



HAL
open science

**La prise en charge de la précarité dans un contexte de
financement de type T2A : étude de cohorte dans l'unité
fonctionnelle hospitalisation grossesses au CHU de
Clermont-Ferrand**

Adeline Régnier

► **To cite this version:**

Adeline Régnier. La prise en charge de la précarité dans un contexte de financement de type T2A : étude de cohorte dans l'unité fonctionnelle hospitalisation grossesses au CHU de Clermont-Ferrand. Gynécologie et obstétrique. 2014. dumas-01086635

HAL Id: dumas-01086635

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01086635v1>

Submitted on 24 Nov 2014

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ D'Auvergne – CLERMONT 1

LA PRISE EN CHARGE DE LA PRÉCARITÉ DANS UN CONTEXTE DE FINANCEMENT DE TYPE T2A

**Étude de cohorte dans l'unité fonctionnelle hospitalisation grossesses au
CHU de Clermont-Ferrand**

Mémoire présenté et soutenu publiquement le 12 juin 2014

Par

Adeline REGNIER

Née le 28 avril 1990

DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

Année 2014



UNIVERSITÉ D'AUVERGNE – CLERMONT 1

LA PRISE EN CHARGE DE LA PRÉCARITÉ DANS UN CONTEXTE DE FINANCEMENT DE TYPE T2A

**Étude de cohorte dans l'unité fonctionnelle hospitalisation grossesses au
CHU de Clermont-Ferrand**

Mémoire présenté et soutenu publiquement le 12 juin 2014

Par

Adeline REGNIER

Née le 28 avril 1990

DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

Année 2014



UdA | Université d'Auvergne



REMERCIEMENTS

À Monsieur le Docteur B. AUBLET-CUVELIER. C'est l'occasion pour moi de vous communiquer toute l'admiration que je vous porte et de vous remercier pour le temps que vous avez consacré à ce travail. Ce fût un immense honneur de discuter avec vous. J'espère ne pas vous avoir déçue.

À Madame Annabelle BARON (Assistante sociale hospitalière). Sans toi ce travail n'aurait pas autant de valeur. Ton investissement m'a beaucoup touchée. Merci pour tes conseils surtout sur le côté pratique de la prise en charge des patientes.

À Inès PARAYRE et Sylvain GONY pour leur enseignement de qualité et leur disponibilité (même tard le soir).

À tous ceux qui ont contribué à ce mémoire : les sages-femmes du service, les patientes, la sécurité, les secrétaires, quelques étudiantes sages-femmes...

À Méliisa, « *ça valait le coup de se battre !* » et encore plus à tes côtés. Toutes ces années riment avec ton prénom et ce sera l'une des plus belles chansons de ma vie. L'amitié que je te porte ne ressemble à aucune autre. Merci pour ce que tu es.

À ma famille, celle dont je suis tellement fière, celle que j'aimerai partager à la Terre entière. Aux trois femmes de ma vie : Maman, Mamie et Tía Karine. J'espère avoir ta force Maman.

À l'homme de ma vie, Arnaud, sur qui je me suis tant reposée.

À tous les autres...

GLOSSAIRE

- **AAH** : Allocation Adulte Handicapé
- **AME**: Aide Médicale d'Etat
- **AMesu**: AME Soins Urgents
- **AP-HP** : Assistance Publique des Hôpitaux de Paris
- **ASI** : Allocation Supplémentaire d'Invalidité
- **ASS** : Allocation de Solidarité Spécifique
- **ATA** : Allocation Temporaire d'Attente
- **AUDIPOG** : Association des Utilisateurs de Dossiers Informatisés en Pédiatrie, Obstétrique et Gynécologie
- **BEH**: Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire
- **CCAM** : Classification Commune des Actes Médicaux
- **CIM-10** : 10ème révision de la Classification Internationale des Maladies
- **CMU** : Couverture Maladie Universelle
- **CMUc** : CMU complémentaire
- **CNIL** : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
- **CES** : Centres d'Examens de Santé
- **CETAF** : Centre Technique d'Appui et de Formation des centres d'examens de santé
- **DAS** : Diagnostics Associés Significatifs
- **DDR** : Date des dernières règles
- **DIM** : Département d'Information Médicale
- **DMSobs** : Durée Moyenne de Séjour observée
- **DMSstand** : Durée Moyenne de Séjour standardisée

- **DP** : Diagnostic Principal
- **DR** : Diagnostic Relié
- **DREES**: Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
- **EPICES** : Évaluation de la Précarité et des Inégalités sociales de santé pour les CES
- **FCS** : Fausse couche spontanée
- **GORH** : Gynécologie Obstétrique et Reproduction Humaine
- **INSEE** : Institut National de la Statistique et des Études Economiques
- **IPP** : Identifiant Permanent du Patient
- **IVG** : Interruption Volontaire de Grossesse
- **OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
- **MAP** : Menace d'Accouchement Préaturé
- **MCO** : Médecine Chirurgie Obstétrique et Odontologie
- **MECSS** : Mission d'Evaluation et de Contrôle de la Sécurité Sociale et de la
commission des affaires sociales
- **MIGAC** : Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation
- **PASS**: Permanence d'Accès aux Soins de Santé
- **PMSI** : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
- **PRAPS**: Programmes Régionaux pour l'Accès à la Prévention et aux Soins
- **RSA** : Résumé de Sortie Anonyme
- **RSS** : Résumé de Sortie Standardisé
- **RUM**: Résumé d'Unité Médicale
- **T2A** : Tarification à l'Activité
- **UF** : Unité Fonctionnelle

SOMMAIRE

INTRODUCTION

I. REVUE DE LA LITTÉRATURE

1. La précarité.....	2
2. Précarité et santé.....	5
3. Mesurer la précarité.....	12
4. La T2A.....	16
5. Précarité et T2A.....	19

II. MATÉRIEL ET MÉTHODES

1. Objectifs.....	22
2. Méthodologie scientifique.....	22
2.1 Type de recherche.....	22
2.2 Population cible.....	22
2.3 Critères d'inclusion et d'exclusion.....	22
2.4 Recueil de données.....	23
2.5 Taille de l'échantillon.....	25
2.6 Règles éthiques.....	25
2.7 Analyse statistique.....	26

III. RÉSULTATS

1. Caractéristiques des femmes incluses dans la cohorte.....	27
1.1 Caractéristiques socio-démographiques.....	27
1.2 Caractéristiques personnelles et antécédents médico-obstétricaux	31
1.3 Déroulement de la grossesse.....	33
1.4 Déroulement de l'hospitalisation.....	34
1.5 Distribution du score EPICES.....	36
2. Analyse des critères de surcoût hospitalier.....	37
2.1 Durée de séjour.....	37
2.2 Intervenants extérieurs.....	39
2.3 Intervention de l'assistante sociale.....	39
2.4 Staff social.....	40
2.5 Intervention du psychologue.....	40
2.6 Intervention du bureau des entrées.....	40
2.7 Intervention du service facturation et contentieux.....	41
2.8 Intervention de la sécurité.....	41
2.9 Organisation de la sortie par la sage-femme.....	42

IV. DISCUSSION ET PROJET D'ACTION

1. Les limites de l'étude.....	44
2. Points forts de l'étude.....	45
3. Variables descriptives remarquables au regard du score EPICES	46
4. Les critères de surcoût hospitalier.....	48
5. Solutions de financement.....	53
6. Projet d'action.....	55

CONCLUSION

RÉFÉRENCES

ANNEXES

INTRODUCTION

Il existe une multitude de représentation de la précarité. Alors que certains la restreignent au seul synonyme de pauvreté, la littérature nous enseigne que la définition la plus juste de la précarité semble être celle qui sera la moins précise. En France, un peu plus de 20% de la population serait en situation de précarité.

L'hôpital côtoie depuis toujours les différents visages qu'a pu prendre la précarité au cours de l'histoire. D'ailleurs, une de ses missions fondamentales est l'assistance aux plus démunis afin de garantir l'égal accès aux soins pour tous. L'hôpital est aussi « *une entreprise publique de santé* », sa viabilité dépend donc de ses ressources financières. En France, la tarification à l'activité (T2A) représente environ 75% de la ressource hospitalière. Ce modèle valorise la prise en charge sanitaire du patient. En revanche si l'aspect social du patient a une conséquence sur la « performance » médico-économique des établissements de santé, des surcoûts hospitaliers non prévus par la T2A pourraient exister.

L'hôpital peut être la porte d'entrée vers l'intégration dans la société (démarche administrative, ouverture des droits...). Mais si la prise en charge de la précarité constitue un facteur de surcoût hospitalier, combien de temps encore les hôpitaux auront-ils les moyens de répondre à cette mission fondamentale d'assistance aux plus démunis ?

De nombreuses publications font références à un surcoût hospitalier mais rares sont celles qui ont tenté de le mesurer. L'objectif de la présente étude est de mesurer le potentiel surcoût hospitalier lié à la prise en charge de la précarité et d'en donner une première estimation.

Dans la première partie de ce travail, nous tenterons de mieux connaître la précarité. Nous la mettrons en lien avec la santé et enfin nous la situerons dans la problématique d'un financement dans le contexte de T2A.

Dans la seconde partie, nous nous consacrerons à un travail de recherche répondant aux objectifs présentés sous forme de résultats, puis discutés avec d'autres études. Des perspectives de financement de la précarité seront abordées. Pour clôturer ce mémoire, un projet d'action sera proposé.

I . REVUE DE LA LITTÉRATURE

1. La précarité

1.1 Approche sociologique

À ce jour, les sociologues tentent encore de trouver un consensus pour définir la précarité. La difficulté réside dans la riche et subjective sémantique qui nourrit ce concept. Des mots comme marginalité, exclusion, pauvreté, vulnérabilité, inégalité, assistance, déviance, sous-développement rendent difficile la désignation d'une catégorie sociale propre. Depuis quelques décennies, l'effort de recherche des sociologues autour de la nomination et de la caractérisation des populations en situation de précarité est motivé par « *les enjeux scientifiques, politiques et éthiques* » qui en découlent [1].

Maryse Bresson, dans son livre *Sociologie de la précarité*, nous propose quatre grandes interprétations. La première considère la précarité comme une catégorie générale qui rassemble toutes les situations sociales « à problèmes » ; il n'y a donc pas de distinction entre précarité, pauvreté et exclusion. La deuxième distingue et hiérarchise ces trois derniers termes : la précarité concerne des populations plutôt mal pourvues, la pauvreté qualifie les dépourvus et l'exclusion est un degré supérieur à la pauvreté. La troisième, apparue dans les années 90, donne à la précarité une dimension dynamique et évolutive ; c'est une trajectoire de vie marquée par un mouvement de paupérisation [2]. Enfin, la quatrième interprétation accorde à la dimension de précarité un caractère inéluctable et naturel. L'analyse de l'étymologie permet de mieux comprendre cette approche. *Prier*, vient du latin « *precor* » et *précaire* du latin « *precarious* » à l'origine, « qui s'obtient par la prière ». Le terme de précarité relèverait ainsi de la condition humaine qui par nature est incertaine, instable, aléatoire et universelle.

1.2 Histoire de la précarité

On peut dire que c'est au début des années 1970 que le mot précarité est entré dans le vocabulaire courant. Le choc pétrolier de 1973, marqua la fin des Trente glorieuses et le début du chômage de masse. Le renforcement des inégalités, « *les nouvelles stratégies d'entreprises* » [3], la flexibilisation du marché du travail, la légalisation de l'intérim sont autant d'évènements qui ont contribué à l'apparition de la précarité du travail. En 1967, Pompidou, à l'époque premier ministre, lance le début de la révolution conservatrice néolibérale en France. Des lois pour lutter contre le chômage, pour le maintien de la compétitivité et pour permettre la flexibilité du travail sont ainsi votées. De nombreuses études sont publiées dans les années 1970, notamment sur le « *travail temporaire* » [4], appelé plus couramment intérim. En 1972, afin d'endiguer l'accroissement du chômage, le travail par intérim, jusque-là illégal, fut soumis au code du travail. Si cela eut pour effet d'augmenter la compétitivité des entreprises par la flexibilité de l'emploi, ce fût pour les travailleurs le début des emplois dit « précaires ». En 2012, Pierre Concialdi, économiste français, révèle qu'aucune étude n'a démontré que la précarisation du travail a eu un effet positif sur la création d'emploi [5].

