Le développement de réseaux correspond bien à la culture de l'établissement, de prise en charge globale des patients, comme le rappelle l'article D6321-2<sup>46</sup> du Code de la Santé Publique.

En amont, il est assez difficile de bien orienter les patients précaires qui ont plutôt tendance à aller à l'hôpital et pas chez un médecin libéral. C'est un des objectifs du réseau ASDES.

Autour de l'hospitalisation, les réseaux se justifient tout à fait pour les pathologies chroniques. Ainsi le réseau Diabète 92 a été créé par l'Association Diabète 92 Nord, et l'hôpital Max Fourestier de Nanterre. Il s'agit d'un réseau ville-hôpital destiné à améliorer la prise en charge des diabétiques non insulino-dépendants, afin de réduire le risque des complications directement liées à leur maladie ou aux pathologies associées (risque cardio-vasculaire notamment).

---

<sup>46</sup> « *Les réseaux de santé répondent à un besoin de santé de la population, dans une aire géographique définie, prenant en compte l'environnement sanitaire et social [...] avec l'objectif d'une prise en charge globale de la personne* »

Différents professionnels de santé libéraux (médecins généralistes, ophtalmologistes, cardiologues, diététiciens, podologues, infirmières, psychologues, pharmaciens ...) sont impliqués dans la prévention et le traitement des risques liés à cette pathologie, le lien permanent étant assuré par un dossier médical partagé. Le pôle hospitalier de référence est le service de diabétologie de Max Fourestier.

A partir de ces exemples, nous pouvons en déduire les principaux intérêts des réseaux :

1. Afin que l'hôpital ne fasse plus ce qu'il n'est pas sensé faire alors qu'il est mal rémunéré pour. Chaque acteur de santé doit avoir son rôle et sa place. Cela signifie une meilleure collaboration avec les médecins libéraux, voire renoncer à des activités pour lesquelles l'hôpital n'est pas une référence et n'atteint pas un volume critique d'activité
2. Liens avec les médecins adresseurs et les établissements adresseurs pour une augmentation de l'activité
3. Liens avec des établissements non aigus pour les sorties des patients, ce qui devrait permettre de baisser la DMS

### **C) Propositions**

#### *a) Développer nos propres structures d'aval*

Les patients les plus difficilement « orientables » sont les patients atteints de pathologies médicales et sociales. Peut-être pourrait-on envisager la création de structures de type MAS, à l'heure actuelle totalement embolisées.

Première limite, nous ne serions plus dans le cadre d'un réseau. Plus fondamentalement, cette proposition est en désaccord avec la volonté du CASH de s'ouvrir sur l'extérieur (depuis longtemps, les structures sociales fonctionnent en vase clos)

#### *b) Rechercher des partenariats avec d'autres structures d'aval*

Ce sont essentiellement les réseaux d'aval qu'il faut développer. Même si les recherches de solutions doivent rester propres à chaque discipline, un appui institutionnel doit exister afin de relancer la dynamique. L'accent doit être mis en particulier sur les structures médico-sociales telles que les MAS qui prennent en charge les patients atteints de troubles psychiatriques.

Une autre piste pourrait être de créer des partenariats avec des structures spécifiques aux besoins géographiquement éloignées. En effet, certains patients en situation



précaires sont isolés et sans attaches dans la région parisienne, ils émettent parfois le désir d'en partir.

*c) Réseau ville-hôpital*

Les liens entre la ville de Nanterre et l'hôpital étaient peu développés jusqu'à une période récente. La construction de la crèche en 2000 a donné lieu à la première collaboration avec la ville.

Néanmoins, les médecins libéraux sont peu nombreux, hormis à Nanterre-ville la zone pavillonnaire de l'agglomération, ce qui constitue une limite à la mise en place de réseaux.

