

Direction de la recherche, des études,
de l'évaluation et des statistiques
DREES

SÉRIE
ÉTUDES ET RECHERCHES

**DOCUMENT
DE
TRAVAIL**

La prise en charge des populations dites
précaires dans les établissements de soins

Michel MARIC, Emmanuel GREGOIRE,
Lucie LEPORCHER
(IRIS)

n° 81 – novembre 2008

Cette publication n'engage que ses auteurs

Sommaire

Contexte de l'étude.....	7
Première partie.....	11
Introduction	13
I. Nouvelle pauvreté et précarité : le tournant des années 1980	16
1. « Nouvelle pauvreté » : la nécessité d'un cadre d'analyse renouvelé.....	16
1.1. L'exclusion : une notion controversée	16
1.2. Les concepts concurrents de la notion d'exclusion	18
2. Les mesures de la pauvreté.....	24
2.1. La pauvreté monétaire	24
2.2. L'approche administrative de la pauvreté monétaire	26
2.3. La pauvreté en conditions de vie.....	28
2.4. Les indicateurs de pauvreté de l'Onpes.....	31
Conclusion 1.....	33
II. Le repérage des populations précaires.....	35
1. La connaissance en matière de santé des populations précaires	35
1.1. Le cumul des désavantages sociaux	36
1.2. L'importance des troubles psychiques	36
1.3. L'environnement quotidien	37
1.4. Un retard dans le recours aux soins.....	38
2. Les difficultés d'identification des patients précaires	38
2.1. Les caractéristiques socio-démographiques et psychiatriques des personnes précaires	39
2.2. Les outils du repérage des populations précaires	43
Conclusion 2.....	47
Seconde partie.....	49
Introduction	51
III. La prise en charge de la précarité dans un contexte de financement de type T2A ...	52
1. Évaluer le surcoût de la précarité	55
1.1. Les profils de patients générateurs de surcoût	56
1.2. Identification des surcoûts.....	57
1.3. Inégalités entre établissements	62
2. Méthodologie de repérage et faisabilité	63

IV. Scenarii de financement et exemples étrangers	68
1. Scenarii de financement	68
2. Exemples étrangers	69
2.1 Le cas américain : Disproportionate Share Hospital, un financement rétroactif de la précarité.....	69
2.2 Le cas Belge : définition d'un profil social par établissement	70
Conclusion générale	73
Éléments bibliographiques	81
Annexes	87

Contexte de l'étude

Dans le cadre de la réforme du financement des établissements de santé, avec la mise en place de la Tarification à l'activité (T2A) effective dans le secteur public depuis 2004 et dans le secteur privé depuis le 1^{er} mars 2005, deux barèmes de tarifs coexistent pour les GHS (Groupes Homogènes de Séjour), l'un pour les établissements anciennement financés par dotation globale (établissements de santé publics et PSPH) et l'autre pour les établissements privés anciennement sous OQN (Objectif Quantifié National).

La loi dispose que les deux barèmes de tarifs doivent converger jusqu'à être identique en 2012.

La convergence des tarifs se heurte à différents obstacles soulignés par l'IGAS et qui doivent faire l'objet d'un approfondissement. En effet, les tarifs publics des GHS, en moyenne pondérée s'élèvent à 1,81 fois les tarifs privés après réintégration des honoraires médecins et des dépenses de radiologie et de biologie¹, et les écarts de tarifs reposent sur différents facteurs difficilement objectivables actuellement.

Parmi ceux-ci, la situation de « précarité » des patients pris en charge est un facteur souvent évoqué pour expliquer les écarts de coûts de prise en charge (et donc de façon corollaire au niveau des tarifs), l'acception du mot « précarité » nécessitant d'ailleurs un important travail de définition méthodologique.

L'IGAS a défini un certain nombre de recommandation concernant ce problème particulier :

Recommandation d'étude n° 9. *La mesure de l'importance du phénomène précarité devrait être vérifiée en reprenant l'exploitation des données du volet précarité de l'enquête de 2001, réalisée par la DHOS ou par une nouvelle étude de patientèle.*

[...]

Recommandation d'étude n° 10. *Le paramètre précarité doit être défini et intégré parmi les items enregistrés pour la production de l'échelle nationale de coûts commune.*

[...]

Recommandation d'étude n° 11. *Une analyse qualitative des trajectoires de soins doit être conduite afin d'identifier la proportion de séjours dont la prise en charge peut être modifiée.*

[...]

Au total, il convient de progresser pour connaître la part des séjours chez les précaires dont la prise en charge allongée n'est pas ou peu sensible à des modifications de l'organisation.

[...]

¹ Rapport de la mission d'appui sur la convergence tarifaire, IGAS, Janvier 2006.

La démonstration d'une variation importante des coûts des GHM liés à un effet précarité pourrait conduire à deux options :

- *Soit une majoration de tarif « précarité » pour les GHS si le recueil continu de l'indicateur précarité est possible sur tous les établissements de santé et si la question de la précarité impacte de façon différente les GHM et les établissements de santé.*
- *Soit une transformation du mode de calcul de la dotation actuelle MIGAC, au prorata de la population en situation de précarité de la file active accueillie en année n-1 par l'établissement de santé, à partir d'un recueil d'information hors PMSI.*

C'est dans le cadre de ces remarques et recommandations que s'inscrit la présente étude.

Comme le souligne l'IGAS, la précarité est un terme qui mérite d'être défini avec exactitude. Notion à la fois subjective et relative, elle peut toutefois être conçue comme relevant de la situation objective de l'individu et non comme une caractéristique propre et permanente de celui-ci. Les *situations* de précarité renvoient tout autant à des difficultés d'intégration sociale (ou à des situations de rupture des liens sociaux) et/ou à des difficultés d'insertion professionnelle (ou à des situations de précarité professionnelle). Dans tous les cas, précarité sociale et professionnelle se traduisent par une précarité des conditions de vie caractérisée par un ensemble de difficultés pouvant se cumuler dans différents domaines (emploi, logement, santé, etc.).

Ainsi, la définition donnée par le père Joseph Wresinski est-elle souvent utilisée pour formaliser le concept de précarité dans ses diverses dimensions : « *La précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit à la grande pauvreté, quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible* ». L'absence de sécurité devient ainsi le critère discriminant pour la définition des populations précaires. Toutefois, il importe de se garder de dresser un inventaire des cas de précarité mais de trouver un dénominateur commun repérable.

Le repérage de ces populations peut être fondé sur une approche administrative ou situationnelle, telle qu'elle apparaît, par exemple, dans l'arrêté du 20 juillet 1992 relatif aux examens périodiques de santé (Journal Officiel n° 218 du 19 septembre 1992) distinguant cinq catégories de populations précaires : chômeurs, bénéficiaires du RMI, titulaires de contrats aidés, personnes sans domicile, jeunes 16-25 ans exclus du milieu scolaire et engagés dans des processus d'insertion professionnelle. Cependant, cette approche peut non seulement être élargie (à d'autres bénéficiaires de minima sociaux, par exemple) mais aussi être utilement complétée par la prise en compte des trajectoires sociales et professionnelles des individus et le repérage, en particulier, d'événements de ruptures (divorce, perte d'emploi, etc.) en prenant en compte leur durée et leur éventuelle récurrence.

Ainsi, l'étude « Précarité 2001 » de la Mission PMSI s'est attachée, entre autres, à relever une série d'items relatifs à la situation familiale, à la composition du ménage, à la stabilité du

logement, au niveau de scolarisation, à la nationalité, à l'accès à la protection sociale, au niveau de revenus et à la situation d'emploi.

Il reste cependant que les multiples aspects de la précarité tels qu'ils apparaissent dans les études antérieures méritent d'être revus au regard notamment du caractère objectivable et concrètement utilisable de différents critères individuels ou populationnels.

Cette étude se structure autour de quatre axes complémentaires :

- revue de littérature française et internationale,
- définition d'une méthodologie de repérage exogène des patients précaires permettant de réaliser ultérieurement une étude quantitative à grande échelle,
- une étude de terrain sur deux à quatre établissements (sélection, différents entretiens, confrontation de la méthodologie, ...),
- définition de recommandations (repérage, méthode d'évaluation des coûts liés à la prise en charge des patients précaires, recensement de clés de financement conformes aux options retenues par l'IGAS).

La première partie du rapport a pour objectif, en prenant appui sur une revue de la littérature, de définir et de délimiter les éléments de connaissance nécessaires pour l'identification des populations précaires et des critères utilisés en pratique pour leur repérage. Cette étape est complétée par plusieurs entretiens et par une enquête auprès de trois établissements qui doivent permettre de préciser les enjeux pratiques, d'identifier dans toute la mesure du possible les surcoûts liés à la prise en charge de ces populations (y compris les coûts non prévus et les coûts liés à une prise en charge d'actes ne relevant pas des missions de l'hôpital).

À partir des premières synthèses, de la littérature et des entretiens réalisés, la seconde partie s'attache alors, à définir les modalités de financement des populations dites précaires dans un contexte de T2A. La question économique de la tarification prospective (à la pathologie) et sa remise en question dans un contexte d'incertitude idiosyncrasique est rapprochée des questions de risque moral et de sélection adverse sous-jacentes. Puis l'évaluation des lieux de surcoûts de la prise en charge hospitalière des patients précaires d'un point de vue qualitatif est développée. Cette dernière conduit à la définition des modalités de financement envisageables. Ces propositions sont en définitive mises en perspective avec les expériences étrangères dans le domaine. Enfin, une grille de repérage de la précarité permettant la définition d'une étude de coûts complémentaires, détaillée et portant sur un plus large échantillon est proposée.

Première partie

Introduction

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

Antoine Lazarus, Professeur de Santé publique à la Faculté de médecine de Bobigny in *Pratiques en santé mentale*, n° 1, 2000, p. 6.

Les questions de précarité et de pauvreté ont été remarquablement présentes depuis les années soixante-dix, tant dans le débat public que dans le champ scientifique, au sein des analyses sociologiques, économiques ou épidémiologiques. Même les théories de la justice sociale ont été très fortement mobilisées au cours de ces trente dernières années face à l'émotion, voire à l'incompréhension, suscitées par ces phénomènes. Dans le champ du médical et du soin, médecins et épidémiologistes adoptent la problématique santé-précarité pour souligner, rien de moins, comme le résumait Pierre Chauvin et Jacques Lebas dans un ouvrage paru il y a près de dix ans, qu'elle « *semble révélatrice des dysfonctionnements de notre système de santé* », qu'« *elle nécessite d'adapter notre système de protection sociale, de développer une réflexion de santé publique, d'imaginer de nouvelles complémentarités dans l'organisation de l'offre de soins et, finalement, de renouveler nos pratiques de soins*² ».

Dans ce champ, praticiens et scientifiques sont tout d'abord confrontés à une première difficulté dans le fait même de caractériser les phénomènes de précarité : de multiples mots semblant désigner une réalité similaire (exclusion, vulnérabilité, ou inégalités peuvent ainsi être ajoutés aux termes précédemment employés), mais les approches auxquelles ils donnent lieu sont cependant différentes, comme le soulignait en 2003 le Groupe Technique National de Définition des Objectifs de la loi d'orientation de Santé publique (DGS-GTND0), aussi bien sur le plan intellectuel et moral que sur le plan pratique et politique (en termes de statistiques de santé ou de programmes de soins, par exemple)³.

Alors que l'approche en termes de précarité (sociale, économique, juridique) permet de qualifier des effets structurels s'appliquant aux individus les plus vulnérables (instabilité de l'emploi, désaffiliation sociale), l'approche en termes d'inégalités permet d'approcher les mêmes phénomènes mais au niveau de la société toute entière. Cependant, comme il apparaît difficile de comprendre les phénomènes de précarité, qui concernent le bas de l'échelle sociale, sans les relier au reste de la société et aux enjeux en termes d'inégalités, le GTND0 soulignait, dans son état des lieux du chapitre « Précarité et inégalités », la nécessité de penser ensemble dans le cadre de la loi de santé publique les questions de précarité et d'inégalités : d'une part, la précarité n'est que la manifestation de logiques générales de production ou de

² CHAUVIN P., LEBAS J. (1998), « La problématique précarité et santé, un symptôme des dysfonctionnements de notre système de santé », in LEBAS J. ET CHAUVIN P. (1998), *Précarité et Santé*, Paris, Flammarion, p. 4.

³ ABENHAIM L., LE GALES C. (2003), *Élaboration de la loi d'orientation de santé publique : rapport du Groupe Technique National de Définition des Objectifs (Analyse des connaissances disponibles sur des problèmes de santé sélectionnés, leurs déterminants et les stratégies de santé publique. Définition des objectifs)*, Direction générale de la Santé, Ministère de la santé, Paris, La Documentation française.

reproduction d'inégalités et, d'autre part, la focalisation sur les seules catégories précaires « *tend à renforcer leur stigmatisation et, dans le contexte actuel, délégitimer les actions menées en leur faveur, notamment aux yeux des classes moyennes basses, elles aussi en difficulté*⁴ ».

Dans le champ scientifique, la justification d'une approche intégrée précarité-inégalités (en opposition à une approche exclusivement centrée sur la précarité) se trouve au cœur des théories contemporaines de la justice. Celles-ci conduisent précisément au renouvellement des fondements même de l'économie du bien-être y compris en termes de conception et de mesure du bien-être social⁵. Car de la conception du bien-être découle, par symétrie, une définition de la pauvreté : alors que la théorie économique associe historiquement, avec A.C. Pigou, revenu national et bien-être, elle associe également, par opposition, insuffisance de revenu et pauvreté. Les approches contemporaines en économie du bien-être et de la pauvreté conduisent plutôt à concevoir le phénomène à la fois comme une perception subjective et comme une position sociale⁶. Cela permet d'intégrer à l'analyse, à la fois, le fait qu'un individu puisse se sentir pauvre et le fait qu'il puisse être désigné comme tel par rapport à un groupe social donné ou par rapport à l'ensemble de la société. L'approche intégrée précarité-inégalités ouvre en outre sur des interrogations, plus générales encore, relatives à l'organisation sociale qui, si elles étaient totalement absentes de l'analyse, n'autoriseraient, en termes sociologiques, qu'une explication de la pauvreté en termes de sous-cultures : sous-culture de la paresse, de la marginalité ou du profit tiré de l'assistance.

Cependant, l'objectif des théories de la pauvreté et des inégalités, quels que soient les champs disciplinaires dont elles sont issues, n'est pas, dans leurs avancées récentes, d'établir une théorie générale du fonctionnement économique et social. L'ambition s'est portée plutôt sur la connaissance même des situations de pauvreté voire des vécus individuels. Une conclusion forte et unanime des travaux contemporains réalisés dans ce champ réside dans la nécessité d'effectuer une analyse à la fois multidimensionnelle et dynamique des phénomènes de pauvreté conduisant, devant la diversité des situations, la variété des vécus ou la multiplicité des mécanismes, à privilégier ici les pluriels (pauvretés, précarités, vulnérabilités) plutôt que le singulier.

La littérature médicale n'échappe pas à la difficulté de prendre en compte de manière concrète ces aspects multidimensionnels et dynamiques. Les travaux se sont pourtant multipliés dans ces domaines – de façon remarquable au cours des vingt dernières années. Mais ils restent centrés, soulignaient Pierre Chauvin et Jacques Lebas dès 1998, sur « *des états ou des situations sociales individuelles observées à un moment donné de la vie de l'individu, quasiment supposées irréversibles : la pauvreté ou l'aisance comme situation de ressources, le chômage ou l'emploi comme situation d'activité, la vie à la rue ou la copropriété comme condition d'hébergement, l'isolement ou la vie de couple comme situation familiale, le niveau d'études ou la catégorie professionnelle comme situation sociale, la nationalité ou le statut de résidence comme situation d'intégration, etc.* », avant de conclure que « *cette approche rend de moins en moins compte de la diversité des trajectoires sociales des individus*⁷ ».

⁴ *Ibid.*

⁵ MARIC M. (1996), « Égalité et équité : Amartya Sen face à John Rawls et à l'économie normative », *Revue française d'économie*, vol. XI, n° 3, p. 95-125.

⁶ FLEURBAEY M. (2001), « Quelques réflexions sur la mesure des inégalités et du bien-être social », in Rapport du Conseil d'analyse économique, *Inégalités économiques*, Paris, La Documentation française, 2001.

⁷ CHAUVIN P., LEBAS J. (1998), *op. cit.*, p. 18.

Alors que s'exprime avec force la nécessité de critères simples, le Haut Comité de Santé publique faisait quant à lui, la même année, dans son rapport sur *la progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*, le constat d'exigences connexes – et de taille – en remarquant qu' « à l'image des processus de précarisation, les rapports entre santé et précarité relèvent d'interactions multiples, où se mêlent des données sociales, des faits objectifs et des vécus subjectifs. Ces interactions s'inscrivent dans la durée, le temps étant une dimension essentielle de la santé comme de la précarité. (...). La santé n'est pas simplement un déterminant de la précarité, ni la précarité un déterminant de la santé comme le suppose tour à tour des modèles commodes mais réducteurs. Santé et précarité se conjuguent et contribuent mutuellement à creuser le passif d'un individu qui tente de faire face aux exigences d'une société où s'aggravent les inégalités⁸ ». En s'appuyant sur cette vision dynamique et longitudinale, le HCSP estimait alors entre 12 et 15 millions le nombre de personnes concernées par la « précarité », soit 20 à 25 % de la population.

On le voit, la complexité des phénomènes de précarité représente un défi auquel est confronté toute une génération de chercheurs et de praticiens, sociologues, économistes, médecins, ou épidémiologistes ainsi que de décideurs politiques. La nécessité de coopérations interdisciplinaires est unanimement soulignée, tant il apparaît indispensable de confronter les préoccupations ou les questions des uns aux réponses et aux questions des autres. De la même manière, le dialogue et la coopération entre chercheurs et praticiens sont dans ce domaine particulièrement nécessaires pour dépasser le simple descriptif de mutations socio-économiques et de leurs conséquences, dans tel ou tel domaine, pour les populations des pays industrialisés.

Dans sa première partie, ce rapport d'étape s'attache à présenter le cadre d'analyse des phénomènes contemporains de pauvreté, de précarité ou de vulnérabilité et notamment à en clarifier le vocabulaire avant d'effectuer, dans une deuxième partie, une revue de connaissances disponibles à ce jour en matière de santé des populations précaires et, comme réflexion préalable aux divers entretiens à venir, des outils opérationnels mobilisés en matière de repérage des patients précaires.

⁸ Rapport du Haut Comité de Santé Publique, *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*, février 1998, souligné par nous.

I. Nouvelle pauvreté et précarité : le tournant des années 1980

La connaissance des populations « précaires » telle qu'elle est envisagée aujourd'hui découle essentiellement des travaux conduits en sociologie de la pauvreté au cours des années 1980 et 1990. Dans un contexte où le terme d'exclusion s'impose progressivement dans le débat social et où sont mis en évidence des phénomènes de « nouvelle(s) pauvreté(s) », les auteurs s'attachent désormais à caractériser des mécanismes dynamiques de production (plutôt que de reproduction « de père en fils ») de pauvretés et d'inégalités. À l'heure où les débats opposent encore, comme tout au long de la période de forte croissance qui précède, les partisans d'une approche absolue de la pauvreté (considérée en termes de privations substantielles) aux tenants d'une approche relative du phénomène (défenseur d'une référence à une norme ou à une fréquence socialement constatée), le terme d'exclusion s'est largement imposé dans le débat public et, *in fine*, dans de nombreux travaux. Difficile à définir – et prenant des significations variées – il fait pourtant l'objet d'une utilisation croissante dans la période récente (création d'un Observatoire national de la Pauvreté et de l'Exclusion⁹, plans de lutte contre l'exclusion, etc.).

De la recherche de nouvelles théories permettant de mieux comprendre les phénomènes contemporains de pauvreté et de précarité – du travail de reconstruction des fondements théoriques eux-mêmes – découle à la fois la multiplication des termes employés pour décrire les situations de pauvreté et les réserves qui seront formulées tant sur le terme d'exclusion lui-même (§ 1) que sur les travaux strictement ou exclusivement fondés sur une approche simplement monétaire de la pauvreté (§ 2).

1. « Nouvelle pauvreté » : la nécessité d'un cadre d'analyse renouvelé

Le terme d'« exclusion » fait l'objet de nombreuses critiques, tant de la part des chercheurs que des acteurs (l'entrée ne figure même pas dans l'index de l'importante étude sur *La misère du monde* que publiera Pierre Bourdieu¹⁰), qui préféreront parler de *relégation* (Jean-Marie Delarue), de *désaffiliation* (Robert Castel) ou de *disqualification* (Serge Paugam) (§ 1.2). Car face à l'ampleur prise par ces phénomènes, s'impose la nécessité de mieux décrire et de mieux connaître les situations de pauvreté et de précarité (§ 1.1).

1.1. L'exclusion : une notion controversée

Au cours des années quatre-vingt, un travail de redéfinition des concepts associés à la pauvreté s'est engagé, tant en Europe (autour de l'exclusion) qu'en Amérique du Nord (autour des concepts d'*underclass* puis d'*outerclass*). L'exclusion a ainsi pu apparaître comme offrant le cadre d'analyse qui faisait défaut à la pauvreté contemporaine. On assiste ainsi, au cours des trente dernières années, à un glissement progressif de la notion de pauvreté vers celle d'exclusion. Inscrite dans la « *French intellectual tradition*¹¹ », la notion d'exclusion a

⁹ Qui semblait lui-même, si l'on se réfère à son premier rapport, un peu encombré par ce terme. Cf. Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale, *Rapport de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale*, Paris, La Documentation française, 2000, 125 p.

¹⁰ Pierre BOURDIEU (dir), *La misère du monde*, Paris, Seuil, 1993, 956 p.

¹¹ Eurostat, *Non-Monetary Indicators of Poverty and Social Exclusion. Final Report*, Luxembourg, 1995, p. 4.

cependant considérablement évolué pendant cette période et son sens contemporain s'est éloigné de la définition qu'en donnait R. Lenoir en 1974¹².

Dans les années 1970, la population « exclue » désigne, en effet, ces « oubliés de la croissance » des Trente glorieuses qui, même nombreux (*un français sur dix*), constituent des catégories marginales, considérées comme la frange la plus fragile de la population (handicapés physiques et mentaux, invalides âgés, drogués, délinquants, etc.)¹³. Le concept, d'emblée multiforme, couvre déjà de nombreux problèmes économiques et sociaux. Il s'élargit lorsqu'il sert à désigner également, au cours des années 1980, ces « nouveaux pauvres¹⁴ » que sont les chômeurs de longue durée, les personnes occupant un emploi à temps partiel contraint, celles en rupture de liens familiaux, les ménages fortement endettés, etc.

Mais les exclus au sens de Lenoir bénéficieront au cours des années 1970 et 1980 de nouvelles mesures (les mères célibataires ou les personnes handicapées, par exemple), en particulier avec la mise en place de minima sociaux (cf. *infra – encadré 1*) et le vocable d'exclusion renverra dès lors essentiellement aux « nouveaux pauvres ».

Dans les années 1990, malgré les réticences qu'expriment les chercheurs à son égard, le concept est plus fréquemment utilisé et son contenu s'élargit davantage encore pour désigner « l'exclusion massive » à travers, à la fois, l'augmentation croissante du nombre d'allocataires du dispositif RMI et, parallèlement, l'accroissement des situations de précarité et de fragilité sociale. C'est précisément les réflexions sur le fonctionnement du Revenu Minimum d'insertion qui conduiront, selon S. Paugam, à une prise de conscience sur la nécessaire révision de la conception traditionnelle de la pauvreté¹⁵.

Chargée de sens, sans pour autant devenir dénuée de sens, l'approche en termes d'exclusion a permis – ne serait ce que par réaction – de préciser la signification de multiples notions associées à la pauvreté. Malgré son hostilité au concept d'exclusion lui-même, mais en travaillant sur divers concepts apparentés, la sociologie française a largement contribué à – si ce n'est dominé – ces travaux¹⁶, et de nombreux économistes se sont également penchés sur ces questions tant sont concernés ici les domaines du travail et de l'emploi, des politiques publiques et sociales, de l'insertion professionnelle, de la formation, des conditions et des niveaux de vie, etc. Il reste cependant, comme le souligne H. Silver, que le concept d'exclusion ne fait « *pas seulement référence à la montée du chômage récurrent et de longue durée, mais aussi à la fragilisation des liens sociaux : instabilité familiale, familles monoparentales, isolement social, et déclin de la solidarité de classe qui était fondée sur le syndicalisme, le marché du travail, les relations de voisinage des travailleurs, et les réseaux sociaux*¹⁷ ». Le concept renvoie ainsi

¹² C'est, en effet, à partir de 1974 que la notion devient largement utilisée. Elle apparaît cependant en 1964 dans un essai publié par Pierre Massé, secrétaire général au Plan : *Les dividendes du progrès*. Elle est également utilisée par Jacques Kanfler dès 1965, *L'exclusion sociale*, Paris, Bureau de Recherches sociales, pour désigner les phénomènes de pauvreté non résolus par la seule croissance économique.

¹³ René Lenoir est à l'époque secrétaire d'État à l'Action sociale. Cf. René LENOIR, *Les exclus. Un français sur dix*, 1^{ère} éd. 1974, 4^{ème} éd. augmentée et mise à jour, Paris, Seuil, 1989.

¹⁴ Serge PAUGAM, *La société française et ses pauvres*, Paris, PUF, 1993, 2^e éd. 1995.

¹⁵ Serge PAUGAM, « La constitution d'un paradigme », in Serge Paugam (dir), *L'exclusion. L'état des savoirs*, Paris, La Découverte, 1996, p. 14.

¹⁶ Voir, par exemple, Serge Paugam (dir), *L'exclusion. L'état des savoirs*, Paris, La Découverte, 1996.

¹⁷ SILVER H., « Exclusion sociale et solidarité sociale : trois paradigmes », *Revue internationale du travail*, vol. 133, n° 5-6, 1994, p. 587.

à « la difficulté à tisser une solidarité entre les individus, les groupes sociaux et la société dans son ensemble¹⁸ ».

1.2. Les concepts concurrents de la notion d'exclusion

La notion d'exclusion ne se confond pas, *a priori*, avec celle de pauvreté. Mais comme la pauvreté, elle désigne une réalité difficile à définir et plusieurs concepts, proposés comme substituts, peuvent être considérés comme apparentés.

1.2.1. Le constat d'une territorialisation de l'exclusion : la relégation

La notion de relégation qu'utilise J.-M. Delarue est, à sa dimension spatiale près, quasiment synonyme¹⁹. En effet, le concept de relégation, qui établit un clivage entre « banlieue » et « bon lieu », déplace l'exclusion sur le terrain spatial. Le quartier lui-même, apparaissant comme un lieu pathogène, stigmatise l'exclusion. Mais l'exclusion spatiale ne peut constituer qu'un élément parmi d'autres. Elle apparaît comme une simple cristallisation d'un ensemble d'exclusions antérieures (scolaires, professionnelles, etc.) et renvoie à un cumul de difficultés ou de handicaps : ainsi une évaluation du développement urbain conduite par J. Donzelot et Ph. Estèbe conclut à la nécessité de la mise en œuvre de politiques transversales²⁰ ; conclusion ayant conduit depuis à la mise en œuvre des politiques de la ville.

Ainsi, au début des années 1990, l'analyse des phénomènes d'exclusion s'apparente aux travaux précurseurs en sociologie de la pauvreté réalisés par les sociologues de l'urbain. Alors que la pauvreté se concentrait dans certains lieux, quartiers, zones périphériques, les politiques de lutte contre la pauvreté ont longtemps pris la forme de politiques de résorption de l'habitat insalubre ou de « politique de la ville ». Dès le 19^{ème} siècle, Booth²¹ ou Rowntree²² construisent des nomenclatures de classes sociales et des indicateurs de morbidité prenant appui sur la profession ou le quartier.

Aujourd'hui, la bipolarisation des territoires concerne principalement les couches moyennes et ne s'inscrit pas toujours exactement dans des mécanismes de relégation des populations ou de dualisation des territoires tels qu'ils sont envisagés dans l'approche opposant la banlieue aux bons lieux. Ainsi, à titre d'exemple, en distinguant des communes riches, moyennes ou pauvres en fonction des revenus de leurs habitants les plus nombreux, une étude sur les disparités de revenus des ménages franciliens faisait apparaître, à l'échelon communal et infra communal, une répartition en « oignon » avec des communes « spécialisés » (riches ou pauvres) entourées de zones tampons (moyennes)²³. Dans un vaste mouvement de sécession

¹⁸ *idem*, p. 588.

¹⁹ DELARUE J.-M., *Banlieues en difficulté : la relégation*, Paris, Syros, 1991.

²⁰ Les auteurs ont publié un commentaire de leurs conclusions dans : Jacques Donzelot et Philippe Estèbe, « Le développement social urbain est-il une politique ? Les leçons de l'évaluation », *Regards sur l'actualité*, n° 196, Paris, La Documentation française, déc. 1993, p. 29-38.

²¹ Le travail que débute Charles Booth dès 1886 donne lieu à la publication de quatre volumes de *Life and Labour of the People of London*, London, Macmillan, en 1902 et 1903. Le premier volume est consacré à la pauvreté. Les bibliothèques de la *London School of Economics* et de la *London University* offrent un très riche site internet consacré à l'auteur et à ses travaux à l'adresse : <http://booth.lse.ac.uk>.

²² Rowntree S. (1901), *Poverty. A study of town life*, London, Macmillan, 1901, rééd. Bristol, The Policy Press, 2000, 528 p.

²³ Étude universitaire menée pour la DREIF en 2002.

impulsé par les plus riches (plutôt qu'une relégation des pauvres), l'étude montre que cette reterritorialisation pénalise les classes moyennes, qui cherchent à suivre les populations riches.

Les inégalités territoriales apparaissent alors tout autant comme une source d'insatisfaction relative au lieu d'habitation et comme une source de cumul de handicaps sociaux. Dans la même logique, une étude de la DARES sur les ZUS fait apparaître, pour les résidents de ces zones, une durée accrue de chômage, en particulier pour les populations d'origine extra-européenne²⁴. La ségrégation qui peut en découler dans les établissements scolaires peut aussi avoir directement des effets sur les performances scolaires²⁵.

Néanmoins, les effets des inégalités sociales varient, comme le montre une étude conduite pour l'Inserm en 2003 sur laquelle nous revenons *infra*, selon la manière dont celles-ci sont vécues²⁶.

1.2.2. Précarité, vulnérabilité ou grande pauvreté ?

Les notions de précarité, de vulnérabilité ou de grande pauvreté, qui ont permis de préciser les phénomènes désignés sous le vocable général d'exclusion, appellent un regard sur les processus à l'œuvre. Par commodité cependant, ces notions se trouvent réduites, dans certaines études, à la prise en compte d'une seule de leur dimension : la précarité concerne alors uniquement la position de l'individu sur le marché du travail, la vulnérabilité est le plus souvent associée à la faiblesse des relations sociales (isolement, chômage, inactivité), la grande pauvreté à la privation (de logement, en particulier).

Mais ces termes peuvent recouvrir une réalité plus complexe.

La précarité (ou *precarious*, ce qui s'obtient par la prière) est définie par l'Observatoire national de la Pauvreté et de l'exclusion sociale dès son premier rapport (2000) comme « *un ensemble de facteurs de risques et d'incertitudes sur l'emploi et les ressources qui conduirait à la pauvreté, liée à l'absence simultanée de facteurs de stabilité, notamment, dans le travail, les revenus, les conditions de logement ou la situation individuelle (réseaux sociaux) non identifiables à la pauvreté* »

La notion apparaît dans toute sa complexité dans la définition, fréquemment reprise, qu'en donne le Père Joseph Wresinski (ATD – Quart Monde) dès 1987 :

« *La précarité est l'absence d'une ou plusieurs sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit à la grande pauvreté, quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances*

²⁴ Prem. Synthèse, oct. 2003.

²⁵ G. Felouzis, *Rev. fr. Socio.*, 44/3, 2003.

²⁶ Parizot, Chauvin, Firdion, Paugam, *Santé, inégalités et ruptures sociales*, Inserm et Ined, juin 2003.

de réassumer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible²⁷ ».

Si l'on considère que la pauvreté correspond simplement à un faible niveau des ressources, la précarité peut être conçue comme une situation d'instabilité et de fragilité antérieure à la pauvreté mais comportant suffisamment de risques pour pouvoir déboucher sur celle-ci. En ce sens, il est donc cohérent que les individus en situation de précarité ne se confondent pas avec la population pauvre, même s'ils peuvent, de manière transitoire, avoir à faire face à un faible niveau de ressources. La précarité économique et/ou sociale se caractérise donc par le risque de devenir pauvre, l'incertitude qui pèse sur l'avenir, ou les aléas auxquels sont confrontés les individus. Cette précarité peut être choisie ou subie et les arbitrages peuvent prendre en compte l'ensemble des éléments disponibles dans un panier de « sécurités » : disposition d'un patrimoine, solidarités familiales, revenus sociaux, revenus futurs, etc. L'exemple des étudiants est ici fréquemment employé : alors que la faiblesse des revenus peut être réelle, il ne serait pas cohérent de parler de précarité si le risque de devenir pauvre diminue lorsque l'on fait des études.

La grande pauvreté, telle qu'elle apparaît ici, s'apparente à l'exclusion et correspond aux études menées sur les **populations démunies**. Dans la définition du Père Wrésinski, elle est multidimensionnelle et se présente surtout comme un fait s'inscrivant dans la durée, comme un phénomène de marginalisation. Le concept d'*underclass*, fortement mobilisé dans les travaux des sociologues américains en particulier, s'apparente, sous de multiples aspects, à l'exclusion envisagée en ces termes. Comme la notion d'exclusion, son origine remonterait aux années soixante-dix et sa place dans le débat scientifique serait liée à une forte demande sociale²⁸. De manière quelque peu différente, la notion, équivoque, suggère cependant une métaphore verticale (et non plus horizontale) désignant, en bas de l'échelle sociale, l'existence d'un groupe social qui ne bénéficie pas de ses droits sociaux. Le concept d'exclusion ainsi conçu conduit à prendre en compte les *mécanismes* qui se traduisent, notamment, par une dégradation du niveau de vie. Il oblige à enrichir l'analyse théorique des phénomènes constitutifs de la pauvreté et la « base informationnelle » qui peut lui être associée.

Ce sont bien ces métaphores, horizontale ou verticale, quand elles sont réduites à leur stricte opposition binaire, qui se trouvent rejetées par les auteurs opposés à la notion d'exclusion. Mais il reste que les termes de « grande pauvreté » ou de « populations démunies » correspondent à une réalité et à un besoin d'observation d'une frange de la population particulièrement défavorisée. L'enjeu théorique réside dans la stabilisation (grande pauvreté) ou pas (précarité) des situations individuelles analysées, *i.e.* dans la prise en compte du caractère dynamique des phénomènes.

Isabelle Parizot souligne ainsi que « *Les personnes concernées (par la pauvreté) ne forment pas une communauté sociale, ni même un groupe statistique saisissable par des critères socio-*

²⁷ « Grande pauvreté et précarité économique et sociale », avis du Conseil économique et social du 11 février 1987, cité par Geneviève de Gaulle-Anthonioz in Conseil économique et social, *La grande pauvreté. Évaluation des politiques publiques de lutte contre la grande pauvreté*, avis présenté par Geneviève de Gaulle-Anthonioz, Séances des 11 et 12 juillet 1995, Paris, Direction des journaux officiels, p. 5.

²⁸ Le magazine *Time* publiait en 1977 un article titré « The American Underclass » dans lequel il évoquait l'émergence d'une nouvelle classe sociale dans les quartiers pauvres des grandes villes.

économiques traditionnels. Elles sont confrontées à un ensemble hétérogène de situations instables, génératrices de difficultés diverses. Bien souvent, elles n'ont en commun que la forme de leur trajectoire, marquée par un cumul de handicaps et une dissociation progressive des liens sociaux. Aussi, faut-il envisager la pauvreté, non comme un état, mais comme un processus multidimensionnel, susceptible d'écarter toujours davantage de l'activité économique diverses franges de la population, et de conduire à la rupture du lien social ».

Pour désigner les mécanismes de reproduction massive des situations de pauvreté, la sociologie française a cherché à renoncer à l'utilisation du terme d'exclusion pour lui préférer, par exemple, ceux de disqualification sociale (S. Paugam) ou de désaffiliation (R. Castel), et ainsi envisager une menace, un risque, pesant sur de larges populations.