En 1987, le Père Joseph Wresinski, membre du Conseil économique et social de la République française et fondateur d'ATD-Quart monde, se positionne clairement sur le caractère instable engendré par la précarité. Dans son rapport, Grande pauvreté et précarité économique et sociale (CES 11/12/1987), il définit la précarité comme étant « *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 de réassumer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible* » [6].

1.3 La précarité en France et dans le monde en quelques chiffres

Il est admis à la différence du concept de précarité que la pauvreté se mesure, on parle alors de pauvreté monétaire, de taux de pauvreté, d'intensité de la pauvreté. Dans les pays développés, le seuil est défini par convention à 60% du niveau de vie médian. En 2010, 8,6 millions de français (soit 14,1% de la population) vivent en dessous du seuil de pauvreté monétaire, qui s'élève à 964 euros par mois [7]. On constate une augmentation des inégalités et cela est encore plus vrai depuis la crise financière mondiale de 2008. Le baromètre 2013 de Médecin du monde montre une augmentation inquiétante de la fréquentation de leurs centres de 33% depuis 2008 [8]. En Juillet 2013, le ministère du travail rapporte que la part des embauches en CDD (82,4%) pour les entreprises de plus de 10 salariés, n'a jamais été aussi élevée depuis 10 ans. Le nombre d'allocataires des minima sociaux ne cesse d'augmenter en France. Fin 2011, 10% de la population est couverte par les minima sociaux [9]. Les dernières études ciblent la population la plus touchée par la précarité ; ce sont les femmes seules avec leur enfant, les étrangers, les jeunes de 18 à 25 ans et les seniors [10], [11], [12].

La banque mondiale a établi depuis 2008 que le seuil d'extrême pauvreté s'élevait à 1,25 \$ par jour et par personne. La part (%) de la population pauvre disposant de moins de 1,25 \$ par jour est de :

- 49,2% pour l'Afrique subsaharienne,
- 36% pour l'Asie du sud,
- 14,3% pour l'Asie de l'Est et le Pacifique,
- 0,5%, pour l'Europe et l'Asie centrale [13].

2. Précarité et santé

2.1 Définition de la santé

La définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) fait référence depuis 1946. La santé est définie comme étant « *un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.* » [14]. La précarité à travers cette définition notamment sur le point du bien-être social a une relation directe avec la santé. La littérature nous apprendra que le mal-être social peut conditionner le bien-être physique et mental.

2.2 Législation

La législation favorise l'accès aux soins des personnes en situation de précarité dans le but de réduire les inégalités sociales, et plus largement de lutter contre l'exclusion. Dès 1946, la France se positionne sur la protection de la santé, en la garantissant « *à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs* » [15]. Des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) sont créés par la loi du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions pour ouvrir le dispositif de prévention et de soins aux populations en situation précaire et améliorer la qualité de leur prise en charge aussi bien sanitaire que sociale [16]. Dans le prolongement de cette loi, ont été mises en place au sein des hôpitaux publics, des permanences d'accès aux soins de santé (PASS). La loi du 27 juillet 1999 relative à la CMU a « *créé pour les résidents de la France métropolitaine et des départements d'Outre-Mer, un régime qui garantit à tous une prise en charge des soins par l'assurance maladie, et aux personnes les plus défavorisées le droit à une protection complémentaire et à la dispense d'avance de frais* » [17]. Mais l'universalité de la CMU a conservé ses limites quant au maintien de l'aide médicale d'Etat (AME) pour les étrangers en situation irrégulière. Les conditions d'obtention de l'AME sont précisées par l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles [18]. Un dispositif supplémentaire a été mis en place pour les étrangers en situation irrégulière ne pouvant justifier des trois mois de présence requis et non admissibles à l'AME : le fond pour les soins urgents et vitaux. Il ne s'agit pas d'un dispositif individuel de prise en

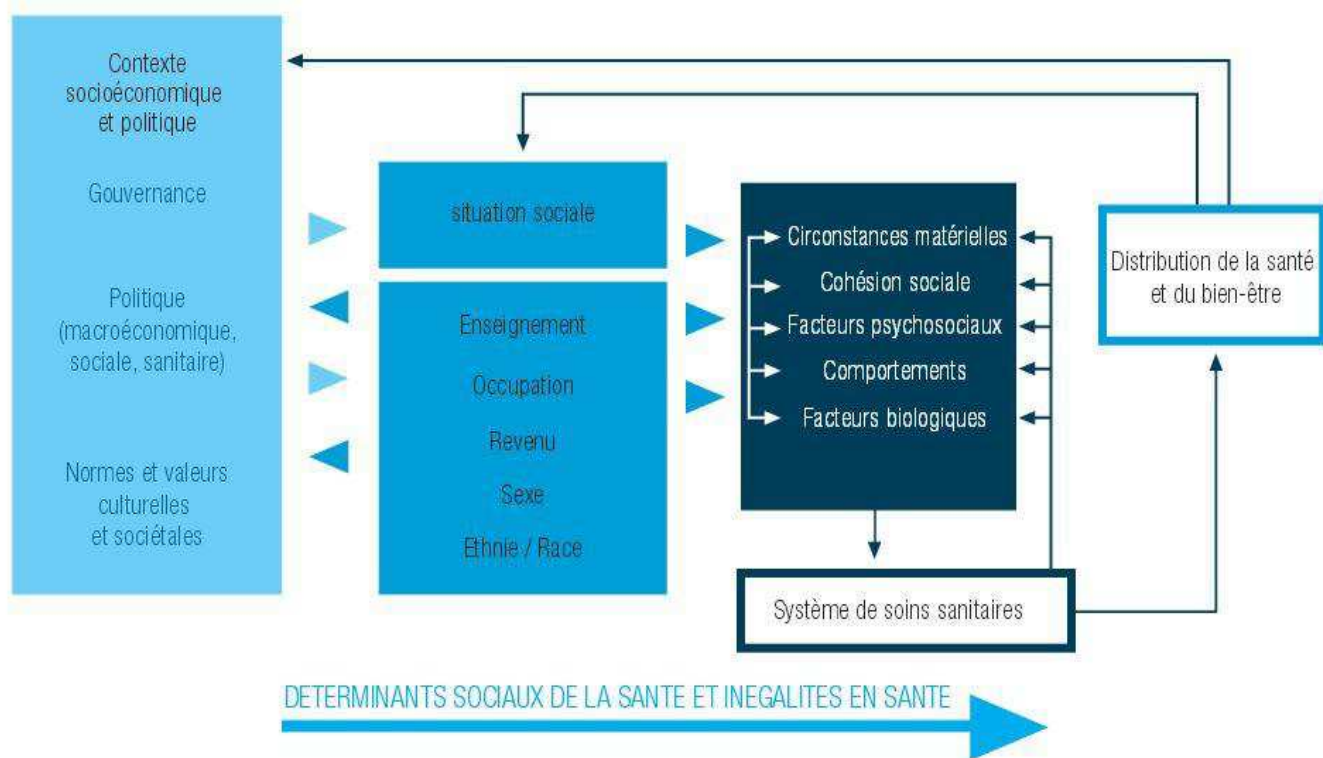
charge mais d'un mode de financement ponctuel de soins. La circulaire du 16 mars 2005 précise que « *seuls sont pris en charge les soins urgents dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne ou de l'enfant à naître. Doivent aussi être considérés comme urgents les soins destinés à éviter la propagation d'une pathologie à l'entourage ou à la collectivité* » [19]. Il convient de citer la récente loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite « loi HPST » et notamment l'article L.1431-2 énonçant que « *les agences régionales de santé [...] veillent à assurer l'accès aux soins de santé et aux services psychosociaux des personnes en situation de précarité ou d'exclusion* » [20].

Enfin, la législation en matière de lutte contre les inégalités sociales et d'exclusion existe à une échelle plus petite et plus intime pour le professionnel de santé. On peut la retrouver dans le code de déontologie, par exemple celui concernant la profession de sage-femme énonce que « *la sage-femme doit traiter avec la même conscience toute patiente et tout nouveau-né quels que soient son origine, ses mœurs et sa situation familiale, son appartenance ou sa non appartenance à une ethnie, une nation, une race ou une religion déterminées, son handicap ou son état de santé* » [21], de plus elle « *doit s'efforcer de faciliter l'obtention par sa patiente des avantages sociaux auxquels son état lui donne droit* » [22].

2.3 Précarité et inégalités sociales de santé

L'analyse de la littérature a très vite posé deux problématiques, celle de la « précarité-santé » et celle des « inégalités sociales de santé ». Pour interpréter correctement les données, il semble fondamental d'aborder les concepts d'inégalités sociales de santé et surtout celui des déterminants sociaux de la santé. D'après Margaret Whitehead et Göran Dahlgren, les inégalités sociales de santé sont définies comme étant « *un écart systématique de santé entre différentes catégories sociales au sein d'une société. [...] Puisqu'elles sont engendrées par la société, elles sont potentiellement évitables et c'est pourquoi on les considère comme inacceptables* » [23]. On appelle donc inégalités sociales de santé « *toute relation entre la santé et l'appartenance à une catégorie sociale* » [24]. Le concept des déterminants sociaux de la santé permet d'expliquer comment les inégalités sociales se « transforment » en

inégalités de santé [25]. A propos des déterminants sociaux de la santé, Pierre Chauvin et Jacques Lebas précise que « *l'enjeu n'est plus seulement de décrire et d'alerter sur ces inégalités sociales de santé, mais d'en comprendre les causes et les processus* » [26]. Concrètement, les différents travaux réalisés dans le monde montrent que les indicateurs de santé sont multiples ; il peut s'agir de la mortalité, la mortalité précoce, la morbidité, l'espérance de vie et la santé perçue [27]. Un modèle conceptuel des déterminants sociaux est particulièrement remarquable, celui de la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS, présidée par le professeur Michael Marmot. Il montre que les inégalités sociales peuvent émerger tout autant du contexte global (qualifié par certains auteurs des « causes des causes ») que de situations sociales ou mêmes de circonstances personnelles. La santé publique s'est principalement intéressée aux causes immédiates de la maladie et des inégalités de santé (tabagisme, alimentation, activité physique...) mais des études récentes font apparaître des limites et précisent que cela n'explique pas tout. Ainsi les causes de ces comportements résideraient dans le contexte social, au sens large [28]. A titre d'exemple, la politique fiscale se répercute sur les revenus qui eux-mêmes conditionnent les circonstances matérielles (Figure 1).



Source : Who, Commission on Social Determinants of Health: Geneva.

Figure 1 : Cadre conceptuel de la commission des déterminants sociaux de la santé.

Revenons maintenant à la précarité. Souvent associée aux seuls pauvres et exclus, les épidémiologistes et sociologues tentent de mettre un terme à cette vision bien trop restrictive. La précarité n'est pas un état figé, elle n'est pas non plus irréversible, il s'agit plutôt d'un moment donné dans la vie d'un individu où celui-ci se retrouve fragilisé face à une accumulation de plusieurs « problèmes », qui ont en commun le risque d'une rupture progressive des liens sociaux. Le processus de précarisation peut se résoudre ou bien s'empirer, des « allers-retours » peuvent s'opérer entre la mince frontière de la précarité et de la stabilité. Dans la revue trimestrielle du Haut Conseil de la santé publique, Pierre Chauvin et Pascale Estecahandy précise quant à cette approche de la précarité que *« C'est peut-être la largesse même de la notion (dont la prévalence, s'il faut la quantifier, concernerait, à un temps donné, environ 20 % de la population française) qui suscite, dans notre expérience, peurs et réticences à l'utiliser dans toute son acception. Que de fois n'avons-nous pas entendu, quand nous rappelions cette définition, comme un reproche : « Si on vous suit, alors tout le monde est précaire ! » Oui, beaucoup de gens connaissent ou connaîtront cette situation dans laquelle les capacités à faire face et les ressources (pas seulement financières) se trouvent débordées, ou sur le point de l'être, quand s'enchaînent plusieurs « accidents » de la vie... Si on accepte cette définition, la précarité et ses liens avec la santé s'inscrivent dès lors pleinement au cœur de la question des inégalités sociales de santé »* [29].