Les Centres Municipaux de Santé (CMS) peuvent assurer des consultations. Il en existe trois à Nanterre. Certains médecins hospitaliers y assurent des consultations, ce qui leur permet d'élargir leur recrutement. De plus ces structures servent de filtre avant l'hôpital et le déchargent de sa mission de dispensaire. Peut-être est-il de faire sentir à la ville le besoin d'en prévoir d'autres ?

## CONCLUSION

La prise en charge des patients précaires est au cœur de l'identité de l'hôpital Max Fourestier. Avec la réforme de la T2A, les gestionnaires comme les médecins se demandent s'il est possible de concilier les contraintes budgétaires aux missions de service public. Aujourd'hui cette problématique met en péril la survie de l'hôpital, en difficulté budgétaire.

La réforme de la tarification à l'activité a eu moins une vertu dans l'établissement : elle rend nécessaire une réflexion sur les missions de l'hôpital et peut-être un recentrage de l'hôpital sur ses missions.

La prise en charge des patients précaires n'est absolument pas remise en cause : elle répond à un fort besoin, est assurée avec qualité et appartient à la culture de l'établissement. Nous avons tenté de trouver des pistes de solutions pour que cela continue et assurer l'avenir de l'établissement en dépit de sa fragilité budgétaire.

Des dispositifs et actions novatrices ont déjà été valorisés dans le cadre des MIG ou par des financeurs en dehors de l'assurance maladie (Conseil Général...). Mais les surcoûts liés à la précarité et qui à notre sens ont été démontrés dans ce mémoire doivent également être reconnus par les tutelles.

Parallèlement, ces légitimes demandes de moyens ne doivent pas faire obstacle à une adaptation de l'organisation et de la stratégie.

Même si le sujet du mémoire est à première vue plutôt orienté finances, les solutions d'adaptation, sont à rechercher au sein de l'établissement lui-même, grâce aux acteurs de l'hôpital. En cela la Direction de la Stratégie Hospitalière peut être moteur :

- la prospective stratégique peut lui permettre de rechercher des partenariats et de développer des réseaux
- la qualité qui intervient sur des projets ponctuels peut à court terme apporter un appui méthodologique aux réorganisations nécessaires, et à moyen et long terme œuvrer en faveur de l'image de l'établissement (réfléchir à l'accueil des patients, aux circuits...)
- la communication institutionnelle peut permettre de donner une image plus conforme à la réalité de l'établissement
- à travers le service social hospitalier qui est sous la responsabilité hiérarchique de la direction de la stratégie, promouvoir les coopérations avec les établissements d'aval et agir sur la DMS

Dans quelques années, le système de la tarification à l'activité sera « stabilisé », notamment les missions d'intérêt général. La prise en charge de la précarité renvoie plus globalement à la notion de service public. Pour les établissements, il s'agit de faire valoir les situations spécifiques qui ne rentreraient pas en compte dans la T2A. Pour les tutelles, il s'agit de trouver le bon positionnement et une valorisation au juste niveau (si le social était trop valorisé, beaucoup d'établissements s'engageraient dans cette voie).

Ce rapport ne prétend pas apporter des solutions toutes faites compte tenu de la complexité de la problématique mais il a pour objectif d'identifier une problématique et de proposer des pistes de réflexion au sein de l'établissement.

---

## BIBLIOGRAPHIE

---

- **Ouvrages (par ordre alphabétique) :**

**FARGE-BANCEL D., JOURDAIN-MENNINGER, D.,** *Hôpital public, le retour à l'Hôtel-Dieu*. Collection « Santé et politiques sociales ». Paris : Hermès, 1997. 351p.

**EXPERT, P.,** *Tarifification de l'activité, Médecine et gestion : une dynamique nouvelle*, Collection « Le point sur ». Paris : Berger-Levrault, 2005. 222 p.