La prise en compte des aspects dynamiques des phénomènes conduit ainsi à distinguer l'état instable que constitue la précarité des situations plus ou moins stabilisées auxquelles renvoient les approches en termes de populations démunies ou exclues.

1.2.3. La nécessaire compréhension des processus de désaffiliation

La désaffiliation, telle qu'elle est définie par Castel, s'apparente à une « dynamique d'exclusion qui se manifeste déjà avant qu'elle ne produise ses effets complètement désocialisants²⁹ ». La « zone de désaffiliation » se situe au bout d'une dynamique marquée par un « double décrochage : absence de travail et isolement relationnel³⁰ ». Distinguant ainsi insertion sociale et insertion professionnelle, l'auteur introduit une dynamique entre les différents états de ce qu'il nomme l'*existence sociale*.

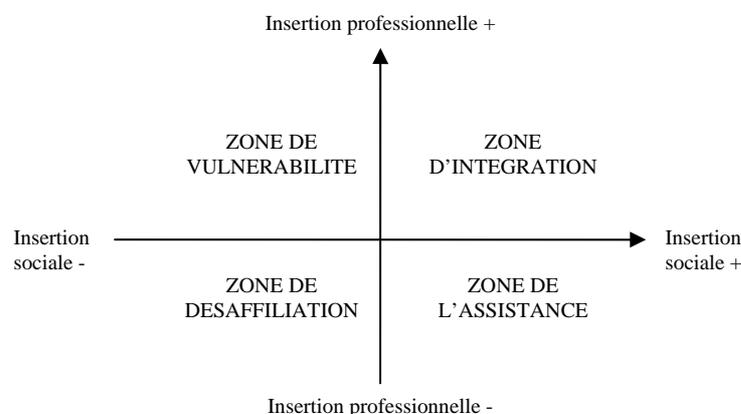
Si le terme d'exclusion doit être évité dans ce cadre, c'est parce que les exclus n'existent pas et qu'il y a plutôt « un *continuum* de positions qui coexistent dans un même ensemble et se contaminent les unes les autres ». Dès lors, « *l'exclusion n'est pas une absence de rapport social mais un ensemble de rapports sociaux particuliers à la société prise comme un tout. Il n'y a personne en dehors de la société, mais un ensemble de positions dont les relations avec son centre sont plus ou moins distendues*³¹ » (figure 1).

²⁹ Robert Castel, « De l'indigence à l'exclusion, la désaffiliation », in *Face à l'exclusion, le modèle français*, J. Donzelot (ed), Paris, Ed. Esprit, 1991.

³⁰ *idem*.

³¹ Robert Castel, *Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*, Paris, Fayard, 1995, p. 442.

Figure 1
La dynamique de l'exclusion selon R. Castel



Maric M., d'après R. Castel, « De l'indigence à l'exclusion... », *op. cit.*, p. 148-149.

Tant en matière d'insertion professionnelle qu'en matière d'insertion sociale divers mécanismes d'instabilité peuvent être à l'œuvre. En matière d'insertion professionnelle, l'instabilité du travail et « l'inflation de la précarité », par exemple, entraînent des passages de la *zone d'intégration* à la *zone de l'assistance* qui renvoient, notamment, aux questions d'efficacité de la « couverture assurancielle ». Sur le vecteur de l'insertion sociale, l'appauvrissement de la structure familiale, des « supports relationnels », des « réseaux de sociabilité » et des aides éventuellement économiques qu'ils permettent, provoquent des passages vers la *zone de vulnérabilité relationnelle*. Le recoupement des deux axes détermine des zones – poreuses – de l'espace social.

On peut ainsi, avec l'auteur, distinguer divers types de populations qui relèvent des interventions sociales. Dans la zone de vulnérabilité, les « multiples formes du salariat au statut incertain (qui) échappent aux réglementations traditionnelles du travail » concernent des individus (jeunes en difficulté par exemple) qui allient précarité sociale et économique. La zone de l'assistance est celle d'une « dépendance secourue et intégrée ». L'étendue des populations concernées est liée à la représentation dominante de la pauvreté dans la société, en particulier selon que l'individu est considéré comme victime ou responsable de son propre sort.

Dans ce cadre, « une société (ne) devient duale (que) lorsqu'elle prend le chemin d'instituer une séparation entre ces zones (...), lorsqu'elle accepte la précarité et la vulnérabilité comme des états de fait – voire lorsqu'elle les recherche au nom de la rentabilisation de l'appareil productif d'une part, et de la promotion d'un individualisme sans attaches comme valeur éthique suprême de l'autre³² ».

1.2.4. L'approche en termes de disqualification sociale

De la même manière, selon S. Paugam, la pauvreté est un « phénomène multidimensionnel qui correspond aujourd'hui moins à un état qu'à un processus de *disqualification sociale*³³ ». Dès son essai sur la nouvelle pauvreté, la notion de disqualification sociale proposée par

³² Robert Castel, « De l'indigence à l'exclusion... », *op. cit.*, p. 167.

³³ PAUGAM S., ZOYEM J.-P., CHARBONNEL J.-M. (1993), *Précarité et risque d'exclusion en France*, documents du Cerc, n° 109, Paris, La Documentation française, p. 149.

l'auteur englobe les notions de précarité ou de vulnérabilité, les considérant comme la première étape d'un processus au bout duquel peut se trouver la grande pauvreté³⁴. L'exclusion et la pauvreté sont ici nettement liées, à une dimension dynamique près. Cette conception de la pauvreté conduit également à considérer que les pauvres ne peuvent constituer un ensemble social homogène.

Historiquement, les premiers travaux sociologiques³⁵ dans ce domaine définissent comme pauvre toute personne qui reçoit « assistance ». Il s'agit ici d'une définition sociale : est pauvre celui que les interventions sociales considèrent comme tel, auquel il s'agit de venir en aide, ou qui est placé dans une relation de dépendance.

Une telle définition de la pauvreté dépend de plusieurs facteurs parmi lesquels figurent en particulier : 1. le degré de développement économique et la situation du marché du travail (Cf. inégalités contemporaines en Europe), 2. la forme des liens sociaux et leur intensité (Cf. hausse de l'individualisme, augmentation du nombre de familles monoparentales, etc.) et 3. la nature du système de protection sociale.

En s'inspirant de Simmel, Serge Paugam distingue trois formes de pauvreté³⁶ :

- la pauvreté intégrée (à l'instar, par exemple, du Sud de l'Europe) : elle est durable, intergénérationnelle, conduit à un faible niveau de vie mais pas à l'exclusion (l'absence d'emploi peut être compensée par différentes formes d'aides familiales ou sociales) ;
- la pauvreté marginale : frange de la population considérée comme inadaptée (« cas sociaux »), stigmatisée. Ce sont les exclus tels qu'ils sont désignés par René Lenoir dans les années 1970. Détenus libérés, délinquants, toxicomanes, handicapés, etc. ;
- la pauvreté disqualifiante : elle est perçue comme susceptible de concerner tout un chacun (même si cette déchéance liée à la malchance ou à une conjonction d'évènements professionnels et/ou familiaux ne se vérifie pas exactement dans les statistiques). C'est une pauvreté considérée comme un cumul de handicaps sociaux et économiques qui, là aussi, fait apparaître deux types de difficultés pouvant être cumulées, d'ordre économique et/ou d'ordre social.

La pauvreté marginale est ici la plus proche d'une conception dominante de l'exclusion. La précarité apparaît quant à elle avec une double dimension de pauvreté intégrée ou de pauvreté disqualifiante.

De l'ensemble de ces travaux, découle une nécessité de distinguer entre l'état instable (caractéristique d'une situation de précarité) et l'état plus ou moins stabilisé dans lequel peuvent se trouver des populations considérées comme démunies ou exclues. Mais au sein même des populations précaires, on peut observer différents degrés de précarité.

³⁴ PAUGAM S. (1991), *La disqualification sociale. Essai sur la nouvelle pauvreté*, Paris, PUF.

³⁵ Ceux de Simmel (1907) en particulier.

³⁶ PAUGAM S. (2005), *Les formes élémentaires de la pauvreté*, Paris, PUF.

2. Les mesures de la pauvreté

Quelle que soit l'explication que l'on se donne de la pauvreté, dans la pratique, le phénomène se conçoit fréquemment comme une insuffisance de revenu.

2.1. La pauvreté monétaire

Lorsque l'on évalue la pauvreté par la demi-médiane du revenu disponible par unité de consommation (source fiscale), on obtient un taux de pauvreté des ménages décroissant tout au long des années 1970 et jusqu'au milieu des années 1980 (passant de 16 à un peu plus de 7 %), taux qui reste ensuite remarquablement stable tout au long des années 1990³⁷. Bien entendu, une telle approche, strictement monétaire et quantitative, ne peut, par nature, rendre compte des transformations qualitatives de la pauvreté et masque, tout autant, la disparition d'anciennes formes de pauvreté massive (celle des personnes âgées par exemple) que l'apparition de phénomènes nouveaux, ceux désignés sous le vocable de « nouvelle pauvreté » (liés en particulier aux difficultés d'insertion sur le marché du travail ou au chômage de longue durée) ou les phénomènes de « grande pauvreté » ou d'« exclusion »³⁸.

En outre, les indicateurs de pauvreté auxquels elle conduit posent aussi diverses difficultés, parmi lesquelles :

- *Quelle échelle d'équivalence adopter ?* L'échelle d'Oxford des unités de consommation (uc) attribue 1 uc au premier adulte, puis 0,7 uc aux adultes suivants et 0,5 uc par enfant de moins de 15 ans. L'échelle Océde ou Eurostat diffère de la précédente en attribuant 0,5 uc au premier adulte et 0,3 uc par membre du ménage n'ayant pas plus de 14 ans. Avec l'échelle d'Eurostat (récemment adoptée par l'Insee), les familles nombreuses apparaissent moins souvent pauvres qu'avec l'échelle d'Oxford. L'Insee utilise parfois une « échelle des unités de consommation modifiées », estimée à partir de modèles économétriques, qui revient à attribuer environ 0,35 uc par membre du ménage à partir du deuxième³⁹ ;
- *La mesure doit-elle se fonder sur l'individu, le ménage, la famille ?* En se référant à un niveau de consommation, la plupart des études sur la pauvreté ont pour unité le ménage. Mais on peut considérer que l'individu est une unité d'analyse également pertinente compte tenu des inégalités intra familiales de revenu⁴⁰ ;
- *Quelle définition des ressources des ménages faut-il prendre en compte ?* Dans une vision élargie du revenu (proche de la notion de niveau de vie) les revenus fictifs du patrimoine sont réintroduits : cela permet en particulier d'augmenter

³⁷ [Cf. Portrait Social INSEE]

³⁸ MARIC M. (2004), « Indicateurs de bien-être et pauvreté », in GIRARD D. (Ed), *Solidarités collectives, famille et solidarité*, Paris, L'Harmattan.

³⁹ On peut se reporter sur ce point à INSEE, « Revenus et patrimoines des ménages », *Synthèses*, n° 5, Paris, Insee, août 1996, 171 p. et Jean-Michel Houriez, Lucile Olier, « Niveau de vie et taille des ménages : estimations d'une échelle d'équivalence », in Insee, « Mesurer la pauvreté aujourd'hui », *Economie et statistique*, n° 308-310, 1997, p.65-94.

⁴⁰ Voir par exemple ATKINSON A., CAZES S., « Mesures de la pauvreté et politiques sociales : une étude comparative de la France, de la RFA et du Royaume-Uni », *Observations et diagnostics économiques, Revue de l'OFCE*, Paris, Presses de la Fondation nationale de sciences politiques, n° 33, octobre 1990, p. 105-130.

les ressources des ménages propriétaires de leur logement. Il reste que le simple revenu monétaire ne prend pas en compte la production domestique non marchande ou la disponibilité gratuite de certains biens ou services. Enfin, certains transferts monétaires échappent aux enquêtes.

- *Sur quelle période effectuer l'évaluation ?* Une évaluation annuelle ne permet pas de distinguer les situations transitoires des situations durables. Les variations infra-annuelles du revenu sont ignorées. L'endettement n'est pas pris en compte.

La mesure relative apparaît aussi inadaptée tant pour la prise en compte des transformations de la pauvreté que pour saisir la réalité des situations de pauvreté. Elle reste en outre, extrêmement sensible au seuil de pauvreté retenu. Ainsi, pour l'année 2004, le taux de pauvreté passe du simple au double (de 6,2 à 11,7 %) selon que le seuil relatif est fixé à 50 % ou 60 % du revenu médian. Ces critiques ont alimenté le réel besoin d'innovation et d'affinement dans le domaine de l'analyse et de la mesure des phénomènes de pauvreté⁴¹. C'est pourquoi de nombreuses institutions se donnent pour objectif de développer de nouveaux indicateurs⁴². Pour être efficaces, de telles initiatives supposent aussi un travail de fond sur la définition et la compréhension de la pauvreté – qui recouvre des réalités différentes dans le temps et dans l'espace.

Cependant, le critère du revenu n'est pas inutile pour un repérage, même grossier, des populations en situation vulnérable. Ainsi, les données publiées par l'Insee et l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale⁴³ (ONPES) permettent, par exemple, de remarquer un taux de pauvreté monétaire particulièrement supérieur à la moyenne parmi les 893 000 personnes (de moins de 65 ans) seules et en situation d'inactivité (28 % pour les femmes, près de 32 % pour les hommes – au seuil de 60 %), pour les 734 000 femmes seules inactives avec enfant(s) dont près d'une sur deux (47,6 %) est en situation de pauvreté monétaire ou encore, avec un taux moindre mais une population concernée par la pauvreté plus nombreuse, pour les 2 863 000 mères actives, dont 20,2 % est sous le seuil de pauvreté monétaire de 60 % ou encore pour les couples d'inactifs (20,2 %), les couples dans lesquels l'homme est inactif (25,2 %) ou encore ceux ayant trois enfants ou plus quand la femme est inactive (23,2 %) (tableau 1).

⁴¹ On peut se reporter à l'argumentation de FLEURBAEY M. (2001), *loc. cit.*, p. 239-240.

⁴² C'est notamment le cas de l'Union européenne et de nombreux pays européens : en Grande-Bretagne, c'est même l'une des missions de la *Social Exclusion Unit* (SEU) mise en place en décembre 1997. Le rapport de Bernard Perret en donne une vue détaillée : *Indicateurs sociaux, état des lieux et perspectives*, Rapport au Conseil de l'emploi, des revenus et de la cohésion sociale, janvier 2002.

⁴³ ONPES, *Les travaux de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale 2005-2006*,

Tableau 1
Proportion d'individus pauvres en 2004 selon le type de ménage

Individus appartenant à des ...	Nombre total d'individus (en milliers)	seuil à 60 %		seuil à 50 %	
		Nombre d'individus pauvres (en milliers)	Taux de pauvreté (en %)	Nombre d'individus (en milliers)	Taux de pauvreté (en %)
Ménages dont la personne de référence à moins de 65 ans	48 079	5 948	12,4	3 315	6,9
- Personnes seules	4 398	747	17,0	550	12,5
Hommes vivant seuls inactifs	377	120	31,8	90	24,0
Hommes vivant seuls actifs	1 976	275	13,9	209	10,6
Femmes vivant seules inactives	516	144	27,9	107	20,7
Femmes vivant seules actives	1 529	208	13,6	144	9,4
- Familles monoparentales	4 144	1 016	24,5	507	12,2
Pères	547	89	16,2	39	7,2
Mères inactives	734	349	47,6	184	25,0
Mères actives	2 863	578	20,2	284	9,9
- Couples	37 601	3 799	10,0	2 057	5,5
Couples d'inactifs avec ou sans enfant	2 462	451	20,2	295	12,0
Homme inactif - femme active avec ou sans enfant	2 798	724	25,9	479	17,1
Homme actif - femme inactives sans enfant	1 055	90	8,5	47	4,5
Homme actif - femme inactives avec un enfant	1 200	168	14,0	96	8,0
Homme actif - femme inactives avec deux enfants	2 289	296	14,0	132	5,8
Homme actif - femme inactives avec trois enfants ou plus	2 385	552	23,2	244	10,2
Couples d'actifs sans enfant	4 617	189	4,1	105	2,3
Couples d'actifs avec un enfant	6 263	295	4,7	162	2,6
Couples d'actifs avec deux enfants	9 660	533	5,5	264	2,7
Couples d'actifs avec trois enfants ou plus	4 873	502	10,3	232	4,8
- Ménages complexes	1 936	386	19,9	201	10,4
Ménages dont la personne de référence a 65 ans et plus	10 660	920	8,6	320	3,0
Personnes seules	3 962	508	12,8	246	6,2
Couples	6 698	412	6,1	73	1,1
ensemble des individus	58 739	6 867	11,7	3 635	6,2

Note : Sont considérés comme enfants, les enfants célibataires de la personne de référence ou de son conjoint sans limite d'âge. - Champ : Individus appartenant aux ménages dont le revenu déclaré est positif ou nul et dont la personne de référence n'est ni retraitée ni étudiante.

Sources : Insee-DGI, enquête revenus fiscaux 2004.

2.2. L'approche administrative de la pauvreté monétaire

Au début des années 1980, à l'époque même où débute un lent travail de redéfinition – dont n'a toujours pas émergé, compte tenu de ses multiples dimensions, une définition consensuelle unique de la pauvreté – l'Union européenne propose de considérer comme pauvres « *les personnes dont les ressources matérielles, culturelles et sociales sont si faibles qu'elles sont exclues des modes de vie minimaux acceptables dans l'État membre où elles vivent*⁴⁴ ». Outre le caractère relatif (dépendant des « modes de vie (...) de l'État membre ») et multidimensionnel (« ressources matérielles, culturelles et sociales ») du phénomène, cette définition souligne l'aspect conventionnel et l'acte politique que constitue l'identification, au sein d'une population, d'une fraction pauvre (minimum acceptable) ; les critères résultant tout autant de

⁴⁴ Conseil des ministres européen du 19 décembre 1984.

représentations sociales que de considérations techniques. Il reste que cette définition présente l'inconvénient majeur d'être peu opérationnelle.

Directement liée à cette approche administrative de la pauvreté, la pauvreté mesurée par les minima sociaux permet d'identifier les personnes, socialement considérée comme « pauvres » et percevant une aide dont au moins l'un des objectifs est de lutter contre la pauvreté. Sont ici concernées les différents minima versés par la CNAF, la MSA, l'Unedic (FNA), la Cnamts ou la CNAV (encadré 1).

Encadré 1
Les minima sociaux

Allocation supplémentaire vieillesse (FSV - 1956)	Allocation différentielle, elle porte au montant du minimum vieillesse les revenus des 65 ans et plus (60 ans en cas d'inaptitude au travail) titulaires d'un ou plusieurs avantages de base attribués par les régimes obligatoires d'assurance vieillesse ou d'une allocation spéciale du Service d'allocation spéciale vieillesse (Sasv).
Allocation supplémentaire d'invalidité (1957)	De mêmes montants que l'allocation du Fonds de Solidarité Vieillesse (FSV), elle concerne les moins de 60 ans titulaires d'une pension d'invalidité servie par le régime de sécurité sociale au titre d'une incapacité permanente.
Allocation aux adultes handicapés (AAH - 1975)	Personnes handicapées sans ressources, justifiant d'un taux d'incapacité de 80 % ou de 50 % en cas d'incapacité reconnue par la Cotorep, âgées de 20 ans et plus (16 ans pour les enfants n'ouvrant plus droit aux allocations familiales).
Allocation de parent isolé (API - 1976)	Personnes seules avec enfant(s), y compris femmes enceintes. Versée jusqu'au troisième anniversaire du dernier enfant ou pendant un an après isolement.
Allocation d'assurance veuvage (1980)	Conjoint survivant d'un assuré social, âgé de moins de 55 ans et ayant élevé un enfant pendant 9 ans avant son seizième anniversaire ou élevant un enfant au moment du veuvage. Ce dispositif est progressivement absorbé par les pensions de réversion et mis en extinction en 2011.
Allocation d'insertion (AI - 1984)	Allocation différentielle chômage du régime de solidarité géré par l'État. Elle est réservée depuis 1992 à des catégories de population ciblées : détenus libérés, victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, salariés expatriés non affiliés à l'assurance chômage, réfugiés ou personnes ayant demandé l'asile en France.
Allocation de solidarité spécifique (ASS - 1984)	Allocation différentielle chômage du régime de solidarité géré par l'État. Elle est versée aux chômeurs ayant épuisé leur droit à l'assurance chômage et justifiant d'au moins cinq ans d'activité au cours des dix années précédant la rupture du contrat de travail. Taux majoré pour les plus de 55 ans.
Revenu minimum d'insertion (RMI - 1988)	Allocation différentielle versée à toute personne de 25 ans ou plus (sauf si un enfant né ou à naître).
Allocation personnalisée d'autonomie (APA - 2 001)	Remplace la prestation spécifique dépendance (PSD) et concerne toute personne en situation de dépendance à domicile ou en établissement.
Allocation équivalent retraite – remplacement (AER - 2002)	Anciennement allocation spécifique d'attente (ASA - 1998) elle est destinée aux chômeurs totalisant plus de 160 trimestres de cotisations à l'assurance vieillesse et n'ayant pas atteint l'âge de 60 ans. Elle se substitue à l'ASS ou au RMI.
Revenu de solidarité (RSO - 2 001)	Spécifique aux DOM, il est versé aux moins de 50 ans bénéficiaires du RMI depuis au moins deux ans et n'exerçant pas d'activité professionnelle.

Son montant correspond à la différence entre le plafond de ressources et les ressources du demandeur

Près de 3,5 millions de personnes perçoivent ainsi en France une allocation d'assistance attribuée en dessous d'un certain niveau de ressources. En tenant compte des ayant-droits, la

population couverte par les minima sociaux s'élève à plus de 6 millions de personnes, soit environ 10 % de la population (tableau 2).

Tableau 2
Nombre d'allocataires de minima sociaux en 2004⁴⁵

Revenu minimum d'insertion (RMI)	1 238 500
Allocation aux adultes handicapés (AAH)	786 100
Allocation supplémentaire vieillesse (ASV)	621 600
Allocation de Solidarité Spécifique (ASS)	369 900
Allocation de parent isolé (API)*	196 600
Allocation supplémentaire d'invalidité	111 500
Allocation d'Insertion (AI)	48 100
Allocation équivalent retraite - remplacement (AER)	32 300
Allocation veuvage	11 400
Revenu de solidarité (RSO)	9 100
Ensemble des minima sociaux	3 425 200

Allocation veuvage et allocation supplémentaire de vieillesse : estimations DREES pour 2005. - ASS, AER, AI : données provisoires pour 2005.

Sources : Cnaf, MSA, Unédic (FNA), Cnamts, Cnav.

2.3. La pauvreté en conditions de vie

Une approche dite « en conditions de vie » mesure l'absence ou la difficulté d'accès à des biens d'usage ordinaire ou des consommations de base. Elle permet de dépasser la définition monétaire et l'approche relative de la pauvreté afin de cerner les difficultés matérielles d'existence. Ces deux approches ne se recoupent que partiellement. En effet, si les deux taux de pauvreté sont, par construction, de niveaux comparables, seuls 5 % des individus sont pauvres à la fois au sens monétaire et au sens des conditions de vie⁴⁶.

De multiples études de la pauvreté conçue en termes de conditions d'existence sont réalisées dès la fin des années soixante-dix. Privilégiée par les sociologues, suivant ainsi l'approche de P. Townsend en termes de « style de vie » ou de « standards⁴⁷ », la pauvreté des conditions d'existence a aussi été évaluée en termes de cumul de désavantages (Dickes)⁴⁸.

La pauvreté est d'emblée considérée dans ce cadre comme un phénomène inobservable (variable latente) qui peut être appréhendé à partir d'une batterie d'indicateurs qui permet de saisir des conditions de vie (situations, comportements) perçues comme défavorables en un sens non plus « subjectif » mais objectif ou social. Pratiquement, dans les termes de Dickes, l'approche se fonde :

- soit sur un « contrôle par la fréquence » équivalent au *standard objectif* au sens de P. Townsend ; qui est atteint par plus de la moitié de la population étudiée,

⁴⁵ NIVIÈRE D., DINDAR C., HENNION M. (2006), « Les allocataires de minima sociaux en 2005 », *Études et résultats*, Drees, novembre.

⁴⁶ Demailly D., Febvre M. (2006), « Les conditions de vie des ménages : une amélioration entre 1998 et 2004 », in *Les travaux de l'Observatoire*, op. cit.

⁴⁷ Peter Townsend, *Poverty in the United Kingdom. A Survey of Household Resources and Standards of Living*, Harmondsworth, Penguin Books, 1979, 1216 p.

⁴⁸ Pour une présentation détaillée, on peut se reporter à Paul Dickes, « Ressources financières, bien-être subjectif et conditions d'existence », in Françoise Bouchayer (dir), *Trajectoires sociales et inégalités. Recherches sur les conditions de vie*, Mire/Insee, Paris, Erès, 1994, p. 179-198. Voir également Stéfan Lollivier et Daniel Verger, « Pauvreté d'existence, monétaire ou subjective sont distinctes », in Insee (1997), op. cit., p. 113-142.

- soit sur un « contrôle par le consensus » équivalent au *standard social* au sens de P. Townsend ; déterminé par ce qui est accepté ou institutionnalisé par la société.

L'approche se résume aux sept axiomes suivants :

1. la pauvreté est un *continuum* latent,
2. mesurant la situation proximale du ménage,
3. par des items qui expriment des états ou des conduites,
4. qui sont observables actuellement ou ont été observés dans un passé proche,
5. qui se rapportent à diverses conditions d'existence valables pour tous les ménages,
6. qui expriment un manque de bien-être matériel et social perçu comme défavorable par la majorité,
7. la pauvreté sera d'autant plus élevée pour les individus isolés ou qui vivent ensemble que les conditions d'existence défavorables auront tendance à se cumuler⁴⁹.

Mis en œuvre par l'Insee depuis le milieu des années quatre-vingt-dix, l'outil se fonde sur une série d'indicateurs relatifs aux difficultés que ressentent les ménages : confort du logement, endettement, restrictions de consommation, équipement. Un ménage est dans ce cadre considéré comme pauvre s'il cumule un grand nombre de difficultés. Les enquêtes permanentes sur les conditions de vie (PCV) suivent une même batterie d'indicateurs depuis 1997.

L'indicateur consiste à cumuler pour chaque ménage le nombre de difficultés ressenties parmi les vingt-sept retenues (*encadré 2*). Sont considérés comme pauvres, par convention, les ménages subissant au moins huit carences ou difficultés⁵⁰. Si des difficultés touchent une grande part de la population (n'avoir aucune épargne, ne pas pouvoir partir en vacances, etc.), d'autres concernent moins de 5 % de la population : absence d'eau chaude dans le logement (IV-4), passer une journée sans pouvoir faire un repas complet par manque d'argent (III-9).

⁴⁹ Paul Dickes, « Ressources financières, bien-être subjectif et conditions d'existence », in Françoise Bouchayer (dir), *Trajectoires sociales et inégalités. Recherches sur les conditions de vie*, Mire/Insee, Paris, Erès, 1994, p. 181.

⁵⁰ Voir Insee, « Revenus et patrimoines des ménages. Edition 2000-2001 », *Synthèses*, n° 47, mars 2001. Des résultats actualisés avec l'enquête PCV d'octobre 2001 sont présentés par Baudoin Seys, Jean-Michel Hourriez, Jean-Pierre Hays, Sylvie Dumartin, « Indicateurs avancés de pauvreté à partir des enquêtes permanentes sur les conditions de vie », *Documents de travail de l'INSEE*, Direction des statistiques démographiques et sociales, n° F0203, Paris, Insee, 2002, 27 p.

Encadré 2
Les 27 indicateurs de conditions de vie retenus par l'Insee dans
l'Enquête Permanente sur les Conditions de Vie

I	CONTRAINTE BUDGÉTAIRE
I-1	Part du remboursement sur le revenu (supérieure à un tiers)
I-2	Découverts bancaires (très souvent)
I-3	Couverture des dépenses par le revenu difficile
I-4	Aucune épargne à disposition
I-5	Recours aux économies
I-6	Opinion sur le niveau de vie : « c'est difficile, il faut s'endetter pour y arriver ».
II	RETARDS DE PAIEMENT
	<i>En raison de problèmes d'argent, impossibilité de payer à temps à plusieurs reprises, au cours des 12 derniers mois.</i>
II-1	Factures (électricité, gaz, téléphone, etc.)
II-2	Loyer et charges
II-3	Versements d'impôts
III	RESTRICTIONS DE CONSOMMATION
	<i>Les moyens financiers ne permettent pas de :</i>
III-1	Maintenir le logement à bonne température
III-2	Payer une semaine de vacances une fois par an
III-3	Remplacer des meubles
III-4	Acheter des vêtements neufs
III-5	Manger de la viande tous les deux jours
III-6	Recevoir
III-7	Offrir des cadeaux
III-8	Posséder 2 paires de chaussures
III-9	Absence de repas complet pendant au moins une journée au cours des 2 dernières semaines
IV	DIFFICULTÉS DE LOGEMENT
IV-1	Surpeuplement important ou modéré
IV-2	Absence de salle de bains à l'intérieur du logement
IV-3	Absence de toilettes à l'intérieur du logement
IV-4	Absence d'eau chaude
IV-5	Absence de système de chauffage
	<i>Critiques du logement (sans considération financière) :</i>
IV-6	Logement trop petit
IV-7	Logement difficile à chauffer
IV-8	Logement humide
IV-9	Logement bruyant

SourceS : Insee – Epcv.

Cette forme de pauvreté touche environ 10 % des ménages (*tableau 3*) mais le profil des personnes de référence des ménages pauvres en conditions de vie se distingue de l'ensemble des ménages. Les familles monoparentales (7 % de la population) sont ici surreprésentées (20 % des pauvres en conditions de vie), tout comme les personnes seules. À elles deux, ces catégories constituent plus de la moitié des ménages pauvres en conditions de vie. La part des chômeurs est quatre fois plus importante que dans l'ensemble des ménages et celle des personnes de nationalité étrangère est deux fois plus élevée. Les ménages qui ont connu un problème professionnel, un divorce, un décès, un accident ou un problème grave de santé sont surreprésentés. À l'inverse, les couples avec moins de trois enfants sont sous-représentés.

Cette forme de pauvreté apparaît, enfin, relativement durable : les ménages pauvres en conditions de vie une année se retrouvent pour plus de la moitié dans la population des ménages pauvres l'année suivante (55 % entre 2000 et 2003).

Tableau 3
L'évolution de la pauvreté de conditions de vie (1997-2004)

	En %	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
I	CONTRAINTE BUDGÉTAIRE								
I-1	Part du remboursement sur le revenu (supérieure à un tiers)	5,1	<u>5,1</u>	<u>3,3</u>	3,6	3,5	3,3	3	3,4
I-2	Découverts bancaires (très souvent)	7,1	6,9	7,2	8,5	7,7	8,3	8,5	8,0
I-3	Couverture des dépenses par le revenu difficile	<u>10,3</u>	<u>16,1</u>	17,1	18,1	17,1	16,6	17,7	16,0
I-4	Aucune épargne à disposition	25	<u>24,8</u>	<u>27,2</u>	24	26,7	25,5	26,1	22,9
I-5	Recours aux économies	22	<u>20,5</u>	<u>20,4</u>	22	22	21	22,3	24,1
I-6	Opinion sur le niveau de vie : « c'est difficile, il faut s'endetter pour y arriver ».	18,4	16,1	15,9	16,4	15,6	14,3	15,3	14,3
II	RETARDS DE PAIEMENT								
	<i>En raison de problèmes d'argent, impossibilité de payer à temps à plusieurs reprises, au cours des 12 derniers mois</i>								
II-1	Factures (électricité, gaz, téléphone...)	6	5,7	4,6	5,5	5,2	5,3	5,6	5,2
II-2	Loyer et charges	3,5	2,7	2,3	2,5	2,5	3,2	3	2,8
II-3	Versements d'impôts	2	1,6	1,1	1,8	1,2	1	1,6	1,5
III	RESTRICTIONS DE CONSOMMATION								
	<i>Les moyens financiers ne permettent pas de :</i>								
III-1	Maintenir le logement à bonne température	7,9	6,4	11,6	9,9	11,5	12,3	13	9,7
III-2	Payer une semaine de vacances une fois par an	33,8	32,1	31	30	29,6	30,1	29,6	28,6
III-3	Remplacer des meubles	37,3	34,4	33,6	32	30,9	30,5	30,3	28,9
III-4	Acheter des vêtements neufs	10,1	8,8	8,5	8,6	7,9	8,1	8,4	8,1
III-5	Manger de la viande tous les deux jours	5,6	5	5	5,1	5,2	5,5	5,5	5,3
III-6	Recevoir	12,2	10,2	9,2	9,4	8,8	8,2	8,6	8,3
III-7	Offrir des cadeaux	13	11,2	10,9	10,8	9,1	9,6	9,7	8,8
III-8	Posséder 2 paires de chaussures	7	5,1	5,8	5,8	4,8	5,8	5,2	5,1
III-9	Absence de repas complet pendant au moins une journée au cours des 2 dernières semaines	4	3,6	3,4	3,5	2,6	3,6	2,6	2,8
IV	DIFFICULTÉS DE LOGEMENT								
IV-1	Surpeuplement important ou modéré	10,7	10	9,8	9,3	9,1	9,5	8,9	8,9
IV-2	Absence de salle de bain à l'intérieur du logement	3,1	<u>2,6</u>	<u>2,6</u>	2,4	2,6	1,9	1,6	1,1
IV-3	Absence de toilettes à l'intérieur du logement	2,1	<u>1,9</u>	<u>2,2</u>	2,2	2	1,8	1,5	1,3
IV-4	Absence d'eau chaude	1,8	1,5	1,4	1,4	1	1,1	1	0,7
IV-5	Absence de système de chauffage	11,7	13,6	11,4	10,5	10,6	9,7	8,2	7,4
	<i>Critiques du logement (sans considération financière) :</i>								
IV-6	Logement trop petit	18,7	19	19,2	20,1	19,8	19,3	17,7	17,7
IV-7	Logement difficile à chauffer	28,5	25,3	25,8	25	25,1	25,5	25,3	25,4
IV-8	Logement humide	13,6	12,6	13,9	13,5	14,1	13,7	14	13,6
IV-9	Logement bruyant	19,4	19,7	21,4	22,4	22,2	21,9	21	17,2
	Score global	13,1	12	11,9	12,1	11,6	11,8	11,5	10,6
	Contrainte budgétaire	11,4	12,5	12,5	13	12,4	12,4	13,2	11,9
	Restrictions de consommation	12,9	10,5	10,4	10,8	9,7	10,1	10,1	9,5
	Retards de paiements	8,1	7,1	6	7	6,5	6,8	7,2	6,8
	Difficultés de logement	12,3	12,5	11,9	12	11,9	11,9	10,5	10,1

Source : INSEE, enquête permanente sur les conditions de vie des ménages, mai 1997 à janvier 2004.
Les chiffres soulignés indiquent un changement dans la formulation des questions entre les deux années (1997-1998 ou 1998-1999).

Les retards de paiement peuvent renvoyer, du point de vue des établissements de soins, au volume de factures impayées ou mises en recouvrement. De manière cohérente avec cette approche, cet élément pourrait être pris en compte, parmi d'autres, comme un indicateur de l'importance des « patients précaires » pour un établissement.

2.4. Les indicateurs de pauvreté de l'ONPES

Pour enrichir l'analyse et la connaissance des phénomènes de pauvreté et d'exclusion, l'Onpes propose depuis 2006 un tableau de bord composé de 11 indicateurs dits « centraux » de pauvreté (tableau 4). Car certaines populations, souligne l'Observatoire, sont mal prises en compte par l'approche monétaire : les populations les plus en difficulté, les sans abri, les personnes en hébergement collectif (notamment celles accueillies en centres d'hébergement, foyers, hôpitaux, prisons, maisons de retraite). Évaluée à 2 % de la population totale, cette

part de la population est, considère l'Onpes, « vraisemblablement parmi les ménages les plus pauvres⁵¹ ».

En outre, l'Observatoire souhaite prendre en compte les trajectoires des individus, les ressources des ménages autres que les revenus (en particulier les patrimoines), mieux valoriser les ressources non monétaires et le vécu des populations pauvres, voire l'opinion de la population sur la pauvreté perçue.