Les études sur les liens entre précarité et santé s'attachent à comprendre l'interrelation des processus de précarisation et de la dégradation de l'état de santé, celles sur les inégalités de santé à décrire et comprendre les disparités dans la santé attribuables au contexte social des personnes. Ainsi ces deux problématiques ne peuvent être scindées en deux champs d'investigation différents, elles s'enrichissent mutuellement et offrent une mosaïque d'informations [30].

2.4 Précarité et santé en général

Le rapport Black, fut l'un des premiers documents à montrer en Angleterre dès 1980 que l'état de santé d'un individu était étroitement lié à sa position dans la structure sociale [31].

La première information qui ressort immédiatement de la littérature est qu'il n'existe pas de pathologies spécifiques de la précarité mais des risques plus importants de contracter des pathologies ordinaires et de les découvrir à un stade plus grave.

La précarité peut toucher de multiples paramètres de la santé, ce qui suit n'en est qu'un aperçu :

- Le renoncement à des soins : Le renoncement est « *un besoin de soins identifié par la personne concernée mais non satisfait* », « *le non-recours à des soins est un besoin de soins avéré sur le plan médical mais non satisfait* ». En 2011, une étude de la DRESS, identifie une population préoccupante dite « paradoxale », celle qui ne déclare pas renoncer à des soins mais qui est pourtant en situation de non-recours, il s'agit de la population exposée à la précarité. Cela s'explique par le fait « *qu'à certains stades de précarité l'expression des besoins n'est plus possible* » [32].
- Comportement individuel : La consommation de tabac et la catégorie sociale suivent un gradient social, avec un taux chez les actifs « ouvriers » plus élevé que chez les « cadres » [33]. Il en est de même pour l'alcoolisation chronique, cependant l'alcoolisation excessive ponctuelle est plus élevée pour les catégories socioprofessionnelles supérieures [34]. Concernant le comportement alimentaire, les enfants d'ouvriers ont dix fois plus de risques d'être obèses que les enfants de cadres (6% contre 0,6%) [35]. Les enfants d'agriculteurs ou ceux dont les parents sont inactifs ont dix fois plus de dents cariées que les enfants de cadres [36].
- Troubles psychiques : C'est l'un des problèmes de santé le plus fréquemment cité. Différents travaux de recherche ont montré une prévalence élevée de troubles anxio-dépressifs et de stress chez les personnes en situation de précarité

ainsi qu'une surconsommation de tranquillisants et d'antidépresseurs. Certains décrivent « un syndrome de la précarité » se traduisant par des céphalées, gastralgies et troubles du sommeil [37], [38]. Une étude récente issue des résultats de l'enquête baromètre santé 2010 montre que les facteurs associés aux pensées suicidaires sont le fait d'être une femme, d'être au chômage, de disposer d'un faible revenu et de vivre seul [39].

- Mortalité : Par rapport aux autres pays européens, l'état de santé des Français se caractérise par une surmortalité prématurée avant 65 ans, alors qu'après cet âge, il se distingue par une sous-mortalité [26]. Martin Hirsch souligna dans le BEH de janvier 2007, que « *l'espérance de vie des personnes à la rue, sans domicile fixe, est d'environ 45 ans, d'après les quelques données disponibles. Autrement dit, l'espérance de vie des plus pauvres en France est plus proche de l'espérance de vie au Sierra Léone (34ans), pays qui a l'une des espérances de vie les plus courtes au monde, que de l'espérance de vie de l'ensemble de la population française.* » [40]. La mortalité d'un chômeur est trois fois supérieure à celle d'un actif occupé du même âge [41]. La mortalité par cancer du poumon pour les plus défavorisés reste l'une des premières causes d'inégalités face à la mort chez les hommes [42].
- Condition de logement et de travail : Concernant l'insalubrité du logement et plus particulièrement l'intoxication par le plomb. La dégradation des peintures au plomb à la fin des années 1980 a exposé les enfants à des risques sanitaires, justifiant la mise en place des premiers programmes de dépistage du saturnisme infantile. En lien avec la promiscuité, la recrudescence de la tuberculose a fait l'objet de campagnes sanitaires récentes. Les intoxications au monoxyde de carbone en lien avec les conditions de chauffage sont plus fréquentes chez les personnes vivant dans un logement précaire. Selon la fondation Abbé Pierre, en 2007, c'est environ 1,6 millions de français qui vivent sans douche ni toilettes [43]. Les mauvaises conditions d'hygiène favorisent ainsi l'apparition de pathologies dermatologiques telles que la galle, d'ulcères surinfectés et de parasitose en tout genre. Le lieu d'habitation peut avoir un effet direct sur la morbi-mortalité d'un individu, notamment en matière de pollution atmosphérique. L'étude européenne Aphekom dont les résultats ont été publiés

en 2011 a fait le constat qu'habiter à proximité du trafic routier augmenterait sensiblement la morbidité attribuable à la pollution atmosphérique [44]. Enfin les conditions de travail, tels que la pénibilité (station debout, nuisances sonores et thermiques), l'exposition à des agents chimiques et biologiques, le rythme du travail se retrouvent particulièrement chez les salariés en situation de précarité et contribuent à une fragilisation de leur état de santé.

- Grossesse et santé périnatale : L'enquête nationale périnatale de 2010, confirme l'influence d'un gradient social dans le suivi prénatal des mères [45] :
 - Les femmes sans emploi sont deux fois plus nombreuses à déclarer leur grossesse hors délai. Médecin du monde dans le baromètre 2013 précise que 46% des femmes enceintes rencontrées présentaient un retard de suivi [8].
 - Un niveau d'études élevé est associé à un suivi régulier.
 - Les femmes plus jeunes et défavorisées ont un moins bon suivi échographique.
 - Seules certaines femmes bénéficient des séances de préparation à la naissance.
 - Le suivi dépend des caractéristiques sociales et personnelles.
 - Les risques infectieux sont moins bien connus chez les plus défavorisées.
 - Les femmes cadres sont mieux dépistées pour le diabète que celles sans profession.

Les mères en situation de précarité présentent significativement plus souvent des pathologies que les autres, c'est le cas pour l'anémie, les infections urinaires et génitales et la menace d'accouchement prématurée [46].

3. Mesurer la précarité

Sans doute, la difficulté d'établir une définition précise de la précarité en complique sa mesure. La seule étude des facteurs socio-démographiques ne ferait que stigmatiser encore plus cette population. Cependant, l'analyse par facteur (absence de couverture sociale, faible revenu...) largement utilisée en santé publique, apporte un éclairage particulier sur la compréhension de ce phénomène. Devant un déficit d'études plus générales sur les populations en situation de précarité et la nécessité d'intervenir de manière plus pertinente sur les dimensions sanitaires et sociales de la précarité, trois outils de repérage des populations en situation de précarité particulièrement élaborés méritent d'être cités.

- Le score de handicap social

Il a fait l'objet de publications, notamment pour identifier les patients les plus handicapés sociaux et l'existence d'un éventuel surcoût hospitalier en termes de durée de séjour [47], [48]. La méthodologie repose sur un questionnaire comprenant 213 items répartis au travers de 14 indicateurs spécifiques couvrant 6 domaines d'analyse (Figure 2). Puis chaque individu observé est classé dans une catégorie de handicap allant de 1 à 4. La classe 1 représente une absence de handicap social et la classe 4 un handicap majeur.

1 - Domaine « santé »	
	Indicateur de morbidité (MORBI) résulte de la sommation des maladies et des symptômes déclarés
	Indicateur de risque (RISKI) est obtenu par la sommation de trois variables : être fumeur, consommer des boissons alcoolisées et l'association éventuelle des deux
2 - Domaine « ressources »	
	Indicateur de niveau de vie Il est constitué par le revenu des personnes (REVENU)
	Indicateur de précarité (PRECAT) est constitué de quatre variables : les difficultés financières (DEF), le taux d'aide financière (TAF), présence d'un chômage non indemnisé (CHOM) et d'une accumulation des risques de précarité (PRESTENDETT), à savoir une accumulation des prestations sociales et de l'endettement
3 - Domaine « insertion culturelle »	
	Indicateur de scolarisation (SCOL)
	Indicateur d'activités culturelles (CULTU) est porté par trois variables : lecture d'un journal, de livres et d'un indicateur présomptif de handicap d'insertion culturelle
4 - Domaine « relations avec autrui »	
	Indicateur relations familiales (FAM)
5 - Domaine « logement »	
	Indicateur de confort intérieur (CI) est lui-même porté par quatre variables : le confort sanitaire (DF), l'équipement en biens durables (EQ), l'indice de peuplement (IP) et l'équipement complémentaire (EC)
	La localisation du logement (LOCA) est composé de trois variables : la proximité des commodités (DIS), les critiques à l'environnement (CRIT) et le statut d'occupation (L)
6 - Domaine « patrimoine »	
	Indicateur d'actifs immobiliers (IMMO)
	Indicateur d'actifs mobiliers (MOBI)

Source : D'après Castiel, Annexe I, p. 212 de l'article référence [48]

Figure 2 : Indicateurs de handicap social retenus par domaine de handicap.

- **Un auto-questionnaire de la précarité sociale**

Un groupe pluriprofessionnel du CHU de Nantes a élaboré un outil simple de repérage des populations en situation de précarité [49]. Il est formé de cinq items relatifs à la pauvreté administrative, à la situation du patient sur le marché du travail et à la santé (Figure 3). Il n'a pas pour ambition d'incorporer tous les paramètres de la précarité. Pourtant cet outil s'est révélé pertinent avec une sensibilité de 80% et une spécificité de 67%. Dans le cadre de consultations aux urgences, après l'auto-remplissage du questionnaire, les patients ont été reçus par deux assistantes sociales pour un entretien. À l'issue de celui-ci, chacune des assistantes sociales notait séparément si le patient était en situation de précarité ou non. S'il y avait discordance sur le diagnostic, elles devaient trouver un consensus. Sur 222 patients, 115 ont été considérés en situation de précarité par les assistantes sociales (52%), l'auto-questionnaire en identifiant 105 (47%).

1. Avez-vous la CMU (<i>couverture maladie universelle</i>), la CMU complémentaire ou l'Aide médicale d'État (AME , <i>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.

Source : Tableau 1 page 39 de l'article référence [49]

Figure 3 : Caractéristiques de précarité sociale explorées par auto-questionnaire

- **Le score EPICES (Évaluation de la Précarité et des Inégalités sociales de santé pour les Centres d'Examens de Santé)**

Il a été élaboré en 1998 par les centres d'examens 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 à partir d'un échantillon de 7 208 personnes âgées de 16 à 59 ans. Il est issu d'un questionnaire comportant 42 items. 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 (gradient social lié à la précarité). La régression multiple a ensuite permis de sélectionner un sous-ensemble réduit de 11 questions binaires prenant en compte les déterminants matériels et psychosociaux de la précarité. Les coefficients de régression ont permis de déterminer la valeur de chaque question, donnant la règle de calcul du score au niveau individuel, variant de 0 (absence de précarité) à 100 (précarité maximum). Une analyse par quintile du score EPICES est intéressante : du quintile 1 (absence de précarité) au quintile 5 (niveau maximum de précarité).

Les données de la littérature valident l'utilisation de ce score comme un indicateur pertinent de la précarité au niveau individuel :

- Le score EPICES permet d'identifier des populations fragilisées socialement ou médicalement, qui échappent aux critères socio-administratifs habituels de repérage de la précarité [50].
- Le score EPICES est lié aux indicateurs socio-économiques, d'autant plus élevé que la position sociale est la plus défavorisée (niveau d'études, CSP...). Le score EPICES est élevé pour les formes d'emplois instables [51].
- Les quintiles du score EPICES les plus élevés sont significativement associés aux indicateurs de position sociale et de santé physique et mentale les plus perturbés (relations « score-dépendantes »).
- On retrouve des Odds ratio supérieurs à 4 avec le score EPICES pour le non recours au dentiste, le non suivi gynécologique régulier, la perception négative de la santé, la maigreur chez les hommes, l'obésité et le diabète chez les femmes [52].