**DECLERCK, P.,** *Les Naufragés- Avec les clochards de Paris*. Collection Terre humaine. Paris : Plon, 2001. 460 p

**MOSSE, P.,** *Le lit de Procuste*. Collection Pratiques du champ social. Paris : ERES, 1997. 162 p

**PARIZOT, I.,** *Soigner les exclus. Identités et rapports sociaux dans les centres de soins gratuits*. Collection « Le lien social ». Paris : PUF, 2003. 296p.

- **Articles (par ordre chronologique) :**

- BOURJAC, M. « T2A : prend-elle en compte la qualité des soins ». *Revue hospitalière de France*, Juillet-Août 2005, n°505, pp 28 à 32.

- « Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé ? Un éclairage européen », *Questions d'économie de la santé*, IRDES, N°92 et 93, février 2005

- « Santé, soins et protection sociale en 2002 », *Questions d'économie de la santé*, CREDES, N°78, décembre 2003

- COLLET, M., MENAHEM, G., PARIS, V., PICARD, H., « Précarités, risques et santé. Enquête menée auprès de consultants de centres de soins gratuits », *Questions d'économie de la santé*, CREDES, N°63, janvier 2003

- MATHY C., BENSADON, M. « Le surcoût de l'hospitalisation des patients précaires », *Journal d'Economie Médicale*, N°5, septembre 2002, p 263 à 278.

- Revue trimestrielle du ministère de l'emploi et de la solidarité, «Echanges Santé-Social », La Documentation française, décembre 1998

- LANG, T., DAVIDO A., DIAKITE, B. et alii, « Motifs de recours aux services hospitaliers d'urgences médicales et à leur fonction de dispensaire », *Revue médicale de l'Assurance Maladie*, Caisse Nationale de l'Assurance Maladie, N°3-1998, p73 à 78

- SHARON A SALIT and alii, "Hospitalization Costs Associated with Homelessness in New York City", *The New England Journal of Medicine*, 11 Juin 1998.
- Fabre, C., "Le recours aux urgences hospitalières. Un mode d'accès aux soins spécifiques des populations défavorisées", *Revue Prévenir*, numéro 28, 1995, pp 129-135
- EPSTEIN AM, STERN RS, WEISSMAN JS. "Do the poor cost more ? A multihospital study of patients, socioeconomic status and use of hospital resources", *The New England Journal of Medicine* , 19 avril 1990.

- **Rapports (par ordre chronologique) :**

- « Les conséquences des réformes sur l'Aide Médicale Etat », Médecins Sans Frontières, Médecins du Monde et Samu social de Paris, 8 juin 2004
- « Souffrance psychique et exclusion sociale », rapport du groupe de travail mis en place par Mme Dominique VERSINI, secrétaire d'Etat à la lutte contre la précarité et l'exclusion, sous la direction du Professeur Philippe Jean PARQUET, septembre 2003
- « L'accueil à l'hôpital des populations en situation de précarité », Etude réalisée par l'ORS d'Alsace, novembre 1999.
- Etude sur les dispositifs hospitaliers de prise en charge des patients en situation de précarité, février 1998
- « A l'épreuve de la précarité, une certaine idée de l'hôpital », Rapport de Jacques Lebas, remis à Martine Aubry et B. Kouchner, février 1998

- **Thèses et mémoires (par ordre chronologique) :**

- LAVOUE E., *Accès aux soins des personnes en situation précaire : la nécessité d'une prise en charge globale. L'exemple de la permanence d'accès aux soins de santé de Chartres*. Mémoire de directeur d'hôpital : ENSP, 2004.
- NICOULET I. *Repérage des personnes en situation précaire hospitalisées et impact de ces populations sur l'utilisation des ressources hospitalières*. Mémoire de Médecin Inspecteur de Santé Publique : ENSP, 1999.
- PICHON, J-P. *Le PMSI ou les effets pervers d'une typologie des populations sans-abri comme de leur non typologie*, DEA d'Ethique Médicale et Biologique, 1997.
- DE VILLEMEUR, M. L., *Mesure de la précarité aux urgences d'un hôpital, le cas de l'hôpital de Lagny*, 1997, mémoire de DESS de Santé Publique : Faculté de Bichat, 50 pages.