Parmi les indicateurs retenus, la pauvreté est appréhendée en termes monétaires (seuils de 50 et de 60 % de la médiane des revenus fiscaux), en termes d'intensité (inégalités au sein de la population pauvre elle-même) et par les conditions de vie (indicateur synthétique Epcv) auxquels s'ajoute une prise en compte du taux de pauvreté des actifs occupés (« travailleurs pauvres »). L'approche en termes de minima sociaux et de durée de la relation d'assistance figure au titre deuxième des indicateurs. Au titre trois, parmi les éléments de non-accès aux droits fondamentaux figurent l'éducation et le logement, le chômage non indemnisé ainsi qu'un taux de renoncement aux soins pour raisons financières qui s'élève à 11,2 % en 2002. Ces dix indicateurs sont complétés, au titre quatre, par un onzième portant plus généralement sur les inégalités de revenus.

Tableau 4
Indicateurs « centraux » de la pauvreté et de l'exclusion

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Pauvreté										
Taux de pauvreté : part des individus vivant dans un ménage dont le revenu est inférieur à 60 % de la médiane		13,5	13,4	12,8	12,3	12,7	12,4	12,2 12,0*	12,0	
dont : part des individus vivant dans un ménage dont le revenu est inférieur à 50 % de la médiane		7,2	6,9	6,7	6,4	6,5	6,1	6,0 5,9*	6,3	
Intensité de la pauvreté (écart entre le revenu moyen des ménages pauvres et le seuil de pauvreté à 60 % de la médiane)		23,0	22,2	20,9	20,7	20,5	20,3	19,5 19,6*	20,1	
Taux de pauvreté de la population en emploi : part des individus en emploi vivant dans un ménage dont le revenu est inférieur à 60 % de la médiane		7,0	7,0	7,0	7,0	7,0	8,0		5,4**	
Taux de difficultés de conditions de vie			13,1	12,0	11,9	12,1	11,6	11,8	11,5	10,6
Minima sociaux										
Évolution du nombre d'allocataires de minima sociaux d'âge actif (Rmi, Aah, Api, Ass)		5,2	1,9	2,6	1,8	-3,4	-1,6	0,6	2,0	4,6
Persistance dans le Rmi (présence supérieure à 3 ans)	35,4	37,5	39,4	40,7	43,2	47,2	48,9	48,7	47,0	44,9
Non-accès aux droits fondamentaux										
Taux de renoncement aux soins pour raisons financières		17,0	14,0	14,0		15,7		11,2		
Taux de sortants du système scolaire à faible niveau d'études	15,4	15,2	14,1	14,9	14,7	13,3	13,5	13,4	13,7	14,2
Taux de demandeurs d'emploi non indemnisés (Rac et Ass)	43,4	44,7	46,4	46,2	44,3	39,9	36,5	36,1	38,5	
Part des demandes de logement social non satisfaites après un an		35,3						33,6		
Inégalités de revenu										
Rapport interdéciles		3,35	3,34	3,26	3,23	3,27	3,23	3,2 3,21*	3,17	

Tous les indicateurs sont exprimés en % et ne concerne que la France métropolitaine.

Sources : ONPES (2006).

⁵¹ Onpes (2006), *Le Rapport de l'Observatoire national de la Pauvreté et de l'Exclusion*, Paris, La Documentation française, p. 42-55.

Conclusion 1

Multiplicité des formes d'exclusion, complexité des mécanismes qui la provoquent ou extrême difficulté des solutions : face à ces nouvelles réalités de la pauvreté, la question du nombre de pauvres – celle de l'ordre de grandeur – ne peut être posée sans tenir compte d'un fait notable avant tout qualitatif. Les nouvelles formes de pauvreté soulèvent, en effet, une interrogation sur les théories de la pauvreté et les outils de mesure qui leur sont associés.

Les approches théoriques ici présentées, auxquelles on peut reprocher des contours trop larges ou trop imprécis pour permettre la réalisation d'études d'évaluation des phénomènes d'exclusion, offrent cependant – de manière exigeante – un cadre d'analyse à la pauvreté contemporaine.

En effet, l'exclusion sociale telle qu'elle est définie à partir des quelques concepts apparentés évoqués permet d'introduire deux éléments au fondement du cadre théorique dans lequel la pauvreté contemporaine peut être conçue offrant ainsi, parallèlement, une base pertinente d'élaboration de politiques de lutte contre l'exclusion. Elle oblige, d'une part, à concevoir la pauvreté comme un phénomène dynamique *i.e.* comme s'inscrivant dans un processus ; elle empêche, d'autre part, d'envisager les pauvres comme constituant un ensemble rendu artificiellement homogène par la prise en compte d'une dimension unique d'évaluation.

La notion de « nouvelle pauvreté » qui apparaît au début des années 1980, ajoute aux formes traditionnelles de la pauvreté des formes liées à des situations de vulnérabilité, de précarité, voire de grande pauvreté.

La précarité n'est pas un état figé. Tout l'intérêt du concept réside précisément dans ce qu'il exige de prendre en compte en termes de fragilité d'une situation, dans son équilibre fébrile, dans le tutoiement d'une situation de pauvreté, voire dans les « allers-retours » en pauvreté que réalisent les personnes précaires. Si la frontière est poreuse avec la pauvreté, c'est bien en raison d'une situation qui peut n'être que temporaire pour évoluer soit vers plus de stabilité (logement, emploi) soit vers plus de précarité encore quand ce n'est pas vers la pauvreté ou la grande pauvreté. La précarité apparaît ainsi comme un moment de fragilité et d'instabilité dont ni l'avenir, ni la durée, ne sont prévisibles mais qui, s'il se prolonge, risque de faire basculer ceux qu'elle touche vers la pauvreté ou la grande pauvreté.

Chaque absence de « sécurité », dans les termes de J. Wresinski, peut correspondre à différents processus de fragilisation : précarité de l'emploi, des solidarités familiales ou précarité liée aux conséquences de la maladie. Mais d'un individu à l'autre, les conséquences de cette « absence de sécurité » peuvent s'avérer différentes, en fonction du caractère uni ou multidimensionnel des fragilités à l'œuvre, en fonction d'une trajectoire passée (enfance, stigmatisation, etc.), de parcours de vie (séparations, décès, etc.), voire de la récurrence de la situation de précarité elle-même.

Mais la « profondeur » de la pauvreté, si elle est évaluable en termes monétaires (on parle alors d'« intensité ») est moins facile à saisir par un indicateur unique dès l'instant où la pauvreté est définie de manière multidimensionnelle.

Les études réalisées dans le champ de la pauvreté restent ainsi confrontées à la nécessaire composition avec ce décalage entre des contraintes d'opérationnalité et des exigences théoriques considérant la pauvreté comme un *continuum* – sur lequel s'inscrivent la vulnérabilité puis la précarité et finalement la grande pauvreté –, et comme un phénomène qui ne peut être appréhendé qu'en se fondant sur un ensemble d'aspects, relevant pour certains de l'intimité même des individus, évoluant dans la durée, et dont l'importance peut être distincte d'un individu à l'autre.

II. Le repérage des populations précaires

L'étude des profils de patients précaires a été très fortement encouragée par l'Inserm, en particulier depuis les années 1990. Les approches ont pris deux voies principales : celles menées dans le cadre général des inégalités sociales de santé⁵² et celles plus spécifiquement conduites sur les populations précaires⁵³. L'approche en termes d'inégalités permet de souligner (cf. *supra*) la nécessité de ne pas prendre en compte les seuls groupes en situation précaire alors que la précarité s'observe sur un *continuum* de situations entre lesquels il est difficile d'opérer des oppositions binaires. Cependant, les approches en termes d'inégalités contribuent à figer des situations et à décrire des états, plutôt que des processus. Didier Fassin souligne ainsi, au cœur même d'un ouvrage de référence en matière d'analyse des inégalités de santé, que « le passage des faits structurels, caractérisant la société, aux réalités observées de la santé demeure relativement obscur : l'analyse des inégalités ne livre pas la clé des mécanismes par lesquels des transformations macroéconomiques et macrosociales influent sur les comportements à risque ou des pratiques de prévention, sur des taux de mortalité ou de morbidité⁵⁴ ».

Mais cette position ne fait pas l'unanimité parmi les auteurs. Ainsi, Pierre Chauvin et Isabelle Parizot soulignent que « les facteurs de vulnérabilité repérés, en particulier les ruptures sociales, sont susceptibles d'affecter la santé des personnes au-delà des seuls *pauvres* (...) mais qu'ils restent encore peu étudiés, et donc mal pris en compte ». Le risque qu'entrevoient les auteurs est celui d'une stigmatisation des populations défavorisées « en ne mettant en évidence que chez elles (faute d'avoir étudié les autres) certains facteurs *de risque*⁵⁵ ».

Les études menées sur les populations précaires ne permettent que trop rarement d'avoir une vue globale de la situation sanitaire de ces populations. Assemblées, elles offrent cependant une mosaïque d'informations (§ 1) présentées en préambule d'une revue des éléments de la littérature portant sur les difficultés d'identification des personnes précaires (§ 2).

1. La connaissance en matière de santé des populations précaires⁵⁶

Les études menées en termes de connaissance des populations précaires font apparaître, comme le note Emmanuelle Cambois, qu'« en plus d'un risque plus important d'avoir des problèmes de santé de tous ordres, les ressources et les conditions de vie des personnes en situation de précarité exposent aussi à de plus grandes difficultés à repérer et à faire face à ces problèmes, pour récupérer ou pour s'adapter à leurs conséquences directes⁵⁷ ». On peut en particulier souligner l'importance que prennent dans les études ici conduites le cumul des désavantages sociaux (§

⁵² LECLERC A. ET *al.* (eds) (2001), *Les inégalités sociales de santé*, Paris, Inserm, La Découverte.

⁵³ JOUBERT M., CHAUVIN P., FACY F. et *al.* (eds) (2001), *Précarisation, risque et santé*, Paris, Inserm, « Questions en santé publique ».

⁵⁴ FASSIN D. et *al.*, « Perspectives pour la recherche et pour l'action », in Leclerc A. et *al.* (eds) (2001), *Les inégalités sociales de santé*, *op. cit.*, p. 431.

⁵⁵ CHAUVIN P., PARIZOT I. (2005), « Les déterminants sociaux de la santé : une approche pluridisciplinaire », in Chauvin P., Parizot I., *Santé et recours aux soins des populations vulnérables*, Paris, Inserm.

⁵⁶ Nous prenons ici pour point de départ le remarquable article d'Emmanuelle Cambois (Drees) sur « les personnes en situation sociale difficile et leur santé » paru dans *Les travaux de l'Observatoire national de la Pauvreté et de l'Exclusion sociale 2003-2004*, *op.cit.*, p. 101-126.

⁵⁷ CAMBOIS E. (2004), « Les personnes en situation sociale difficile et leur santé », in *Les travaux de l'Observatoire national de la Pauvreté et de l'Exclusion sociale 2003-2004*, Paris, Onpes, La Documentation française, p. 108-109.

1.1), les troubles psychiques, en termes de pathologie (§ 1.2), l'influence sur l'état de santé d'un ensemble de facteurs relevant de l'environnement quotidien lui-même (§ 1.3) et, en termes de comportements, le retard dans le recours aux soins (§ 1.4).

1.1. Le cumul des désavantages sociaux

Le cumul des désavantages sociaux tend à amenuiser les capacités des personnes précaires à prévenir et à gérer les maladies et/ou leurs conséquences. Ainsi, l'enquête Insee auprès des usagers des centres d'hébergement et de distribution de repas chauds montre que 65 % des usagers de 18 à 60 ans déclarent avoir une maladie ou un problème de santé. 25 % révèlent un état dépressif (contre 3 % à 10 % en population générale⁵⁸), 14 % des problèmes respiratoires (vs 6 %), 10 % des problèmes ostéoarticulaires et 10 % des problèmes digestifs. Deux fois plus souvent, ils déclarent avoir des problèmes de peau. Alors que 30 % des femmes déclarent des migraines (7 % en population générale), l'étude suggère qu'une partie des migraines est induite par des problèmes de vue non corrigés, présents en grand nombre⁵⁹.

On observe que les personnes en difficulté cumulent plus souvent que la moyenne plusieurs symptômes à la fois : 50 % des usagers des centres de soins gratuits ont au moins quatre problèmes identifiés et 20 % en ont au moins huit⁶⁰. Mais l'on observe parallèlement une sous-déclaration des problèmes de santé qui peut conduire, comme le remarque E. Cambois, à une sous déclaration des maladies dans les études s'appuyant uniquement sur ce mode de collecte de l'information.

1.2. L'importance des troubles psychiques

Parmi les problèmes de santé particulièrement fréquents, figurent les troubles psychiques et les problèmes fonctionnels mettant en évidence une relation à double sens entre effet aggravant des conditions de vie difficiles sur la santé ou, à l'inverse, le rôle des problèmes de santé dans les parcours de vie difficiles.

En effet, souffrance psychique, troubles du comportement, états dépressifs et autres problèmes de santé mentale ressortent constamment des travaux sur la santé des plus démunis mais ces troubles pourraient n'être que l'expression des conditions de stress et d'inquiétude auxquelles peuvent être confrontées quotidiennement les populations les plus démunies. Cependant, d'autres troubles psychiques et mentaux, en dehors de ceux pouvant être associés aux conditions de vie pénibles, sont aussi plus fréquents chez ces populations : maladies du système nerveux, psychoses chroniques ou alcooliques, schizophrénies, délires et troubles névrotiques parmi les personnes sans logement⁶¹, schizophrénies, hallucinations et manies

⁵⁸ BELLAMY V., ROELANDT J.-L., CARIA A. (2004), « Troubles mentaux et représentations de la santé mentale : premiers résultats de l'enquête Santé mentale en population générale », *Etudes et résultats*, n° 347, octobre.

⁵⁹ DE LA ROCHÈRE B. (2003), « La santé des sans-domiciles usagers des services d'aide », *Insee Première*, n° 893.

⁶⁰ CHAUVIN P., PARIZOT I., LEBAS J. (2001), « Etat de santé, recours aux soins et mode de fréquentation des personnes en situation précaire consultant des centres de soins gratuits : le projet PRECAR », in JOUBERT M., CHAUVIN P., FACY F. et al., *Précarisation, risque et santé*, op. cit.

⁶¹ HASSIN J. (1998), « État de santé et prise en charge des populations sans domicile fixe à Paris », in LEBAS J., CHAUVIN P., *Précarité et santé*, op. cit., p. 107-118. Voir aussi DE LA ROCHÈRE (2003), loc. cit.

parmi les bénéficiaires du RMI qui ont, de surcroît, un risque plus grand de combiner différents problèmes de santé mentale⁶².

L'association entre troubles psychiques et conditions de vie dépasse les situations de précarité identifiées au cours de ces études : elle découle aussi de diverses variables psychosociales propres à l'histoire de vie de l'individu : isolement, estime de soi, sentiment d'insatisfaction relatif au quartier de résidence, discrimination, racisme, etc⁶³.

Ainsi l'étude conduite à l'automne 2001 par Isabelle Parizot et *al.* dans cinq zones urbaines sensibles d'Ile-de-France montre, alors que leurs habitants rencontrent plus de difficultés que l'ensemble de la population francilienne, que dès l'enfance un nombre important d'entre eux ont connu une fragilisation des liens de filiation (près d'un quart ne vivait plus, à l'âge de 10 ans, avec ses deux parents) et d'intégration (plus de 10 % ne se sentaient pas bien intégrés à l'école primaire). Des problèmes de violence familiale sont également évoqués par 14 % des personnes vivant en couple et l'étude montre que « l'estime de soi est d'autant plus dégradée que les personnes se sentent isolées, sans grand soutien social, et ont une opinion négative sur leur quartier de résidence⁶⁴ ».

1.3. L'environnement quotidien

Mais la question d'un environnement quotidien préjudiciable à la santé n'est pas épuisée par le seul lieu de vie. Les conditions de travail (dont la relation avec l'état de santé est largement étudiée⁶⁵) peuvent avoir à long termes des effets préjudiciables sur la santé : postures pénibles, horaires décalés, exposition au bruit, aux vibrations ou aux substances toxiques s'ajoutent au stress découlant d'un faible pouvoir de décision, de la nature du contrat de travail, des contraintes de travail ou encore des attentes importantes de la hiérarchie. Conditions de travail qui viennent accroître le risque de survenue de problèmes de santé dans les professions non qualifiées qu'occupent le plus fréquemment les personnes en situation de précarité.

Plus généralement, la faiblesse des liens sociaux eux-mêmes (inactivité, chômage, etc.) est associée à des risques de troubles, de maladies voire de décès plus importants pour les populations précaires⁶⁶. Ainsi, les chômeurs ont davantage de maladies, de symptômes dépressifs et des facteurs tels qu'alcoolisation, tabagisme et consommation de psychotropes sont plus fréquents⁶⁷.

L'environnement affectif reste enfin également important en matière de santé, la sociabilité (fréquence et intensité) influant sur la survenue de problèmes de santé. Les situations sociales

⁶² KOVESS V., GYSENS S., POINSARD P.-F. et *al.* (1999), « Mental Health and Use of Care in People Receiving a French Social Benefit », *Soc. Psychiatry, Psychiatr. Epidemiol.*, 34, 588-594.

⁶³ PARIZOT I., CHAUVIN P., FIRDION J.-M., PAUGAM S. (2003), *Santé, inégalités et ruptures sociales dans les Zones Urbaines sensibles d'Ile-de-France*, Rapport d'étude, Ined et Inserm en partenariat avec l'Onpes, juin, 45 p. Voir aussi DE LA ROCHÈRE (2003), *loc. cit.*

⁶⁴ PARIZOT I. et *al.* (2003), *op. cit.*

⁶⁵ Voir en particulier les enquêtes *conditions de travail* conduites par la Dares.

⁶⁶ MESRINE A. (2000), « La surmortalité des chômeurs : un effet catalyseur du chômage ? », Insee, *Economie et Statistique*, 334, p. 33-48.

⁶⁷ BUNGENER M., PIERRET J. (1994), « De l'influence du chômage sur l'état de santé », in Bouchayer F. (ed), *Trajectoires sociales et inégalités : recherches sur les conditions de vie*, Inserm, Mire, Eres.

difficiles résultent d'évènements favorisant l'isolement et l'exclusion : les ruptures affectives, la perte d'un proche, la perte d'emploi et des contacts qu'il procure, le déracinement de la région ou du pays d'origine sont autant de facteurs de sociabilité ayant des conséquences sur la santé⁶⁸.

1.4. Un retard dans le recours aux soins

En 2001, parmi les usagers des centres d'hébergement et de distribution de repas chauds, la fréquence des consultations au cours des douze derniers mois était comparable à celle de la population générale (84 % de la population ayant eu au moins une consultation avec une fréquence moyenne s'élevant à huit⁶⁹). E. Cambois note que s'il apparaît une fréquence des consultations non négligeable, elle « *semble en fait correspondre à une sous-consommation de soins au regard des problèmes de santé plus fréquents de ce groupe de population. On remarque de surcroît que les plus démunis consultent avec un état de santé plus dégradé (nombre de pathologies), suggérant en fait un retard dans le recours aux soins par rapport au reste de la population*⁷⁰ ».

Ainsi, pour les populations concernées, les limites de l'accès aux soins peuvent ne pas exclusivement dépendre de considérations financières.

2. Les difficultés d'identification des patients précaires

Alors que plusieurs études montrent que les populations démunies ou précaires privilégient l'hôpital et en particulier les services d'urgences pour leur accès aux soins – davantage que la médecine de ville –, les acteurs des établissements de santé doivent faire face à l'absence de définition « opérationnelle » de la précarité ou d'un outil simple de repérage.

Ainsi, dans l'étude sur les *usagers des urgences* qu'elle publiait en 2003, la DREES notait une surreprésentation des ouvriers et des employés parmi les usagers⁷¹ puis complétait ce constat dans l'étude sur les *déterminants individuels des dépenses de santé* en remarquant que « *la structure de consommation des personnes issues de milieux sociaux favorisés est plutôt tournée vers les soins ambulatoires, celle des plus modestes a tendance à privilégier les soins vers l'hôpital. C'est le cas des personnes issues de ménages dont la personne de référence est ouvrière ou n'a pas reçu d'éducation secondaire, ainsi que les personnes issues de familles monoparentales*⁷² ». L'IRDES (ex-CREDES) montre que « *les taux de consommateurs sont très élevés chez les chômeurs et les personnes vivant dans un ménage d'employés (...) ou d'ouvriers non qualifiés. Ce taux est également élevé chez les personnes vivant seules ou dans une famille monoparentale, chez les personnes ayant un faible niveau d'études ou de revenu, chez les bénéficiaires de la CMU complémentaire ou encore chez les personnes sans couverture complémentaire maladie*⁷³ ».

⁶⁸ GOLBERG M., MELCHIOR M., LECLERC A. ET *al.* (2002), « Les déterminants sociaux de la santé : les apports récents de l'épidémiologie sociale et des sciences sociales de santé », *Sciences sociales et santé*, vol. 20, n° 4, p. 75-128.

⁶⁹ DE LA ROCHÈRE B. (2003), « La santé des sans-domiciles usagers des services d'aide », *loc. cit.*

⁷⁰ Cambois E. (2004), *loc. cit.*

⁷¹ DREES (2003), « Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières », *Etudes et résultats*, n° 215, janvier.

⁷² Raynaud D. (2005), « Les déterminants individuels des dépenses de santé », Drees, *Etudes et résultats*, n° 378, février.

⁷³ CREDES (2003), « titre », *Questions d'économie de la santé*, n° 78, décembre.

Les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) drainent une partie de la population précaire mais ces structures ne peuvent être le seul mode d'accès aux soins hospitaliers pour ces populations : même lorsqu'elles existent au sein de l'hôpital, des patients passent exclusivement par les urgences, d'autres dans les services de consultation, etc. On peut ainsi noter, à l'instar d'une étude réalisée au CHU de Nantes, que la simple identification des personnes en situation précaire apparaît difficile : systèmes médicaux d'information inadaptés, non caractérisation de la situation socio-économique par le PMSI, enregistrement administratif pas toujours exhaustif du niveau de couverture sociale des patients (notamment pour le volet complémentaire santé)⁷⁴... Le plus souvent, la mission d'identification de la situation socio-économique des usagers est dévolue aux assistantes sociales des hôpitaux. Cependant, notent les auteurs, « *les assistantes sociales des hôpitaux ne peuvent s'intéresser qu'à une partie des patients pris en charge, leur nombre est limité et elles sont rarement affectées aux services de consultation. On peut faire l'hypothèse que, dans le cadre d'activité de consultation, pour mobiliser au mieux les compétences des assistantes sociales, il pourrait alors être utile d'assurer un premier repérage des consultants de l'hôpital* ».

Mais toute la question est bien de savoir alors quelle définition opérationnelle de la précarité pourrait être adoptée par les établissements de soins et avec quels outils et méthodes un tel repérage pourrait être effectué.

Les établissements ont été fréquemment conduits à définir pour leurs propres besoins les situations de précarité en partant des profils socio-démographiques de leurs propres patients (§ 2.1) et quelques rares tentatives plus systématiques ont été adoptées (§ 2.2).

2.1. Les caractéristiques socio-démographiques et psychiatriques des personnes précaires

Partant des caractéristiques socio-démographiques des populations accueillies dans les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS), dont il ressort qu'une majorité des personnes déclare être seule (§ 1.1), cette section porte l'attention sur les familles – en prenant appui sur les études précarité conduite en pédiatrie (§ 1.2) avant d'envisager les apports des études plus spécifiquement menées en termes de caractéristiques psychiatriques des patients précaires (§ 1.3).

2.1.1. Les caractéristiques socio-démographiques des personnes accueillies par les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS)

L'évaluation des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) commanditée par la Direction des Hôpitaux et de l'Organisation des Soins (DHOS) réalisée en 2003 auprès de 229 PASS⁷⁵ (sur 369) fait apparaître les caractéristiques socio-démographiques de 1102 patients reçus au cours d'un jour donné.

Dans 52,5 % des cas, les patients viennent pour la première fois. De nationalité étrangère dans 50,5 % des cas (dont 4 % Union européenne), ils comprennent et parlent français dans 90 %

⁷⁴ PASCAL J., QUÉLIER C., LOMBRAIL P. et al. (2006), « Peut-on identifier simplement la précarité sociale parmi les consultants de l'hôpital ? », *Sciences sociales et santé*, vol. 24, n°3, p. 33-58.

⁷⁵ FABRE C., BAUDOT V., TOULEMONDE S. (2003), *Évaluation des permanences d'accès aux soins de santé*, rapport commandité par la Direction des hôpitaux et de l'organisation des soins, Gres Mediation Santé, octobre.

des cas et sont 60 % environ à le lire et à l'écrire. Les patients sont en moyenne âgés de 41 ans alors que 44 % d'entre eux ont entre 20 et 39 ans. 60,5 % d'entre eux vivent seuls (en couple 20,5 % et en famille dans 19 % des cas), n'ont pas de logement personnel dans 61,5 % des cas (un peu plus de la moitié est hébergée par la famille ou des amis, les autres sont en structures d'hébergement, sans aucun hébergement ou en squat). Alors que les allocataires du RMI représentent moins de 10 % des personnes reçues et que les retraités représentent 11 % du total, les patients sans ressources représentent 39,5 % des personnes accueillies. 39 % sont venus d'eux-mêmes (ils sont adressés pour 26,5 % par un service hospitalier du même hôpital).

Dans 39 % des cas, ils n'ont aucune couverture maladie, sinon l'AME (5,5 %), une affiliation à l'assurance maladie à 70 % mais pas de mutuelle (12,5 % des cas), l'affiliation assurance maladie et une mutuelle (14 %) ou enfin CMU et CMUC (17,5 %) ⁷⁶.

72,5 % des patients reçus bénéficient d'une consultation médicale (41,5 % en consultation généraliste et 38,5 % en consultation spécialisée) et plus de la moitié se voit proposer une nouvelle consultation dans l'établissement. En termes de pathologies, les patients reçus présentent un problème psychologique ou psychiatrique (22 %), une conduite addictive (15 %) un problème traumatologique (14 %), gynécologique (10 %), respiratoire (9,5 %), infectieux (8,5 %), dentaire (7 %). Restent d'autres problèmes « très divers » dans 30 % des cas. Plus d'un tiers des patients est hospitalisé à la suite de sa réception. La moitié des patients reçoit une prise en charge en soins infirmiers (soins, bilan global, acte éducatif ou de prévention).

En termes de prise en charge sociale dans l'établissement, la régularisation des droits est le thème principal des interventions des assistantes sociales (54 % des patients). D'autres soutiens sont apportés en particulier : une aide pour une démarche juridique ou administrative (26 %), une aide en matière d'insertion (21 %), une aide à la recherche d'hébergement (12 %), un placement en établissement (6 %). Un quart des personnes accueillies sont orientées à la sortie vers une structure sociale, un travailleur social ou, dans 40 % des cas, vers d'autres structures, notamment psychiatriques.

Une autre étude, réalisée sur la seule PASS d'Avignon (PACA), a cherché de manière prospective à décrire en 2001 le profil des patients ⁷⁷. Sur 155 patients, 60 % sont des hommes, d'âge moyen 35 ans, 69 % sont étrangers à l'Union européenne (dont 82 % en situation irrégulière), 26 % sont français. 67 % sont logés, 20 % SDF et 13 % en CHRS. 50 % n'ont pas de couverture maladie à l'entrée. 88 % ont au moins une pathologie somatique, infectieuse le plus souvent (43 %), 33 % ont des altérations gingivo-dentaires, 23 % des troubles psychiatriques, le plus souvent dépressifs (8 %) ou anxio-névrotiques (6 %). Les auteurs concluent en soulignant que sont surtout concernés ici « des hommes jeunes, maghrébins, clandestins, logés (...), témoignant davantage d'une difficulté d'accès aux soins que d'une précarité. On relève cependant une sur-représentation d'infections, de problèmes dentaires, de troubles anxio-dépressifs et d'addictions » avant de souligner qu'ils ont à faire face à une « polyopathie complexe et chronophage ».

⁷⁶ L'enquête a été complétée par une étude longitudinale réalisée auprès de 10 PASS sur une durée de 6 mois et donne, en termes de profils, des résultats comparables.

⁷⁷ De la Blanchardière A., Olivier P. (2002), « Quelle précarité en région PACA depuis la loi Aubry ? », communication repr. in *Revue de Médecine Interne*, 23 suppl. 2, p. 626.

Réalisée en 2003 sur une période de 6 mois dans dix CHU et dix CHG répartis sur l'ensemble du territoire national, une enquête portant sur l'activité des PASS, soutenue par l'Anaes, a eu pour objectif principal d'évaluer et de mettre en place un outil commun de recueil de l'activité médicosociale⁷⁸. Les auteurs ont eu pour objectif secondaire de définir des indicateurs pertinents de l'activité médicale afin de mettre en place un indicateur d'activité sociale conçu comme « *le prélude à la définition du codage d'un acte social* ».

Pour un nombre total de 4716 patients ayant consulté dans ces vingt PASS entre le 1^{er} janvier et le 30 juin 2003, 6469 consultations médicales ont été enregistrées et 5045 consultations sociales, dont 3718 correspondaient effectivement à une consultation sociale suivie directement par une consultation médicale. L'évaluation du temps de travail social nécessaire en moyenne par patient fait apparaître une durée moyenne d'une consultation sociale de 20 minutes mais les auteurs précisent que « *cette durée ne comptabilise que le temps de la consultation et ne correspond pas au temps nécessaire au traitement d'un dossier, ce temps incluant en plus du temps de la consultation celui des démarches téléphoniques et des déplacements secondaires des travailleurs sociaux à domicile* ».

2.1.2. Connaissance des familles : la précarité en pédiatrie

Pour les besoins d'une enquête portant sur la précarité et la vulnérabilité familiale aux urgences pédiatriques (unité d'accueil des urgences pédiatriques de Montpellier)⁷⁹, sur un échantillon représentatif de la population globale des urgences et de son activité, les auteurs ont été conduits à définir une classification originale distinguant quatre niveaux de précarité-vulnérabilité fondés sur des critères socio-économiques et de qualité de vie :

- précarité absolue : « *pas de ressources régulières, pas de couverture sociale, pas de résidence stable, éclatement familial ou immigration récente, pas de suivi médical, situation d'exclusion* » ;
- précarité reconnue : « *ressources composées d'allocations diverses, carte santé et aide médicale, prise en charge sociale correcte, bon réseau de soutien familial, logement mal adapté mais stable* » ;
- précarité méconnue : « *ressources inférieures ou équivalentes au Smic, difficultés de gestion, couverture sociale incomplète, logement mal adapté ou précaire, plus de deux problèmes familiaux, parent isolé ou réseau de soutien peu étoffé* » ;
- vulnérabilité psychologique : « *pas de problème financier ni professionnel, logement correct mais plus de deux autres problèmes familiaux, de santé ou relationnel, réseau de soutien peu étoffé* ».

Seules 33,4 % des familles n'entrent dans aucun de ces quatre groupes. La précarité absolue (groupe 1) concerne seulement 0,7 % des familles reçues. La précarité reconnue (groupe 2), qui concerne 13,3 % de la population, est constituée de familles stables bénéficiant d'aides sociales et de soutiens familiaux. Elle apparaît, selon les auteurs, en situation moins

⁷⁸ Trinh-Duc A., de la Blanchardière A., Farge-Bancel D. (2005), « Mise en place d'un système de recueil et d'évaluation de l'activité médicosociale des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) », *Revue de médecine interne*, 26, p. 13-19.

⁷⁹ NICOLAS J., BERNARD F., RODIÈRE M. et al. (2001), "Précarité et vulnérabilité familiale aux urgences pédiatriques : évaluation et prise en charge", *Archives de pédiatrie*, n° 8, p. 259-267.

vulnérable que le groupe 3 – précarité méconnue qui concerne 22,2 % des familles reçues et où « les difficultés sont multiples : isolement, rupture récente du couple parental, emploi précaire ne donnant pas droit à une couverture sociale complète ni à des indemnités, absence de mutuelle ». Enfin, 30,4 % de la population relève du dernier groupe dans lequel les familles ne connaissent pas de difficulté financière mais se trouvent fragilisées par une vulnérabilité psychologique et des problèmes relationnels.

L'enquête se révèle intéressante en termes de coûts induits. L'une de ses conséquences réside dans la redéfinition des rôles respectifs du cadre infirmier, des puéricultrices et des personnels d'accueil en termes d'orientations sociales. Le service projetait en outre la mise en place d'un service de lits-porte permettant un bilan psychosocial suivi d'une recherche de relais ou de liaisons, au cours de très courtes hospitalisations. En outre, la consultation de pédiatrie générale hospitalière sur rendez-vous a été réorganisée, étoffée d'un personnel sensible aux aspects psychosociaux : médecin de la Protection maternelle et infantile, psychologue clinicien, travailleur social.

En termes de profils des familles, les auteurs confirment le phénomène de déni de l'altération de leur qualité de vie et remarquent que « ce fait est peut-être la source inconsciente de l'énorme anxiété déclarée par 71 % des parents au sujet des symptômes physiques, y compris les plus bénins ».

Pour leur enquête au Centre de bilans de santé de l'enfant de Paris⁸⁰, Tabone M.D. et Vincelet C. ne distinguent quant à eux que deux groupes (en dehors des non précaires) :

- précaires : perception du RMI, familles monoparentales bénéficiant de l'API, couple avec aucun actif (deux chômeurs, un chômeur et un parent au foyer, un parent chômeur et l'autre décédé, etc.)
- à risque de précarité : l'un des membres du couple exerce une activité de la catégorie « ouvrier » ou « employé » alors que l'autre est inactif ou chômeur, l'un des membres du couple est en invalidité ou en maladie de longue durée.

En termes de caractéristiques socio-démographiques, les familles précaires ou à risque de précarité sont constituées significativement de parents analphabètes ou dont le niveau d'études s'arrête à l'enseignement primaire. Les mères sont plus jeunes et les familles plus souvent nombreuses. Mais l'intérêt essentiel de l'enquête réside dans sa confirmation du fait que les enfants ont d'autant plus souvent été hospitalisés que la situation de leurs parents est précaire. Pour les auteurs, « ce résultat (...) peut être lié à l'attitude des professionnels, plus enclins à surveiller un enfant en milieu hospitalier lorsque la situation familiale est difficile ».

2.1.3. Les caractéristiques psychologiques des patients précaires

Les problèmes psychiatriques sont fréquemment évoqués en matière de santé des populations précaires mais les personnes précaires peuvent globalement souffrir d'une forme de honte (confortant tout autant les stratégies d'isolement et de fuite que celles, à l'inverse, associées à

⁸⁰ Tabone M.D., Vincelet C. (2000), « Précarité et santé en pédiatrie : expérience du Centre de bilans de santé de l'enfant de Paris », *Archives de pédiatrie*, n° 7, p. 1274-83.

une forme d'agressivité), dans un état de désespoir ou de souffrance ne relevant pas nécessairement de la psychiatrie.

Il ressort cependant d'une enquête portant sur 55 services de psychiatrie publique représentatifs de la France métropolitaine⁸¹, avec le critère d'affiliation à la CMU comme unique indicateur de précarité, que 19 % des patients bénéficiant de soins psychiatriques sont des patients précaires.

Notons que l'enquête, dont l'objet est de faire le point sur le niveau de connaissance et d'information des secteurs psychiatriques sur l'accès aux soins généraux et à la réhabilitation des personnes les plus démunies, fait apparaître que « *la fonction des cadres infirmiers a visiblement évolué, puisqu'ils deviennent à la fois porteurs et garants des questions médicosociales* » : alors que les assistantes sociales « *incarnent volontiers la référence en matière de précarité dans les secteurs psychiatriques (...) elles sont difficiles à joindre et paraissent, en 2002, assez largement suppléées par les cadres infirmiers, référents du savoir et de la mémoire du secteur, tant sur le plan de l'organisation psychosociale des soins que de la connaissance du réseau* ». Dès lors, les auteurs s'interrogent sur « *un glissement vers une organisation des soins plus administrative* ».