- Le score EPICES a établi un lien entre la précarité et les complications du diabète [53].
- Le score EPICES a établi un lien entre la précarité et les troubles psychologiques [54].
- La précarité selon le score EPICES est plus fréquemment rencontrée chez les victimes de violences consultant dans le service de médecine légale que dans la population de référence [55].
- Le score EPICES est lié aux antécédents, au suivi de grossesse, aux pathologies liées à la grossesse et à la prématurité [56].

« Ces résultats constituent une validation du score EPICES et autorisent son utilisation comme outil de santé publique, notamment pour le repérage des populations en situation de précarité présentant des problèmes de santé » [57].

Calcul 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	Etes-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	Etes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois ?	-7,10	0
8	Etes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?	-7,10	0
9	Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants	-9,47	0
10	En cas de difficultés, 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, 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	

Calcul du score : Il faut impérativement que toutes les questions soient renseignées
Chaque coefficient est ajouté à la constante si la réponse à la question est oui.

Figure 4 : Calcul du score EPICES

4. La Tarification à l'Activité [58]

Depuis 2004, la T2A a progressivement remplacé le système de financement par dotation globale de financement (ex-DG) des établissements publics, pour couvrir en 2008, 100% de l'activité de court séjour dans le secteur médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO). La mise en place de la T2A pour les établissements privés à but lucratif anciennement sous objectif quantifié national (ex-OQN) a été effective dès mars 2005. La T2A est un système de financement des établissements de santé qui associe le paiement à l'activité réalisée, celle-ci étant définie par des épisodes de soins. Le financement des établissements est donc directement lié à leur activité.

D'après un document de travail de l'IRDES en 2009, ce système aurait pour ambition d'améliorer :

- la transparence (en liant le financement à la production des soins)
- l'équité (dans la mesure où on paie le même prix pour un même service pour tous les fournisseurs de soins)
- l'efficacité, à la fois de chaque établissement individuellement et de l'ensemble du marché [59]

Dans un premier temps, la T2A a contribué à une réorganisation de l'offre de soins et des évolutions des pratiques professionnelles (développement de la chirurgie ambulatoire) et à une réduction globale des coûts.

Mais des effets néfastes de la T2A peuvent être possibles, ce système ne garantit en rien l'amélioration de la qualité des soins, celle-ci peut être remise en cause par l'incitation de la T2A à réduire le coût des séjours notamment par la réduction de leur durée, mais aussi par l'identification avant l'admission des « *patients pour lesquels les coûts générés par le séjour seront bien pris en compte [...] et décourager l'admission des autres patients moins « rentables »* » [59]. Un rapport de juillet 2012 sur la tarification hospitalière, au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale et de la commission des affaires sociales (MECSS), conclut que « *l'absence de conclusions claires des études internationales et des informations disponibles au niveau français ne permet en rien d'écarter les risques de réduction abusive de certaines durées de séjour ou de sélection des patients.* » [60]. Reconnu comme défenseur de

l'hôpital public, André Grimaldi, professeur des universités et praticien hospitalier à la Pitié-Salpêtrière (Paris) donne un exemple des conséquences de la T2A sur la durée de séjour hospitalier. En effet, aux Etats-Unis suite à l'adoption d'un système équivalent à la T2A, le Congrès a dû voter une loi pour interdire que les parturientes sortent de l'hôpital moins de deux jours après leur accouchement [61]. Avec le temps, la T2A s'est révélée surtout favorable aux soins aigus, entraînant une spécialisation des établissements privés lucratifs (chirurgie) et un déséquilibre dans l'offre de soins entre secteur ex-DG et secteur privé lucratif. Elle participe aussi à l'accroissement du reste à charge pour les patients (tarification des suppléments chambre seule, augmentation de ticket modérateur et franchise sur certains actes).

4.1 Du RUM au GHM

Toute hospitalisation, avec ou sans hébergement, dans le secteur MCO d'un établissement de santé, fait l'objet d'un résumé de sortie standardisé (RSS), constitué d'autant de résumés d'unité médicale (RUM) que le patient a fréquenté d'unité médicale durant son séjour en MCO. Ainsi, si le malade n'a fréquenté qu'une seule unité médicale, on parle de séjour mono-unité et le RSS équivaut au RUM. La production des RSS est assurée à partir des RUM, sous le contrôle du médecin responsable de l'information médicale. L'anonymisation du RSS a pour résultat la production d'un résumé de sortie anonyme (RSA). Les informations administratives et médicales contenues dans le RSS sont codées. Elles sont soumises à un traitement automatisé répondant à un algorithme de classification, et aboutissant au classement volontairement limité de groupes cohérents du point de vue médical et des coûts : les groupes homogènes de malades (GHM) ou « groupage ». L'algorithme de groupage permet d'affecter un GHS (Groupe Homogène de Séjour). En fonction du GHS et d'autres paramètres, un tarif par séjour peut être calculé. En général un GHM équivaut à un ou plusieurs GHS. Les informations ainsi produites sont utilisées principalement à deux fins ; pour le financement des établissements de santé (T2A) et pour l'organisation de l'offre de soins (planification).

4.2 La morbidité principale

Le praticien responsable d'une structure médicale ou médicotechnique ou le praticien ayant dispensé les soins est garant, pour ce qui le concerne, de l'exhaustivité et de la qualité des informations qu'il transmet pour traitement au médecin responsable de l'information médicale pour l'établissement (article R. 6113-4 du code de la santé publique).

La morbidité principale est constituée par le diagnostic principal (DP), complété le cas échéant par le diagnostic relié (DR).

Le DP est le problème de santé qui a motivé l'admission du patient dans l'unité médicale, il est déterminé à la sortie de celle-ci. Il résulte de cette définition qu'un problème de santé inexistant à l'admission ou étranger au motif de celle-ci et apparu ou découvert au cours du séjour dans l'unité médicale, ne peut jamais être le DP. Ainsi, il ne peut figurer dans le RUM comme DP, DR ou diagnostic associé (DA), que des problèmes de santé présents, « actifs », au moment de l'hospitalisation. Le DR a pour rôle, en association avec le DP lorsque celui-ci n'y suffit pas, de rendre compte de la prise en charge du patient en terme médico-économique. Les diagnostics doivent figurer dans le RUM sous forme codée selon la plus récente mise à jour de la 10^{ème} révision de la Classification internationale des maladies (CIM-10) de l'OMS et selon les extensions nationales données dans la plus récente version du Manuel des groupes homogènes de malades.

4.3 Le diagnostic associé significatif (DAS)

Un DAS est une affection, un symptôme ou tout autre motif de recours aux soins coexistant avec le DP et constituant : un problème de santé distinct supplémentaire ou une complication du DP ou une complication du traitement du DP. Il est dit « significatif » s'il est pris en charge à titre diagnostique ou thérapeutique ou s'il majore l'effort de prise en charge d'une autre affection. Peut ainsi être considéré comme un DAS, un état de santé ayant accru la charge en soins ou des conditions socioéconomiques ayant justifié une prise en charge particulière. Certains DAS sont des complications ou morbidités associées (CMA), leur précision dans le RUM peut alors induire un niveau de sévérité supérieur, avec une classification dans un GHM différent.

Par exemple, les difficultés psychologiques et sociales chez une accouchée récente ayant nécessité une prise en charge spécialisée (psychologue, assistante sociale...) sont un DAS. L'enregistrement dans le résumé d'unité médicale d'une affection correspondant à la définition d'un DAS est obligatoire.

4.4 Les actes

Les actes médicaux doivent figurer dans le RUM sous forme codée selon la plus récente version en vigueur de la Classification commune des actes médicaux (CCAM). Seuls les actes réalisés au cours du séjour peuvent être enregistrés dans le RUM.

5. Précarité et T2A

Historiquement, les Hôpitaux n'étaient pas destinés aux malades mais à l'hébergement gratuit des indigents (les pauvres et désocialisés), ils n'avaient pas de vocation médicale. La loi du 7 août 1851 dite « d'assistance publique » pose les prémices du service public hospitalier actuel ; *« lorsqu'un individu privé de ressources tombe malade dans une commune, aucune condition de domicile ne peut être exigée pour son admission à l'hôpital existant dans la commune »*. La loi du 21 décembre 1941 ouvre l'hôpital à toute la population et institue un prix à la journée d'hospitalisation. L'hôpital devient un pôle d'excellence avec la nomination des « centres hospitaliers et universitaires » spécifié dans la « réforme Debré » de 1958. Différentes réformes rappelant la mission de service public des hôpitaux sont mises en place, la dernière en date est la loi « HPST » de 2009. Elle permet d'établir une offre de soins gradués de qualité, accessibles à tous, satisfaisant à l'ensemble des besoins de santé. La séparation du sanitaire et du social à l'hôpital est aujourd'hui peu envisageable, mais pour combien de temps encore ?

Aujourd'hui la prise en charge de la précarité dans le contexte de financement de type T2A fait débat. La T2A ne peut financer toute l'activité hospitalière, c'est notamment le cas pour l'accueil des populations en situation de précarité, la continuité des soins, les urgences, l'éducation thérapeutique, les soins pour les prisonniers, la prévention etc... à défaut, la dotation nationale de financement des Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC), aujourd'hui appelé MIG, permet de financer ce qui ne peut être intégralement couvert par la T2A. En 2009, Roselyne Bachelot, ministre de la santé, ajoute dans les MIG, « la prise en charge spécifique des patients en situation de précarité » cette enveloppe s'élève à 100 millions d'euros et sera abondée de 50 millions d'euros en 2010. Peuvent en bénéficier, les établissements de santé dont le taux de séjours pris en charge par la CMU, CMUc, AME, AMESu (AME pour soins urgents) est supérieur ou égal à 10,5% ainsi qu'un seuil plancher de dotation fixé à 40 000 euros par établissement. Le CHU de Clermont-Ferrand n'en bénéficie pas. En septembre 2012, la ministre des Affaires sociales et de la Santé, Marisol Touraine, dans le cadre du « Pacte de confiance pour l'hôpital » précise que « *C'est le respect des missions de service public qui doit fixer les règles de la tarification hospitalière. Nous le ferons en mobilisant les crédits pour les publics vulnérables, et je pense en particulier aux personnes âgées et aux personnes en situation de précarité.* » [62]. Mais un rapport du comité d'évaluation de la T2A émanant de la DREES précise qu'« *avant de consolider de nouvelles règles de financement de la précarité [...] il convient au préalable de se doter d'une méthodologie de repérage des populations en situation de précarité.* », et d'évaluer l'impact de la précarité sur les surcoûts hospitaliers (durée de séjour) et sur les coûts des établissements pour « *savoir si ces financements [MIG] couvrent tout ou partie seulement de la précarité hospitalière* » [63].