- HASSIN, J., *L'émergence de l'abord medico-social des populations sans toit stable*, Thèse de Doctorat d'Université, décembre 1996.
  
- **Colloque :**
  - *Les missions d'intérêt général, nouveau socle du service public de santé à l'hôpital.*  
Organisé par les associations Hôpital 2010 et R-Evolution Santé, Palais du Luxembourg, Paris, 23 mars 2005
  
- **Enquêtes concernant l'établissement**
  - Conclusions de la mission T2A à Nanterre, présidée par le Dr Aoustin, septembre 2004
  - Audit réalisé en interne concernant l'activité de consultation à l'hôpital, 2002
  - Etude concernant la comparaison de la charge de travail entre les personnes ayant un domicile et les personnes sans domicile fixe

---

## Liste des annexes

---

Annexe I : principaux textes réglementaires en rapport avec l'exclusion

Annexe II : codes Z de la Classification Internationale des Maladies utilisés dans l'enquête PMSI

Annexe III : pourcentage de consultations aboutissant à un séjour

Annexe IV : grille d'identification des patients précaires

## **ANNEXE I : PRINCIPAUX TEXTES REGLEMENTAIRES EN RAPPORT AVEC L'EXCLUSION**

- LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
- LOI n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale
- LOI n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale
- LOI no 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle
- LOI n°98-657 du 29 juillet 1998 dite loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions
- LOI n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

### AME :

Décret n° 2005-860 du 28 juillet 2005 relatif aux modalités d'admission des demandes d'aide médicale de l'Etat

### PRAPS :

Circulaire du 23 février 1999 relative à la mise en place des PRAPS

Décret du 29 décembre 1998 et par la circulaire du 23 février 1999 : cadrage institutionnel et méthodologique des PRAPS

Circulaire relative au suivi des PRAPS est parue le 13 juin 2000

### MIGAC

- Décret n° 2005-336 du 8 avril 2005 fixant les listes des missions d'intérêt général et des activités de soins dispensés à certaines populations spécifiques donnant lieu à un financement



▪ **ANNEXE 2 : CODES Z DE LA CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES (CIM)  
UTILISES DANS L'ENQUETE PMSI**

Pour simplifier l'analyse de la précarité, un regroupement des codes Z a été réalisé par grande catégorie de précarité. Ce découpage correspond à ce qui a généralement été utilisé par d'autres études menées sur le sujet, en particulier américaines.

La précarité environnementale est assimilée aux codes :

- Z55.0 : Analphabétisme et faible niveau éducatif
- Z56.0 : Chômage, sans précision
- Z56.7 : Difficultés liées à l'emploi, autres et sans précision
- Z60.1 : Situation parentale atypique
- Z60.3 : Difficultés liées à l'acculturation
- Z65.1 : Emprisonnement et autre incarcération
- Z65.2 : Difficultés liées à une libération de prison
- Z76.2 : Surveillance médicale et soins médicaux d'autres nourrissons et enfants en bonne santé