Pour les populations précaires, la santé n'est pas toujours ressentie comme une priorité. Ainsi, une étude sur le cancer bronchique et le retard à la consultation lié à la précarité dans la région Nord-Pas-de-Calais⁸² (où la fréquence du cancer est plus importante et où l'on identifie une surmortalité) part de l'hypothèse qu'il existerait un retard à la consultation expliquant l'évolution plus rapide de la maladie. Dans le cas du cancer pulmonaire, l'étude fait apparaître un profil psychologique des patients tardant à consulter. Ceux-ci se caractérisent par « leur isolement, leur fatalisme, un déni de la réalité, l'absence de notion de risque et un faible investissement pour leur corps et leur santé ».

L'étude fait en outre apparaître dans ses conclusions que des items particuliers permettent de distinguer les populations précaires : la situation familiale, le fait d'avoir ou non un médecin traitant, la disponibilité de l'entourage, etc. et permet d'établir un profil socio-culturel et psychologique des sujets consultant tardivement, en particulier : isolés pour la plupart, tant au niveau affectif et familial que social, avec une hygiène de vie insuffisante liée à une faible attention portée à eux-mêmes, à leur corps, à leur bien-être physique, une mise à distance des conséquences de leurs comportements et de leurs modes de vie (notamment tabagisme) sur leur santé, avec une attitude fataliste ne permettant pas d'être partie prenante dans les soins. Les auteurs concluent sur la nécessaire éducation dont pourraient faire l'objet ces patients (au sens psychologie de la santé).

2.2. Les outils du repérage des populations précaires

Divers outils sont développés dans les services mais ils sont peu nombreux à faire l'objet d'une publication. Deux outils ayant, par comparaison, une méthodologie exceptionnellement élaborée sont ici présentés. Le score d'Évaluation de la précarité et des inégalités de santé

⁸¹ Panaye R., Estingoy P., Ardiét G. (2005), « Secteurs psychiatriques et circuits de l'information en matière de précarité », *Annales Médico Psychologiques*, 163, p. 425-428.

⁸² Beaune D., Caron R., Lafitte J.-J. et al. (2006), « Cancer bronchique et retard à la consultation lié à la précarité dans la région Nord-Pas-de-Calais », *Revue francophone de psycho-oncologie*, n°2, p. 109-114.

pour les Centres d'examens de santé ou EPICES (§ 2.1) et un auto-questionnaire de précarité sociale (§ 2.2).

2.2.1. Le score EPICES : Évaluation de la précarité et des inégalités de santé pour les Centres d'examens de santé

Les Centres d'examen de santé (CES), le Centre technique d'appui et de formation des Centres d'examens de santé (CETAF) et l'École de Santé publique de Nancy ont construit un score individuel de précarité, dénommé EPICES (Évaluation de la précarité et des inégalités de santé pour les CES), construit à partir d'un auto-questionnaire soumis aux populations spécifiques fréquentant les Centres et prenant en compte 11 dimensions de la précarité afin de mieux identifier les populations en situation de difficulté sociale ou matérielle (*tableau 5*).

Tableau 5
Le score EPICES

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

Partant d'un questionnaire socio-économique comportant 42 questions et administré dans un échantillon de 7 208 personnes âgées de 16 à 59 ans, une analyse factorielle des correspondances a fait ressortir un axe factoriel majeur, le long duquel s'ordonnaient des caractéristiques allant de l'aisance sociale à la situation la plus défavorisée. Cet axe a été interprété comme le reflet du gradient social lié à la précarité, la position d'une personne sur cet axe constituant un indicateur quantitatif de son degré de précarité. Une régression multiple a ensuite permis de sélectionner un sous ensemble de 11 questions expliquant 90,7 % de la variance du facteur précarité. Les coefficients de régression ont été utilisés pour déterminer les « poids » de chaque question donnant ainsi la règle de calcul du score au niveau

individuel, variant de 0 (absence de précarité) à 100 (précarité maximum). Trois publications rendent compte à notre connaissance de ce travail et de ses résultats⁸³.

Parmi les apports de l'outil, la comparaison de la définition socio-administrative de la précarité (essentiellement considérée ici comme fondée sur la recherche d'emploi) avec le score EPICES permet d'identifier des populations fragilisées socialement et/ou médicalement mais non détectées par les critères simplement socio-administratifs.

En outre, le score peut être calculé pour différents types de pathologies (il a déjà fait l'objet d'une tentative de transposition en milieu hospitalier parmi les sujets atteints de diabète).

Ces travaux font en particulier apparaître, parmi les faits significatifs quelques éléments dont certains ne sont pas pris en compte par ailleurs, y compris par les questionnaires subjectifs :

- une corrélation entre problèmes sociaux et problèmes de santé ;
- l'importance du stress qui est un facteur explicatif des inégalités en termes de mortalité pour les actifs et qui apparaît aussi, notamment pour les plus de 60 ans dans études sur les quartiers de résidence citées *supra* ;
- la fréquence des troubles dépressifs (liée au stress et au mal être psychoalimenté par les ruptures sociales ou familiales) ;
- la consommation de psychotropes ;
- un lien fort entre isolement social et faible recours aux soins ;
- l'importance du lieu de résidence (*Cf.* les études sur les ZUS mentionnées *supra*. Même les plus de 60 ans apparaissent moins consommateurs de soins ici).

2.2.2. Un auto-questionnaire de précarité sociale

Pour répondre à son besoin de repérage des populations précaires, le CHU de Nantes a mis en place un auto-questionnaire de précarité sociale, comportant cinq questions simples, et pouvant être remis au patient y compris en salle d'attente. Une communication et une publication rendent compte à ce jour de ce travail⁸⁴.

Sur 222 patients ayant été inclus dans l'étude d'évaluation conduite en 2001 au Service d'accueil et d'urgences (SAU), une aide au remplissage du questionnaire a été nécessaire dans 22 % des cas (raisons physiques ou matérielles particulières liées à la prise en charge en SAU).

Les cinq « caractéristiques de précarité sociale » retenues par les auteurs de l'outil portent tout autant sur des critères de pauvreté administrative (bénéficiaires de l'un des 8 minima sociaux

⁸³ 1. Moulin J.-J. et al. (2005), *Le score EPICES : l'indicateur de précarité des Centres d'examen de santé de l'Assurance Maladie*, Rapport d'étude, Assurance maladie, Cetaf, janvier ;

2. Sass C., Moulin J.-J., Guéguen R. et al. (2006), « Le score Epices : un score individuel de précarité. Construction du score et mesure des relations avec des données de santé, dans une population de 197 389 personnes », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 14, 4 avril ;

3. Moulin J.-J., Labbe E., Sass C. et al. (2006), « Précarité et facteurs de risque : le score EPICES », *Revue francophone de Psycho-oncologie*, n° 2, p. 115-121.

⁸⁴ PASCAL J., QUÉLIER C., AGARD C. et al. (2004), « Identification de la vulnérabilité sociale des usagers des consultations de l'hôpital public », *communication aux 27^{èmes} journées des Economistes de la Santé*. Voir aussi (2006) « Peut-on identifier simplement la précarité sociale parmi les consultants de l'hôpital ? », *loc. cit.*

existants à l'époque), sur la situation du patient sur le marché du travail et sur trois critères relatifs à la santé : bénéfice de la CMU ou de l'AME, absence d'assurance maladie complémentaire, difficulté à payer les médicaments ou les examens médicaux (*tableau 6*).

Les auteurs ont considéré en situation de précarité sociale les patients concernés par l'un des cinq critères suivants :

- être titulaire de la CMU ou de l'AME (caractéristique n° 1) ;
- ou être bénéficiaire de l'un des minima sociaux (caractéristique n° 4) ;
- ou ne pas avoir de mutuelle et déclarer avoir du mal à payer médicaments ou examens (caractéristiques 2 + 3) ;
- ou ne pas avoir de mutuelle et être à la recherche d'un premier emploi ou chômeur depuis plus de 6 mois (caractéristiques 2 + 5) ;
- ou déclarer avoir du mal à payer médicaments ou examens et être à la recherche d'un premier emploi ou chômeur depuis plus de 6 mois (caractéristiques 3 + 5).

L'absence de complémentaire santé a systématiquement été associée à une autre caractéristique pour ne pas prendre en compte les personnes non précaires ayant fait le choix de ne pas souscrire cette assurance. De la même manière, les auteurs ont considéré, devant le caractère subjectif de la déclaration d'avoir des difficultés à payer médicaments ou examens médicaux que cet aspect devait être associé au fait objectif de ne pas avoir de complémentaire ou d'être demandeur d'emploi. Enfin, la situation de recherche d'emploi n'étant pas considérée comme un critère suffisant de précarité sociale, elle a été associée à l'absence de complémentaire ou à la difficulté de paiement de médicaments ou d'examen.

Tableau 6
Caractéristiques de vulnérabilité sociale explorées par auto-questionnaire
(CHU Nantes)

1. Avez-vous la CMU (<i>couverture maladie universelle</i>), la CMU complémentaire ou l'Aide médicale d'État (<i>AME, hospitalière ou totale</i>) ?	<i>Oui</i>	<i>Non</i>
2. Avez-vous une Mutuelle santé ou une Assurance maladie complémentaire ?	<i>Oui</i>	<i>Non*</i>
3. Avez-vous du mal à payer vos médicaments ou vos examens médicaux ?	<i>Oui</i>	<i>Non</i>
4. Recevez-vous une de ces allocations : le RMI, l'AAH (<i>allocation adulte handicapé</i>), l'API (<i>allocation parent isolé</i>), l'ASS (<i>allocation solidarité spécifique</i>), l'AI (<i>allocation d'insertion</i>), l'allocation de veuvage, le <u>minimum</u> vieillesse ou l'allocation <u>supplémentaire</u> de vieillesse ?	<i>Oui</i>	<i>Non</i>
5. Êtes-vous à la recherche d'un emploi depuis plus de 6 mois ou d'un premier emploi ?	<i>Oui</i>	<i>Non</i>

* À la différence des quatre autres caractéristiques, c'est la réponse « non » à cette caractéristique qui contribue à identifier une situation de précarité sociale.

Après l'auto remplissage du questionnaire, les patients ont été reçus par deux assistantes sociales (ignorant les résultats de l'auto-questionnaire) pour un entretien d'une durée moyenne de 15 minutes mené conjointement et recherchant des éléments de rupture (socioprofessionnelle et/ou familiale), de dépendance, de souffrance (morale et/ou physique), de besoins non pourvus (estimés par le patient comme indispensables), de difficultés d'accès aux droits ou de perte d'estime de soi. À la fin de chaque entretien, chacune des assistantes sociales notait, séparément, son diagnostic de situation entre « précaire » ou « non précaire ». En cas de désaccord entre elles, les assistantes sociales étaient invitées à confronter leurs jugements et à rechercher un consensus.

Sur les 222 patients interrogés, 115 ont été considérés en situation de précarité par les assistantes sociales (52 %). L'auto-questionnaire en identifiant 105 (47 %). 35 patients identifiés comme précaires par les assistantes sociales n'ont pas été reconnus comme tels par l'outil de repérage : ainsi, la proportion de précaires repérés par le test (ou sensibilité du test) s'élève à 75 % (105/140). À l'inverse, 25 patients n'ont pas été considérés comme précaires par les assistantes sociales mais identifiés comme tels par l'outil.

Les tests réalisés conduisent les auteurs à la conclusion que si la dimension « avoir des difficultés à acheter ses médicaments » n'est pas prise en compte l'outil réduit à quatre caractéristiques ne perdrait qu'un point en sensibilité (passant alors de 75 % de précaires repérés comme tels à 74 %).

Conclusion 2

Phénomène pluridimensionnel, la précarité apparaît difficile à mesurer en partant des définitions rencontrant la plus grande adhésion dans le champ des sciences sociales. Cependant, en réponse au besoin d'identification des populations précaires que ressentent les praticiens au quotidien, divers outils et méthodes de repérage ont été adoptés des plus simples (consistant à distinguer sur des critères socio-économiques des patients précaires et des patients non précaires) aux plus élaborés méthodologiquement mais consistant à combiner une somme de données sur la situation sociale, économique et personnelle du patient afin d'établir des questionnaires dont l'utilisation doit rester simple. Ainsi, contournant les difficultés scientifiques et faisant preuve de pragmatisme, les travaux de repérage des populations précaires s'articulent essentiellement autour d'un ensemble de questions en faisant apparaître la nécessité d'au moins 5 à 10 questions pour le repérage des patients en situation de précarité.

Il ressort que trois domaines (parmi lesquels des cumuls sont envisageables) font l'unanimité pour identifier les populations vulnérables.

En matière d'état de santé, des indicateurs tels que les polyopathologies, l'absence de médecin traitant (vraisemblablement corrélé aux renoncements aux soins ou à des retards de consultation) sont autant d'éléments objectifs qui pourraient être pris en compte pour le repérage des populations fragiles.

En termes de niveau de revenu, les bénéficiaires de minima sociaux (y compris les bénéficiaires de la prestation de compensation du handicap et de l'allocation personnalisée d'autonomie), le chômage de longue durée tout comme l'état de la couverture maladie (CMU,

CMUC) apparaissent comme des éléments importants. Notons qu'un critère tel que le seuil CMU apparaît plus « exigeant » que le seuil de pauvreté auquel il est inférieur.

Enfin, parmi les facteurs psychologiques, sociaux ou culturels, la situation familiale (pour l'isolement), les conditions de logement voire le lieu de résidence (à l'instar des ZUS) pourraient être pris en compte.

Cependant, il reste à déterminer précisément la fraction de la population pesant sur les budgets (ses caractéristiques, ses proportions) : la question est alors celle du coût du « statut social » (au sens large) du patient à laquelle s'ajoute celle des conditions d'hospitalisation, qui peuvent alors être distinguées des GHM.

Seconde partie

Introduction

Colliger différentes approches des précarités témoigne de la difficulté d'appréhension des phénomènes eux-mêmes dans l'ensemble de leurs dimensions. L'étude de terrain ici menée, dans trois établissements de santé d'Île-de-France, a eu pour objectif d'envisager plus particulièrement les difficultés de la prise en charge quotidienne de patients précaires et les facteurs de surcoût engendrés. Trois établissements ont été sélectionnés, deux établissements publics et un établissement privé :

- ❖ Un établissement public de l'Assistance-Publique-Hôpitaux de Paris, situé au centre de Paris et accueillant dans son service d'urgences les populations précaires du centre parisien et une population de « jeunes en errance »,
- ❖ Un établissement privé à but lucratif situé en banlieue parisienne accueillant une forte proportion de patients précaires du bassin local,
- ❖ Un Centre Hospitalier de banlieue parisienne.

Dans chacun de ces établissements, une dizaine de personnes ressources ont été rencontrées individuellement : chefs de service et personnels de direction, médecins, cadres de santé, personnels soignants, personnels administratifs et assistantes sociales.

Notre grille d'entretien (*annexe 1*) permettait de faire préciser par chaque interviewé les profils générateurs de surcoût, les définitions de la précarité et les critères d'identification d'un patient précaire, les facteurs et l'identification des surcoûts liés à la précarité, les organisations – officielles ou « ad hoc » – et les moyens mis en œuvre pour une meilleure prise en charge de tels patients.

Dans un premier temps (III), la question économique de la tarification prospective (à la pathologie) et sa remise en question dans un contexte d'incertitude idiosyncrasique est mise en perspective avec les questions de risque moral et de sélection adverse sous-jacentes. Puis l'évaluation des lieux de surcoûts de la prise en charge hospitalière des patients précaires d'un point de vue qualitatif est développée, ce qui amène à la définition des modalités de financement envisageables.

Ces propositions sont en définitive rapprochées des expériences étrangères dans ce domaine et une grille de repérage de la précarité permettant la définition d'une étude de coûts complémentaires, pouvant porter sur un échantillon d'établissements représentatif, est envisagée (IV).

III. La prise en charge de la précarité dans un contexte de financement de type T2A

La convergence des tarifs des Groupes Homogènes de Séjours se heurte à différents obstacles parmi lesquels la situation de « précarité » des patients pris en charge est un facteur souvent évoqué pour expliquer les écarts de coûts de prise en charge et corollairement les écarts tarifaires.

L'IGAS évoque deux pistes pour « objectiver » le financement des patients dits « précaires » : soit une majoration de tarif « précarité » pour les GHS, soit une transformation du mode de calcul de la dotation actuelle MIGAC, « au prorata de la population en situation de précarité de la file active accueillie en année n-1 par l'établissement de santé, à partir d'un recueil d'information hors PMSI⁸⁵ ».

Cette recommandation implique différents pré-requis :

- ❖ elle suppose qu'il existe un moyen objectif de « repérer » les patients précaires en termes de méthodologie ET en termes de faisabilité de déploiement,
- ❖ elle évoque deux solutions techniques différentes de financement : approche par « forfait » individualisé (en lien avec le GHS) ou approche par « enveloppe » (sous-enveloppe MIGAC ou « pondération » de cette dernière).

En filigrane deux approches différentes de l'évaluation du coût de prise en charge de la précarité peuvent être observées : une approche « individuelle » liée à des caractéristiques du patient objectivables au décours d'une hospitalisation, ou une approche « populationnelle » fondée sur une analyse rétrospective de l'activité des établissements. Ces deux pistes de modalités de financement seront ici étudiées.

Cependant, avant d'étudier les possibilités « techniques » de financement de la précarité dans les établissements de santé, il nous apparaît nécessaire de revenir sur quelques éléments « théoriques » qui illustrent utilement le débat dans la mesure où la difficulté du financement de la prise en charge des patients dits « précaires » dans les établissements de santé est une conséquence directement liée au cadre théorique d'un financement de type T2A.

Robert Fetter (qui est à l'origine de la classification américaine des *Diagnosis Related Groups* ayant inspiré le PMSI) fait l'hypothèse que si chaque patient est unique, « *il partage avec d'autres malades hospitalisés, un certain nombre de caractéristiques, démographiques, diagnostiques et thérapeutiques qui déterminent le type et le niveau des prestations qu'il reçoit* ». La classification par GHM est un modèle d'allocation de ressources fondé en théorie sur un système de type prix fixe (concurrence par comparaison). Pour résumer simplement ce mode de financement, il consiste à financer les prises en charge selon un « forfait », dont le prix a été fixé selon des coûts de production moyens observés dans un échantillon

⁸⁵ Rapport de la Mission d'appui sur la convergence tarifaire, janvier 2006.

d'établissements. Quelques remarques de théorie économique peuvent apporter un éclairage intéressant à la problématique de la prise en charge des patients précaires⁸⁶.

La difficulté pour le régulateur d'observer les coûts de production des soins rend complexe la définition du « juste prix ». La théorie économique distingue deux types d'incertitude : risque moral et anti-sélection. C'est le risque dit « d'anti-sélection » ou « sélection adverse » qui nous intéresse particulièrement dans le cas de la présente étude. On parle d'anti-sélection ou sélection adverse lorsque la variabilité des coûts est indépendante du prestataire, c'est-à-dire conditionnée par des déterminants exogènes : autrement dit lorsque le coût de production dépend par exemple de facteurs liés au patient et non aux conditions de production des soins. Or, comme la tarification à la pathologie correspond à un « forfait », si le prix fixé par le régulateur est trop bas, certains établissements pourraient se retrouver dans l'impossibilité d'assumer les coûts de prise en charge. Le corollaire mécanique est un risque de sélection des patients (on parle de « faillite inefficace ») : la tarif proposé par la tutelle peut être suffisant pour prendre en charge un patient dit « moyen » mais peut se révéler insuffisant pour les séjours dits « extrêmes ».

La théorie économique distingue deux types d'incertitude en matière d'anti-sélection. D'un côté l'incertitude systématique correspondant au cas où la composante exogène du coût est identique pour tous les établissements et inconnue du régulateur. L'autre cas, opposé, est celui d'une situation d'incertitude idiosyncrasique où la composante exogène du coût diffère d'un hôpital à l'autre. Autrement dit, pour le cas de la prise en charge des patients précaires, soit on observe une répartition homogène et la concurrence par comparaison constitue un excellent moyen d'annuler les rentes de situation, soit la prise en charge est assurée de façon inhomogène et la concurrence par comparaison n'apporte rien (par exemple de façon territoriale, ou selon les secteurs public ou privé). Evidemment la réalité tendrait à montrer le caractère idiosyncrasique de la précarité en l'état actuel des études, ce qui justifie théoriquement son financement par des systèmes d'enveloppe complémentaire (en l'occurrence par exemple les enveloppes MIGAC en financement de la permanence des soins et des missions d'accompagnement social), mais cela est peut-être d'abord lié à un manque de connaissance et d'observation.

L'enjeu de cette étude est précisément d'évaluer les possibilités d'objectiver « autant que possible » les facteurs exogènes liés à la situation de précarité des patients de façon à lever l'incertitude idiosyncrasique : si l'objectivation est possible, on peut alors penser que la proposition d'affecter un coefficient par GHS constitue une piste pertinente (soit par coefficient soit par création de nouveaux GHS, ce qui revient en fait au même). Si l'objectivation est impossible, on confirme le contexte d'incertitude idiosyncrasique et le financement de type MIGAC reste le plus pertinent tout en s'efforçant de limiter l'incertitude (par exemple en pondérant selon la file active des établissements, comme l'évoque l'IGAS, ce qui constitue une option parmi d'autres).

Nous entendons dans cette partie revenir sur l'articulation du concept de GHM comme base du modèle d'allocation de ressources et des facteurs susceptibles d'introduire une

⁸⁶ Pour une introduction plus détaillée aux enjeux de la tarification à la pathologie, nous renvoyons à la note rédigée par D. Henriët : Fondements théoriques et références bibliographiques. Paiements prospectifs, tarification à la pathologie, concurrence par comparaison. D. HENRIËT, Université de la Méditerranée. Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées (DHOS).

hétérogénéité sur les coûts de prise en charge. L'approche théorique n'a pas pour objectif d'évaluer ces coûts mais de modéliser les impacts potentiels sur la construction des tarifs.

Si l'on admet que le tarif (en système de concurrence par comparaison) proposé pour un établissement est une fonction des coûts de prise en charge dans d'autres établissements, alors on a :

$$t_i = F(C_1, C_2, C_3, \dots, C_{i-1}, C_i, C_{i+1}, \dots, C_n) \text{ tel que } F(c, c, \dots, c) = c$$

avec différentes fonctions pouvant être utilisées pour F (moyenne, minimum et maximum, médiane, centile).

D'un point de vue théorique, cette fonction, qui s'apparente à un système de type prix fixe (incitation à l'effort), suppose l'indépendance de la formule par rapport au coût observé de l'établissement.

Un autre postulat théorique est alors important : théoriquement, *ex-post*, les coûts observés doivent être identiques. Tant que l'hypothèse d'incertitude systématique est valide, les coûts *ex-post* doivent être identiques.

Si, comme c'est le cas dans la réalité, on observe tout de même des coûts différents, on peut en déduire deux choses : ou bien certains « producteurs » de soins cherchent à faire passer du risque moral pour de l'antisélection, ou bien il s'agit d'un contexte d'incertitude idiosyncrasique, c'est-à-dire que les producteurs ne sont en fait pas identiques (que leur environnement ne l'est pas).

Ces remarques ont une déclinaison théorique intéressante : si l'on suppose que les coûts sont « corrélés imparfaitement », c'est-à-dire qu'ils sont « incomplètement indépendants », alors la concurrence par comparaison permet d'améliorer la régulation en supprimant de fait l'incertitude systématique. Ordinairement, on constate que le coût dépend de deux types de facteurs : des facteurs globaux qui affectent les hôpitaux simultanément (risque systématique, par exemple épidémie) et des facteurs locaux qui affectent les producteurs de manière différenciée (par exemple environnement socio-économique). La concurrence par comparaison permet de s'affranchir de la première incertitude mais pas de la seconde : s'il existe de l'anti-sélection résiduelle (hétérogénéité de coût irréductible), alors la régulation optimale doit être une régulation mixte qui combine remboursement des coûts et prix fixe (dispositif de type MIGAC par exemple).

Rappelons que notre préoccupation ne porte pas sur « la précarité en établissement de santé » mais, de façon plus précise, sur les *scenarii* de financement des patients précaires dans un contexte de financement de type T2A. Notre objectif est donc précisément d'objectiver la possibilité (ou non) de construire une méthodologie de repérage (dont la faisabilité de la mise en œuvre est un critère fondamental) des patients précaires qui sorte le critère « précarité » du contexte d'incertitude idiosyncrasique.

Cet objectif suppose :

- un accord sur une définition de la précarité dans un cadre de financement T2A et sur les facteurs de « surcoûts » sous-jacents (en préalable à une étude plus large qui validerait les hypothèses ici détaillées) (§ 1),
- la conception d'une méthodologie de repérage des patients dits « précaires » et une étude de la faisabilité du repérage et de son intérêt en termes de régulation macro-économique (§ 2),
- de définir différents *scenarii* de financement prenant en compte les éléments précédents (§ 3).

1. Évaluer le surcoût de la précarité

Notre objectif étant d'envisager des pistes de financement de la prise en charge des patients précaires en établissements de santé, nous avons procédé à une construction itérative de la définition de la « précarité » dans les établissements de soins sur la base d'une identification des facteurs de surcoûts ; les facteurs ne générant pas de surcoûts étant alors exclus de la réflexion. Ainsi, **la précarité est entendue comme l'ensemble des caractéristiques socio-économiques d'un patient qui génère des surcoûts dans la prise en charge : c'est à dire les coûts générés par des patients dits « précaires » qui n'auraient pas existés s'ils ne l'avaient pas été (ceteris paribus)**. L'âge, facteur évident de surcoût, y compris dans l'impact qu'il peut avoir sur l'état de précarité du patient ne sera pas retenu dans la suite de l'étude comme facteur caractérisant un patient « précaire » du fait qu'il fait déjà l'objet d'un dispositif de pondération tarifaire des GHS, aussi perfectible fut-il.

La première partie de l'étude a montré les difficultés d'embrasser de façon simple le concept de précarité principalement du fait qu'il s'inscrit dans une dimension dynamique et plurifactorielle. Ce constat se révèle avec encore plus d'acuité dans les établissements de santé. L'étude de terrain a eu pour objectif d'évaluer qualitativement les spécificités qui caractérisent un patient dit « précaire » par rapport à un patient « moyen » : le terme de patient « moyen » renvoie au concept de profil patient à la base d'un financement à la pathologie ; quand bien même chaque patient est unique, il est possible d'identifier un panier de soins « moyen » selon différents caractéristiques de prises en charge.

Le caractère plurifactoriel rend complexe l'identification des facteurs et leurs contributions relatives à créer une situation dite de « précarité » pour un patient : par exemple, pour une personne âgée isolée, ne parlant pas bien le français et souffrant de multiples pathologies, le coût de la prise en charge est unanimement plus élevé que pour une personne âgée présentant le même tableau clinique (avec l'hypothèse que la polyopathie ne génère pas de CMA « tarifante » au sens du PMSI) : la rémunération peut être en théorie identique pour les deux patients et le coût est évidemment très différent. Cependant, une fois prise en compte la volonté de mettre en œuvre une pondération tarifaire sur la base de critères objectivables de surcoût, la mise en œuvre se révèle complexe : quel est le degré de contribution de chaque facteur au surcoût ? Une approche analytique d'évaluation des coûts pourrait-elle répondre de façon satisfaisante à cette question compte tenu de la complexité des tableaux cliniques et des facteurs en question ? Le risque n'est-il pas alors de déployer une méthodologie de repérage et d'évaluation dont le coût pour la collectivité risquerait d'être supérieur à son intérêt putatif ?

La dimension « dynamique » de la précarité est également complexe : à un instant « t », un patient non précaire peut le devenir, ce qui a un impact important en termes de méthodologie de repérage et de faisabilité : si l'on convient que c'est une dimension structurante dans l'appréhension des surcoûts liés à la précarité, il faut être en capacité d'évaluer à chaque séjour selon une méthodologie rigoureuse l'état, ou le degré de précarité de chaque patient : une approche populationnelle se révélerait insuffisante car inéquitable en termes d'évaluation. Apparaît alors une dimension importante qui résulte de l'étude de terrain et des entretiens réalisés avec les professionnels de santé : il n'existe pas d'approche normative binaire satisfaisante qui consisterait à qualifier un patient de « précaire » ou « non précaire » : la précarité est un phénomène complexe qui s'évalue en termes de « degré » plus qu'en termes d'état caractérisé. Là encore, cela peut avoir une conséquence lourde en termes méthodologiques puisque si nous convenons qu'il existe une grande diversité des états de précarité, la méthodologie de repérage devra intégrer un grand nombre de facteurs croisés afin de prétendre à quelque rigueur.

À titre d'illustration une dichotomie de type CMU/non CMU ne permet pas de caractériser un état de « précarité » : bien évidemment la question n'est pas ici de juger la situation individuelle d'un patient affilié à la CMU mais de souligner que cela ne semble pas caractériser de façon homogène un surcoût en termes de prise en charge. De manière caractéristique, dans l'un des établissements enquêtés, la quasi-totalité des répondants n'évoque pas spontanément la CMU au cours de l'entretien (même si le sujet peut émerger au cours de la discussion). L'affiliation CMU est ainsi rarement citée comme critère de reconnaissance d'un patient précaire. À l'inverse, dans l'établissement de l'AP-HP, si le RMI ou la CMU sont d'emblée évoqués, c'est le critère « sans adresse » qui apparaît aux personnels comme permettant de détecter le plus facilement les patients en situation de précarité.

En outre, observateurs et répondants s'accordent sur le fait que la prise en charge hospitalière des patients précaires génère des surcoûts, peu quantifiables mais identifiables. Ces surcoûts liés à l'ensemble des facteurs de précarité sont généralement identiques pour les établissements mais peuvent largement différer d'un service à un autre. L'étude de terrain a montré que les services et les établissements, en fonction de leur activité, de leur structure de recrutement et de l'organisation des filières de prise en charge pour ne citer que ces aspects vont « vivre » de façon très différente les prises en charge des patients précaires.

Enfin, le caractère « normatif » et donc relatif de la définition de la précarité en établissement de soins a un impact sur la conduite de l'étude : il y a un lien qui nous semble fort entre le taux de prise en charge des patients dits précaires (par rapport à l'activité globale) et la perception qui en découle. Plus l'établissement prend en charge de patients précaires, plus les professionnels relativisent le degré de précarité de ceux-ci.

Nous reprenons dans la partie qui suit les profils et les facteurs de surcoût identifiés comme caractéristiques d'un patient précaire, avant d'identifier ces surcoûts.

1.1. Les profils de patients générateurs de surcoût

L'étude révèle pour l'identification des patients potentiellement générateurs de surcoût un ensemble de caractéristiques communes. L'impact des items de ces profils devrait être

quantifié par une étude statistique révélant l'importance relative de chacun des facteurs. Lors des interviews, les réponses à notre première question « quels sont pour vous les patients générateurs de surcoût ? » ne conduisent pas les personnels du CH et de la clinique à désigner spontanément une catégorie générale, telle que « les précaires ». Par contre, l'ensemble des critères associés à la précarité sont le plus souvent évoqués (mauvais état de santé général, problème de logement ou d'emploi, isolement, etc.) À l'inverse, dans l'établissement de l'AP-HP, les personnels évoquent des catégories telles que « jeunes en errance », « femmes victimes de maltraitances », « SDF ».

Dans tous les cas, les entretiens permettent ainsi de vérifier que les facteurs perçus comme générateurs de surcoûts sont associés à des caractéristiques socio-économiques des patients précaires : difficultés sociales, isolement, problèmes de logement, faibles revenus, manque de culture médicale, état de santé dégradé, absence d'emploi ou d'emploi stable, absence de couverture sociale, « marginalité », sont les principaux items mis en avant par l'ensemble des répondants.

Souvent, ces critères sont corrélés et les patients précaires combinent plusieurs de ces caractéristiques. Dans les cas extrêmes, la grande précarité reflète des situations de populations marginalisées : certains SDF en rupture sociale ou encore les personnes étrangères en situation irrégulière. Elle est manifeste dans l'ensemble des entretiens que nous avons menés notamment au niveau des services des urgences par une absence de réponse à la question « qui doit-on prévenir ? ». L'un des répondants évoque un « faisceau » de précarité mais surtout évoque « l'effet de boucle et d'accélération » qui renvoie à cette « spirale de l'exclusion » évoquée par les chercheurs. Une cadre de santé des urgences l'exprime ainsi : « le pire, c'est le cumul : un peu « psycho », plutôt précaire et de surcroît âgé ».

1.2. Identification des surcoûts

1.2.1 L'organisation et la prise en charge

❖ L'entrée par les urgences

Les établissements enquêtés disposent tous d'un service d'accueil des urgences dont nous avons rencontré les personnels. Or, les populations dites précaires ont davantage recours aux soins par les urgences, plutôt que par la médecine de ville ou la consultation externe. Ainsi, on observe d'une part que les services d'urgence sont fortement touchés par le phénomène de précarité, d'autre part que le taux d'admission des patients par les urgences est nettement plus important dans les établissements à forte proportion de patients précaires. Alors que l'hôpital parisien, concevant la précarité essentiellement sous l'angle de l'errance (*homeless*), peut identifier sur un total d'environ 50 000 patients/an une proportion de précaire s'élevant à environ 1 000 entrées, soit 2 % du total, se traduisant en moyenne par 3 entrées quotidiennes (essentiellement la nuit), les deux établissements périphériques perçoivent un niveau d'admission de patients précaires aux urgences allant jusqu'à deux tiers du total.

De manière significative et, lorsque la proportion est faible, parfaitement repérée et suivie par les personnels d'encadrement, les patients précaires se caractérisent par une récurrence des visites : en moyenne 1,5 visite par mois.

Cependant, de manière générale, le recours aux soins est jugé tardif ou manquant de régularité, ce qui conduit à accueillir des populations dont les états de santé apparaissent plus dégradés qu'en moyenne ou avec des comorbidités liées à leur état de précarité.

L'entrée par les urgences a un impact important sur l'organisation dans les services de médecine, et sur les plateaux techniques et médico-techniques : elle influe notamment sur la gestion des lits, sur la programmation au bloc opératoire, ainsi que sur les laboratoires et plateaux d'imagerie en cas d'examen urgents.

Si la gestion de l'urgence fait certes partie des organisations hospitalières, les établissements situés sur des bassins à forte proportion de précaires doivent globalement repenser l'organisation ou la désorganisation liée à l'afflux massif par les urgences.

❖ L'impact sur l'hospitalisation en ambulatoire

Alors que la T2A et la recherche d'efficacité médico-économique invitent à augmenter la part de prise en charge en ambulatoire, la précarité sociale a un impact fort sur l'impossibilité d'avoir recours à ce mode de prise en charge. Un patient isolé, ne disposant pas d'un hébergement fixe ou décent (squat, foyers) sera *de facto* pris en charge en hospitalisation complète.

Par ailleurs, le niveau important de programmation en ambulatoire - prises en charges médicales et chirurgie ambulatoire - peut être fortement perturbé par des situations de précarité du patient avec des taux d'annulation ou de non présentation plus importants pour des raisons telles que : l'oubli du rendez-vous ou la mauvaise compréhension ; l'impossibilité de se rendre sur les lieux ; le déplacement... Dans l'un des établissements, on estime à 50 % la part de rendez-vous annulés en ambulatoire et à 20 % la part de déprogrammé en endoscopie.

❖ La répartition dans les services, les comorbidités et les multiséjours

Les états de polyopathologies ou de pathologies plus avancées chez les patients précaires, les difficultés de bonne gestion des lits sur les admissions qui se font en forte proportion par les urgences peuvent rendre difficile les placements dans les services. Ainsi, certains patients précaires seront mal orientés et placés aléatoirement « là où il reste des lits », cette mauvaise répartition ayant un impact sur la gestion du service elle-même.

L'importance des comorbidités, codés sur deux degrés seulement CMA et CMAS, est mal prise en compte dans le PMSI selon les établissements. Il est à noter que la version 11 des GHM a prévue l'augmentation du nombre de niveaux de sévérité codés sous forme de CMA. D'après un directeur, certains patients peuvent cumuler jusqu'à cinq diagnostics associés non valorisés (par exemple, des états de dénutrition, des pathologies dermatologiques...). En maternité, les patientes précaires présentent plus de MAP (menace d'accouchement prématuré) et les grossesses non suivies (présentation aux urgences pour l'accouchement) engendrent des accouchements plus dangereux.

D'autre part, les praticiens en service et urgentistes ont souligné l'importance des multiséjours (« patients récurrents », « l'habitué des urgences ») : si le surcoût macroéconomique est probable, il ne semble pas poser de problème de financement spécifique pour les

établissements dans la mesure où chacun d'eux donne lieu à une rémunération sous forme de GHS.