Des études étrangères et françaises ont quantifié le surcoût hospitalier lié à la prise en charge de la précarité. Dans la littérature, la durée de séjour reste le principal facteur « validé » pour expliquer l'augmentation des coûts hospitaliers dans la prise en charge de la précarité. L'une des premières publications portant sur le sujet est américaine, Epstein a mis en évidence sur l'étude de 402 séjours une augmentation de 25% de la durée de séjour et de 16% sur les coûts chez les patients à bas niveau socio-économique [64]. Une étude complémentaire sur 20 000 séjours confirmera ces premiers résultats [65]. En 1999, un rapport a été édité par la mission PMSI de la Direction des Hôpitaux au ministère de la Santé, sur la base de 55 626 séjours, à GHM constant, les patients dit

« précaires » ont une durée de séjour supérieure de 36% à celle des non précaires et un coût de séjour supérieur de 33% [66]. En Belgique, les différents travaux de Closon rapporte aussi un effet sur l'allongement des durées des séjours et précise que les patients en situation de précarité sont plus admis par les urgences ; qu'il y a plus de problèmes lié à l'organisation de la sortie, qu'il existe plus de pathologies associées, qu'il existe une prévalence élevée sur certaines pathologies et que l'accès à des soins de haute technicité est réduit [67,70]. Castiel en 2006, d'après un questionnaire de handicap social associé au PMSI a démontré que l'état de santé plus dégradé n'était pas la particularité des patients les plus handicapés sociaux et n'entraînait pas de réelle surconsommation médicale, ces patients restaient cependant plus d'un jour de plus en moyenne ; des prises en charge qui donnaient un surcoût hospitalier en termes de journées supplémentaires d'hospitalisation de 11,4% [71]. Une étude de l'assistance publique des hôpitaux de Paris (AP-HP) en 2009 montre que la part des GHM « avec CMA » sur les GHM segmentable en « avec » et « sans » CMA chez les patients titulaires de la CMU est de 33% contre 27% pour les autres [72].

Si la précarité constitue un facteur de surcoût et que dans le même temps ce surcoût n'est pas pris en compte dans les financements, alors l'hôpital aura t-il les moyens de répondre à cette mission fondamentale qu'est la prise en charge des patients en situation de précarité ?

II . MATÉRIEL ET MÉTHODES

1. Objectifs

L'objectif principal de cette étude est de mesurer le potentiel surcoût hospitalier lié à la prise en charge des patientes en situation de précarité dans l'unité fonctionnelle (UF) hospitalisation grossesses du CHU Estaing de Clermont-Ferrand.

L'objectif secondaire est de donner une estimation de ce surcoût.

2. Méthodologie scientifique

2.1 Type de recherche

Il s'agit d'une étude descriptive à visée étiologique de type cohorte dont le recueil prospectif est mené dans l'UF hospitalisation grossesses du CHU Estaing de Clermont-Ferrand.

2.2 Population cible

Les patientes admises dans l'UF hospitalisation grossesses du CHU Estaing de Clermont-Ferrand.

2.3 Critères d'inclusion et d'exclusion

- Sont incluses dans l'étude :

Toutes les patientes admises dans l'UF hospitalisation grossesses du CHU Estaing de Clermont-Ferrand de la période du 4 novembre 2013 00h00 au 7 janvier 2014 23h59, ainsi que les patientes relevant de ce service mais hospitalisées dans un autre service (gynécologie, maternité). Les patientes devaient avoir préalablement signées un formulaire de consentement, autorisant leur participation à l'étude. Ce qui suggère qu'elles comprenaient le français d'elles-mêmes ou avec l'aide d'un traducteur (cf. Annexe II).

- Sont exclues de l'étude :

- Les patientes hébergées par manque de place dans le service et ne relevant pas de ce dernier.
- Les patientes admises pour un déclenchement artificiel du travail programmé.
- Les ruptures spontanées des membranes au-delà de 35 semaines d'aménorrhées (étant donnée le protocole de service en vigueur qui préconise un déclenchement artificiel du travail plus ou moins rapide en fonction du portage vaginal au streptocoque B).
- Les durées de séjour inférieures à une nuitée.

2.4 Recueil de données

Un recueil dans le dossier standardisé AUDIPOG (Association des Utilisateurs de Dossiers Informatisés en Pédiatrie, Obstétrique et Gynécologie) sous la forme du logiciel ICOS maternité a permis de renseigner les données sociodémographiques, les caractéristiques personnelles, les antécédents médico-obstétricaux et enfin les caractéristiques relatives au déroulement de la grossesse et de l'hospitalisation de la patiente. Si des informations étaient manquantes dans le dossier informatisé, elles étaient recueillies lors de l'entretien semi-directif auprès de la patiente.

Nous avons interrogé la patiente durant son hospitalisation à l'aide d'un questionnaire semi-directif composé de 11 questions binaires calculant un score de précarité : le score de précarité EPICES (cf. figure 4). Ce score a fait l'objet de nombreuses publications, les résultats obtenus « *constituent une validation du score EPICES et autorisent son utilisation comme outil de santé publique, notamment pour le repérage des populations en situation de précarité présentant des problèmes de santé* » [57]. D'après les données de la littérature, nous avons fait le choix d'utiliser ce score de manière dichotomique : un score supérieur ou égal à 30 évoque une situation de précarité et inversement. Ce questionnaire a été anonymisé avec le numéro d'identifiant permanent du patient (IPP). En plus du score EPICES, d'autres données ont été demandées auprès de la patiente. Il s'agit de la situation vis-à-vis de son logement, de l'obtention du permis de conduire, de la possession d'une voiture, du lieu prévu

d'accouchement, d'éventuels antécédents psychiatriques, de tentatives de suicide et enfin d'éventuels antécédents de violences psychiques, physiques ou sexuelles.

En moyenne, le temps d'entretien auprès de chaque patiente était de 45 minutes.

Les données relatives au PMSI (durée de séjour, durée moyenne de séjour standardisée, groupe homogène de malade) ont été recueillies auprès du département d'information médical (DIM) du CHU de Clermont-Ferrand.

Un recueil de données a été effectué par l'assistante sociale du service lors de chaque intervention auprès des patientes hospitalisées. Il était précisé le motif pour lequel ses services ont été demandés, le professionnel qui l'avait appelé, les différentes actions (informations, vérifications, démarches, orientations et appels téléphoniques) ainsi que le temps de travail (en minute) effectué pour chaque patiente. Nous avons pu à partir de ce recueil relever, si elle existait, une intervention du bureau des entrées ou du service facturation et contentieux du CHU Estaing dans la prise en charge de la patiente.

Un recueil de données a été effectué par le service de la sécurité du CHU Estaing, dans lequel était précisé le motif de l'intervention dans l'UF hospitalisation grossesses, ainsi que l'identification du patient concerné par l'intervention. Ce recueil existait déjà avant l'étude sous l'appellation de « main courante », il a été modifié pour répondre aux critères de l'étude.

Enfin, un recueil de données a été effectué auprès de la sage-femme du service. Une question lui était posée concernant le temps consacré à l'organisation de la sortie de l'UF de la patiente. Il s'agissait de répondre à la question : « Avez-vous trouvé, en termes de temps, l'organisation de la sortie de la patiente : normale, moyennement supérieure (1,5 fois plus) ou très supérieure (2 fois plus) ? »

Par souci de compréhension certaines variables seront précisées dans la partie résultats.

2.5 Taille de l'échantillon

À raison d'environ 115 hospitalisations par mois au sein de l'UF hospitalisation grossesses (d'après les données du DIM) dont environ 35 hospitalisations pour déclenchement programmé (d'après les données du service), nous nous attendions à un effectif d'environ 160 hospitalisations. En pratique, sur 64 jours d'études nous avons dénombré 133 hospitalisations représentant ainsi 120 patientes.

2.6 Règles éthiques

- L'utilisation du logiciel ICOS maternité mentionné précédemment est validée par la commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).
- Suite à l'élaboration de la grille de recueil, une autorisation d'accès aux dossiers médicaux et d'enquête au sein du CHU a été signée par le Chef de service et la Cadre supérieure de santé du Pôle Gynécologie Obstétrique et Reproduction Humaine (GORH).
- Chaque patiente participant à l'étude a été informée de façon claire et loyale sur les conditions d'inclusion à l'étude. Pour cela un formulaire de consentement leur a été délivré puis signé après lecture (cf. Annexe II).
- L'anonymat de la patiente et la confidentialité des données ont été garantis et respectés.
- Les conditions de participation sont basées sur le principe du volontariat.

2.8 Analyse statistique

- Les logiciels statistiques :

Nous avons utilisé le logiciel Excel pour la saisie des données.

Nous avons utilisé le logiciel R version 2.14.2 pour l'analyse statistique et la mise en forme des résultats.

- Les tests statistiques :

Après une description des caractéristiques des femmes incluses dans la cohorte, nous avons étudié les variables qualitatives en fonction du groupe d'appartenance (score EPICES<30 et score EPICES≥30) avec le test du Chi 2 de Pearson et le 1^{er} test exact de Fisher lorsque les conditions d'applications du Chi 2 n'étaient pas remplies.

Lorsqu'il s'agissait d'étudier les variables quantitatives entre les deux groupes, les moyennes étaient présentées avec leur déviation standard puis analysées avec le test d'égalité des moyennes de Student. Concernant l'égalité des variances, une correction de Welch a systématiquement été apportée lors de l'utilisation du t test.

Ce raisonnement statistique permet d'identifier d'éventuelles variables à prendre en compte en tant que facteur de confusion.

Le seuil de significativité a été fixé à 5% et les hypothèses testées étaient :

- Hypothèse nulle : Il n'existe pas de différence significative entre les deux groupes (score EPICES<30 et score EPICES≥30).
- Hypothèse alternative : Il existe une différence significative entre les deux groupes.

Si le p obtenu est strictement inférieur à 0,05, on rejette l'hypothèse nulle et on peut conclure à une différence significative.

III . RÉSULTATS

Tout d'abord, nous avons choisi la patiente et non le séjour hospitalier comme unité de compte statistique.

Ainsi, du 4 novembre 2013 au 7 janvier 2014, 121 patientes ont été recrutées. Une patiente a été exclue de l'étude étant donné la proximité professionnelle entretenue avec cette dernière. Notre échantillon compte donc 120 patientes pour 133 séjours hospitaliers (onze patientes hospitalisées deux fois et une patiente hospitalisée trois fois durant l'étude).

Concernant les 120 patientes incluses dans l'étude, le taux de participation s'élève à 100 %.

1. Caractéristiques des femmes incluses dans la cohorte

Les tableaux I à IV décrivent la population d'étude.

De plus, la cohorte est divisée en deux sous-groupes en fonction du score EPICES :

- **Score EPICES < 30 : patiente n'étant pas en situation de précarité**
- **Score EPICES \geq 30 : patiente étant en situation de précarité**

Les variables du tableau nécessitant des précisions auront un paragraphe explicatif accompagnant celui-ci.

1.1 Caractéristiques socio-démographiques (cf. tableau I)

- Âge des patientes :

La patiente la plus jeune avait 15 ans, originaire d'Europe de l'Est, elle venait d'arriver en France depuis quelques mois et était en situation irrégulière, elle ne bénéficiait d'aucune couverture sociale et était éligible à l'AME étant donné sa minorité. Elle vivait dans un « squat » à Clermont-Ferrand. Il s'agissait d'une grossesse gémellaire dont la datation était incertaine.

La patiente la plus âgée avait 44 ans, il s'agissait de sa quatrième grossesse et ne présentait aucune caractéristique particulière.

- Usage de la langue :

Il s'agissait d'apprécier l'usage de la langue française en trois catégories :

- les patientes parlant le français couramment
- les patientes qui comprenaient le français à l'oral mais ne le parlaient pas
- les patientes qui ne comprenaient pas le français à l'oral.

Afin d'éviter un biais de sélection, nous avons fait le choix d'attendre l'arrivée du conjoint qui le plus souvent maîtrisait la langue française suffisamment pour réaliser le score EPICES de manière semi-directive.

- Minima sociaux et allocation chômage :

Il s'agissait des patientes percevant au moins l'une des aides suivantes : le revenu de solidarité active (RSA), l'allocation adulte handicapé (AAH), l'allocation de solidarité spécifique (ASS), l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI), l'allocation temporaire d'attente (ATA) et enfin l'allocation chômage.

- Le logement :

Nous avons défini un logement précaire comme étant un logement qui ne correspondait pas aux caractéristiques de décence énoncées par décret dans le journal officiel au 31 janvier 2002, à savoir : un accès à l'eau potable et son système d'évacuation, à l'électricité et au chauffage [73] et/ou une situation d'hébergement provisoire chez un tiers faute de moyens financiers.

Tableau I : Description des caractéristiques socio-démographiques des femmes de la cohorte et comparaison entre les deux sous-groupes (score EPICES <30 et score EPICES ≥30).