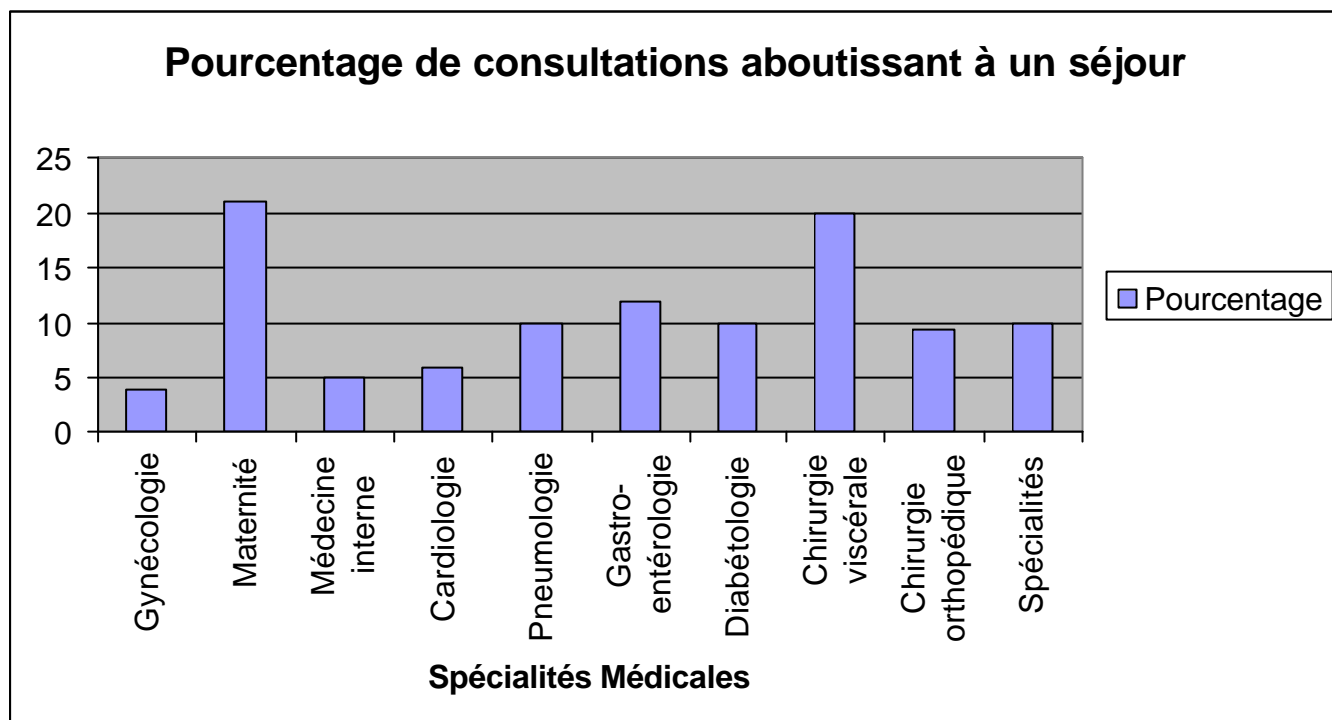
Précarité financière pour les codes :

- Z59.0 : Sans abri
- Z59.6 : Faibles revenus
- Z59.7 : Couverture sociale et secours insuffisants
- Z59.9 : Difficulté liée au logement et aux conditions économiques, sans précision

Précarité d'isolement pour les codes :

- Z62.2 : Education dans une institution
- Z74.2 : Besoin d'assistance à domicile, aucun autre membre du foyer n'étant capable d'assurer les soins
- Z75.1 : Sujet attendant d'être admis ailleurs, dans un établissement adéquat voir en particulier

**ANNEXE 3 : POURCENTAGE DE CONSULTATIONS ABOUTISSANT A UNE HOSPITALISATION  
DANS L'ENQUETE SUR LES CONSULTATIONS A L'HOPITAL MAX FOURESTIER**



#### ANNEXE 4 : GRILLE D'IDENTIFICATION DES PATIENTS PRECAIRES

	OUI	NON	NSP
Vivez-vous seul ?			
Vous sentez-vous isolé ?			
Avez-vous un logement personnel ?			
Avez-vous la sécurité sociale ?			
Avez-vous une mutuelle ou une assurance ?			
Avez-vous l'aide médicale ?			
Touchez-vous le Revenu Minimum d'Insertion ?			
Touchez-vous l'Allocation Parent Isolé ?			
Touchez-vous l'Allocation Adulte Handicapé ?			
Touchez-vous moins de 500 euros par mois ?			
Combien de personnes mangent et boivent sur votre salaire ?			
Aurez-vous du mal à payer vos médicaments ?			