Enfin, la pathologie psychiatrique diagnostiquée est non ou peu génératrice de surcoût (contrairement aux difficultés psychologiques et/ou médico-sociales) car les patients sont pris en charge dans les filières psychiatriques, plus accessibles, par exemple, que les filières médico-sociales selon l'un des établissements.

1.2.2 Le temps médical et « soignant »

Si certains soulignent que la prise en charge strictement médicale ou chirurgicale pour une pathologie donnée ne diffère pas selon le niveau de précarité du patient, le temps infirmier ou aide soignant est pour sa part plus important.

Pour les personnels médicaux, la précarité impacte principalement sur le temps de consultation en raison de difficultés de compréhension (linguistiques ou par absence de « culture médicale »), certains médecins évoquant jusqu'à deux fois plus de temps de consultation par rapport à un patient « moyen » pour les patients en situation de précarité.

Les cadres de santé, les infirmières et aides soignantes passeraient de 10 à 20 % de temps en plus en soins et éducation : il peut s'agir de temps de toilette ou d'éducation fondamentale dont un important temps d'explication afin de s'assurer de la bonne compréhension et intégration des indications (prise des traitements, consignes alimentaires, ...). « Il faut tout répéter 3 ou 4 fois », explique ainsi une infirmière. Par ailleurs, les difficultés de compréhension peuvent engendrer des complications médicales : est cité l'exemple d'un patient diabétique n'ayant pas compris les consignes et auquel la famille apporte une boîte de pâtisseries. La non-habitude des consignes médicales pose les difficultés suivantes : refus de la prise de sang, rejet du masque... Le non-respect des recommandations médicales, dû à un manque de culture médicale ou à une mauvaise compréhension, peut ainsi avoir de lourdes conséquences et engendrer des surcoûts.

En maternité, à titre d'exemple, sages femmes et infirmières dispensent plus de consignes de prise en charge du nouveau-né, en insistant sur la bonne intégration des consignes fondamentales.

Ainsi, les problèmes de communication liés à la langue, à un faible niveau socio-éducatif ou à l'illettrisme, des comportements agressifs et la non-compliance sont autant de facteurs de surcoûts qui génèrent à la fois du temps de nursing et du temps de consultation ou d'explication-éducation médicales (dans les services ou aux urgences). Dès lors, des moyens *ad hoc*, ou de fortune, sont mis en place pour pallier ces difficultés : « on parle avec les mains », « on fait traduire par un enfant » et dans les trois établissements étudiés des modalités d'interprétariat ont été déployées : liste des personnels parlant telle ou telle langue ou appel à des sociétés extérieures d'interprétariat.

A la faible compliance, peut s'associer la nécessité de mobiliser plusieurs agents pour un même patient : « pour un patient agressif ou saoul, il faut parfois s'y prendre à deux ou trois pour une douche ou le nettoyage d'une plaie » souligne ainsi un cadre du service d'urgence de l'établissement parisien. Cette mobilisation plus importante des personnels pour la maîtrise

des patients perturbateurs, est partout mise en avant et, dans un établissement de la périphérie, une soignante déclare : «on est quatre pour maîtriser un jeune agressif ».

Dans tous les cas, il semble que la précarité présente ici un effet important pour les personnels sous forme de charge psychique : le « stress » associé au déploiement de solutions qui sont nécessairement imaginatives et improvisées peut être accru par la « parole forte », l'alcoolisme ou « l'agressivité » des patients les plus précaires.

Ceux-ci sont en outre « déstabilisants » : il ressort ainsi que face aux routines ou à l'organisation fragile des services (en termes de gestion des flux, de durée nécessaire à l'obtention des examens complémentaires, etc.) les patients précaires apparaissent aussi comme des patients exigeants en termes d'énergie des personnels (et en ce sens aussi « coûteux » en termes de conditions de travail), tant ils déstabilisent et poussent aux limites l'efficacité de l'organisation et de ses nécessaires routines.

1.2.3 Le temps « social »

La précarité sociale des patients des établissements étudiés a un fort impact sur le temps de travail « social » dévolus aux personnels : qu'ils soient particulièrement affectés à cette tâche (assistantes sociales) ou non (infirmières, cadres de santé, voire secrétaires médicales). La non-affiliation des patients suppose un travail administratif d'ouverture de droits et de contacts avec les réseaux médico-sociaux.

Ce temps de travail « social » est matérialisé en premier lieu par un temps d'écoute et de dialogue accru pour les patients en situation de précarité ou de grande précarité : « l'isolement demande du temps social » déclare ainsi une assistante sociale. Si les psychologues affectés ou non dans des services ou les assistantes sociales prennent en charge pour partie cette fonction d'écoute, elle revient aussi aux personnels soignants et aux personnels administratifs.

Le travail des psychologues est fortement affecté, notamment dans le cas où il n'y aurait pas d'assistante sociale pour un travail de recherche de prise en charges via les réseaux ASE, PMI qui s'avère ici très important.

De manière générale, les démarches sociales, les problèmes de structures d'aval et la « pression liée au manque de lits » conduisent à un allongement de la durée moyenne de séjour, en particulier pour les patients les plus précaires, isolés, sans domicile ou ayant des conditions de logement dégradées, pour lesquels ni la compliance, ni les bonnes conditions des soins de suite ne sont assurées.

Par ailleurs, les problèmes de précarité du logement empêchant la sortie du patient dans des conditions permettant une bonne suite de soins imposent aux personnels une surcharge de travail dans la recherche d'hébergement : difficultés de trouver un foyer d'accueil ou une institution médico-social ; alerte des PMI dans des cas de maternité socialement complexes ; ou encore recherche de foyers pour des femmes victimes de violence ; recherche d'hébergement pour des personnes âgées dépendantes. Le cloisonnement entre les établissements sanitaires et les institutions sociales et médico-sociales rendent prégnantes ces difficultés. Dans les établissements rencontrés, le travail « social » représente alors de 20 % à 40 % du temps de cadre selon les services.

Non seulement il s'agira alors de mobiliser les réseaux associatifs, mais il faudra aussi que les personnels fassent preuve de disponibilité, voire de « bénévolat » comme cette responsable administrative en charge du recouvrement qui prend de son temps personnel pour accompagner les femmes victimes de violence conjugale au commissariat pour déposer plainte.

1.2.4 Les durées de séjour

La T2A incite à une réduction des Durées Moyennes de Séjour (DMS). Globalement le patient précaire aura des DMS supérieures aux moyennes observées, pour des raisons sociales plus que médicales.

L'allongement de la DMS des patients dits précaires tient à plusieurs facteurs. En premier lieu, l'absence d'hébergement ou d'accompagnement à la sortie pour des personnes isolées implique une prolongation du séjour. Dans les établissements étudiés, le temps des démarches sociales en tant que tel présuppose un allongement incompressible d'une à deux journées, temps qui pourra être largement allongé en cas de blocage des structures d'hébergement en aval, structures sanitaires et/ou sociales. Les difficultés liées au manque de lits d'aval, ainsi qu'aux refus d'accueillir des patients en situation de précarité de certaines structures d'aval font encore augmenter des DMS.

Par ailleurs, la faible observance médicale et le peu d'habitude du recours aux soins de ville par exemple peuvent inciter à garder un patient afin de s'assurer du suivi des prescriptions post-hospitalisation.

Ainsi, les patients sont maintenus plus longtemps dans les services de soins aigus pour des raisons ne tenant pas à leur état de santé. De la même façon, on aura davantage recours au maintien en lits d'Unité d'Hospitalisation de Très Courte Durée (Lits-porte) des urgences en cas d'isolement ou d'hébergement précaire.

Par ailleurs, les patients précaires vont fréquemment apparaître comme « *outliers* » avec des durées de séjour plus longues et comme « bloqueurs de lits ».

Les surcoûts engendrés par l'allongement des DMS sont ainsi de deux ordres : d'une part, la perte d'argent pour des jours supplémentaires non financés par le GHS dès lors qu'on n'atteint pas la borne haute, ce qui est très rarement le cas compte tenu du caractère « extrême » des bornes hautes ; d'autre part, car les patients « embolissent » les lits ne pouvant être mis à disposition d'un autre patient.

Un chef de service de l'un des établissements périphériques fait part des statistiques de son service : seuls 2 % des séjours (22 sur 826) se situent en borne haute ; le reste des patients précaires restant quelques jours de plus, avec des difficultés accrues par la fermeture des structures d'aval le week-end. En réponse, un système d'alerte a été mis en place pour tout séjour supérieur à 7 jours si le maintien n'est pas dû à des raisons médicales.

À une échelle plus large, le directeur d'un établissement estime à 5000 le nombre de journées sur une année « en trop » non financées par rapport au DMS cibles pour des raisons de

précarité (pour une activité totale de 72 000 journées environ) : en maternité (DMS standard : 3 à 4 jours), certaines patientes restent deux à trois semaines le temps de leur trouver un hébergement décent, la DMS étant de 5 à 6 jours pour un accouchement voie basse et 7 à 8 jours pour une césarienne dans les établissements étudiés.

1.2.5 Les surcoûts « structurels »

Pour les établissements visités, l'accueil des populations en situation de précarité impose soit des structures soit, a minima, une organisation spécifique. Outre un nombre d'assistantes sociales plus conséquent, des agents de sécurité peuvent être recrutés, notamment pour les services d'urgences. De la même façon, des systèmes *ad hoc* de repérage et de prise en compte de la précarité peuvent accroître la charge de travail : ainsi, l'accueil aux urgences peut inclure un questionnaire « précarité » papier ou informatisé, permettant de déclencher l'alerte des services sociaux (entretien avec l'assistante sociale, par exemple) lorsqu'une situation sociale difficile est repérée (*annexe 3*).

Par ailleurs, le recouvrement suppose lui aussi une organisation spécifique : assistantes sociales ou personnels administratifs se consacrent à temps plein aux dossiers d'ouvertures de droits (pour l'accès à la CMU ou à l'AME) afin de garantir le recouvrement. Des difficultés administratives sont nettes avec un surplus de fraude à la carte vitale, d'où un temps passé à contrôler les identités ou d'adresses incorrectes pour l'envoi des factures (ce sont 1000 courriers/mois qui sont retournés à l'un des établissements).

Pour les patients ne disposant pas de complémentaire et en difficultés financières, le recouvrement peut être incertain. Enfin, certains patients peuvent être en situation irrégulière et le financement de leur prise en charge peut s'avérer plus complexe encore.

De plus, en cas de forte proportion de fréquentation de l'établissement par des populations précaires, les directions évoquent le surcoût indirect en perte d'images en parlant « d'effet repoussoir » avec des taux de fuite. Par ailleurs, dans un établissement privé, la perte viendra aussi de la difficulté à louer les chambres particulières surfacturées. De même, un établissement a souligné ses difficultés de recrutement (médecins et personnels). Paradoxalement, un autre établissement insiste sur l'engagement des personnels et le faible turn-over, ainsi que sur l'abondance de candidatures.

1.3 Inégalités entre établissements

Au final, les surcoûts liés à la précarité tiennent plus de difficultés sociales que de difficultés strictement médicales liées à la pathologie : l'étude de la Mission PMSI⁸⁷ évaluait en 1998 sur 55 626 séjours des DMS supérieures de 36 % pour les patients précaires pour un séjour de 2,52 jours plus long et coûtant en moyenne 33 % de plus. L'étude américaine d'Epstein (1981-1985) pour sa part évaluait le surcoût à 25 % en termes de DMS et 16 % pour les coûts.

L'élaboration des tarifs des GHS, dans la mesure où ils sont fondés sur une analyse des coûts moyennés de production des soins devrait intégrer en théorie ces facteurs : pour le dire

⁸⁷ MATHY C, BENSADON M, *Le surcoût de l'hospitalisation des patients précaires*, Journal d'Economie Médicale, 20(5): 263-278, 2002.

autrement, le « coût moyen » pour le patient « moyen » devrait être inférieur au coût calculé dans l'Echelle Nationale des Coûts et donc, la « rente » (au sens économique) sur le patient « moyen » devrait couvrir le coût de prise en charge des patients « extrêmes ». Mais la réalité est que comme l'activité s'inscrit en contexte d'incertitude idiosyncrasique, la répartition des prises en charge est inhomogène entre les établissements, en fonction des territoires de recrutement bien sur mais également à l'intérieur des territoires eux-mêmes.

Il s'agit alors d'identifier les possibles éléments objectivables qui permettraient de mieux financer les établissements ayant une part de prise en charge de patient « précaires » plus importante que les autres, nonobstant la complexité évidente de cette ambition.

2. Méthodologie de repérage et faisabilité

De nombreux établissements ont développé leurs propres « méthodologies » de repérage, notamment afin de déclencher les mesures spécialement conçues pour les patients précaires, à l'instar de l'accompagnement social permettant l'ouverture des droits.

Ainsi, outre les grilles déjà présentées dans la première partie, l'un des établissements enquêté a mis en place une grille propre, utilisée à l'accueil des urgences (*annexe 3*), prévoyant un ensemble de questions dont chacune est assortie d'un score cumulable permettant une totalisation destinée à déclencher un entretien avec une assistante sociale.

Parmi les critères retenus, on observe la place accordée par l'établissement à un certain nombre de questions sociales qui, soit relèvent directement des tâches habituelles des travailleurs sociaux, soit conditionnent la capacité même du patient à régler les frais afférents à l'hospitalisation.

Les questions relatives à un risque d'absence de couverture sociale atteignent ainsi directement le score de déclenchement d'une prise de rendez-vous avec l'assistante sociale alors que la situation de « sans domicile » ne conduit pas, dans cet établissement, à un score suffisant.

De la même manière, les situations de chômage indemnisé ou de perception de minima sociaux ne sont pas jugées suffisantes pour un « déclenchement d'alerte », mais le chômage non indemnisé, l'endettement, l'isolement, ou un logement précaire atteignent un score quatre fois plus élevé.

En termes de populations, et face à la difficulté de « positionner un curseur », dans la délimitation des populations précaires, il ressort que loin de l'analyse distinguant différentes formes de précarité, la définition « opérationnelle » que s'en donnent les personnels des établissements correspond à une « vision locale », fortement influencée par les catégories de patients dominantes dans leur établissement. Ainsi, là où tel établissement parisien perçoit seulement 2 % de « précaires », entendus principalement au sens de *homeless*, tel autre, dans sa périphérie, accueillant une forte population en difficultés économiques (logement, emploi) et/ou une forte population immigrée aura une perception plus forte de la proportion de patients « précaires » qui peut alors atteindre 60 %, voire 70 % de l'ensemble des patients accueillis.

Ainsi, de manière pragmatique, il apparaît possible de définir au moins trois positions du curseur sur l'axe de la précarité telle qu'elle peut être conçue, de manière très large, par le HCSP par exemple (cf. *supra*) et concerner alors jusqu'à 25 % de la population.

Une première catégorie rassemblant les populations en situation de *fragilité économique et/ou sociale* au sens large (emploi précaire, décès du conjoint ou séparation, etc.) sans qu'elle ne se traduise par des difficultés sérieuses en termes de conditions de vie ou de relations sociales, peut être exclue du champ tant qu'elle a accès aux droits sociaux, à l'emploi et au logement. Dans une certaine mesure, on peut aller jusqu'à imaginer une DMS plus courte pour une part de ces « précaires », tels que les « travailleurs pauvres », à temps partiel contraint, dont la majeure partie est constituée de femmes seules avec enfants. Celles-ci peuvent faire preuve d'une compliance parfaite ou d'une forte motivation de retour à domicile et à l'emploi, pour faire face à des obligations professionnelles ou familiales. Mais ni nos établissements, ni nos questionnaires ne nous ont permis d'envisager cet aspect.

Une deuxième catégorie rassemble une « *population pauvre* », quelle que soit la forme de pauvreté qui la concerne (pauvreté monétaire ou pauvreté des conditions de vie) qui semble, alors qu'elle peut constituer 10 % de la population au niveau national, davantage concerner les établissements de santé en termes de durée de séjour, soit en raison de conditions de logement nettement dégradées et incompatibles avec un retour rapide au domicile, soit pour des raisons telles que l'existence de difficultés financière pour l'alimentation, pour l'ouverture des droits nécessaires à l'accès aux soins d'aval ou encore en raison de leur isolement. Ces différents aspects étant précisés ci-après.

Enfin, une troisième catégorie rassemble les populations se trouvant dans des situations de *très grande pauvreté*, n'ayant pas d'ouverture de droits, ayant des conditions de logement dégradées ou vivant sans domicile, cumulant un ensemble de difficultés économiques et sociales, telles qu'elles sont associées à la « spirale de l'exclusion » et les plaçant, pour cette raison même, en situation de dépendance. Ces populations se caractérisent par des difficultés telles qu'elles ne peuvent sortir seules de leur condition et se trouvent alors en situation de dépendance.

Tableau 7
Trois degrés de « précarité »

<i>Trois degrés de « précarité »</i>		
Fragilité économique et/ou sociale	Pauvreté	Grande pauvreté (ou « exclusion »)
 <p><i>Emploi précaire, décès du conjoint ou séparation, fragilité au sens large, qui ne se traduit pas nécessairement par des difficultés sérieuses en termes de conditions de vie ou de relations sociales</i></p>	<p><i>En conditions de vie (logement, alimentation, renoncement aux soins, isolement) et/ou en niveau de revenu</i></p>	<p><i>Faible accès aux droits ou cumul de difficultés économiques et/ou sociales, conditions de logement dégradées ou personnes sans domicile...</i></p>

Lors de nos entretiens, seules ces deuxième et troisième catégories ont été envisagées par les personnels des établissements de soins. Soit, de manière simple et pragmatique, un précaire est un *homeless*, un individu désocialisé, sans logement ou sans emploi, ayant éventuellement des difficultés de communication (langue, illettrisme, etc.), voire de graves pathologies

psychologiques ou psychiatriques, soit un précaire avec des difficultés de logement, d'emploi, de revenus, d'endettement et/ou de renoncement aux soins. Dans ce dernier cas, les critères du revenu, des conditions de vie et des droits sociaux sont particulièrement adaptés au repérage. Pour ces deux dernières catégories, les différents facteurs de repérage semblent pouvoir être regroupés autour de quatre éléments déterminants : l'isolement, la qualité du logement, le niveau de revenu et l'accès aux droits (affiliation à un régime d'assurance maladie, CMU, AME).

Il ressort des entretiens que ces quatre facteurs ont un impact important sur quatre postes de coûts : soins de « nursing », accompagnement social, durée de séjour, degré de sévérité ou de gravité de la pathologie.

En termes organisationnels, l'impact de ces postes peut être différent selon les spécialités et les services. Si un surcoût semble peu évident pour les secteurs médico-techniques (bloc opératoire, réanimation,...), ces éléments apparaissent particulièrement significatifs sur le secteur des Urgences, ceux de l'hospitalisation complète (notamment au détriment des prises en charge en ambulatoire) et les consultations et soins externes. Ainsi, à titre d'exemple, le passage par les urgences plutôt qu'une intervention programmée peut apparaître, à pathologie égale, comme constitutif d'un surcoût.

Tableau 8
Facteurs de surcoût, types d'impact et secteurs principalement concernés

<i>Catégories de facteurs de surcoût</i>	<i>Principaux impacts</i>	<i>Principaux secteurs concernés</i>
Isolement (relations sociales)	Soins de « nursing »	Urgences
Qualité du logement	Accompagnement social	Hospitalisation complète et ambulatoire
Niveau de revenu	Durée de séjour	Consultation et soins externes
Accès aux droits	Degré de sévérité de la pathologie	

Une étude qualitative et quantitative sur l'évaluation du coût de prise en charge des patients dits précaires par rapport au patient « moyen », réalisée à échelle représentative, devrait ainsi au minimum prendre en compte ces quatre grandes catégories de facteurs de surcoût (isolement, logement, revenu, droits) envisager ces quatre types d'impacts (nursing, accompagnement social, durée de séjour et degré de sévérité de la pathologie) sur ces trois secteurs (urgences, hospitalisation complète et ambulatoire, consultations et soins externes).

Il convient également de distinguer les effets de ces différents facteurs sur les catégories de personnels dans la mesure où les personnels paramédicaux et les travailleurs sociaux sont les premiers concernés par les difficultés associées à la prise en charge des précaires.

La question des raisons de la difficulté de l'ouverture des droits et de l'accès aux lits d'aval mériterait d'être approfondie.

Pour l'évaluation des enjeux liés à la prise en charge de la précarité pour les médecins eux-mêmes, un cadre méthodologique opportun pourrait s'inspirer des travaux déjà réalisés par

William C. Hsiao et *al.* au département de santé publique de Harvard⁸⁸ selon lesquels le travail médical est une combinaison de quatre composantes : la durée, le stress, la compétence technique et l'effort mental mobilisés par le praticien. Seul le recueil des durées peut ici constituer une composante « objective », stress, compétence technique et effort mental apparaissant comme des composantes « subjectives » du travail. Ces travaux conduisent cependant à une hiérarchisation des actes en fonction des « ressources » mobilisées par le praticien. Ressources de deux types : celles relevant du travail médical mis en œuvre, d'une part, celles relatives aux charges professionnelles qui incombent au praticien en propre et appelées « coût de la pratique », d'autre part.

Une étude approfondie sur le coût des prises en charge pourrait ainsi prendre en compte deux approches complémentaires :

- La première selon une approche de type ENC : une méthode de type « comptabilité analytique » par ventilation des comptes de charges en fonction de clés de répartition basés sur l'identification des séjours pour les patients précaires (consommation d'unités d'œuvre lors des séjours de patients dits « précaires »),
- La seconde par identification des coûts exogènes, ce qui revient à étudier le surcoût par patient par une analyse qualitative sur site.

À cette fin, nous recommandons d'appliquer ces deux méthodologies d'évaluation des surcoûts sur certains actes « types », qui par leurs volumes ou leurs spécificités nous semblent offrir un terrain pertinent à l'évaluation la plus objective possible des surcoûts liés à la prise en charge des patients précaires. À titre indicatif, nous proposons une étude complémentaire sur les GHM ou les motifs de prise en charge figurant dans le *tableau 9*.

Tableau 9
GHM ou motifs de prise en charge méritant d'être étudiés

Chirurgie
08C02Z : Interventions majeures multiples sur les genoux et/ou les hanches
06C08V, 06C08W, 06C09V, 06C09W : appendicectomies
24C54Z : Libérations du canal carpien et d'autres nerfs superficiels : séjours de moins de 2 jours
Interventions à visée diagnostique au bloc opératoire
24K02Z : Endoscopies avec anesthésie : séjours de moins de 2 jours
24K07Z : Cathétérismes cardiaques ou coronarographies : séjours de moins de 2 jours
Médecine
04M03V : Bronchites et asthme, âge de 18 à 69 ans sans CMA
05M04V et 05M04W : Infarctus aigu du myocarde sans complication cardiovasculaire avec et sans CMA
28Z04Z : Séance de dialyse
Obstétrique
14C02A : Césariennes sans complication significative
14Z02A : Accouchements par voie basse sans complication significative
Consultations et actes externes
Échantillon statistique de durées de consultation avec un médecin spécialiste (cardiologie, pneumologie, chirurgie, ...)
Consultations d'anesthésie
Echographie cardiaque trans-œsophagienne
Biopsie de prostate en externe

Il reste que l'approche individuelle ne saurait traduire complètement la complexité du problème. Il nous semble donc utile de travailler sur une méthodologie d'approche

⁸⁸ Hsiao W.C., Braun P., Dunn D., Becker R., « Resource-based Relative Value Scale: an overview », JAMA, 1988, 16:2347-2443.

populationnelle basée sur l'analyse rétrospective des zones géographiques de recrutement des établissements. L'objectif serait alors de croiser l'analyse de l'activité des établissements (volume et lieux d'habitation des patients) et des données socio-économiques par « territoire » issues notamment des données de l'INSEE (« territoire » n'est pas entendu ici au sens institutionnel mais au sens d'une « unité géographique » dont la définition dépend de la pertinence des flux d'information que nous pourrions obtenir : département, communes, canton, ...).

À cette fin, un appui peut être pris sur les travaux de Marie Christine Closon et David Lekeux⁸⁹, en particulier dans le cadre d'une approche par « bassin de patientèle » : la localisation même de l'hôpital, en termes géographiques, comme le montrent les établissements ici choisis, permet d'envisager les difficultés sociales auxquelles il se trouvera confronté de manière significative.

Ainsi, on peut envisager une description par « bassins de patientèle » des établissements non spécialisés, à l'aide d'un repérage combinant une série de données économiques et sociales, telles que la qualité des logements construits alentour, le taux de chômage, le taux de pauvreté monétaire, les proportions de locataires/propriétaires, la répartition par âge de la population, par professions et catégories socioprofessionnelles, par composition du ménage, par nationalité de la personne de référence, etc. telles qu'elles peuvent découler, par exemple, des données issues du recensement de la population.

⁸⁹ Impact des facteurs socio-économiques sur le financement des hôpitaux sur base des activités justifiées, IMA-AIM, janvier 2007.

IV. Scenarii de financement et exemples étrangers

1. Scenarii de financement

Il peut paraître inopportun d'évoquer quelques pistes techniques de financement mais ces éléments peuvent utilement nourrir la construction de l'étude complémentaire. Il ne s'agit pas ici de lister l'ensemble des dispositifs possibles mais d'identifier parmi les dispositifs existants quelques pistes pertinentes s'appuyant à la fois sur la définition de critères d'attribution budgétaires et sur les modalités techniques de financement de ce type de prise en charge.

Notre hypothèse, suite à la réalisation de l'étude, est que la solution la plus pertinente de financement de la prise en charge de la précarité repose sur une approche à deux niveaux complémentaires :

- approche individualisée par séjour liée à une méthodologie de repérage permettant de graduer un « état » de précarité,
- approche populationnelle par analyse rétrospective des flux de patients pris en charge.

Cette hypothèse mériterait d'être validée par l'étude complémentaire d'évaluation des surcoûts.

Financièrement, la confirmation de cette hypothèse reviendrait à proposer deux modes complémentaires de financement (ce qui est déjà le cas par exemple le type d'approche retenu pour le financement des urgences et des prélèvements d'organes) : un financement individualisé par patient et un financement par enveloppe.

Si l'identification des patients précaires peut être objectivable dans les champs du PMSI, différentes options s'offrent au législateur :

- Système de supplément journalier par patient (modèles suppléments Réa/SC ou supplément pour dépassement de borne haute),
- Création de GHM spécifiques (sur l'exemple de l'âge à 69-70 ans qui a entraîné de nombreuses créations de GHM dans la version 10 du PMSI),
- Complément GHM : de type CMA/CMAS.

L'identification technique des patients « précaires » peut être réalisée au moyen des flux PMSI. A cette fin, deux dispositifs principaux apparaissent :

- l'utilisation de codes Z en CIM10 (tel qu'il en existe actuellement) qu'il conviendra d'adapter en fonction de l'affinage de l'étude de coûts,
- ou la création d'un nouvel indicateur, que nous pourrions appeler Indice de Précarité Simplifié (IPS) et dont l'IGS2 (Indice de Gravité Simplifié) en réanimation constitue un excellent exemple. L'IPS serait défini en points selon une méthodologie de repérage à affiner. Cette solution technique aurait l'avantage de garder une grande flexibilité pour l'avenir, notamment au gré de l'évolution du phénomène ou du développement des travaux de recherche sur ce sujet. Pour le recueil des données, un champ IPS pourrait

seuil à 20,2 %. Ainsi, les DRG seront valorisés d'un certain pourcentage avec un maximum de survalorisation fixé à 12 %.

Ainsi, l'ajustement DSH permet de prendre en compte de manière rétroactive l'hétérogénéité des coûts liés à la précarité et ce mode de financement mixte (paiement au forfait et ajustement) permet de corriger les effets de risque moral dans un contexte d'hétérogénéité.

2.2 Le cas Belge : définition d'un profil social par établissement

Le système de T2A des établissements hospitaliers belges comprend traditionnellement une tarification par DRG, complétée d'un système de bonification ou pénalisation selon les durées moyennes de séjour et pondérée par des critères d'âge (plus ou moins de 75 ans) et des critères gériatriques.

Toutefois l'étude menée par l'Université Catholique de Louvain a montré que plusieurs facteurs n'étaient pas suffisamment pris en compte dans le financement à savoir : l'âge, la sévérité, la gériatrie non prise en compte dans les critères standardisés mais aussi trois variables socio-économiques indicatrices de précarité : l'isolement, le logement, et le revenu⁹⁰.

L'évaluation des surcoûts liés à ces items a donné lieu à une enquête menée auprès de 28 000 patients pour évaluer l'impact des facteurs sociaux sur l'ensemble des données suivantes :

- les durées de séjours ;
- l'utilisation de l'hospitalisation de jour ;
- le volume/coût des prestations M.T. ;
- le recours au travailleur social ;
- le mode d'admission du patient ;
- la prévalence de certaines pathologies ;
- l'accessibilité aux soins ;
- la qualité et le résultat des soins.

Cette étude a montré que la définition des facteurs sociaux devait s'appuyer sur des données de type individuelles et sur des données de type socio-démographique du secteur.

Ainsi, en 2007, afin de prendre en compte les facteurs sociaux dans le financement des hôpitaux, la législation belge définit-elle un **profil social de l'hôpital** avec deux types de variable (cf. annexe 2). :

- des variables descriptives des profils patients provenant organismes assureurs : âge, allocations sociales liées au handicap, isolement
- des variables descriptives du bassin provenant de la Direction générale statistique concernant le nombre d'admissions par quartier statistique avec 3 items : le revenu (déclarations < 20 000 €), la part de propriétaires, le pourcentage de logements

⁹⁰ Closon et al., Impact des facteurs socio-économiques sur le financement des hôpitaux sur base des activités justifiées, janvier 2007.

précaires⁹¹.

Un coefficient appliqué à la durée de séjour est alors défini en tenant compte de l'ensemble de ces variables sociales prises individuellement et croisées (cf. table ci-dessous).

Le nombre de journées justifiées est alors recalculé en fonction de l'indice de correction social de l'établissement.

Les États-Unis ou la Belgique dans un contexte de financement à l'activité ont défini des modalités de financement correctrices permettant de prendre en compte une forte population précaire dans un établissement donné. Ces dispositifs fondés sur des indicateurs de précarité propres aux systèmes de chaque État (Medicare aux USA, allocations et caractéristiques du bassin en Belgique) permettent de contenir le phénomène d'anti sélection propre à un système de paiement prospectif. Les ajustements de paiement peuvent être impactés sur le DRG avec un % correctif ou par une majoration pondérée du nombre de journées.

Tableau 10
Coefficients corrélés d'après les variables de précarité en Belgique
(Voir l'annexe 2 pour la définition des variables)

Variables / Variabelen		Coefficient / Coefficient
% déclaration < 20.000	% inkomensaangifte < 20.000	0,1042
% propriétaire	% eigenaar	0,0558
% logement précaire	% preciaire woningen	0,1170
âge	leeftijd	0,1496
bim	rvv	0,1883
ihand	ihand	0,4566
isolé	alleenstaand	0,2793
forfait	forfait	0,6195
age*bim	leeftijd*bim	0,1278
ihand*isolé	ihand*alleenstaand	0,4747
ihand*forfait	ihand*forfait	-0,2912
age*ihand	leeftijd*ihand	0,9959
age*isolé	leeftijd*alleenstaand	1,0208
age*forfeit	leeftijd*forfait	0,5661
% decl < 20.000*age	% inkomensaangifte < 20.000*leeftijd	0,1655
% decl < 20.000*ihand	% inkomensaangifte < 20.000*ihand	0,1127
% decl < 20.000*isolé	% inkomensaangifte < 20.000*alleenstaand	0,1095
% propriétaire*age	% eigenaar*leeftijd	0,1355
% propriétaire*bim	% eigenaar*rvv	0,1071
% propriétaire*ihand	% eigenaar*ihand	0,2436
% propriétaire*isolé	% eigenaar*alleenstaand	0,0851

⁹¹ Pour les définitions des variables, cf. annexe 2.

Conclusion générale

Dans le cadre de la réforme du financement des établissements de santé, la mise en place de la Tarification à l'activité (T2A) est effective dans le secteur public depuis 2004 et dans le secteur privé depuis le 1er mars 2005. Dans la phase actuelle de transition, deux barèmes de tarifs coexistent pour les Groupes Homogènes de Séjour (GHS), l'un pour les établissements anciennement financés par Dotation Globale de Financement (DGF) et l'autre pour les établissements privés anciennement sous Objectif Quantifié National (OQN). La loi dispose que les deux barèmes de tarifs doivent converger jusqu'à être identiques en 2012.

Cependant, la convergence tarifaire se heurte à différents obstacles soulignés par le rapport de la mission d'appui sur la convergence tarifaire (Inspection Générale des Affaires Sociales, janvier 2006) qui remarque que les tarifs publics des GHS, en moyenne pondérée, s'élèvent à 1,81 fois les tarifs privés après réintégration des honoraires des médecins et des dépenses de radiologie et de biologie.

Des écarts de coûts de prise en charge des patients peuvent en outre apparaître mais restent à l'heure actuelle difficilement objectivables. Parmi ceux-ci, la situation de « précarité » des patients est un facteur considéré comme susceptible d'écarts, même si le sens donné à la « précarité » nécessite un important travail de définition.

Trois recommandations particulières ont été formulées par l'IGAS, portant respectivement sur la nécessaire vérification de l'importance du phénomène de précarité (recommandation n° 9), la définition et l'intégration du paramètre précarité parmi les items enregistrés pour la production de l'échelle nationale de coûts commune (recommandation n° 10), l'analyse qualitative des trajectoires de soins afin d'identifier la proportion de séjours dont la prise en charge peut être modifiée (recommandation n° 11). « *Au total, souligne l'IGAS, il convient de progresser pour connaître la part des séjours chez les précaires dont la prise en charge allongée n'est pas ou peu sensible à des modifications de l'organisation* ».

Ces remarques et recommandations soulèvent en particulier deux questions, l'une relative à la compréhension même des phénomènes de précarité et à l'existence d'un « dénominateur commun » de la précarité, l'autre relative aux critères objectivables permettant le repérage des populations concernées.

Premièrement, comme le souligne l'IGAS, la précarité est un terme qui mérite d'être défini avec exactitude. Notion à la fois subjective et relative, elle peut toutefois être conçue comme relevant de la situation objective de l'individu et non comme une caractéristique propre à celui-ci. Les *situations* de précarité renvoient tout autant à des difficultés d'intégration sociale (ou à des situations de rupture des liens sociaux) et/ou à des difficultés d'insertion professionnelle (ou à des situations de précarité professionnelle). Dans tous les cas, précarité sociale et professionnelle se traduisent par une précarité des conditions de vie caractérisée par un ensemble de difficultés pouvant se cumuler dans différents domaines (emploi, logement, santé, etc.). Ainsi, la définition de la précarité formulée par Joseph Wresinski est souvent utilisée pour formaliser le concept de précarité dans ses diverses dimensions : « *La précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des*

conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit à la grande pauvreté, quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible ». L'absence de sécurité(s) est ici le critère discriminant pour la définition des populations précaires. Peut-on alors éviter de dresser un inventaire de catégories diverses de précarité au profit d'un dénominateur commun aisément repérable ?

Deuxièmement, le repérage des populations dites « précaires » peut être fondé sur une approche administrative ou situationnelle, telle qu'elle apparaît, par exemple, dans l'arrêté du 20 juillet 1992 relatif aux examens périodiques de santé⁹² distinguant cinq catégories de populations précaires : chômeurs, bénéficiaires du RMI, titulaires de contrats aidés, personnes sans domicile, jeunes 16-25 ans exclus du milieu scolaire et engagés dans des processus d'insertion professionnelle. Cependant, cette approche peut non seulement être élargie (à d'autres bénéficiaires de minima sociaux, par exemple) mais aussi être utilement complétée par la prise en compte des trajectoires sociales et professionnelles des individus et le repérage, en particulier, d'évènements de rupture (divorce, décès du conjoint, perte d'emploi, etc.) en prenant en compte la durée des phénomènes ainsi que leur éventuelle récurrence. Ainsi, l'étude « Précarité 2 001 » de la Mission PMSI s'est attachée, entre autres, à relever une série d'items relatifs à la situation familiale, à la composition du ménage, à la stabilité du logement, au niveau de scolarisation, à la nationalité, à l'accès à la protection sociale, au niveau de revenus et à la situation d'emploi.