	Cohorte n=120 (%)*	Score EPICES < 30 n=64 (53,3%)	Score EPICES ≥ 30 n=56 (46,7%)	p
Âge				
Moyenne**	29,2 [6,2]	30,9 [5,4]	27,3 [6,6]	<0,001
< 20 ans	7 (5,8)	0 (0,0)	7 (12,5)	
≥ 20 - < 35 ans	88 (73,3)	48 (75,0)	40 (71,4)	>0,05
≥ 35 ans	25 (20,8)	16 (25,0)	9 (16,1)	
Origine				
Française métro	88 (73,3)	52 (81,3)	36 (64,3)	
DOM-TOM	4 (3,3)	1 (1,6)	3 (5,4)	<0,01
Maghreb	15 (12,5)	9 (14,1)	6 (10,7)	
Autre	13 (10,8)	2 (3,1)	11 (19,6)	
Nationalité				
Française	105 (87,5)	59 (92,2)	46 (82,1)	
Etrangère	14 (11,7)	5 (7,8)	9 (16,1)	>0,05
Apatride	1 (0,8)	0 (0,0)	1 (1,8)	
Usage de la langue				
Français courant	113 (94,2)	64 (100,0)	49 (87,5)	
Compréhension	5 (4,2)	0 (0,0)	5 (8,9)	<0,01
Nulle	2 (1,7)	0 (0,0)	2 (3,6)	
Catégorie socioprofessionnelle				
Agriculteur	1 (0,8)	1 (1,6)	0 (0,0)	
Artisan, commerçant	3 (2,5)	1 (1,6)	2 (3,6)	
Prof. Intellectuelle	6 (5,0)	6 (9,4)	0 (0,0)	
Prof. Intermédiaire	24 (20,0)	22 (34,4)	2 (3,6)	<10⁻⁸
Employé	45(37,5)	26 (40,6)	19 (33,9)	
Ouvrier	3 (2,5)	0 (0,0)	3 (5,4)	
Sans profession	38 (31,7)	8 (12,5)	30 (53,6)	
Niveau de diplôme				
Supérieur au bac	43 (35,8)	38 (59,4)	5 (8,9)	
Bac	25 (20,8)	10 (15,6)	15 (26,8)	<10⁻⁸
Inférieur au bac	45 (37,5)	16 (25,0)	29 (51,8)	
Aucun	7 (5,8)	0 (0,0)	7 (12,5)	

	Cohorte	Score EPICES < 30	Score EPICES ≥ 30	p
<i>(suite tableau)</i>	n=120	n=64 (53,3%)	n=56 (46,7%)	
	(%)*			
Couverture sociale				
SS + mutuelle	81 (67,5)	61 (95,3)	20 (35,7)	
Sécurité sociale seule	3 (2,5)	0 (0,0)	3 (5,4)	
CMU	32 (26,7)	3 (4,7)	29 (51,8)	<10⁻¹¹
AME	1 (0,8)	0 (0,0)	1 (1,8)	
Pas de couverture	3 (2,5)	0 (0,0)	3 (5,4)	
Minima sociaux/Allocation chômage				
Sans	79 (65,8)	57 (89,1)	22 (39,3)	<10⁻⁷
Avec	41 (34,2)	7 (10,9)	34 (60,7)	
Logement précaire				
Non	98 (81,7)	62 (96,9)	36 (64,3)	<0,001
Oui	22 (18,3)	2 (3,1)	20 (35,7)	
Permis de conduire				
Avec	79 (65,8)	57 (89,1)	22 (38,3)	<10⁻⁷
Sans	41 (34,2)	7 (10,9)	34 (60,7)	

* Les valeurs sont données en effectif avec leur pourcentage (%), ou ** en moyenne avec leur déviation standard [DS].

1.2 Caractéristiques personnelles et antécédents médico-obstétricaux (cf. tableau II)

- Troubles psychopathologiques :

Nous retenons le terme de « pensées suicidaires » lorsque la patiente témoignait avoir eu des pensées après l'âge de 18 ans et sans être passée à l'acte.

Nous avons choisi d'affirmer une tentative de suicide lorsque celle-ci a au moins nécessité une consultation aux urgences (lavement gastrique, surveillance des constantes vitales, soins des plaies...).

Les patientes étant suivies par un psychiatre et prenant ou ayant pris (arrêt inférieur à deux années) un traitement médicamenteux sont au nombre de 7, auxquelles il faut ajouter 5 patientes ayant fait une tentative de suicide, ce qui représente 10% exactement de notre population d'étude.

- Violences :

Nous avons retenu comme acte de violence subit par la patiente : les atteintes volontaires à l'intégrité physique ou psychique, au moins 2 épisodes violents causés par la même personne ou les atteintes à la liberté et à l'intégrité sexuelle (viol/attouchement). Sur les 120 patientes interrogées, 37 (30,8%) ont déclaré avoir subit des violences, dont 6 qui ont subit les 3 types de violences (physique, psychique et sexuelle).

Tableau II : Description des caractéristiques personnelles et des antécédents médico-obstétricaux des femmes de la cohorte et comparaison entre les deux sous-groupes (score EPICES <30 et score EPICES ≥30).

	Cohorte n=120 (%)*	Score EPICES < 30 n=64 (53,3%)	Score EPICES ≥ 30 n=56 (46,7%)	p
Gestité				
Moyenne**	2,7 [1,9]	2,2 [1,1]	3,2 [2,4]	<0,01
Parité				
Moyenne	0,9 [1,3]	0,6 [0,8]	1,3 [1,7]	<0,01
Nullipare	55 (45,8)	36 (56,3)	19 (33,9)	
Primipare	39 (32,5)	19 (29,7)	20 (35,7)	0,02
Multipare	26 (21,7)	9 (14,0)	17 (30,4)	
Antécédents d'IVG				
	26 (21,6)	12 (18,8)	14 (25,0)	>0,05
Antécédents de FCS				
	26 (21,6)	13 (20,3)	13 (23,2)	>0,05
Tabagisme				
	38 (31,7)	15 (23,4)	23 (41,1)	>0,05
Indice de masse corporelle avant la grossesse				
Moyenne	24 [6,0]	22,6 [4,5]	25,5 [7,1]	0,01
Pathologies chroniques nécessitant un traitement				
	31 (25,8)	15 (23,4)	16 (28,6)	>0,05
Troubles psychopathologiques				
Sans	93 (77,5)	58 (90,6)	35 (62,5)	
Pensées suicidaires	9 (7,5)	3 (4,7)	6 (10,7)	<0,001
Tentative de suicide	11 (9,2)	1 (1,6)	10 (17,9)	
Traitement psychiatrique	7 (5,8)	2 (3,1)	5 (8,9)	
Violences				
Non	83 (69,2)	53 (82,8)	30 (53,6)	<0,01
Oui	37 (30,8)	11 (17,2)	26 (46,4)	

* Les valeurs sont données en effectif avec leur pourcentage (%), ou ** en moyenne avec leur déviation standard [DS].

1.3 Déroulement de la grossesse (cf. tableau III)

- Mère seule :

Il s'agit des patientes vivant seules au domicile, cela ne signifie pas forcément qu'elles sont célibataires. Par exemple, une femme attendant un enfant en France et dont le compagnon travail dans un autre pays.

- Antécédents d'hospitalisations pendant la grossesse :

Il s'agit des patientes ayant été hospitalisées au moins une fois pendant la grossesse en cours dans l'UF hospitalisation grossesses à Clermont-Ferrand ou en périphérie.

Tableau III : Description du déroulement de la grossesse des femmes de la cohorte et comparaison entre les 2 sous-groupes (score EPICES <30 et score EPICES ≥30).

	Cohorte n=120 (%)*	Score EPICES < 30 n=64 (53,3%)	Score EPICES ≥ 30 n=56 (46,7%)	p
Grossesse gémellaire	11 (9,2)	5 (7,8)	6 (10,7)	>0,05
Détermination de la grossesse				
Incertaine/DDR	8 (6,7)	2 (3,1)	6 (10,7)	>0,05
Grossesse induite	6 (5,0)	6 (9,4)	0 (0,0)	0,03
Grossesse inopinée	15 (12,5)	5 (7,8)	10 (17,9)	>0,05
Mère seule				
Non	111 (92,5)	63 (98,4)	48 (85,7)	0,01
Oui	9 (7,5)	1 (1,6)	8 (14,3)	
Antécédent hospitalisation grossesse	21 (17,5)	12 (18,8)	9 (16,1)	>0,05

* Les valeurs sont données en effectif avec leur pourcentage (%).

1.4 Déroulement de l'hospitalisation (cf. tableau IV)

- Connue de la maternité :

Nous avons distingué trois types de situation ;

- Non connue : patiente suivie dans une autre maternité et inconnue de la maternité de Clermont-Ferrand
- Connue : patiente suivie ou ayant consulté au moins une fois à la maternité de Clermont-Ferrand
- Pas de suivi : Patiente n'ayant aucun suivi dans une maternité

- Motif d'hospitalisation :

La menace d'accouchement prématuré représente le principal motif d'hospitalisation, suivi principalement par ordre de fréquence de la rupture prématurée des membranes, des traumatismes abdominaux et enfin des vomissements gravidiques.

- Durée moyenne brute de séjour :

La durée moyenne brute de séjour (entrée dans l'UF jusqu'à la sortie de l'UF) peut être différente de celle prise en compte par la T2A. En moyenne, les séjours ont duré 6,3 jours. Le plus court est de 1 jour contre 87 jours pour le séjour le plus long.

Tableau IV : Description du déroulement de l'hospitalisation des femmes de la cohorte et comparaison entre les deux sous-groupes (score EPICES <30 et score EPICES ≥30).

	Cohorte n=120 (%)*	Score EPICES < 30 n=64 (53,3%)	Score EPICES ≥ 30 n=56 (46,7%)	p
Mode d'entrée				
Domicile	87 (72,5)	47 (73,4)	40 (71,4)	>0,05
Entrée programmée				
	11 (9,2)	5 (7,8)	6 (10,7)	>0,05
Connue de la maternité				
Oui	76 (63,3)	43 (67,2)	33 (58,2)	
Non	42 (35,0)	21 (32,8)	21 (37,5)	>0,05
Pas de suivi	2 (1,7)	0 (0,0)	2 (3,6)	
Terme à l'inclusion (jours)				
Moyenne**	198,8 [52,8] = 28SA+2	204,9 [47,2] = 29SA+1	191,9 [58,2] = 27SA+2	>0,05
Motif de l'hospitalisation				
MAP	45 (37,5)	23 (35,9)	22 (40,7)	>0,05
Sortie de l'hospitalisation				
Accouchement	37 (30,8)	21 (32,8)	16 (28,6)	
Domicile	73 (60,8)	40 (62,5)	33 (28,9)	>0,05
Transfert	6 (5,0)	2 (3,1)	4 (7,1)	
Contre avis	4 (3,3)	1 (1,6)	3 (5,4)	
Durée brute de séjour (jours)				
Moyenne	6,3 [10,9]	4,6 [4,2]	8,3 [15,2]	0,07

* Les valeurs sont données en effectif avec leur pourcentage (%), ou ** en moyenne avec leur déviation standard [DS].

1.5 Distribution du score EPICES

Au sein de la cohorte, 14 patientes ont obtenu un score EPICES égal à 0 (absence de précarité), à l'inverse, 2 patientes ont obtenu un score EPICES égal à 100 (précarité maximale).

Le score EPICES moyen de notre cohorte est de 30,81, avec un score EPICES médian de 26,92.

Les patientes ayant un score EPICES < 30 représentent 53,3% de la population et inversement les patientes ayant un score EPICES ≥ 30 représentent 46,7% de la population.