Il reste cependant que les multiples aspects de la précarité tels qu'ils apparaissent dans les études antérieures méritent d'être revus au regard notamment du caractère objectivable et concrètement utilisable de différents critères individuels ou populationnels.

Deux questions ont dès lors été traitées dans cette étude. La première est relative à la définition d'une méthodologie de repérage exogène des patients précaires. La seconde porte quant à elle sur la méthode d'évaluation des coûts liés à la prise en charge de ces patients et sur les clés de financement conformes aux options retenues par l'IGAS.

Il s'est ainsi agi, dans un premier temps, en prenant appui sur une revue de la littérature, de définir et de délimiter les éléments de connaissance nécessaires pour l'identification des populations précaires et des critères utilisés en pratique pour leur repérage. Cette étape a été complétée par plusieurs entretiens et par une enquête auprès de trois établissements devant permettre de préciser les enjeux pratiques, d'identifier dans toute la mesure du possible les surcoûts liés à la prise en charge de ces populations (y compris les coûts non prévus et les coûts liés à une prise en charge d'actes ne relevant pas des missions de l'hôpital).

En un second temps, il a alors été possible d'envisager les modalités de financement des populations dites précaires dans un contexte T2A. La question économique de la tarification prospective (à la pathologie) et sa remise en question dans un contexte d'incertitude idiosyncrasique est rapprochée des questions de risque moral et de sélection adverse sous-jacentes. L'évaluation des lieux de surcoûts de la prise en charge hospitalière des patients précaires d'un point de vue qualitatif a conduit à la définition des modalités de financement

⁹² Journal Officiel n° 218 du 19 septembre 1992.

envisageables. Ces propositions ont été mises en perspective avec les expériences étrangères dans ce domaine.

Définir la précarité : de la théorie à la pratique

Alors que la précarité n'est pas un état figé, l'intérêt du concept réside précisément dans ce qu'il exige de prendre en compte en termes de fragilité d'une situation, d'un équilibre fébrile ou dans le tutoiement d'une situation de pauvreté, voire dans les « allers-retours » en pauvreté que réalisent les personnes précaires. Si la frontière est poreuse avec la pauvreté, c'est bien en raison d'une situation qui peut n'être que temporaire pour évoluer soit vers plus de stabilité (logement, emploi) soit vers plus de précarité encore quand ce n'est pas vers la grande pauvreté. La précarité apparaît ainsi comme un moment de fragilité et d'instabilité dont ni l'avenir, ni la durée, ne sont prévisibles mais qui, s'il se prolonge, risque de faire basculer ceux qu'elle touche vers la pauvreté ou la grande pauvreté.

Chaque absence de « sécurité », dans les termes de J. Wresinski, peut correspondre à différents processus de fragilisation : précarité de l'emploi, des solidarités familiales ou précarité liée aux conséquences de la maladie. Mais d'un individu à l'autre, les conséquences de cette « absence de sécurité » peuvent s'avérer différentes, en fonction du caractère uni ou multidimensionnel des fragilités à l'œuvre, en fonction d'une trajectoire passée (enfance, stigmatisation, etc.), de parcours de vie (séparations, décès, etc.), voire de la récurrence de la situation de précarité elle-même. Mais la « profondeur » de la pauvreté, si elle est évaluable en termes monétaires (on parle alors d'« intensité ») est moins facile à saisir par un indicateur unique dès l'instant où la pauvreté est définie de manière multidimensionnelle.

Les études réalisées dans le champ de la pauvreté restent ainsi confrontées à la nécessaire composition avec ce décalage entre des contraintes d'opérationnalité et des exigences théoriques considérant la pauvreté comme un *continuum* – sur lequel s'inscrivent la vulnérabilité puis la précarité et finalement la grande pauvreté –, et comme un phénomène qui ne peut être appréhendé qu'en se fondant sur un ensemble d'aspects, relevant pour certains de l'intimité même des individus, évoluant dans la durée, et dont l'importance peut être distincte d'un individu à l'autre.

Alors que l'étude des profils de patients précaires a été très fortement encouragée par l'Inserm, en particulier depuis les années 1990, les approches ont pris deux voies principales : celles menées dans le cadre général des inégalités sociales de santé⁹³ et celles plus spécifiquement conduites sur les populations précaires⁹⁴. L'approche en termes d'inégalités permet de souligner la nécessité de ne pas prendre en compte les seuls groupes en situation précaire alors que la précarité s'observe sur un *continuum* de situations entre lesquels il est difficile d'opérer des oppositions binaires.

Cependant les approches en termes d'inégalités contribuent à figer des situations et à décrire des états, plutôt que des processus. Didier Fassin souligne ainsi, au cœur même d'un ouvrage de référence en matière d'analyse des inégalités de santé, que « *le passage des faits structurels, caractérisant la société, aux réalités observées de la santé demeure relativement obscur : l'analyse*

⁹³ LECLERC A. ET al. (eds) (2001), *Les inégalités sociales de santé*, Paris, Inserm, La Découverte.

⁹⁴ JOUBERT M., CHAUVIN P., FACY F. et al. (eds) (2001), *Précarisation, risque et santé*, Paris, Inserm, « Questions en santé publique ».

*des inégalités ne livre pas la clé des mécanismes par lesquels des transformations macroéconomiques et macrosociales influent sur les comportements à risque ou des pratiques de prévention, sur des taux de mortalité ou de morbidité*⁹⁵ ». Mais cette position ne fait pas l'unanimité parmi les auteurs. Ainsi, Pierre Chauvin et Isabelle Parizot soulignent que « les facteurs de vulnérabilité repérés, en particulier les ruptures sociales, sont susceptibles d'affecter la santé des personnes au-delà des seuls *pauvres* (...) mais qu'ils restent encore peu étudiés, et donc mal pris en compte ». Le risque qu'entrevoient les auteurs est celui d'une stigmatisation des populations défavorisées « en ne mettant en évidence que chez elles (faute d'avoir étudié les autres) certains facteurs *de risque*⁹⁶ ».

Pour les populations précaires, la santé n'est pas toujours ressentie comme une priorité. Ainsi, une étude sur le cancer bronchique et le retard à la consultation lié à la précarité dans la région Nord-Pas-de-Calais⁹⁷ (où la fréquence du cancer est plus importante et où l'on identifie une surmortalité) part de l'hypothèse qu'il existerait un retard à la consultation expliquant l'évolution plus rapide de la maladie. Dans le cas du cancer pulmonaire, l'étude fait apparaître un profil psychologique des patients tardant à consulter. Ceux-ci se caractérisent par « leur isolement, leur fatalisme, un déni de la réalité, l'absence de notion de risque et un faible investissement pour leur corps et leur santé ». L'étude fait en outre apparaître dans ses conclusions que des items particuliers permettent de distinguer les populations précaires : la situation familiale, le fait d'avoir ou non un médecin traitant, la disponibilité de l'entourage, etc. et permet d'établir un profil socio-culturel et psychologique des sujets consultant tardivement, en particulier : isolés pour la plupart, tant au niveau affectif et familial que social, avec une hygiène de vie insuffisante liée à une faible attention portée à eux-mêmes, à leur corps, à leur bien-être physique, une mise à distance des conséquences de leurs comportements et de leurs modes de vie (notamment tabagisme) sur leur santé, avec une attitude fataliste ne permettant pas d'être partie prenante dans les soins. Les auteurs concluent sur la nécessaire éducation dont pourraient faire l'objet ces patients (au sens psychologie de la santé).

Phénomène pluridimensionnel, la précarité apparaît difficile à mesurer en partant des définitions rencontrant la plus grande adhésion dans le champ des sciences sociales. Cependant, en réponse au besoin d'identification des populations précaires que ressentent les praticiens au quotidien, divers outils et méthodes de repérage ont été adoptés des plus simples (consistant à distinguer sur des critères socio-économiques des patients précaires et des patients non précaires) aux plus élaborés méthodologiquement mais consistant à combiner une somme de données sur la situation sociale, économique et personnelle du patient afin d'établir des questionnaires dont l'utilisation doit rester simple.

Il ressort de cette étude que trois domaines (parmi lesquels des cumuls sont envisageables) font l'unanimité pour identifier les populations vulnérables :

1/ En matière d'état de santé, des indicateurs tels que les polyopathologies, l'absence de médecin traitant (vraisemblablement corrélé aux renoncements aux soins ou à des retards de

⁹⁵ FASSIN D. et al., « Perspectives pour la recherche et pour l'action », in Leclerc A. et al. (eds) (2001), *Les inégalités sociales de santé*, op. cit., p. 431.

⁹⁶ CHAUVIN P., PARIZOT I. (2005), « Les déterminants sociaux de la santé : une approche pluridisciplinaire », in Chauvin P., Parizot I., *Santé et recours aux soins des populations vulnérables*, Paris, Inserm.

⁹⁷ Beaune D., Caron R., Lafitte J.-J. et al. (2006), « Cancer bronchique et retard à la consultation lié à la précarité dans la région Nord-Pas-de-Calais », *Revue francophone de psycho-oncologie*, n°2, p. 109-114.

consultation) sont autant d'éléments objectifs qui pourraient être pris en compte pour le repérage des populations fragiles.

2/ En termes de niveau de revenu, les bénéficiaires de minima sociaux (y compris les bénéficiaires de la prestation de compensation du handicap et de l'allocation personnalisée d'autonomie), le chômage de longue durée tout comme l'état de la couverture maladie (CMU, CMUC) apparaissent comme des éléments importants.

3/ Enfin, parmi les facteurs psychologiques, sociaux ou culturels, la situation familiale (pour l'isolement), les conditions de logement voire le lieu de résidence (à l'instar des ZUS) peuvent être pris en compte.

Le repérage des populations précaires et leur impact en termes de coûts

Les enjeux « techniques » de financement de la précarité dans les établissements de santé, nécessitent un retour sur quelques éléments « théoriques » qui illustrent utilement la difficulté du financement de la prise en charge des patients dits « précaires » dans les établissements de santé dans le cadre d'un financement de type T2A.

Pour Robert Fetter (qui est à l'origine de la classification américaine des *Diagnosis Related Groups* ayant inspiré le PMSI) on peut faire l'hypothèse que si chaque patient est unique, « *il partage avec d'autres malades hospitalisés, un certain nombre de caractéristiques, démographiques, diagnostiques et thérapeutiques qui déterminent le type et le niveau des prestations qu'il reçoit* ». La classification par GHM est un modèle d'allocation de ressources fondé en théorie sur un système de type prix fixe (concurrence par comparaison). Un tel mode de financement consiste alors à prendre en charge un « forfait », dont le prix a été fixé selon des coûts de production moyens observés dans un échantillon d'établissements.

Mais on le voit ici, la difficulté pour le régulateur d'observer les coûts de production des soins rend complexe la définition d'un « juste prix ». Alors que la théorie économique distingue deux types d'incertitude, risque moral et anti-sélection, c'est ce second risque qui apparaît ici le plus évident si la variabilité des coûts est indépendante du prestataire et conditionnée par des déterminants exogènes, i.e. si le coût de production dépend de facteurs liés au patient et non aux conditions de production des soins. Or, comme la tarification à la pathologie correspond à un « forfait », si le prix fixé par le régulateur est trop bas, certains établissements pourraient se retrouver dans l'impossibilité d'assumer les coûts de prise en charge. Le corollaire mécanique est un risque de sélection des patients (ou de « faillite inefficace ») : le tarif proposé par la tutelle peut être suffisant pour prendre en charge un patient dit « moyen » mais peut se révéler insuffisant pour les séjours dits « extrêmes ».

Colliger différentes approches des précarités témoigne de la difficulté d'appréhension des phénomènes eux-mêmes dans l'ensemble de leurs dimensions. Une étude de terrain a été menée, dans trois établissements de santé d'Île de France afin de mieux circonscrire les difficultés de la prise en charge quotidienne de patients précaires et les facteurs de surcoût engendrés. Trois établissements ont été sélectionnés, deux établissements publics et un établissement privé situé dans Paris et en banlieue parisienne.

Dans chacun de ces établissements, une dizaine de personnes ont été rencontrées : chefs de service et personnels de direction, médecins, cadres de santé, personnels soignants, personnels administratifs et assistantes sociales.

Les entretiens réalisés ont permis de faire préciser par chaque interviewé les profils générateurs de surcoût, les définitions de la précarité et les critères d'identification d'un patient précaire, les facteurs et l'identification des surcoûts liés à la précarité, les organisations – officielles ou « ad hoc » – et les moyens mis en œuvre pour une meilleure prise en charge de tels patients.

Trois « degrés » de précarité sont ici distingués :

- 1/ Fragilité économique et/ou sociale : emploi précaire, décès du conjoint ou séparation, fragilité au sens large, qui ne se traduit pas nécessairement par des difficultés sérieuses en termes de conditions de vie ou de relations sociales,
- 2/ Pauvreté : en conditions de vie (logement, alimentation, renoncement aux soins, isolement) et/ou en niveau de revenu,
- 3/ Grande pauvreté (ou « exclusion ») : Faible accès aux droits ou cumul de difficultés économiques et/ou sociales, conditions de logement dégradées ou personnes sans domicile...

Seules la pauvreté ainsi que la très grande pauvreté ont été spontanément citées par les personnels des établissements. Pour ces deux dernières catégories, les différents facteurs de repérage semblent pouvoir être regroupés en quatre items : l'isolement, la qualité du logement, le niveau de revenu et l'accès aux droits (affiliation à un régime d'assurance maladie, CMU, AME).

Il ressort des entretiens que ces quatre facteurs ont un impact important sur quatre postes de coûts : soins de « nursing », accompagnement social, durée de séjour, degré de sévérité ou de gravité de la pathologie.

En termes organisationnels, l'impact de ces postes peut être différent selon les spécialités et les services. Si un surcoût semble peu évident pour les secteurs médico-techniques (bloc opératoire, réanimation,...), ces éléments apparaissent particulièrement significatifs sur le secteur des Urgences, ceux de l'hospitalisation complète (notamment au détriment des prises en charge en ambulatoire) et les consultations et soins externes. Ainsi, à titre d'exemple, le passage par les urgences plutôt qu'une intervention programmée peut apparaître, à pathologie égale, comme constitutif d'un surcoût.

Scenarii de financement de la précarité dans un contexte T2A

La présente étude exploratoire conduit à l'hypothèse que la solution la plus pertinente de financement de la prise en charge de la précarité repose sur une approche à deux niveaux complémentaires :

1. approche individualisée par séjour liée à une méthodologie de repérage permettant de graduer un « état » de précarité,

Une étude approfondie et représentative des établissements en matière de coût des prises en charge sur un certain nombre de séjours « type » pourrait prendre en compte deux approches complémentaires :

- La première de type ENC : une méthode de type « comptabilité analytique » par ventilation des comptes de charges en fonction de clés de répartition basés sur l'identification des séjours pour les patients précaires (consommation d'unités d'œuvre lors des séjours de patients dits « précaires »)
- La seconde par identification des coûts exogènes, ce qui revient à étudier le surcoût par patient par une analyse qualitative sur site.

2. Approche populationnelle par analyse rétrospective des flux de patients pris en charge.

S'inspirant de l'expérience de la Belgique⁹⁸, l'étude de coût devrait être complétée par une étude d'approche populationnelle dont l'objectif serait de recenser les sources d'information en données socio-démographiques qui pourraient être utiles à une analyse rétrospective de la prise en charge des patients précaires non fondée sur des caractéristiques individuelles mais sur les caractéristiques du « territoire » de résidence du patient.

Financièrement, la confirmation de cette hypothèse reviendrait à proposer deux modes complémentaires de financement :

- un financement individualisé par patient,
- un financement par enveloppe.

Si l'identification des patients précaires peut être objectivable dans les champs du PMSI, différentes options s'offrent au législateur :

- Système de supplément journalier par patient (modèles suppléments Réa/SC ou supplément pour dépassement de borne haute)
- Création de GHM (sur l'exemple de l'âge à 69-70 ans qui a entraîné de nombreuses créations de GHM dans la version 10)
- Complément GHM : de type CMA/CMAS

Quant à l'identification technique des patients « précaires », elle pourrait être réalisée au moyen des flux PMSI dans le cadre duquel deux dispositifs principaux apparaissent :

- Par l'utilisation de codes Z en CIM10 (tel qu'il en existe actuellement) qu'il conviendrait d'adapter en fonction de l'affinage de l'étude de coûts,
- Par la création d'un nouvel indicateur, que nous pourrions appeler **Indice de Précarité Simplifié (IPS)** à l'instar de l'IGS2 (Indice de Gravité Simplifié) existant en réanimation. L'IPS pourrait être défini en points selon une méthodologie de repérage à affiner. Cette solution technique aurait l'avantage d'être flexible dans le temps, en intégrant, notamment, les développements de travaux de recherche en matière de précarité ou

⁹⁸ Impact des facteurs socio-économiques sur le financement des hôpitaux sur base des activités justifiées, IMA-AIM, janvier 2007.

d'évolution des phénomènes. Pour le recueil des données, un champ IPS pourrait être simplement créé dans un format futur des RUM.

En complément, l'approche populationnelle permettrait selon la structuration des case-mix des établissements de définir des « enveloppes » de financement de la prise en charge de la précarité. On pourrait alors envisager :

- Un coefficient « précarité » sur le modèle des « coefficients de transition » ou « coefficient géographique » qui s'appliquerait à tout ou partie de l'activité,
- Une enveloppe de type « MIGAC » correspondant à une logique de financement de « moyens ».

Éléments bibliographiques

ABENHAIM L., LE GALES C., *Élaboration de la loi d'orientation de santé publique : rapport du Groupe Technique National de Définition des Objectifs (Analyse des connaissances disponibles sur des problèmes de santé sélectionnés, leurs déterminants et les stratégies de santé publique. Définition des objectifs)*, Direction générale de la Santé, Ministère de la santé, Paris, La Documentation française, 2003

ATKINSON A., CAZES S., « Mesures de la pauvreté et politiques sociales : une étude comparative de la France, de la RFA et du Royaume-Uni », *Observations et diagnostics économiques, Revue de l'OFCE*, Paris, Presses de la Fondation nationale de sciences politiques, n° 33, octobre 1990, p. 105-130.

BEAUNE D., CARON R., LAFITTE J.-J. et al., « Cancer bronchique et retard à la consultation lié à la précarité dans la région Nord-Pas-de-Calais », *Revue francophone de psycho-oncologie*, n°2, p. 109-114, 2006

BUNGENER M., PIERRET J., « De l'influence du chômage sur l'état de santé », in Bouchayer F. (ed), *Trajectoires sociales et inégalités : recherches sur les conditions de vie*, Inserm, Mire, Eres, 1994

CAMBOIS E., « Les personnes en situation sociale difficile et leur santé », in *Les travaux de l'Observatoire national de la Pauvreté et de l'Exclusion sociale 2003-2004*, Paris, Onpes, La Documentation française, 2004

CASTEL R., *Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*, Paris, Fayard, 1995

CASTEL R., « De l'indigence à l'exclusion, la désaffiliation », in *Face à l'exclusion, le modèle français*, J. Donzelot (ed), Paris, Ed. Esprit, 1991

CHARLOT-ROBERT A., *L'Hôpital face à la montée de la précarité et de l'exclusion: exemples et enseignements avec le CHU de Rouen*

CHAUVIN P., PARIZOT I., LEBAS J. (2 001), « État de santé, recours aux soins et mode de fréquentation des personnes en situation précaire consultant des centres de soins gratuits : le projet PRECAR », in JOUBERT M., CHAUVIN P., FACY F. et al., *Précarisation, risque et santé*, 2 001

CHAUVIN P., PARIZOT I., « Les déterminants sociaux de la santé : une approche pluridisciplinaire », in Chauvin P., Parizot I., *Santé et recours aux soins des populations vulnérables*, Paris, Inserm, 2005

COLLET M., MENAHEM G., PARIS V., PICARD V., *Précarité, risque et santé. Enquête menée auprès des consultants de centre de soins gratuits*, QES, n°63, juillet 2003, IRDES

DE LA BLANCHARDIERE A., OLIVIER P., « Quelle précarité en région PACA depuis la loi Aubry ? », communication repr. in *Revue de Médecine Interne*, 23 suppl. 2, 2002

DE LA ROCHERE B., « La santé des sans-domicile usagers des services d'aide », *Insee Première*, n° 893, 2003

DELARUE J.-M., *Banlieues en difficulté : la relégation*, Paris, Syros, 1991

DEMAILLY D., FEBVRE M., « Les conditions de vie des ménages : une amélioration entre 1998 et 2004 », in *Les travaux de l'Observatoire, op. cit.*, 2006

DICKES P., « Ressources financières, bien-être subjectif et conditions d'existence », in Françoise Bouchayer (dir), *Trajectoires sociales et inégalités. Recherches sur les conditions de vie*, Mire/Insee, Paris, Erès, 1994

DONZELOT J ET ESTEBE P., « Le développement social urbain est-il une politique ? Les leçons de l'évaluation », *Regards sur l'actualité*, n° 196, Paris, La Documentation française, déc. 1993

EPSTEIN A.M., STERN RS, WEISSMAN JS, *Do the poor cost more ? A multihospital study of patients' socioeconomic status and use of hospital resources*, *New England Journal Med.* 19;322(16):1122-8, 1990

EUROSTAT, *Non-Monetary Indicators of Poverty and Social Exclusion. Final Report*, Luxembourg, 1995

DREES, « Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières », *Etudes et résultats*, n° 215, janvier, 2003

FABRE C., BAUDOT V., TOULEMONDE S. (2003), *Evaluation des permanences d'accès aux soins de santé*, rapport commandité par la Direction des Hôpitaux et de l'Organisation des Soins, Gres Mediation Santé, octobre 2003

FASSIN D. et al., « Perspectives pour la recherche et pour l'action », in Leclerc A. et al. (eds), *Les inégalités sociales de santé*, 2 001

FLEURBAEY M., « Quelques réflexions sur la mesure des inégalités et du bien-être social », in Rapport du Conseil d'Analyse Economique, *Inégalités économiques*, Paris, La Documentation française, 2 001

GOLBERG M., MELCHIOR M., LECLERC A. ET al. (2002), « Les déterminants sociaux de la santé : les apports récents de l'épidémiologie sociale et des sciences sociales de santé », *Sciences sociales et santé*, vol. 20, n° 4, p. 75-128.

HASSIN J., « État de santé et prise en charge des populations sans domicile fixe à Paris », in LEBAS J., CHAUVIN P., *Précarité et santé*, p. 107-118, 1998.

HAUT COMITE DE SANTE PUBLIQUE, *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*, février 1998.

HOURIEZ J.-M., OLIER Lucile, « Niveau de vie et taille des ménages : estimations d'une échelle d'équivalence », in Insee, « Mesurer la pauvreté aujourd'hui », *Économie et statistique*, n° 308-310, 1997, p. 65-94.

INSEE, « Revenus et patrimoines des ménages », *Synthèses*, n° 5, Paris, Insee, août 1996

INSEE, « Sans-domicile », *Économie et Statistique*, n° 391-392, Paris, Insee, 2006.

JOUBERT M., CHAUVIN P., FACY F. et al, *Précarisation, risque et santé*, Paris, Inserm, « Questions en santé publique », 2 001

KOSTERLITZ J. NATL J, *Factoring poverty into DRG formula is troublesome brainteaser for Congress.*;17(35):1940-2, 1985

KOTELCHUCK R, *Poor diagnosis, poor treatment. How the DRG system affects hospitals that serve the poor*, Health PAC Bull., Jan-Feb;16(1):7-13, 1985

KOVES V., GYSENS S., POINSARD P.-F. et al, « Mental Health and Use of Care in People Receiving a French Social Benefit », *Soc. Psychiatry, Psychiatr. Epidemiol.*, 34, 1999

LEBAS J., *A l'épreuve de la précarité, une certaine idée de l'hôpital* (Rapport au Ministre de la Santé), La Documentation Française, fév.1998.

LECLERC A. ET AL. (EDS), *Les inégalités sociales de santé*, Paris, Inserm, La Découverte, 2 001

LENOIR R., *Les exclus. Un français sur dix*, 1^{ère} éd. 1974, 4^{ème} éd. augmentée et mise à jour, Paris, Seuil, 1989.

MARCHAND-BUTTIN F., *Étude sur les dispositifs hospitaliers de prise en charge des patients en situation de précarité à l'AP-HP*, rapport, Ministère de la santé et des solidarités, février 1998

MARIC M., « Indicateurs de bien-être et pauvreté », in GIRARD D. (Ed), *Solidarités collectives, famille et solidarité*, Paris, L'Harmattan, 2004

MARIC M., « Égalité et équité : Amartya Sen face à John Rawls et à l'économie normative », *Revue française d'économie*, vol. XI, n° 3, 1996, p. 95-125.

MATHY C, BENSADON M, *Le surcoût de l'hospitalisation des patients précaires*, Journal d'Économie Médicale, 20(5): 263-278, 2002

MELNICK G.A, MANN J.M.,« *Are Medicaid Patients More Expensive ?* », A review and analysis, Med Care Review Fall 46 –3 1989

MESRINE A., « La surmortalité des chômeurs : un effet catalyseur du chômage ? », Insee, *Économie et Statistique*, 334, 2000

MEYNAUD L., KRAEMER D., *Le coût de la précarité, lors des hospitalisations de court séjour des patients adultes*, SIM, Hôpitaux de Colmar, mars 2001

MOUGEOT M., *La tarification hospitalière : de l'enveloppe globale à la concurrence par comparaison*, Annales d'économie et de Statistique, n°58, 2000

MOULIN J.-J. et al., *Le score EPICES : l'indicateur de précarité des Centres d'examen de santé de l'Assurance Maladie*, Rapport d'étude, Assurance maladie, Cetaf, janvier 2005

MOULIN J.-J., LABBE E., SASS C. et al. (2006), « Précarité et facteurs de risque : le score EPICES », *Revue francophone de Psycho-oncologie*, n° 2.

NICOLAS J., BERNARD F., RODIÈRE M. et al., « Précarité et vulnérabilité familiale aux urgences pédiatriques : évaluation et prise en charge », *Archives de pédiatrie*, n° 8, 2 001

ONPES, *Le Rapport de l'Observatoire national de la Pauvreté et de l'Exclusion*, Paris, La Documentation française, 2006

PANAYE R., ESTINGOY P., ARDIET G., « Secteurs psychiatriques et circuits de l'information en matière de précarité », *Annales Médico Psychologiques*, 163, 2005

PARIZOT I., CHAUVIN P., FIRDION J.-M., PAUGAM S., *Santé, inégalités et ruptures sociales dans les Zones Urbaines sensibles d'Ile-de-France*, Rapport d'étude, Ined et Inserm en partenariat avec l'Onpes, juin 2003

PASCAL J., QUELIER C., AGARD C. et al. (2004), « Identification de la vulnérabilité sociale des usagers des consultations de l'hôpital public », *communication aux 27^{èmes} journées des Economistes de la Santé*.

PASCAL J., QUELIER C., LOMBRAIL P. et al., « Peut-on identifier simplement la précarité sociale parmi les consultants de l'hôpital ? », *Sciences sociales et santé*, vol. 24, n°3, 2006

PAUGAM S., ZOYEM J.-P., CHARBONNEL J.-M., *Précarité et risque d'exclusion en France*, documents du Cerc, n° 109, Paris, La Documentation française, 1993

PAUGAM S., *La disqualification sociale. Essai sur la nouvelle pauvreté*, Paris, PUF, 1991

PAUGAM S. *Les formes élémentaires de la pauvreté*, Paris, PUF, 2005

PAUGAM S., *La société française et ses pauvres*, Paris, PUF, 1993, 2^e éd. 1995

PAUGAM S. (dir), *L'exclusion. L'état des savoirs*. Paris, La Découverte, 1996.

PARIZOT, CHAUVIN, FIRDION, PAUGAM, *Santé, inégalités et ruptures sociales*, Inserm et Ined, juin 2003

PERRONNIN M., SOURTY Marie-Jo, *Influence des caractéristiques sociales et environnementales du patient sur la durée de séjour à l'hôpital*, Le Guellec, n°71 décembre 2003

PRATT S, MILLIGAN C, *Improving your Medicare DSH payment*, Three rivers, AAHAM, Septembre 2006

RAYNAUD D., « Les déterminants individuels des dépenses de santé », Drees, *Etudes et résultats*, n° 378, février, 2005

ROWNTREE S., *Poverty. A study of town life*, London, Macmillan, 190, rééd. Bristol, The Policy Press, 2000

SASS C., MOULIN J.-J., GUEGUEN R. et al., « Le score Epices : un score individuel de précarité. Construction du score et mesure des relations avec des données de santé, dans une population de 197 389 personnes », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 14, 4 avril ; 2006

SCHILTZ L., HOUBRE B., MARTINY C., «Précarité sociale, marginalisation et pathologie limite : etude comparative de plusieurs groupes de sujets en rupture de projet de vie”, *L'évolution psychiatrique*, 72, 2007, p. 453-468.

SILVER H., « Exclusion sociale et solidarité sociale : trois paradigmes », *Revue internationale du travail*, vol. 133, n° 5-6, 1994

TABONE M.D., VINCELET C., « Précarité et santé en pédiatrie : expérience du Centre de bilans de santé de l'enfant de Paris », *Archives de pédiatrie*, n° 7, 2000

TOWNSEND P., *Poverty in the United Kingdom. A Survey of Household Resources and Standards of Living*, Harmondsworth, Penguin Books, 197

TRINH-DUC A., DE LA BLANCHARDIERE A., FARGE-BANCEL D., « Mise en place d'un système de recueil et d'évaluation de l'activité médicosociale des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) », *Revue de médecine interne*, 26, 2005

VANROELEN C. & SMEETS T., *Nouveaux groupes vulnérables dans les soins de santé en Belgique*, Vakgroep Medische Sociologie, Faculteit van de Geneeskunde en Farmacie, Vrije Universiteit Brussel.

Annexes

Annexe 1 : Guide d'entretien avec les professionnels de santé

Note méthodologique :

Dans le cadre de l'étude, quatre questions sont posées :

- peut-on identifier objectivement les facteurs qui introduisent une hétérogénéité dans le coût de la prise en charge ?
- peut-on définir une méthodologie de repérage objective de ces facteurs ?
- la faisabilité de cette méthodologie de repérage est-elle compatible avec l'organisation des soins d'un établissement ?
- quels sont les intérêts et les inconvénients pour le régulateur de déployer ce type de méthodologie ?

Nom :

Prénom :

Fonction :

Service :

Établissement :

Date :

Remarque méthodologique :

En noir les questions à poser

Les éléments en rouge ne sont pas exprimés de façon à ne pas orienter les réponses.

Approche socio-comportementale

Quels sont les profils des patients identifiables comme générateurs de surcoût ? (*Age, sexe, situation familiale, caractéristiques sociales, CSP,...*)

Approche sémantique & quantitative

- Qu'est ce que la précarité ?
- Qu'est ce qu'un patient précaire et comment le distinguer vous ?
- Sur 100 patients, combien sont « précaires » d'après vous (à rapprocher de la définition donnée précédemment)

Approche causale

Quels sont les causes de surcoûts ?

- Langue / comportement / Difficultés de compréhension (agressivité)
- Pathologies psychiatriques (folie/crise ...) ou psychologiques (peur, phobies, ...)
- Comportements addictifs (effets drogue/alcool, etc ...)
- Polypathologie (attention, est-ce lié à l'état précaire ?)
- Isolement ? (attention à ne pas confondre vieillesse et précarité)

Approche organisationnelle

Y a-t-il une organisation particulière pour la prise en charge des patients précaires ?

- Dans le service
- Dans l'établissement

Y-a-t-il un référent dans l'établissement sur le sujet ? Y-a-t-il une réflexion globale (service, établissement, ...) sur ce problème ?

Organisez-vous une prise en charge « sociale » des patients précaires ? (recherche hébergement, soutien familial, ...)

Si oui, qui en a la charge ?
Approche typologique

Quels sont ces surcoûts ?

NB : il s'agit d'identifier les coûts générés par des patients dits précaires, qui n'auraient pas existés s'ils ne l'avaient pas été (ceteris paribus) :

- à tableau clinique identique : la prise en charge est-elle plus complexe du fait de l'état précaire du patient

Augmentation de la charge de soins :

- cela nécessite plus de temps
- il faut être plusieurs pour gérer un problème médical

Temps passé ? (quels types de personnel ???)

Complexité technique (consommables)

Augmentation des consommables nécessaires aux soins

Quel impact sur le taux d'hospitalisation ?

Stress ?

Quel impact sur la durée de séjour ?

Annexe 2 : Belgique - arrête Royal du 25 avril 2002

Définitions des variables et paramètres explicatifs du profil social de l'hôpital

1. Sources de données :

- les admissions dans les hôpitaux généraux fournies par les organismes assureurs ;
- les données socio-économiques des patients (âge, handicap, isolé, intervention majorée, forfaits maladies chroniques) fournies par les organismes assureurs ;
- les données par quartier statistique (éducation, revenus logement...) fournies par la Direction générale Statistique et Information économique du Service Public Fédéral Economie.

1. Variables de profil social

1.1. Variables provenant des organismes assureurs

age : nombre d'admissions pour les patients âgés de 75 ans ou plus ;

bim : nombre d'admissions pour les patients bénéficiant du MâF social via leur qualité de BIM ;

ihand : nombre d'admissions pour les patients bénéficiant du MâF social via l'intervention pour personne handicapée ;

isolé : nombre d'admissions pour les patients isolés c'est-à-dire dont le ménage MâF ne comprend qu'une seule personne (eux-mêmes) ;

forfait : nombre d'admissions pour les patients bénéficiant du forfait infirmier B ou du forfait infirmier C ou du forfait Kinésithérapeute E ;

1.2. Variables provenant de la Direction générale Statistique et Information économique du Service Public Fédéral Economie

% déclaration < 20,000 : nombre d'admissions pour les patients habitant dans un quartier statistique dont le pourcentage de déclaration de revenu inférieur à 20.000 EUR est supérieur à la médiane pour ce quartier ;

% propriétaire : nombre d'admissions pour les patients habitant dans un quartier statistique dont le pourcentage de propriétaire est inférieur à la médiane pour ce quartier ;

% logement précaire : nombre d'admissions pour les patients habitant dans un quartier statistique dont le pourcentage de logement précaire est supérieur à la médiane pour ce quartier ;

[(16) 3bis. CALCUL D'UN NOMBRE DE JOURNEES JUSTIFIEES PAR HOPITAL COMPTE TENU D'UN INDICE DE CORRECTION SOCIALE

La correction du nombre de journées justifiées en fonction de l'indice de correction sociale se fait à raison de 25 % au 1^{er} juillet 2008, de 50 % au 1^{er} juillet 2009 et de 100 % au 1^{er} juillet 2010.

3bis.1. Sources des données des variables reprises à l'annexe 17

- Organismes assureurs pour les variables individuelles : âge, BIM, handicap, isolé et forfait ;
- Direction générale Statistique et Information économique du Service Public Fédéral Economie pour les variables pourcentage de déclaration inférieure à 20.000 EUR, pourcentage de propriétaires et pourcentage de logement précaire.

3bis.2. Calcul du nombre de journées justifiées en fonction de l'indice de correction sociale.

Un nombre de journées justifiées est calculé selon la formule suivante :

$$N_h = n_h \sum_j \beta_j (\bar{x}_{h,j} - \bar{x}_j)$$

où :

N_h = nombre de journées justifiées compte tenu de l'indice de correction sociale par hôpital ;

n_h = nombre d'admissions classiques compte tenu de l'indice de correction sociale de l'hôpital ;

β_j = paramètre estimé de la variable explicative j, telle que définies dans l'annexe 17 ;

$\bar{x}_{h,j}$ = moyenne de la variable explicative j pour l'ensemble des admissions de cette variable dans l'hôpital h ;

\bar{x}_j = moyenne de la variable explicative j pour l'ensemble des admissions de cette variable dans tous les hôpitaux.

Le nombre de journées justifiées en fonction de l'indice de correction sociale est réparti au prorata des journées justifiées calculées selon la méthode définie au point 3, pour les services définis aux points 3.2.1 à 3.2.4.]

Annexe 3 : Méthodologie de repérage du Centre Hospitalier (périphérie)

FICHE SOCIALE S.A.U. - Centre Hospitalier périphérie

<i>Couverture sociale</i>	<i>Oui</i>	<i>Non</i>
Titre de séjour		<input type="checkbox"/> 3
Réfugié		<input type="checkbox"/> 3
Visa de tourisme		<input type="checkbox"/> 3
Sans papier		<input type="checkbox"/> 3
En attente		<input type="checkbox"/> 2
<i>Domicile personnel</i>	<i>Oui</i>	<i>Non</i>
Hébergement (dont hôtel)		<input type="checkbox"/> 1
Sans domicile		<input type="checkbox"/> 2
<i>Emploi</i>	<i>Oui</i>	<i>Non</i>
Chômage indemnisé (ASSEDIC)		<input type="checkbox"/> 0,5
Chômage non indemnisé ou sans ressource		<input type="checkbox"/> 2
RMI		<input type="checkbox"/> 0,5
Autres ressources sociales		
Alloc.Adulte Handicapé		<input type="checkbox"/> 0,5
Invalidité		
Allocation de parent isolé		
<i>Problématique médicale ou sociale à prendre en compte</i>	<i>Oui</i>	<i>Non</i>
Couverture sociale sans mutuelle		<input type="checkbox"/> + 1
Violence intra-familiale		<input type="checkbox"/> + 3
TS Adulte		<input type="checkbox"/> + 1
TS Adolescent		<input type="checkbox"/> + 2
Autres pathologies psychologiques ou psychiatriques		<input type="checkbox"/> à cocher
Addiction (alcool,...)		<input type="checkbox"/> à cocher
<i>Difficultés sociales</i>	<i>Oui</i>	<i>Non</i>
Endettement		<input type="checkbox"/> + 2
Logement précaire		<input type="checkbox"/> + 2
Isolement		<input type="checkbox"/> + 2
Maintien à domicile difficile		<input type="checkbox"/> + 2
<i>Spécificités</i>	<i>Oui</i>	<i>Non</i>
Groupe ethnique ou culture (à expliciter)		<input type="checkbox"/> à cocher
TOTAL		

Conduite à tenir

Score ≥ 3	APPEL RAPIDE TRAVAILLEUR SOCIAL Contacter immédiatement l'assistance sociale et laisser message en dehors des heures ouvrables
2 ≤ Score < 3	APPEL PAR SOIGNANT POUR PRISE DE RV Contacter l'assistance sociale pour prise de RV En dehors des heures ouvrables : donner les coordonnées du service social au patient envoyer fiche SAU au service social
1 ≤ Score < 2	RENDEZ VOUS A PRÉVOIR Donner les coordonnées du service social au patient + envoyer fiche SAU au service social

Annexe 4 : Activité du service social des malades de l'établissement parisien

Données issues du rapport d'activité 2006 du Service social des malades Hôpital parisien de l'AP-HP

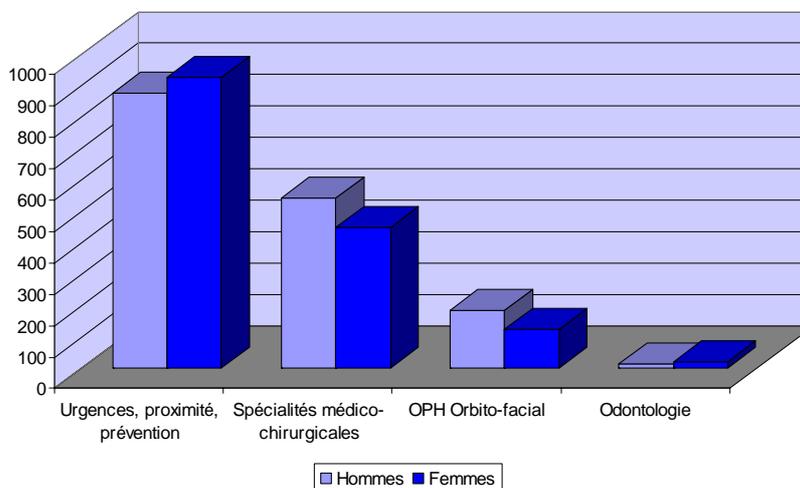
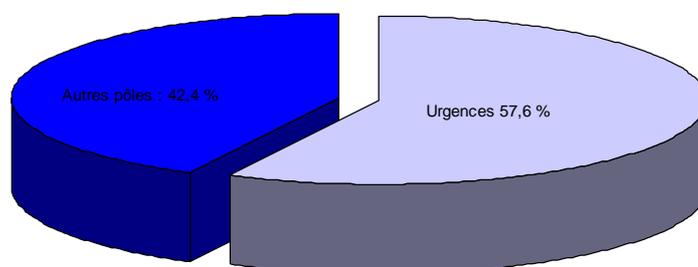
Les données statistiques, qui nous ont été communiquées par l'établissement et qui sont présentées ci-dessous, résultent de l'activité de 16 agents : 1 cadre socio-éducatif, 11 assistant(e)s socio-éducatif(ve)s et 4 secrétaires.

Sur un total de 3121 patients suivis par le Service social des malades en 2006, 51,6 % sont des hommes et 48,4 % sont des femmes. La majorité des patients provient du pôle Urgences, proximité, prévention (57,6 % du total) et est constituée d'une part légèrement plus importante de femmes (51,4 %). À l'inverse, pour le pôle des Spécialités médico-chirurgicales (31,6 % du total des patients au service social) près de 55 % des dossiers sociaux concernent des hommes.

Dossiers sociaux : répartition des 3121 patients suivis

<i>Pôle</i>	<i>Hommes</i>	<i>Femmes</i>
Urgences, proximité, prévention	874	925
Spécialités médico-chirurgicales	541	445
OPH Orbito-facial	183	123
Odontologie	12	18

Sources : Coordinatrice du service social des malades (hôpital parisien de l'AP-HP).



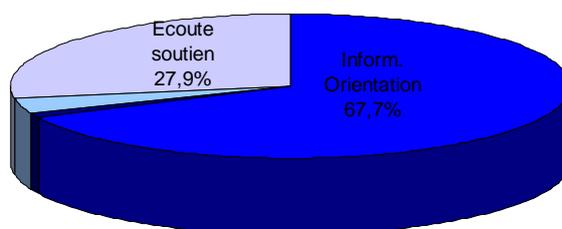
La relation d'aide au malade consiste pour l'essentiel en quatre missions qui peuvent se cumuler pour un même patient : Information/orientation, Éducation, Prévention et Écoute/soutien. Pour l'essentiel, le service social remplit toutefois deux missions principales : Information et orientation (67,7 % du total) et Écoute/soutien (pour 27,9 % du total). Les missions d'éducation (1,3 %) et de prévention (3,1 %) apparaissent ici plus marginales.

Relation d'aide au malade

<i>Pôle</i>	<i>Inform. orientation</i>	<i>Éducation</i>	<i>Prévention</i>	<i>Écoute soutien</i>
Urgences, proximité, prévention	1934	17	57	516
Spécialités médico-chirurgicales	911	22	69	516
OPH Orbito-facial	215	13	12	204
Odontologie	40	8	5	40

Sources : Coordinatrice du service social des malades (hôpital parisien de l'AP-HP).

À lui seul, le pôle urgence représente ici 55 % des missions, suivi par le pôle des spécialités médico-chirurgicales (33,2 %).



Le tableau ci-après présente les missions remplies par le service social en fonction de l'origine par pôle des patients.

Relation d'aide au malade (en % du pôle)

<i>Pôle</i>	<i>Inform. orientation</i>	<i>Éducation</i>	<i>Prévention</i>	<i>Écoute soutien</i>
Urgences, proximité, prévention	76,6	0,7	2,3	20,4
Spécialités médico-chirurgicales	60,0	1,4	4,5	34,0
OPH Orbito-facial	48,4	2,9	2,7	45,9
Odontologie	43,0	8,6	5,4	43,0

D'après données fournies par la coordinatrice du service social des malades (hôpital parisien de l'AP-HP)

On remarquera notamment que les missions d'écoute et de soutien remplies par le service social apparaissent importantes pour les patients en provenance du pôle OPH orbito-facial alors que pour les patients en provenance des Urgences ou des spécialités médico-chirurgicales, ce sont essentiellement des missions d'information et d'orientation qui sont mises en œuvre.

De manière complémentaire, la relation d'aide à l'entourage du patient consiste elle aussi essentiellement en missions d'informations et d'écoute.

Relation d'aide à l'entourage

<i>Pôle</i>	<i>Inform. orientation</i>	<i>Éducation</i>	<i>Prévention</i>	<i>Écoute soutien</i>
Urgences, proximité, prévention	528	3	10	154
Spécialités médico-chirurgicales	342	3	33	225
OPH Orbito-facial	101	0	0	100
Odontologie	12	0	2	5

Sources : Coordinatrice du service social des malades (hôpital parisien de l'AP-HP)

Pour cet établissement, le montant des ouvertures de droits recouverts permettant de régulariser l'hospitalisation et la continuité des soins s'élève, pour l'année 2006, à un montant de 1 402 910 euros. Selon les données transmises par la coordinatrice du service social des malades, les droits ont été récupérés au niveau de la PASS et du CD pour 211 consultants et étaient encore « en cours de régularisation » pour 48 d'entre eux. Sont donc ici concernés 259 patients sur un total de 3121 (soit 8,3 % des patients pris en charge par le service social).

Modalités de l'accès aux droits au niveau PASS et CD

<i>Catégorie</i>	<i>Nombre</i>
Couverture sociale	9
CMU de base	41
CMU complémentaire	64
AME	97
Total	211

Sources : Coordinatrice du service social des malades (hôpital parisien de l'AP-HP).

Globalement, la question de l'accès aux droits représente ici, tous pôles confondus, 75 % de l'activité du service social.

Objet de la demande

<i>Pôle</i>	<i>Accès aux droits</i>	<i>Domaines juridique ou judiciaire</i>	<i>Problèmes matériels</i>	<i>Autres situations</i>
Urgences, proximité, prévention	1031	30	311	18
Spécialités médico-chirurgicales	486	20	51	7
OPH Orbito-facial	156	65	12	0
Odontologie	40	1	40	1

Sources : Coordinatrice du service social des malades (hôpital parisien de l'AP-HP).

Pour l'accès aux droits, le pôle urgences constitue, à lui seul, 60 % de l'activité, suivi, pour 28 %, par les spécialités médico-chirurgicales. À eux seuls, ces deux pôles constituent ici 85 % de l'activité du service social.

De la même manière, à eux seuls, ces deux pôles constituent 97 % de l'activité du service social en matière d'orientations sanitaires et sociales d'aval. Les soins de suite et de rééducation (SSR) constituant ici l'essentiel de l'aval (83 % du total). Les placements en unités de soins psychiatriques (USP), en CHRS ou l'orientation vers le Samu social constituant le reste (ces deux dernières catégories n'ont pas ici été distinguées par le service social) – 15 %, avec les maisons de retraites (2 %).

Orientations sanitaires et sociales d'aval

<i>Pôle</i>	<i>SSR</i>	<i>Maison de retraite</i>	<i>USP</i>	<i>CHRS Samu social</i>
Urgences, proximité, prévention	266	10	9	42
Spécialités médico-chirurgicales	245	5	27	18
OPH Orbito-facial	17	0	0	0
Odontologie	0	0	0	0

Sources : Coordinatrice du service social des malades (hôpital parisien de l'AP-HP).

Annexe 5 : Comptes-rendus d'entretiens significatifs

Partant de la grille d'entretien figurant en annexe, sont reproduits ci-après quelques entretiens significatifs réalisés.

Fonction	Service	Établissement	Date	
Directeur	Direction	Clinique privée banlieue parisienne	02/10/2007	1

Approche socio-comportementale	
Profils des patients identifiables comme générateurs de surcoût	
Approche sémantique & quantitative	
Qu'est ce que la précarité ?	
Qu'est ce qu'un patient précaire et comment le distinguer vous ?	
Sur 100 patients, combien sont « précaires » d'après vous (à rapprocher de la définition donnée précédemment)	20-30 %
Approche causale	
Quels sont les causes de surcoûts ? (question ouverte)	Agents de sécurité
- Langue / comportement / Difficultés de compréhension (agressivité)	
- Pathologies psychiatriques (folie/crise ...) ou psychologiques (peur, phobies, ...)	
- Comportements addictifs (effets drogue/alcool, etc. ...)	
- Polypathologie (attention, est-ce lié à l'état précaire ?)	
- Isolement ? (attention à ne pas confondre vieillesse et précarité)	
Approche organisationnelle	
Y a-t-il une organisation particulière pour la prise en charge des patients précaires ?	non
● Dans le service	
● Dans l'établissement	Non (absence d'assistante sociale)
Y-a-t-il un référent dans l'établissement sur le sujet ? Y-a-t-il une réflexion globale (service, établissement, ...) sur ce problème ?	Non
Organisez-vous une prise en charge « sociale » des patients précaires ? (recherche hébergement, soutien familial, ...)	Oui
Si oui, qui en a la charge ?	Cadre
Approche typologique	
Quels sont ces surcoûts ? NB : il s'agit d'identifier les coûts générés par des patients dits précaires, qui n'auraient pas existés s'ils ne l'avaient pas été (ceteris paribus) :	
- à tableau clinique identique : la prise en charge est-elle plus complexe du fait de l'état précaire du patient	
Augmentation de la charge de soins : ● cela nécessite plus de temps	oui
● il faut être plusieurs pour gérer un problème médical	
Temps passé ? (quels types de personnel ?)	
Complexité technique (consommables)	
Augmentation des consommables nécessaires aux soins	
Quel impact sur le taux d'hospitalisation ?	Fuite de certaines catégories de patients
Stress ?	Forts taux d'absentéisme - difficultés de recrutement
Quel impact sur la durée de séjour ?	5000 journées supplémentaires / an

Autres remarques formulées
comorbidité : multiplication des CMA et 1 seul tarif
Taux d'occupation des chambres particulières à 10 %
Effet repoussoir de l'EDS : 50 à 60 % de taux de fuite
3 à 5 Millions d'Euros de pertes
non recouvrement

Fonction	Service	Établissement	Date	
Directrice des soins	Direction	Clinique privée banlieue parisienne	02/10/2007	2

Approche socio-comportementale	
Profils des patients identifiables comme générateurs de surcoût	Mauvais état de santé - Non francophone - Absence de réflexe de Prise en charge
Approche sémantique & quantitative	
Qu'est ce que la précarité ?	Absence de tissu social Absence de logement Absence de travail (ou travail au noir)
Qu'est ce qu'un patient précaire et comment le distinguer vous?	Personne à prévenir
Sur 100 patients, combien sont « précaires » d'après vous (à rapprocher de la définition donnée précédemment)	50-60 %
Approche causale	
Quels sont les causes de surcoûts ? (question ouverte)	Augmentation des DMS
- Langue / comportement / Difficultés de compréhension (agressivité)	oui
- Pathologies psychiatriques (folie/crise ...) ou psychologiques (peur, phobies, ...)	
- Comportements addictifs (effets drogue/alcool, etc ...)	
- Polypathologie (attention, est-ce lié à l'état précaire ?)	Absence de suivi médical
- Isolement ? (attention à ne pas confondre vieillesse et précarité)	Démarches sociales
Approche organisationnelle	
Y a-t-il une organisation particulière pour la prise en charge des patients précaires ? ● Dans le service	non
● Dans l'établissement	non
Y-a-t-il un référent dans l'établissement sur le sujet ? Y-a-t-il une réflexion globale (service, établissement, ...) sur ce problème ?	non
Organisez-vous une prise en charge « sociale » des patients précaires ? (recherche hébergement, soutien familial, ...)	oui en lien avec réseau périnatal.
Si oui, qui en a la charge ?	1 psychologue de précarité en maternité / cadres / temps "social" cadres : 40 %
Approche typologique	
Quels sont ces surcoûts ? NB : il s'agit d'identifier les coûts générés par des patients dits précaires, qui n'auraient pas existés s'ils ne l'avaient pas été (ceteris paribus) :	
- à tableau clinique identique : la prise en charge est-elle plus complexe du fait de l'état précaire du patient	
Augmentation de la charge de soins : ● cela nécessite plus de temps	oui - temps d'explication lié aux difficultés linguistiques/ Mauvaise compréhension : ex patient diabétique mangeant des pâtisseries apportées par la famille
● il faut être plusieurs pour gérer un problème médical	
Temps passé ? (quels types de personnel ?)	Travail social - Démarches PMI
Complexité technique (consommables)	populations chinoises : + de réactions allergiques et d'hémorragie de la délivrance
Augmentation des consommables nécessaires aux soins	
Quel impact sur le taux d'hospitalisation ?	
Stress ?	Agression des personnels
Quel impact sur la durée de séjour ?	Allongées

Autres remarques formulées
non respect des recommandations médicales
non respect des dates de RV (50 % de déprogrammé en ambulatoire ; 20 à30 % en endoscopie)
saleté (crachats)

Fonction	Service	Établissement	Date	
Cadre de santé	chirurgie (Ortho, digestive)	Clinique privée banlieue parisienne	11/10/2007	3

Approche socio-comportementale	
Profil des patients identifiables comme générateurs de surcoût	Patient du 93 / Patient d'origine étrangère (Afrique du Nord, Asie, Pakistan/Inde) Patients âgés qui comprennent moins bien / Personnes sans emploi / Personnes ayant des problèmes de logement
Approche sémantique & quantitative	
Qu'est ce que la précarité ?	Problèmes de revenu, d'habitat / Problèmes de langue / Difficultés intellectuelles (absence de scolarisation / illettrisme)
Qu'est ce qu'un patient précaire et comment le distinguer vous ?	Comportement / État vestimentaire
Sur 100 patients, combien sont « précaires » d'après vous (à rapprocher de la définition donnée précédemment)	50 à 70 %
Approche causale	
Quels sont les causes de surcoûts ? (question ouverte)	
Langue / comportement / Difficultés de compréhension (agressivité)	Incompréhension linguistique / difficultés intellectuelles. Temps d'explication
Pathologies psychiatriques (folie/crise ...) ou psychologiques (peur, phobies, ...)	
Comportements addictifs (effets drogue/alcool, etc ...)	
Polypathologie (attention, est-ce lié à l'état précaire ?)	
Isolement ? (attention à ne pas confondre vieillesse et précarité)	Lingerie / petites choses (savon)
Approche organisationnelle	
Y a-t-il une organisation particulière pour la prise en charge des patients précaires ? Dans le service	
Dans l'établissement	Liste des gens parlant langues étrangères - absence d'assistance sociale
Y-a-t-il un référent dans l'établissement sur le sujet ? Y-a-t-il une réflexion globale (service, établissement, ...) sur ce problème ?	non
Organisez-vous une prise en charge « sociale » des patients précaires ? (recherche hébergement, soutien familial, ...)	
Si oui, qui en a la charge ?	
Approche typologique	
Quels sont ces surcoûts ? NB : il s'agit d'identifier les coûts générés par des patients dits précaires, qui n'auraient pas existés s'ils ne l'avaient pas été (ceteris paribus) :	
- à tableau clinique identique : la prise en charge est-elle plus complexe du fait de l'état précaire du patient	
Augmentation de la charge de soins : cela nécessite plus de temps	explications : il faut répéter plusieurs fois (problèmes d'hygiène) / temps d'interprétariat
il faut être plusieurs pour gérer un problème médical	
Temps passé ? (quels types de personnel ?)	
Complexité technique (consommables)	
Augmentation des consommables nécessaires aux soins	
Quel impact sur le taux d'hospitalisation ?	
Stress ?	
Quel impact sur la durée de séjour ?	Augmentations des durées d'hospitalisation (pansement) + si mauvaise compréhension, risque de prolongation de la PEC

<i>Autres remarques formulées</i>

Fonction	Service	Établissement	Date	
Psychologue	Maternité	Clinique privée banlieue parisienne	11/10/2007	4

Approche socio-comportementale	
Profil des patients identifiables comme générateurs de surcoût	les personnes sans hébergement - relevant de la protection de l'enfance - les personnes arrivées depuis peu en France - souvent jeunes (18-24 ans) - personnes au niveau socio économique bas- personnes présentant des difficultés de soins aux bébés - personnes qui restent les week-ends, faute de trouver un hébergement à la sortie
Approche sémantique & quantitative	
Qu'est ce que la précarité ?	un isolement à la fois social et familial - absence d'emploi- familles monoparentales
Qu'est ce qu'un patient précaire et comment le distinguer vous ?	"absence de capacité à penser" - méconnaissance de soi - personne qui vit seul - personne triste - appréhension vis-à-vis du bébé - absence de suivi de grossesse - peu de conceptualisation - faible niveau scolaire
Sur 100 patients, combien sont « précaires » d'après vous (à rapprocher de la définition donnée précédemment)	60 %
Approche causale	
Quels sont les causes de surcoûts ? (question ouverte)	absence de recours aux soins
Langue / comportement / Difficultés de compréhension (agressivité)	
Pathologies psychiatriques (folie/crise ...) ou psychologiques (peur, phobies, ...)	oui - troubles de la personnalité - discours persécuteur envers le personnel
Comportements addictifs (effets drogue/alcool, etc ...)	
Polypathologie (attention, est-ce lié à l'état précaire ?)	oui - augmentation des MAP
Isolement ? (attention à ne pas confondre vieillesse et précarité)	
Approche organisationnelle	
Y a-t-il une organisation particulière pour la prise en charge des patients précaires ? Dans le service	1 psychologue + création d'une consultation psy gratuite
Dans l'établissement	
Y a-t-il un référent dans l'établissement sur le sujet ? Y a-t-il une réflexion globale (service, établissement, ...) sur ce problème ?	non
Organisez-vous une prise en charge « sociale » des patients précaires ? (recherche hébergement, soutien familial, ...)	oui, placement de l'enfant
Si oui, qui en a la charge ?	la psychologue et la cadre
Approche typologique	
Quels sont ces surcoûts ? NB : il s'agit d'identifier les coûts générés par des patients dits précaires, qui n'auraient pas existés s'ils ne l'avaient pas été (ceteris paribus) :	
- à tableau clinique identique : la prise en charge est-elle plus complexe du fait de l'état précaire du patient	augmentation du nombre de passages en néonate (10 jours d'hospitalisation)
Augmentation de la charge de soins : cela nécessite plus de temps	
il faut être plusieurs pour gérer un problème médical	
Temps passé ? (quels types de personnel ?)	Charge de travail social : nombreux dossiers : saisie internet, appels téléphoniques, entretiens PMI, ASE
Complexité technique (consommables)	plus d'exams et d'investigations
Augmentation des consommables nécessaires aux soins	
Quel impact sur le taux d'hospitalisation ?	
Stress ?	découragement, absentéisme des personnels
Quel impact sur la durée de séjour ?	augmentation de l'occupation des lits avec notamment MAP sévères - difficultés de trouver des relais à l'extérieur

<i>Autres remarques formulées</i>
surcoût plus important puisqu'il concerne la mère et l'enfant

Fonction	Service	Établissement	Date	
Cadre de santé	Médecine	Clinique privée banlieue parisienne	11/10/2007	5

Approche socio-comportementale	
Profils des patients identifiables comme générateurs de surcoût	patients étrangers patients sans suivi médical - retard dans l'accès aux soins - patients ayant des problèmes financiers : absence de mutuelle - gens qui vivent seuls ou dans des foyers - personnes sans emploi
Approche sémantique & quantitative	
Qu'est ce que la précarité ?	un rang social peu élevé - situation familiale dégradée - difficultés intellectuelles et difficultés de compréhension - barrière de la langue
Qu'est ce qu'un patient précaire et comment le distinguer vous ?	comportement - tenue vestimentaire- absence de médecin traitant au moment du questionnaire
Sur 100 patients, combien sont « précaires » d'après vous (à rapprocher de la définition donnée précédemment)	20-25 %
Approche causale	
Quels sont les causes de surcoûts ? (question ouverte)	
Langue / comportement / Difficultés de compréhension (agressivité)	oui
Pathologies psychiatriques (folie/crise ...) ou psychologiques (peur, phobies, ...)	refus de soins ou d'exams
Comportements addictifs (effets drogue/alcool, etc ...)	alcool qui modifie le traitement
Polypathologie (attention, est-ce lié à l'état précaire ?)	oui (exemple : tuberculose & cancer du poumon)
Isolement ? (attention à ne pas confondre vieillesse et précarité)	
Approche organisationnelle	
Y a-t-il une organisation particulière pour la prise en charge des patients précaires ? Dans le service	non
Dans l'établissement	non
Y-a-t-il un référent dans l'établissement sur le sujet ? Y-a-t-il une réflexion globale (service, établissement, ...) sur ce problème ?	non
Organisez-vous une prise en charge « sociale » des patients précaires ? (recherche hébergement, soutien familial, ...)	
Si oui, qui en a la charge ?	cadre
Approche typologique	
Quels sont ces surcoûts ? NB : il s'agit d'identifier les coûts générés par des patients dits précaires, qui n'auraient pas existés s'ils ne l'avaient pas été (ceteris paribus) :	
- à tableau clinique identique : la prise en charge est-elle plus complexe du fait de l'état précaire du patient	
Augmentation de la charge de soins : cela nécessite plus de temps	importance du temps de parole des patients
il faut être plusieurs pour gérer un problème médical	
Temps passé ? (quels types de personnel ?)	
Complexité technique (consommables)	
Augmentation des consommables nécessaires aux soins	plus de consommables : lingerie
Quel impact sur le taux d'hospitalisation ?	augmentation de la consommation de soins pour les patients affiliés CMU
Stress ?	
Quel impact sur la durée de séjour ?	peut aller jusqu'à une semaine supplémentaire en cas de difficultés d'hébergement à la sortie

<i>Autres remarques formulées</i>

Fonction	Service	Établissement	Date	
Médecin urgentiste	Urgences	Clinique privée banlieue parisienne	11/10/2007	6

Approche socio-comportementale	
Profil des patients identifiables comme générateurs de surcoût	les patients qui n'ont pas de médecin traitant (3/4 des patients arrivant aux urgences) - les patients présentant des difficultés linguistiques (50 %) - les jeunes femmes enceintes se présentant pour "douleur abdominale" - les patients qui ne connaissent pas leur traitement en cours (50 %)
Approche sémantique & quantitative	
Qu'est ce que la précarité ?	absence de travail - sans papiers - bénéficiaires de l'AME - accès aux soins par les urgences - absence de suivi médical
Qu'est ce qu'un patient précaire et comment le distinguer vous ?	
Sur 100 patients, combien sont « précaires » d'après vous (à rapprocher de la définition donnée précédemment)	
Approche causale	
Quels sont les causes de surcoûts ? (question ouverte)	
Langue / comportement / Difficultés de compréhension (agressivité)	oui : problèmes de référentiels, d'habitude médicale pour certains patients
Pathologies psychiatriques (folie/crise ...) ou psychologiques (peur, phobies, ...)	
Comportements addictifs (effets drogue/alcool, etc ...)	
Polypathologie (attention, est-ce lié à l'état précaire ?)	Oui
Isolement ? (attention à ne pas confondre vieillesse et précarité)	
Approche organisationnelle	
Y a-t-il une organisation particulière pour la prise en charge des patients précaires ? Dans le service	Non
Dans l'établissement	Non
Y-a-t-il un référent dans l'établissement sur le sujet ? Y-a-t-il une réflexion globale (service, établissement, ...) sur ce problème ?	Non
Organisez-vous une prise en charge « sociale » des patients précaires ? (recherche hébergement, soutien familial, ...)	Non
Si oui, qui en a la charge ?	
Approche typologique	
Quels sont ces surcoûts ? NB : il s'agit d'identifier les coûts générés par des patients dits précaires, qui n'auraient pas existés s'ils ne l'avaient pas été (ceteris paribus) :	
- à tableau clinique identique : la prise en charge est-elle plus complexe du fait de l'état précaire du patient	
Augmentation de la charge de soins : cela nécessite plus de temps	temps + énergie liés aux difficultés linguistiques
il faut être plusieurs pour gérer un problème médical	
Temps passé ? (quels types de personnel ?)	
Complexité technique (consommables)	les patients précaires présentent des pathologies "historiques " qu'on ne rencontre que rarement
Augmentation des consommables nécessaires aux soins	
Quel impact sur le taux d'hospitalisation ?	
Stress ?	
Quel impact sur la durée de séjour ?	plus de patients sont gardés en UHTCD (1 nuit) s'ils n'ont pas de lieu de retour certain

Autres remarques formulées

sécurité : barreaux aux fenêtres du service des urgences

Fonction	Service	Établissement	Date	
Responsable admissions	Administration	Clinique privée banlieue parisienne	11/10/2007	7

Approche socio-comportementale	
Profils des patients identifiables comme générateurs de surcoût	les non-assurés sociaux - les personnes en situation irrégulière - les populations étrangères -les populations assistées -- les patients à qui il faut "tout expliquer" - les SDF - les parents isolés
Approche sémantique & quantitative	
Qu'est ce que la précarité ?	
Qu'est ce qu'un patient précaire et comment le distinguer vous ?	1 personne qui n'arrive pas à communiquer, qui est perdue - qui ne veut pas se faire soigner car c'est trop cher - une personne sans emploi ou avec de bas revenus - personne qui se sent incomprise
Sur 100 patients, combien sont « précaires » d'après vous (à rapprocher de la définition donnée précédemment)	60 % aux urgences - 30 % en service
Approche causale	
Quels sont les causes de surcoûts ? (question ouverte)	les non-assurés sociaux - les personnes en situation irrégulière - personnes qui nécessitent des démarches - personnes agressives
Langue / comportement / Difficultés de compréhension (agressivité)	
Pathologies psychiatriques (folie/crise ...) ou psychologiques (peur, phobies, ...)	
Comportements addictifs (effets drogue/alcool, etc ...)	
Polypathologie (attention, est-ce lié à l'état précaire ?)	
Isolement ? (attention à ne pas confondre vieillesse et précarité)	
Approche organisationnelle	
Y a-t-il une organisation particulière pour la prise en charge des patients précaires ? Dans le service	2 personnes spécifiques pour les recouvrements spécifiques
Dans l'établissement	
Y-a-t-il un référent dans l'établissement sur le sujet ? Y-a-t-il une réflexion globale (service, établissement, ...) sur ce problème ?	
Organisez-vous une prise en charge « sociale » des patients précaires ? (recherche hébergement, soutien familial, ...)	oui : soutien aux femmes battues (associations, commissariat si dépôt de plainte)
Si oui, qui en a la charge ?	
Approche typologique	
Quels sont ces surcoûts ? NB : il s'agit d'identifier les coûts générés par des patients dits précaires, qui n'auraient pas existés s'ils ne l'avaient pas été (ceteris paribus) :	
- à tableau clinique identique : la prise en charge est-elle plus complexe du fait de l'état précaire du patient	plutôt non - tendance à accepter le soin -personnes moins exigeantes
Augmentation de la charge de soins : cela nécessite plus de temps	
il faut être plusieurs pour gérer un problème médical	
Temps passé ? (quels types de personnel ?)	importante charge de travail social : beaucoup d'assistantat et des missions difficiles (décès de personnes isolées - certificat de décès -démarches d'inhumation) - difficultés d'admission pour des IVG de jeunes filles mineures
Complexité technique (consommables)	
Augmentation des consommables nécessaires aux soins	
Quel impact sur le taux d'hospitalisation ?	la grande précarité augmente la consommation d'hospitalisation - patients qui viennent aux urgences plutôt que d'aller chez le docteur (pas de médecin référent)- hospitalisations récurrentes
Stress ?	
Quel impact sur la durée de séjour ?	DMS plus longue car l'hôpital est "plus confortable" - crainte de rentrer dans des situations difficiles

<i>Autres remarques formulées</i>

Fonction	Service	Établissement	Date	
Cadre de santé	Maternité-urgences-médecine	Clinique privée banlieue parisienne	11/10/2007	8

Approche socio-comportementale	
Profils des patients identifiables comme générateurs de surcoût	absence d'emploi -titulaire de la CMU - état de misère- personnes âgées - état physique dégradé : addiction à l'alcool, au tabac - personnes énervées ou agressives, qui font des scandales - en maternité : femmes abandonnées, sans papiers - patients dont on ne sait pas comment ils vont repartir - personnes aux conditions de travail dégradées
Approche sémantique & quantitative	
Qu'est ce que la précarité ?	quelqu'un qui a du mal à s'en sortir - qui n'a pas le chauffage -qui est mal entouré
Qu'est ce qu'un patient précaire et comment le distinguer vous ?	
Sur 100 patients, combien sont « précaires » d'après vous (à rapprocher de la définition donnée précédemment)	
Approche causale	
Quels sont les causes de surcoûts ? (question ouverte)	
Langue / comportement / Difficultés de compréhension (agressivité)	plus de temps : il faut réexpliquer 3 ou 4 fois
Pathologies psychiatriques (folie/crise ...) ou psychologiques (peur, phobies, ...)	visibles surtout en maternité - mères dépressives
Comportements addictifs (effets drogue/alcool, etc ...)	
Polypathologie (attention, est-ce lié à l'état précaire ?)	
Isolement ? (attention à ne pas confondre vieillesse et précarité)	
Approche organisationnelle	
Y a-t-il une organisation particulière pour la prise en charge des patients précaires ? Dans le service	non
Dans l'établissement	liste des personnes pouvant faire interprète
Y-a-t-il un référent dans l'établissement sur le sujet ? Y-a-t-il une réflexion globale (service, établissement, ...) sur ce problème ?	
Organisez-vous une prise en charge « sociale » des patients précaires ? (recherche hébergement, soutien familial, ...)	
Si oui, qui en a la charge ?	
Approche typologique	
Quels sont ces surcoûts ? NB : il s'agit d'identifier les coûts générés par des patients dits précaires, qui n'auraient pas existés s'ils ne l'avaient pas été (ceteris paribus) :	
- à tableau clinique identique : la prise en charge est-elle plus complexe du fait de l'état précaire du patient	
Augmentation de la charge de soins : cela nécessite plus de temps	augmentation du temps de soins, du temps de toilette - de temps en temps, refus de soins
il faut être plusieurs pour gérer un problème médical	
Temps passé ? (quels types de personnel ?)	
Complexité technique (consommables)	
Augmentation des consommables nécessaires aux soins	
Quel impact sur le taux d'hospitalisation ?	
Stress ?	Stress important "tout est compliqué"
Quel impact sur la durée de séjour ?	augmentation des DMS d'1 jour ou 2

<i>Autres remarques formulées</i>

Fonction	Service	Établissement	Date	
Cadre de santé	Maternité	Clinique privée banlieue parisienne	11/10/2007	9

Approche socio-comportementale	
Profils des patients identifiables comme générateurs de surcoût	absence de domicile décent - logement précaire (habite chez quelqu'un) - difficulté pour accueillir le bébé -
Approche sémantique & quantitative	
Qu'est ce que la précarité ?	absence de revenus stables - faibles revenus - isolement : aucune famille
Qu'est ce qu'un patient précaire et comment le distinguer vous ?	
Sur 100 patients, combien sont « précaires » d'après vous (à rapprocher de la définition donnée précédemment)	50 %
Approche causale	
Quels sont les causes de surcoûts ? (question ouverte)	
Langue / comportement / Difficultés de compréhension (agressivité)	difficultés linguistiques - comportement craintifs : peur d'être dénoncé
Pathologies psychiatriques (folie/crise ...) ou psychologiques (peur, phobies, ...)	beaucoup de difficultés psychologiques (peu psychiatriques)
Comportements addictifs (effets drogue/alcool, etc ...)	Non
Polypathologie (attention, est-ce lié à l'état précaire ?)	augmentation des hypertensions/diabètes
Isolement ? (attention à ne pas confondre vieillesse et précarité)	absence de suivi de grossesse absence de papiers
Approche organisationnelle	
Y a-t-il une organisation particulière pour la prise en charge des patients précaires ? Dans le service	Non, concertations au cas par cas
Dans l'établissement	non
Y-a-t-il un référent dans l'établissement sur le sujet ? Y-a-t-il une réflexion globale (service, établissement, ...) sur ce problème ?	non
Organisez-vous une prise en charge « sociale » des patients précaires ? (recherche hébergement, soutien familial, ...)	oui, déclaration de grossesse - trouver un hébergement de sortie
Si oui, qui en a la charge ?	cadre, psychologue, secrétariat
Approche typologique	
Quels sont ces surcoûts ? NB : il s'agit d'identifier les coûts générés par des patients dits précaires, qui n'auraient pas existés s'ils ne l'avaient pas été (ceteris paribus) :	
- à tableau clinique identique : la prise en charge est-elle plus complexe du fait de l'état précaire du patient	accouchements plus difficiles - taux de césarienne de 20 à 25 % - absence de suivi de grossesse
Augmentation de la charge de soins : cela nécessite plus de temps	
il faut être plusieurs pour gérer un problème médical	
Temps passé ? (quels types de personnel ?)	
Complexité technique (consommables)	
Augmentation des consommables nécessaires aux soins	
Quel impact sur le taux d'hospitalisation ?	
Stress ?	Stress pour les personnels non ou peu formés au travail social notamment
Quel impact sur la durée de séjour ?	DMS de 5 à 6 jours (Moyenne France 4 jours) et 7 à 8 jours pour les césariennes

Autres remarques formulées

Fonction	Service	Établissement	Date	
Directeur adjoint	Direction	Centre hospitalier banlieue parisienne	06/11/2007	10

Approche socio-comportementale	
Profils des patients identifiables comme générateurs de surcoût	patients isolés - patients aux DMS plus longues - patients qui ne peuvent rentrer à domicile : causes sociales et absence de nursing - cas extrêmes : SDF, personnes sans papiers : pas de structure d'aval
Approche sémantique & quantitative	
Qu'est ce que la précarité ?	en dessous d'un certain seuil de revenus - difficultés sociales
Qu'est ce qu'un patient précaire et comment le distinguer vous ?	absence de couverture sociale - absence de titre de séjour - personne à prévenir
Sur 100 patients, combien sont « précaires » d'après vous (à rapprocher de la définition donnée précédemment)	20 % avec surreprésentation service des maladies infectieuses ; médecine interne, addictologie ; pneumologie ; maternité
Approche causale	
Quels sont les causes de surcoûts ? (question ouverte)	les DMS
Langue / comportement / Difficultés de compréhension (agressivité)	recours à une société extérieure d'interprétariat
Pathologies psychiatriques (folie/crise ...) ou psychologiques (peur, phobies, ...)	la pathologie psychiatrique n'est pas cause de surcoût car elle permet d'évacuer les patients vers des structures psychiatriques (+ de relais en psychiatrie que relais sociaux) - problèmes accrus si handicap ou difficultés sociales
Comportements addictifs (effets drogue/alcool, etc ...)	
Polypathologie (attention, est-ce lié à l'état précaire ?)	
Isolement ? (attention à ne pas confondre vieillesse et précarité)	
Approche organisationnelle	
Y a-t-il une organisation particulière pour la prise en charge des patients précaires ? ● Dans le service	démarches individuelles : travaux au sein du service des maladies infectieuses ou en médecine interne - en pneumo-cardio : EPP sur le suivi des patients tuberculeux précaires
Dans l'établissement	liste des personnes en interne parlant une langue étrangère
Y-a-t-il un référent dans l'établissement sur le sujet ? Y-a-t-il une réflexion globale (service, établissement, ...) sur ce problème ?	Non
Organisez-vous une prise en charge « sociale » des patients précaires ? (recherche hébergement, soutien familial, ...)	oui
Si oui, qui en a la charge ?	assistantes sociales et cadres (20 % de l'activité)
Approche typologique	
Quels sont ces surcoûts ? NB : il s'agit d'identifier les coûts générés par des patients dits précaires, qui n'auraient pas existés s'ils ne l'avaient pas été (ceteris paribus) :	
- à tableau clinique identique : la prise en charge est-elle plus complexe du fait de l'état précaire du patient	Absence de suivi peut entraîner des complications (amputations, nécroses)
Augmentation de la charge de soins : ● cela nécessite plus de temps	part de psychologie ajoutée à la pathologie : temps d'écoute, temps social
il faut être plusieurs pour gérer un problème médical	
Temps passé ? (quels types de personnel ?)	
Complexité technique (consommables)	
Augmentation des consommables nécessaires aux soins	
Quel impact sur le taux d'hospitalisation ?	
Stress ?	stress important pour les assistantes sociales - pression pour réduire les DMS (trouver des structures d'aval)
Quel impact sur la durée de séjour ?	