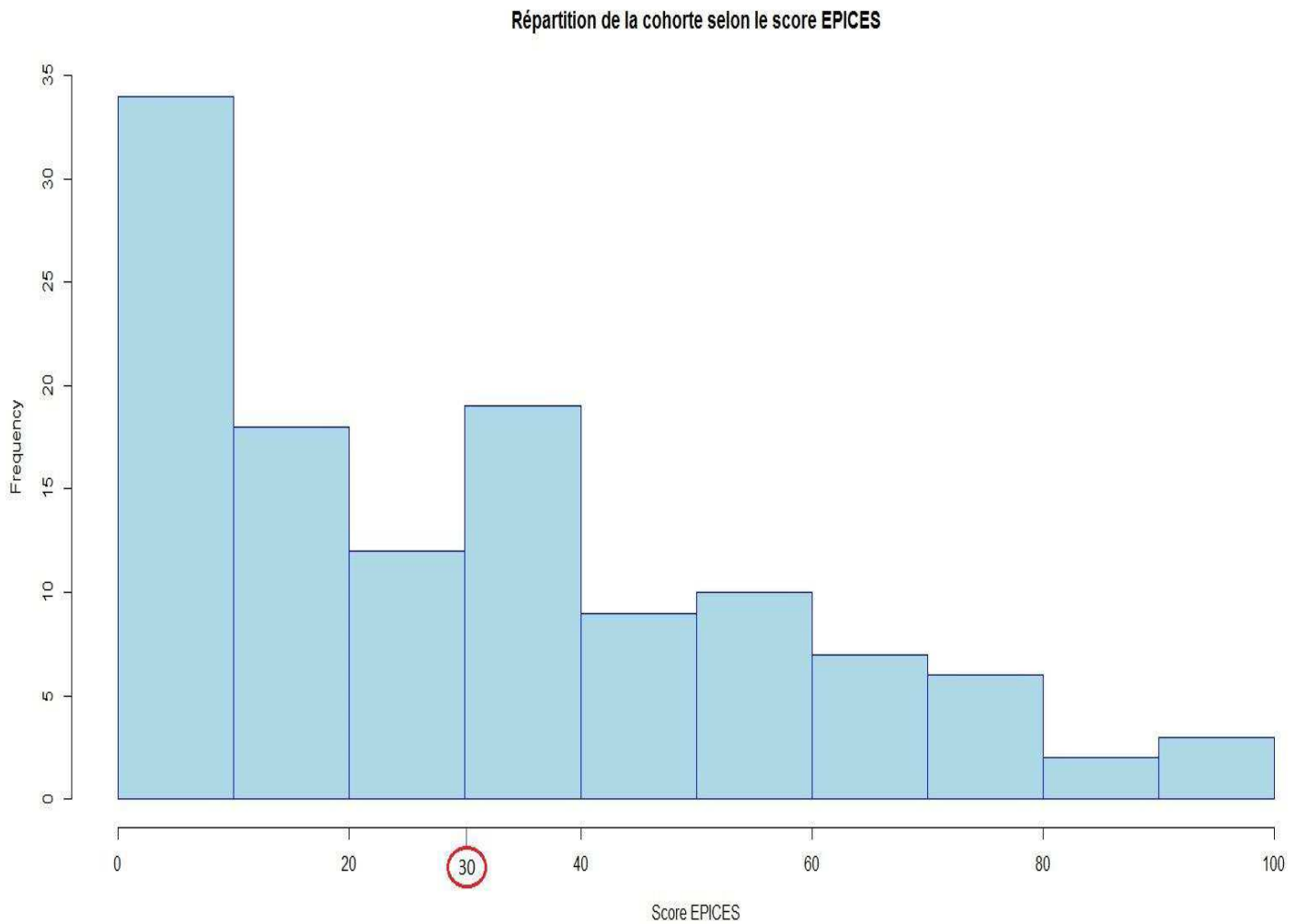


Figure 4 : Répartition de la cohorte selon le score EPICES

2. Analyse des critères de surcoût hospitalier

2.1 Durée de séjour

Nous avons analysé dans notre étude trois types de durées de séjour pour chaque patiente :

- Durée moyenne brute de séjour (cf. tableau IV).
- Durée moyenne de séjour observée (DMSobs) : elle est calculée a posteriori par le PMSI et peut être supérieure à la durée brute calculée dans le service selon si le séjour se termine par un accouchement ou non. Si le séjour antepartum ne se termine pas par un accouchement, alors la DMSobs sera identique à la durée brute de séjour. En revanche, si le séjour antepartum se termine par un accouchement, la DMSobs prendra aussi en compte le séjour en post-partum.
- Durée moyenne de séjour standardisée (DMSstand) : elle est calculée au niveau national. Chaque pathologie (GHM) possède une durée moyenne de séjour nationale qui lui est propre.

Tableau V : Description des durées moyennes de séjour observées et standardisées des femmes de la cohorte et comparaison entre les deux sous-groupes (score EPICES <30 et score EPICES ≥30).

	Cohorte n=120	Score EPICES < 30 n=64 (53,3%)	Score EPICES ≥ 30 n=56 (46,7%)	p
DMSobs*	7,7 [11,7]	6 [5,4]	9,6 [15,9]	> 0,05
DMSstand*	6,1 [3,8]	6,4 [4,1]	5,7 [3,5]	> 0,05
Différence* (DMSobs-DMSstand)	1,6 [10,6]	- 0,4 [4,8]	3,9 [14,4]	0,04

* moyenne accompagnée de sa déviation standard [DS]

Tableau VI : Description des durées moyennes de séjour observées et standardisées des femmes de la cohorte en fonction de l'issue du séjour (sans accouchement ou avec accouchement) et comparaison entre les deux sous-groupes (score EPICES <30 et score EPICES ≥30).

	Cohorte n=120	Score EPICES < 30 n=64 (53,3%)	Score EPICES ≥ 30 n=56 (46,7%)	p
DMSobs*				
Sans accouchement (n=83)	5,9 [10,6]	4,3 [3,2]	7,6 [14,8]	>0,05
Avec accouchement (n=37)	11,7 [13,0]	9,5 [7,2]	14,6 [17,9]	>0,05
DMSstand*				
Sans accouchement (n=83)	5,3 [3,5]	5,4 [3,7]	5,2 [3,2]	>0,05
Avec accouchement (n=37)	7,8 [4,0]	8,3 [4,2]	7,2 [3,9]	>0,05
Différence*				
Sans accouchement (n=83)	0,6 [9,9]	- 1,1 [3,1]	2,5 [13,8]	>0,05
Avec accouchement (n=37)	3,9 [11,8]	1,2 [6,9]	7,4 [15,7]	>0,05

* moyenne accompagnée de sa déviation standard [DS]

Nous avons choisi d'utiliser le supplément journalier antepartum applicable depuis 2012 pour évaluer le coût moyen journalier d'une hospitalisation dans l'UF hospitalisation grossesses afin de donner une estimation chiffrée du surcoût imputable à l'allongement de la durée de séjour chez les patientes en situation de précarité.

Le calcul est le suivant ;

- Coût moyen journalier : 370 euros
- Différence entre DMSobs et DMSstand chez patientes en situation de précarité : 3,9 j
- Facteur multiplicateur pour rapporter la durée de l'étude sur une année : 5,7
- Nombre de patientes en situation de précarité : 56

$$370 \times 3,9 \times 5,7 \times 56 \approx \mathbf{460\ 000\ euros}$$

2.2 Intervenants extérieurs

Il s'agit de l'intervention exceptionnelle d'un professionnel demandée par le service hospitalisation grossesses afin d'optimiser la prise en charge de la patiente. Leur intervention se passe soit directement auprès de la patiente (dentiste), soit par conversation téléphonique (avis médecin interniste), soit la patiente se rend dans leur service.

Liste des intervenants extérieurs durant l'étude :

- Médecin interniste
- Infectiologue
- Hépato-gastroentérologue
- Dentiste
- Kinésithérapeute
- Cadre de maternité
- Diététicienne / Diabétologue / Endocrinologue
- Psychologue / Psychiatre
- Aide sociale à l'enfance
- Cardiologue
- Urologue
- Dermatologue
- Neurochirurgien

Au total, 17,5% des patientes de la cohorte sont concernées et 71,4% d'entre elles sont en situation de précarité d'après le score EPICES (cf. tableau IX).

2.3 Intervention de l'assistante sociale

L'assistante sociale est intervenue auprès de 14,2% des patientes de la cohorte durant leur hospitalisation et 100% d'entre elles étaient en situation de précarité d'après le score EPICES (cf. tableau IX).

Le score EPICES moyen des patientes vues par l'assistante sociale s'élève à 61,26.

L'assistante sociale a passé 11 heures et 50 minutes de son temps de travail auprès des patientes du service durant l'étude.

2.4 Staff social

Il s'agit de réunions mensuelles qui rassemblent : les cadres sages-femmes de maternité, les assistantes sociales de maternité et de secteur. L'objectif est d'organiser un suivi médico-social (liaison PMI, assistante sociale...) pour les patientes lors de la grossesse en cours ou dans les suites de leur accouchement. La présentation d'un dossier au staff est le fruit d'un recueil déclaratif à partir d'un fichier intranet ; le professionnel (sage-femme, assistante sociale, cadre et médecin) inscrit le nom de la patiente et le motif lorsqu'il est interpellé par une situation de difficulté sociale. Chaque staff dure environ 4 heures pour environ 100 dossiers présentés.

Au total, 10,8% des patientes qui ont séjourné en hospitalisation grossesses ont été présentées au staff social et 92,3% d'entre elles étaient en situation de précarité d'après le score EPICES (cf. tableau IX).

2.5 Intervention du psychologue

La psychologue du service est intervenue auprès de 13,3% des patientes de la cohorte et 62,5% d'entre elles étaient en situation de précarité d'après le score EPICES (cf. tableau IX).

2.6 Intervention du bureau des entrées

La patiente doit fournir à l'hôpital les pièces justificatives telles que sa carte vitale et sa complémentaire santé ou sa mutuelle si elle en possède une afin que les frais liés à l'hospitalisation soient pris en charge par ces différents organismes. Cette démarche est systématique, elle s'effectue auprès des secrétaires et dure environ 1 minute. En revanche, lorsque la patiente n'est pas en mesure de présenter les pièces justificatives (droit non à jour, pas de droit ouvert, ressortissant étranger...) les secrétaires sont dans l'incapacité d'identifier un débiteur afin que l'hôpital soit rémunéré. Dans ce cas précis, les secrétaires orientent le dossier auprès de l'assistante sociale de service qui doit trouver une solution avec la patiente. Cette démarche a concerné 6,7% des patientes et 100% d'entre elles étaient en situation de précarité d'après le score EPICES (cf. tableau IX).

Les secrétaires ont quantifié en moyenne un temps supplémentaire de 2 heures consacré à la prise en charge d'un tel dossier (consultation journalière de la régularisation du dossier sur le serveur informatique, appels téléphoniques avec l'assistante sociale).

Sur les 120 patientes incluses dans l'étude, la précarité a donc nécessité 16 heures de temps de travail supplémentaire auprès des secrétaires.

A raison de 35 heures de travail par semaine, il faudrait environ 2 semaines et 3 jours de travail à temps plein dans une année pour les seuls séjours dans l'UF hospitalisation grossesses sachant que nous n'avons pas inclus dans notre étude toutes les patientes ayant séjourné dans l'UF hospitalisation grossesses et que les secrétaires s'occupent surtout des hospitalisations dans le service des suites de couches.

2.7 Intervention du service facturation et contentieux

Ce service est le dernier recours pour être rémunéré dans le cas d'une patiente ne pouvant pas présenter les pièces justificatives relatives à un organisme débiteur et n'ayant pas le droit à la CMU d'urgence. Il s'agit donc des patientes éligibles à l'AME ou à l'AME soins urgents. Durant notre étude, ce service a fait trois demandes d'AME auprès de la caisse primaire d'assurance maladie, deux demandes ont été acceptées et une refusée. Cette démarche est très longue, il faut environ 6 à 9 mois d'après la secrétaire responsable de ce service pour que le dossier soit clôturé. Elle n'a donc pas été en mesure de quantifier un temps passé en moyenne pour prendre en charge un tel dossier. Les 3 patientes ayant bénéficié de cette procédure étaient en situation de précarité d'après EPICES (cf. tableau IX).