Autres remarques formulées
recours à une société extérieure d'interprétariat
importance du non programmé
la valorisation de la précarité par GHS permettrait de limiter l'effet "déversoir"

Fonction	Service	Établissement	Date	
Assistante sociale	Scie Maladies infectieuses	Centre hospitalier banlieue parisienne	06/11/2007	11

Approche socio-comportementale	
Profils des patients identifiables comme générateurs de surcoût	Personne en situation irrégulière Personne ignorante des dispositifs (AME) Personnes ne disposant pas de complémentaire et non éligible à la CMUC Personnes qui ont un visa et une assurance (difficultés de recouvrement)
Approche sémantique & quantitative	
Qu'est ce que la précarité ?	Absence de bien être médical, social et mental Problèmes de ressources, isolement, difficultés d'hébergement, absence de travail
Qu'est ce qu'un patient précaire et comment le distinguer vous ?	La CMU n'est pas un critère La CMUC est plus significative
Sur 100 patients, combien sont « précaires » d'après vous (à rapprocher de la définition donnée précédemment)	en tant qu'assistance sociale, que des "précaires" parmi lesquels 80 % sont en séjour irrégulier - Sur l'établissement 50 %
Approche causale	
Quels sont les causes de surcoûts ? (question ouverte)	délais administratifs, recherche de foyers, d'appartements thérapeutiques
- Langue / comportement / Difficultés de compréhension (agressivité)	
- Pathologies psychiatriques (folie/crise ...) ou psychologiques (peur, phobies, ...)	
- Comportements addictifs (effets drogue/alcool, etc ...)	
- Polyopathie (attention, est-ce lié à l'état précaire ?)	
- Isolement ? (attention à ne pas confondre vieillesse et précarité)	
Approche organisationnelle	
Y a-t-il une organisation particulière pour la prise en charge des patients précaires ?	
<ul style="list-style-type: none"> ● Dans le service ● Dans l'établissement 	non
Y-a-t-il un référent dans l'établissement sur le sujet ? Y-a-t-il une réflexion globale (service, établissement, ...) sur ce problème ?	
Organisez-vous une prise en charge « sociale » des patients précaires ? (recherche hébergement, soutien familial, ...)	
Si oui, qui en a la charge ?	
Approche typologique	
Quels sont ces surcoûts ? NB : il s'agit d'identifier les coûts générés par des patients dits précaires, qui n'auraient pas existés s'ils ne l'avaient pas été (ceteris paribus) :	
- à tableau clinique identique : la prise en charge est-elle plus complexe du fait de l'état précaire du patient	
Augmentation de la charge de soins : <ul style="list-style-type: none"> ● cela nécessite plus de temps ● il faut être plusieurs pour gérer un problème médical 	
Temps passé ? (quels types de personnel ?)	
Complexité technique (consommables)	
Augmentation des consommables nécessaires aux soins	
Quel impact sur le taux d'hospitalisation ?	
Stress ?	stress pour trouver une structure d'aval
Quel impact sur la durée de séjour ?	oui, pour les personnes âgées seules

<i>Autres remarques formulées</i>

Fonction	Service	Établissement	Date	
Médecin chef de service	Cardiologie-Pneumologie	Centre hospitalier banlieue parisienne	06/11/2007	12

Approche socio-comportementale	
Profil des patients identifiables comme générateurs de surcoût	personnes qui coûtent par rapport aux forfaits T2A - SDF : le plus complexe
Approche sémantique & quantitative	
Qu'est ce que la précarité ?	Absence de papiers, peu de revenu, pas d'entourage pour le retour - patients déments
Qu'est ce qu'un patient précaire et comment le distinguer vous ?	
Sur 100 patients, combien sont « précaires » d'après vous (à rapprocher de la définition donnée précédemment)	
Approche causale	
Quels sont les causes de surcoûts ? (question ouverte)	
- Langue / comportement / Difficultés de compréhension (agressivité)	Comportements : refus d'avoir pour interlocuteur une femme ou un interne
- Pathologies psychiatriques (folie/crise ...) ou psychologiques (peur, phobies, ...)	
- Comportements addictifs (effets drogue/alcool, etc ...)	
- Polypathologie (attention, est-ce lié à l'état précaire ?)	
- Isolement ? (attention à ne pas confondre vieillesse et précarité)	
Approche organisationnelle	
Y a-t-il une organisation particulière pour la prise en charge des patients précaires ?	les cadres se sont déplacés pour discuter avec les structures d'hébergement
<ul style="list-style-type: none"> ● Dans le service ● Dans l'établissement 	
Y a-t-il un référent dans l'établissement sur le sujet ? Y a-t-il une réflexion globale (service, établissement, ...) sur ce problème ?	non
Organisez-vous une prise en charge « sociale » des patients précaires ? (recherche hébergement, soutien familial, ...)	oui
Si oui, qui en a la charge ?	cadre, secrétaire médicale, médecins qui font le boulot d'assistante sociale
Approche typologique	
Quels sont ces surcoûts ? NB : il s'agit d'identifier les coûts générés par des patients dits précaires, qui n'auraient pas existés s'ils ne l'avaient pas été (ceteris paribus) :	
- à tableau clinique identique : la prise en charge est-elle plus complexe du fait de l'état précaire du patient	pas de difficultés thérapeutiques
Augmentation de la charge de soins : <ul style="list-style-type: none"> ● cela nécessite plus de temps 	Temps infirmier : par exemple, éducation anticoagulants
<ul style="list-style-type: none"> ● il faut être plusieurs pour gérer un problème médical 	
Temps passé ? (quels types de personnel ?)	explications / éducation thérapeutique, s'assurer de la bonne compréhension (diabète) - temps de consultation doublé
Complexité technique (consommables)	
Augmentation des consommables nécessaires aux soins	
Quel impact sur le taux d'hospitalisation ?	
Stress ?	
Quel impact sur la durée de séjour ?	difficulté de "caser le patient" par manque de structures d'aval

Autres remarques formulées

Fonction	Service	Établissement	Date	
Cadre de santé	Urgences	Centre hospitalier banlieue parisienne	06/11/2007	13

Approche socio-comportementale	
Profils des patients identifiables comme générateurs de surcoût	personnes âgées - personnes que l'on peut difficilement maintenir à domicile - personne ne relevant pas de la médecine aigüe mais plutôt du long séjour SDF sans couverture sociale, clandestins Personne couverte mais sans complémentaire Personne qui habite sans un squat
Approche sémantique & quantitative	
Qu'est ce que la précarité ?	conditions de vie / conditions financières défavorables plus d'accès aux soins surtout aux soins préventifs (répercussions dentaires) - alimentation inadaptée - soins comme dernier recours
Qu'est ce qu'un patient précaire et comment le distinguer vous ?	tenue vestimentaire - au moment du recueil des données sociales, question couverture sociale, emploi hébergement - impossibilité d'acheter les médicaments prescrits
Sur 100 patients, combien sont « précaires » d'après vous (à rapprocher de la définition donnée précédemment)	25-30 %
Approche causale	
Quels sont les causes de surcoûts ? (question ouverte)	Le pire correspond à un cumul "un peu psycho, un peu précaire et âgé" c'est-à-dire qui ne relève d'aucun domaine
- Langue / comportement / Difficultés de compréhension (agressivité)	Comportements asociaux
- Pathologies psychiatriques (folie/crise ...) ou psychologiques (peur, phobies, ...)	pathologies psychiatriques peuvent être prises en charge
- Comportements addictifs (effets drogue/alcool, etc ...)	Non
- Polyopathie (attention, est-ce lié à l'état précaire ?)	
- Isolement ? (attention à ne pas confondre vieillesse et précarité)	
Approche organisationnelle	
Y a-t-il une organisation particulière pour la prise en charge des patients précaires ?	2 assistantes sociales (urgences; UHTCD; PASS)
● Dans le service	
● Dans l'établissement	non
Y a-t-il un référent dans l'établissement sur le sujet ? Y a-t-il une réflexion globale (service, établissement, ...) sur ce problème ?	non
Organisez-vous une prise en charge « sociale » des patients précaires ? (recherche hébergement, soutien familial, ...)	oui, recherche d'hébergement - travail avec le réseau ville-hôpital
Si oui, qui en a la charge ?	
Approche typologique	
Quels sont ces surcoûts ? NB : il s'agit d'identifier les coûts générés par des patients dits précaires, qui n'auraient pas existés s'ils ne l'avaient pas été (ceteris paribus) :	
- à tableau clinique identique : la prise en charge est-elle plus complexe du fait de l'état précaire du patient	
Augmentation de la charge de soins : ● cela nécessite plus de temps	difficultés car manque d'information sur la santé, les préoccupations étant autres : logement, alimentation
● il faut être plusieurs pour gérer un problème médical	
Temps passé ? (quels types de personnel ?)	prise en charge à plusieurs en cas de problèmes de comportement (agents de sécurité)
Complexité technique (consommables)	
Augmentation des consommables nécessaires aux soins	
Quel impact sur le taux d'hospitalisation ?	la précarité augmente le recours à l'hôpital pour certaines pathologies non prises en charge à temps
Stress ?	
Quel impact sur la durée de séjour ?	

<i>Autres remarques formulées</i>

Fonction	Service	Établissement	Date	
Médecin chef de service	Réanimation	Centre hospitalier banlieue parisienne	03/10/2007	14

Approche socio-comportementale	
Profils des patients identifiables comme générateurs de surcoût	La grande précarité qui n'est pas liée à la CMU ou l'AME mais qui reflète une vraie complète difficulté sociale Une association d'éléments marquant d'un environnement précaire Difficultés de logement (SDF, personnes en rupture, squatteurs, personnes âgées en situation de dépendance) Personnes isolées
Approche sémantique & quantitative	
Qu'est ce que la précarité ?	Ensemble : statut social + Famille + emploi + logement + éventuellement handicap psychologique ou psychiatrique Situation irrégulière Les plus désocialisés viennent le plus tard donc état plus grave
Qu'est ce qu'un patient précaire et comment le distinguer vous ?	Personne à prévenir
Sur 100 patients, combien sont « précaires » d'après vous (à rapprocher de la définition donnée précédemment)	en réa, 30 %
Approche causale	
Quels sont les causes de surcoûts ? (question ouverte)	Prolongation DMS : + 1 à 1,5 jrs /patient - projets : suites de soins, visites à domicile, HAD + sous valorisation des MIGAC / Absence de tri aux admissions / Idée de faisceau
- Langue / comportement / Difficultés de compréhension (agressivité)	oui
- Pathologies psychiatriques (folie/crise ...) ou psychologiques (peur, phobies, ...)	
- Comportements addictifs (effets drogue/alcool, etc ...)	alcool
- Polypathologie (attention, est-ce lié à l'état précaire ?)	Ex : dénutrition
- Isolement ? (attention à ne pas confondre vieillesse et précarité)	oui, ex - patients sous x en réa
Approche organisationnelle	
Y a-t-il une organisation particulière pour la prise en charge des patients précaires ?	0,5 psy + 1 assistante sociale
● Dans le service	
● Dans l'établissement	8 assistantes sociales
Y-a-t-il un référent dans l'établissement sur le sujet ? Y-a-t-il une réflexion globale (service, établissement, ...) sur ce problème ?	non
Organisez-vous une prise en charge « sociale » des patients précaires ? (recherche hébergement, soutien familial, ...)	
Si oui, qui en a la charge ?	
Approche typologique	
Quels sont ces surcoûts ? NB : il s'agit d'identifier les coûts générés par des patients dits précaires, qui n'auraient pas existés s'ils ne l'avaient pas été (ceteris paribus) :	
- à tableau clinique identique : la prise en charge est-elle plus complexe du fait de l'état précaire du patient	augmentation des multi séjours pas de complexité technique
Augmentation de la charge de soins : ● cela nécessite plus de temps	Plus de temps médical / + de temps cadre
● il faut être plusieurs pour gérer un problème médical	
Temps passé ? (quels types de personnel ?)	temps lié à l'agressivité des patients et/ou des familles - violence physique
Complexité technique (consommables)	
Augmentation des consommables nécessaires aux soins	
Quel impact sur le taux d'hospitalisation ?	
Stress ?	
Quel impact sur la durée de séjour ?	

<i>Autres remarques formulées</i>
--

agents de sécurité

Fonction	Service	Établissement	Date	
PU-PH Chef de service	Urgences-Réanimation	Un établissement de l'APHP	13/08/2007	15

Approche socio-comportementale	
Profils des patients identifiables comme générateurs de surcoût	
Approche sémantique & quantitative	
Qu'est ce que la précarité ?	Homeless, victimes de maltraitance, féminisation récente, + nouveau population de handicapés
Qu'est ce qu'un patient précaire et comment le distinguer vous ?	Pathologies plus lourdes
Sur 100 patients, combien sont « précaires » d'après vous (à rapprocher de la définition donnée précédemment)	2 % - 1100 à 1200/an – nombre stable, sans évolution significative récente
Approche causale	
Quels sont les causes de surcoûts ? (question ouverte)	Disponibilité, désorganisation, charge surtout pour les aides soignants et les infirmiers
- Langue / comportement / Difficultés de compréhension (agressivité)	Charge de travail, mobilisation des équipes, DMS+
- Pathologies psychiatriques (folie/crise ...) ou psychologiques (peur, phobies, ...)	Pour les patients « issus de psy » : problème d'isolement, de marginalisation
- Comportements addictifs (effets drogue/alcool, etc ...)	Alcool + jeunes en errance dans le quartier
- Polypathologie (attention, est-ce lié à l'état précaire ?)	Pas plus que les autres. Mais pathologies caractéristiques : dermato, tuberculose, pneumo, accident d'exposition au sang
- Isolement ? (attention à ne pas confondre vieillesse et précarité)	Les homeless sont faciles à repérer (pas d'adresse) mais problème plus difficile pour les populations aux franges de la précarité ou des tranches intermédiaires sans emploi : logement, droits sociaux existants, mais isolés, seuls. Si repérés, DMS plus longue.
Approche organisationnelle	
Y a-t-il une organisation particulière pour la prise en charge des patients précaires ?	Oui
● Dans le service	
● Dans l'établissement	Oui
Y-a-t-il un référent dans l'établissement sur le sujet ? Y-a-t-il une réflexion globale (service, établissement, ...) sur ce problème ?	
Organisez-vous une prise en charge « sociale » des patients précaires ? (recherche hébergement, soutien familial, ...)	Oui
Si oui, qui en a la charge ?	Service social – Consultation Précarité dite « sans rdv » avec les assistantes sociales
Approche typologique	
Quels sont ces surcoûts ? NB : il s'agit d'identifier les coûts générés par des patients dits précaires, qui n'auraient pas existés s'ils ne l'avaient pas été (ceteris paribus) :	
- à tableau clinique identique : la prise en charge est-elle plus complexe du fait de l'état précaire du patient	Temps paramédical surtout
Augmentation de la charge de soins : ● cela nécessite plus de temps	Oui + disponibilité des personnels aide soignants et infirmiers + surveillance
● il faut être plusieurs pour gérer un problème médical	Oui
Temps passé ? (quels types de personnel ?)	Aides soignants, infirmiers, surveillance
Complexité technique (consommables)	Non
Augmentation des consommables nécessaires aux soins	Non
Quel impact sur le taux d'hospitalisation ?	Récurrence des visites des SDF en moyenne 1,5 fois par mois
Stress ?	Désorganisation + agressivité
Quel impact sur la durée de séjour ?	Durée de séjour plus longue aux urgences + problème de compliance

Autres remarques formulées

Pour les patients précaires, un des meilleurs taux de recouvrement. L'ouverture des droits finit par se faire.

Fonction	Service	Établissement	Date	
Cadre sup de Santé	Urgences	Un établissement de l'APHP	13/08/2007	16

Approche socio-comportementale	
Profils des patients identifiables comme générateurs de surcoût	
Approche sémantique & quantitative	
Qu'est ce que la précarité ?	3 catégories de populations : CMU – RMI – SDF Logés mais difficultés économiques ou familiales éventuelles Population âgée ayant peu de moyens
Qu'est ce qu'un patient précaire et comment le distinguer vous ?	Pas d'adresse mais soit on les reconnaît soit les patients disent d'eux-mêmes CMU ou SDF – Pour les autres au cours de la discussion ou au moment du départ
Sur 100 patients, combien sont « précaires » d'après vous (à rapprocher de la définition donnée précédemment)	3 à 4 SDF par jour (plutôt la nuit) soit 100 par mois. Des « fidèles » aussi. Sur 100, 70 différents.
Approche causale	
Quels sont les causes de surcoûts ? (question ouverte)	Service social Lit infirmier
- Langue / comportement / Difficultés de compréhension (agressivité)	Immigration oui, surtout agressivité de certains SDF
- Pathologies psychiatriques (folie/crise ...) ou psychologiques (peur, phobies, ...)	
- Comportements addictifs (effets drogue/alcool, etc ...)	oui
- Polypathologie (attention, est-ce lié à l'état précaire ?)	non
- Isolement ? (attention à ne pas confondre vieillesse et précarité)	oui
Approche organisationnelle	
Y a-t-il une organisation particulière pour la prise en charge des patients précaires ?	oui
● Dans le service	
● Dans l'établissement	oui
Y-a-t-il un référent dans l'établissement sur le sujet ? Y-a-t-il une réflexion globale (service, établissement, ...) sur ce problème ?	Oui, pour l'accès aux droits
Organisez-vous une prise en charge « sociale » des patients précaires ? (recherche hébergement, soutien familial, ...)	oui
Si oui, qui en a la charge ?	Service social
Approche typologique	
Quels sont ces surcoûts ? NB : il s'agit d'identifier les coûts générés par des patients dits précaires, qui n'auraient pas existés s'ils ne l'avaient pas été (ceteris paribus) :	
- à tableau clinique identique : la prise en charge est-elle plus complexe du fait de l'état précaire du patient	oui
Augmentation de la charge de soins : ● cela nécessite plus de temps	Charge de travail
● il faut être plusieurs pour gérer un problème médical	
Temps passé ? (quels types de personnel ?)	Soins, douches, plaies à nettoyer
Complexité technique (consommables)	
Augmentation des consommables nécessaires aux soins	
Quel impact sur le taux d'hospitalisation ?	
Stress ?	« très dérangeants »
Quel impact sur la durée de séjour ?	

<i>Autres remarques formulées</i>

Fonction	Service	Établissement	Date	
Cadre de Santé	Urgences	Un établissement de l'APHP	14/08/2007	17

Approche socio-comportementale	
Profils des patients identifiables comme générateurs de surcoût	
Approche sémantique & quantitative	
Qu'est ce que la précarité ?	SDF, femmes victimes de maltraitance, jeunes en errance, immigrés, personnes âgées ayant peu de ressources
Qu'est ce qu'un patient précaire et comment le distinguer vous ?	Ils se signalent d'eux-mêmes ou n'ont pas de logement ou problème d'accès aux droits
Sur 100 patients, combien sont « précaires » d'après vous (à rapprocher de la définition donnée précédemment)	
Approche causale	
Quels sont les causes de surcoûts ? (question ouverte)	
- Langue / comportement / Difficultés de compréhension (agressivité)	Oui
- Pathologies psychiatriques (folie/crise ...) ou psychologiques (peur, phobies, ...)	
- Comportements addictifs (effets drogue/alcool, etc ...)	Oui, ivresse
- Polypathologie (attention, est-ce lié à l'état précaire ?)	
- Isolement ? (attention à ne pas confondre vieillesse et précarité)	Oui
Approche organisationnelle	
Y a-t-il une organisation particulière pour la prise en charge des patients précaires ? <ul style="list-style-type: none"> ● Dans le service ● Dans l'établissement 	oui oui
Y-a-t-il un référent dans l'établissement sur le sujet ? Y-a-t-il une réflexion globale (service, établissement, ...) sur ce problème ?	oui
Organisez-vous une prise en charge « sociale » des patients précaires ? (recherche hébergement, soutien familial, ...)	oui
Si oui, qui en a la charge ?	
Approche typologique	
Quels sont ces surcoûts ? NB : il s'agit d'identifier les coûts générés par des patients dits précaires, qui n'auraient pas existés s'ils ne l'avaient pas été (ceteris paribus) :	Pas toujours pathologie égale. Dermato bcp (mais en baisse)
- à tableau clinique identique : la prise en charge est-elle plus complexe du fait de l'état précaire du patient	oui
Augmentation de la charge de soins : <ul style="list-style-type: none"> ● cela nécessite plus de temps ● il faut être plusieurs pour gérer un problème médical 	Oui, charge de travail plus lourde, notamment pour les soins. oui
Temps passé ? (quels types de personnel ?)	Aides soignantes, infirmières
Complexité technique (consommables)	non
Augmentation des consommables nécessaires aux soins	
Quel impact sur le taux d'hospitalisation ?	
Stress ?	Oui, « parole forte », « déstabilisante »
Quel impact sur la durée de séjour ?	Soins, compliance va jouer sur la durée de séjour, recherche de lit d'aval

Autres remarques formulées

Fonction	Service	Établissement	Date	
Directeur des affaires générales et du droit des patients	Direction	Un établissement de l'APHP	20/08/2007	18

Approche socio-comportementale	
Profils des patients identifiables comme générateurs de surcoût	
Approche sémantique & quantitative	
Qu'est ce que la précarité ?	Pas tous les droits
Qu'est ce qu'un patient précaire et comment le distinguer vous ?	
Sur 100 patients, combien sont « précaires » d'après vous (à rapprocher de la définition donnée précédemment)	Voir le service social
Approche causale	
Quels sont les causes de surcoûts ? (question ouverte)	
- Langue / comportement / Difficultés de compréhension (agressivité)	
- Pathologies psychiatriques (folie/crise ...) ou psychologiques (peur, phobies, ...)	
- Comportements addictifs (effets drogue/alcool, etc ...)	
- Polypathologie (attention, est-ce lié à l'état précaire ?)	
- Isolement ? (attention à ne pas confondre vieillesse et précarité)	
Approche organisationnelle	
Y a-t-il une organisation particulière pour la prise en charge des patients précaires ?	
<ul style="list-style-type: none"> ● Dans le service ● Dans l'établissement 	Service social de l'établissement de manière générale. + L'hôpital participe à la procédure grand froid pour l'accueil des SDF : une salle avec 15 lits de camps, mais pas de repas à l'hôpital. C'est un moyen de désengorger les urgences. Il faut ici 1 agent de sécurité supplémentaire
Y-a-t-il un référent dans l'établissement sur le sujet ? Y-a-t-il une réflexion globale (service, établissement, ...) sur ce problème ?	Pas réellement de réflexion globale. Des collaborations avec la mairie d'arrondissement (notamment procédure grand froid). Le personnel est globalement sensibilisé sur ces questions. Il est parfois amené à faire du bénévolat
Organisez-vous une prise en charge « sociale » des patients précaires ? (recherche hébergement, soutien familial, ...)	Service social
Si oui, qui en a la charge ?	Assistants sociaux en relation avec les cadres des services
Approche typologique	
Quels sont ces surcoûts ? NB : il s'agit d'identifier les coûts générés par des patients dits précaires, qui n'auraient pas existés s'ils ne l'avaient pas été (ceteris paribus) :	1 agent de sécurité
- à tableau clinique identique : la prise en charge est-elle plus complexe du fait de l'état précaire du patient	
Augmentation de la charge de soins : <ul style="list-style-type: none"> ● cela nécessite plus de temps 	
<ul style="list-style-type: none"> ● il faut être plusieurs pour gérer un problème médical 	
Temps passé ? (quels types de personnel ?)	
Complexité technique (consommables)	
Augmentation des consommables nécessaires aux soins	
Quel impact sur le taux d'hospitalisation ?	
Stress ?	
Quel impact sur la durée de séjour ?	

<i>Autres remarques formulées</i>
Bénévolat du personnel

Fonction	Service	Établissement	Date	
Assistantes sociales (x 2)	Service de Pneumo Service des Urgences	Un établissement de l'APHP	20/08/2007	19 20

Approche socio-comportementale	
Profils des patients identifiables comme générateurs de surcoût	Problèmes de droits sociaux D'hébergement (SDF) Isolement Nouveau : handicap
Approche sémantique & quantitative	
Qu'est ce que la précarité ?	Il faut voir le « reste à vivre » Les « ruptures de vie »
Qu'est ce qu'un patient précaire et comment le distinguer vous ?	« patients signalés » Pas d'aide au domicile Pas capable de s'occuper des enfants Pas de couverture sociale Maltraitance Problème social, tel que isolement Parfois le moment d'entrée à l'hôp (ex. samedi soir)
Sur 100 patients, combien sont « précaires » d'après vous (à rapprocher de la définition donnée précédemment)	Cf. tableaux repris en annexe 4.
Approche causale	
Quels sont les causes de surcoûts ? (question ouverte)	Cumul des facteurs, qui rend la situation plus difficile
- Langue / comportement / Difficultés de compréhension (agressivité)	
- Pathologies psychiatriques (folie/crise ...) ou psychologiques (peur, phobies, ...)	
- Comportements addictifs (effets drogue/alcool, etc ...)	Oui, addictions
- Polyopathie (attention, est-ce lié à l'état précaire ?)	VIH et maladies opportunistes liées
- Isolement ? (attention à ne pas confondre vieillesse et précarité)	
Approche organisationnelle	
Y a-t-il une organisation particulière pour la prise en charge des patients précaires ? ● Dans le service ● Dans l'établissement	La plupart des services de l'hôpital, oui Oui, en plus.
Y-a-t-il un référent dans l'établissement sur le sujet ? Y-a-t-il une réflexion globale (service, établissement, ...) sur ce problème ?	Oui, droits des patients
Organisez-vous une prise en charge « sociale » des patients précaires ? (recherche hébergement, soutien familial, ...)	La prise en charge à l'hôpital n'est pas seulement médicale.
Si oui, qui en a la charge ?	Notre service social
Approche typologique	
Quels sont ces surcoûts ? NB : il s'agit d'identifier les coûts générés par des patients dits précaires, qui n'auraient pas existés s'ils ne l'avaient pas été (ceteris paribus) :	Problème liés à la sortie et donc à l'allongement de la durée de séjour
- à tableau clinique identique : la prise en charge est-elle plus complexe du fait de l'état précaire du patient	Pression liée au manque de lits mais Le réseau ville-hôpital et tous les réseaux associatifs mobilisés permettent de réduire les coûts.
Augmentation de la charge de soins : ● cela nécessite plus de temps ● il faut être plusieurs pour gérer un problème médical	
Temps passé ? (quels types de personnel ?)	Assistantes sociales Cadre socio-éducatif
Complexité technique (consommables)	
Augmentation des consommables nécessaires aux soins	
Quel impact sur le taux d'hospitalisation ?	Pathologies chroniques des précaires

Stress ?	
Quel impact sur la durée de séjour ?	Allongée en fonction de la difficulté de sortie. Problème lié aux structures de suite et aux refus de prise en charge.

Autres remarques formulées
À propos des soins de suite et des structures d'aval / DMS : « Sans ouverture de droits, on peut rien faire. Donc, on garde » « Il reste un lien fort entre l'accès aux droits et l'accès aux soins »

Fonction	Service	Établissement	Date	
Praticien hospitalier du service des urgences et Responsable du SMUR	Urgences (et responsable du SMUR)	Un établissement de l'APHP	21/08/2007	21

Approche socio-comportementale	
Profils des patients identifiables comme générateurs de surcoût	
Approche sémantique & quantitative	
Qu'est ce que la précarité ?	
Qu'est ce qu'un patient précaire et comment le distinguer vous ?	SDF, personnes âgées Pas de couverture sociale ou CMU Mais les problèmes touchent à présent les classes moyennes inférieures : problèmes de mutuelle – Pour ces populations il y a désormais un « guichet unique des urgences » Ils ont « L'hôpital comme seul endroit de soins »
Sur 100 patients, combien sont « précaires » d'après vous (à rapprocher de la définition donnée précédemment)	
Approche causale	
Quels sont les causes de surcoûts ? (question ouverte)	Problème général des « bloqueurs de lits » et de la nécessité de faire du nursing
- Langue / comportement / Difficultés de compréhension (agressivité)	Oui, barrière linguistique. Au moins trois traductions par jour aux urgences – c'est pire du côté urgences médico-judiciaires
- Pathologies psychiatriques (folie/crise ...) ou psychologiques (peur, phobies, ...)	Pas générateurs de soins médicaux, ni de coûts particuliers pour nous
- Comportements addictifs (effets drogue/alcool, etc ...)	Non, sans conséquence
- Polypathologie (attention, est-ce lié à l'état précaire ?)	
- Isolement ? (attention à ne pas confondre vieillesse et précarité)	Pas isolement du patient. Mais problème lorsque il y a nécessité d'isolement du patient dans le service. Cas de la tuberculose : trois jours d'isolement.
Approche organisationnelle	
Y a-t-il une organisation particulière pour la prise en charge des patients précaires ?	Oui
● Dans le service	
● Dans l'établissement	oui
Y-a-t-il un référent dans l'établissement sur le sujet ? Y-a-t-il une réflexion globale (service, établissement, ...) sur ce problème ?	oui
Organisez-vous une prise en charge « sociale » des patients précaires ? (recherche hébergement, soutien familial, ...)	oui
Si oui, qui en a la charge ?	Assistante sociale des urgences, service social
Approche typologique	
Quels sont ces surcoûts ? NB : il s'agit d'identifier les coûts générés par des patients dits précaires, qui n'auraient pas existés s'ils ne l'avaient pas été (ceteris paribus) :	Problème lié aux services supports : il faut réduire pour tout le monde le temps d'obtention des examens complémentaires. C'est un problème pour l'ensemble de la file active. Si ça allait plus vite, il n'y aurait pas de problème des patients précaires pour les médecins.
- à tableau clinique identique : la prise en charge est-elle plus complexe du fait de l'état précaire du patient	Non
Augmentation de la charge de soins : ● cela nécessite plus de temps	non
● il faut être plusieurs pour gérer un problème médical	non
Temps passé ? (quels types de personnel ?)	
Complexité technique (consommables)	
Augmentation des consommables nécessaires aux soins	
Quel impact sur le taux d'hospitalisation ?	
Stress ?	non
Quel impact sur la durée de séjour ?	Allongée du fait du nursing

Autres remarques formulées

Remarque faite en début d'entretien :

« Je réponds plutôt au titre des urgences qu'au titre du SMUR ».

Fonction	Service	Établissement	Date	
PU-PH Chef de service	Chirurgie	Un établissement de l'APHP	22/08/2007	22

Approche socio-comportementale	
Profils des patients identifiables comme générateurs de surcoût	
Approche sémantique & quantitative	
Qu'est ce que la précarité ?	
Qu'est ce qu'un patient précaire et comment le distinguer vous ?	Pathologies propres aux SDF : Dermatoses Pathologies parasitaires
Sur 100 patients, combien sont « précaires » d'après vous (à rapprocher de la définition donnée précédemment)	
Approche causale	
Quels sont les causes de surcoûts ? (question ouverte)	Pas d'enjeu en chirurgie mais enjeux paramédicaux.
- Langue / comportement / Difficultés de compréhension (agressivité)	
- Pathologies psychiatriques (folie/crise ...) ou psychologiques (peur, phobies, ...)	
- Comportements addictifs (effets drogue/alcool, etc ...)	
- Polypathologie (attention, est-ce lié à l'état précaire ?)	Non, pas propre aux précaires
- Isolement ? (attention à ne pas confondre vieillesse et précarité)	
Approche organisationnelle	
Y a-t-il une organisation particulière pour la prise en charge des patients précaires ? ● Dans le service ● Dans l'établissement	Cadre de service, quand nécessaire Oui
Y-a-t-il un référent dans l'établissement sur le sujet ? Y-a-t-il une réflexion globale (service, établissement, ...) sur ce problème ?	Oui
Organisez-vous une prise en charge « sociale » des patients précaires ? (recherche hébergement, soutien familial, ...)	
Si oui, qui en a la charge ?	Service social
Approche typologique	
Quels sont ces surcoûts ? NB : il s'agit d'identifier les coûts générés par des patients dits précaires, qui n'auraient pas existés s'ils ne l'avaient pas été (ceteris paribus) :	
- à tableau clinique identique : la prise en charge est-elle plus complexe du fait de l'état précaire du patient	non
Augmentation de la charge de soins : ● cela nécessite plus de temps	non
● il faut être plusieurs pour gérer un problème médical	non
Temps passé ? (quels types de personnel ?)	
Complexité technique (consommables)	non
Augmentation des consommables nécessaires aux soins	non
Quel impact sur le taux d'hospitalisation ?	
Stress ?	non
Quel impact sur la durée de séjour ?	Cela est marginal pour le service

Autres remarques formulées
Une minorité de précaires a besoin de la chirurgie