2.8 Intervention de la sécurité

Il s'agissait de répertorier chaque intervention d'un agent de la sécurité de l'hôpital auprès des patientes séjournant dans l'UF hospitalisation grossesses durant l'étude.

Nous n'avons recueilli qu'un seul cas, celui-ci concernait une menace d'accouchement prématuré arrivée par hélicoptère. Cette patiente était en situation de précarité d'après EPICES (cf. tableau IX). Lors de chaque transfert hélicoptère des agents de la sécurité de l'hôpital doivent être présents.

2.9 Organisation de la sortie par la sage-femme

À chaque sortie des patientes du service, la sage-femme devait répondre à la question suivante : « Avez-vous trouvé, en termes de temps, l'organisation de la sortie de la patiente : normale, moyennement supérieure (1,5 fois plus) ou très supérieure (2 fois plus) ? ». Pour 7 patientes, il n'a pas été possible d'évaluer une éventuelle surcharge de travail étant donné que leur séjour s'était terminé par un accouchement et qu'elles avaient rejoint le service de suites de couches. Sur les 22,5% de réponse « moyennement supérieure » ou « très supérieure », 81,5% des patientes étaient en situation de précarité d'après le score EPICES (cf. tableau IX).

Tableau VII : Description du type de retour à domicile (simple ou avec visite d'une sage-femme à domicile) des 73 patientes concernées dans la cohorte et comparaison entre les deux sous-groupes (score EPICES <30 et score EPICES ≥30).

	Effectif	Score EPICES < 30	Score EPICES ≥ 30	p
total		n=40 (54,8%)	n=33 (45,2%)	
	n=73 (%)*			
Retour à domicile				
Simple	43 (58,9)	24 (60,0)	19 (57,6)	>0,05
Avec sage-femme	30 (41,1)	16 (40,0)	14 (42,4)	

* Les valeurs sont données en effectif avec leur pourcentage (%)

Tableau VIII : Temps de travail des sages-femmes consacré à la sortie des 73 patientes concernées dans la cohorte en fonction du type de retour à domicile (simple ou avec visite d'une sage-femme).

	Effectif	Normal	Moyen-Très supérieur	p
total		n=56 (76,7%)	n=17 (23,3%)	
	n=73 (%)*			
Retour à domicile				
Simple	43 (58,9)	36 (64,3)	7 (41,2)	>0,05
Avec sage-femme	30 (41,1)	20 (35,7)	10 (58,8)	

* Les valeurs sont données en effectif avec leur pourcentage (%)

Tableau IX : Description des critères de surcoût hospitalier des femmes de la cohorte et comparaison entre les deux sous-groupes (score EPICES <30 et score EPICES ≥30).

	Cohorte n=120 (%)*	Score EPICES < 30 n=64 (53,3%)	Score EPICES ≥ 30 n=56 (46,7%)	p
Durée de séjour**				
DMSobs	7,7 [11,7]	6 [5,4]	9,6 [15,9]	> 0,05
DMSstand	6,1 [3,8]	6,4 [4,1]	5,7 [3,5]	> 0,05
Différence	1,6 [10,6]	- 0,4 [4,8]	3,9 [14,4]	0,04
Intervenant extérieur				
Non	99 (82,5)	58 (90,6)	41 (73,2)	0,02
Oui	21 (17,5)	6 (9,4)	15 (26,8)	
Intervention de l'assistante sociale				
Non	103 (85,8)	64 (100,0)	39 (69,6)	<10⁻⁵
Oui	17 (14,2)	0 (0,0)	17 (30,4)	
Staff social				
Non	107 (89,2)	63 (98,4)	44 (78,6)	<0,01
Oui	13 (10,8)	1 (1,6)	12 (21,4)	
Intervention de la psychologue				
Non	104 (86,7)	58 (90,6)	46 (82,1)	>0,05
Oui	10 (13,3)	6 (9,4)	10 (17,9)	
Intervention du bureau des entrées				
Non	112 (93,3)	64 (100,0)	48 (85,7)	<0,01
Oui	8 (6,7)	0 (0,0)	8 (14,3)	
Intervention du service facturation et contentieux				
Non	117 (97,5)	64 (100,0)	53 (94,6)	>0,05
Oui	3 (2,5)	0 (0,0)	3 (5,4)	
Intervention de la sécurité				
Non	119 (99,2)	64 (100,0)	55 (98,2)	>0,05
Oui	1 (0,8)	0 (0,0)	1 (1,8)	
Organisation de la sortie en termes de temps				
Normal	86 (71,7)	55 (85,9)	31 (55,4)	<0,001
Moyen (x1,5)	21 (17,5)	5 (7,8)	16 (28,6)	
Très supérieur (x2)	6 (5,0)	0 (0,0)	6 (10,7)	
Non organisé	7 (5,8)	4 (6,3)	3 (5,4)	

* Les valeurs sont données en effectif avec leur pourcentage (%), ou ** en moyenne avec leur déviation standard [DS].

IV . DISCUSSION

1. Limites de l'étude

Le premier point est celui de la taille de notre cohorte qui compte 133 hospitalisations pour 120 patientes, ce qui peut expliquer en partie la non significativité de certains résultats.

Le deuxième point est celui de la non exhaustivité des critères de surcoût hospitalier étudiés. Malgré une analyse approfondie de la littérature, nous étions dans l'incapacité par manque de temps, de faisabilité et de ressources humaines et matérielles, d'étudier les éventuels surcoûts hospitaliers concernant le travail de la cadre sage-femme du service, celui des aides-soignants mais aussi le travail des médecins que nous évoqueront lors de l'organisation de la sortie des patientes. Certaines équipes de recherche ont aussi identifié le travail des agents de maintenance et de réparation (dégradation de matériels hospitaliers plus fréquente lorsque l'hôpital se situe dans une zone défavorisée socialement), le même raisonnement est établi pour les agents d'entretien des espaces verts des hôpitaux... nous comprenons dès lors que l'ambition d'étudier dans un même travail de recherche tous les surcoûts hospitaliers est de l'ordre de l'impossible, tout du moins ne peut faire l'objet que d'une étude de grande envergure. L'objectif de ce mémoire n'était pas d'identifier tous les surcoûts hospitaliers mais d'en mesurer certains, cet aspect étant peu disponible dans la littérature scientifique et surtout limité aux données du PMSI.

Le troisième point est celui de l'analyse multivariée que nous n'avons pas faite (taille de l'échantillon trop petite) mais qui aurait permis d'intégrer les facteurs de risque de surcoût hospitalier potentiellement confondants.

Enfin, pour trois patientes de la cohorte, nous avons procédé à un entretien téléphonique car elles avaient déjà quitté le service avant que nous puissions les interroger. Les trois appels ont été émis à partir du téléphone du service. Ce mode de communication s'est avéré tout à fait compatible avec le remplissage du score EPICES.

2. Points forts de l'étude

Le mode de recueil nous a permis de ne pas avoir de données manquantes. Avant chaque entretien le dossier informatisé de la patiente était consulté et si une information n'était pas renseignée, elle était demandée par la suite, dans la chambre de la patiente.

Le taux de participation de 100% s'explique certainement par la nature de l'entretien qui durait en moyenne une quarantaine de minutes. Je me permets d'exposer un avis personnel concernant le déroulement de ces entretiens et la qualité des données recueillies. Il devait se dérouler en tête à tête avec la patiente, sauf s'il existait une barrière de la langue auquel cas le conjoint pouvait rester. Un climat de confiance s'installait rapidement avec la patiente, favorisé par le fait que je me présentais systématiquement en tenue de travail, qu'il s'agissait d'un mémoire de fin d'études et que le questionnaire était totalement anonyme (numéro d'anonymat donné à haute voix à la patiente). Il est arrivé que des patientes m'aient avoué n'avoir jamais révélé même à leur propre conjoint les informations qu'elles me donnaient ; notamment sur les sujets du mal-être (« Avez-vous déjà pensé ou fait une tentative de suicide ? »), mais surtout sur leur passé de violences sexuelles. Pour une de ces patientes, il s'agissait de la toute première fois où elle évoquait les sévices sexuelles qu'elle avait subi par un membre de sa famille et m'avait confié qu'elle voulait se « *décharger* » de ce poids à l'occasion de cette grossesse.

Enfin l'utilisation du score EPICES considéré comme étant un outil valide de repérage des personnes en situation de précarité est un point fort de l'étude.

En pratique, le temps de remplissage du score EPICES était très variable pouvant s'étendre de 1 minute à 15 minutes, volontiers plus long lorsque la patiente était en situation de précarité.

3. Variables descriptives remarquables au regard du score EPICES

Comme nous l'avions signalé dans l'analyse de la revue de la littérature, le score EPICES est un outil de mesure de la précarité validé au sein de la communauté scientifique. La grande étude publiée en 2006 et portant sur 197 389 consultants des CES montre un lien entre le score EPICES et de nombreux indicateurs socio-économiques, de mode de vie et des indicateurs de santé [50].

Nous retrouvons aussi ces associations dans notre étude, ceci est vrai pour :

- Indicateurs socio-économiques : **la catégorie socioprofessionnelle, le niveau de diplôme** et **l'instabilité à l'égard de l'emploi** (allocation chômage).
- Indicateurs de santé : **l'indice de masse corporelle** (les patientes ayant un score EPICES <30 appartiennent à une catégorie de poids normal [$18,5 \leq \text{IMC} < 25$] en revanche les patientes ayant un score EPICES ≥ 30 appartiennent à une catégorie de surpoids [$25 \leq \text{IMC} < 30$]). **Les pathologies chroniques nécessitant un traitement** (le plus souvent il s'agissait du traitement de l'asthme, des dysthyroïdies et d'antidouleurs). **Les troubles psychopathologiques**, 10% de notre population a bénéficié d'une prescription de médicaments par un psychiatre et quasiment 77% d'entre elles avaient un score EPICES ≥ 30 . D'après une récente étude publiée en mars 2014 de l'IMS health, l'Auvergne arriverait en deuxième position après le Limousin des régions françaises les plus consommatrices d'antidépresseurs avec 1 Auvergnat sur 23 ayant suivi un traitement de 6 mois de médicaments antidépresseurs au cours de l'année 2013. L'étude précise que la prise d'antidépresseurs serait liée à la solitude, la vieillesse et au handicap [74]. Près de 91% des patientes qui ont tenté de se suicider avaient un score EPICES ≥ 30 . Un document rédigé en janvier 2014 par l'observatoire régional de la santé estime un nombre de décès par suicide de 256 en moyenne par an dans notre région, la situant depuis peu au dessus de la moyenne nationale [75].

D'autres variables se sont avérées significatives d'après le score EPICES, c'est le cas de l'**âge** (patientes en situation de précarité plus jeunes de 3 ans et 7 mois), **l'origine géographique, l'usage de la langue française**, l'obtention du **permis de conduire**, la **gestité-parité**, les **mères seules** et les **violences psychiques, physiques et sexuelles**. Nous avons retrouvé dans la littérature, une étude mettant en évidence une association entre précarité définie d'après le score EPICES et les victimes de violences volontaires ayant consulté dans le service de médecine légale du CHU de Saint-Etienne [55].

4. Les critères de surcoût hospitalier

4.1 La durée de séjour

Sans doute le critère de surcoût le plus documenté dans la littérature, son recueil est simple car directement extrait du PMSI. Il est aussi le seul facteur « validé » par la littérature.

Notre étude a montré que si l'on compare la durée de séjour des patientes en situation de précarité à la durée de séjour des patientes non précaires, la première est plus élevée de 60%, soit respectivement une durée moyenne de 9,6 jours contre 6 jours. Lors de la mission PMSI de décembre 1999, Mathy et Bensadon ont observé sur 55 626 séjours une élévation de 61% de la durée de séjour des patients en situation de précarité par rapport à la durée de séjour des patients non précaires avec respectivement une durée moyenne de séjour de 9,5 contre 5,9 jours. Soit la même différence entre les deux groupes de 3,6 jours pour ces deux études [66]. Malgré cet écart très important ce résultat n'est pas revenu significatif dans notre étude. Ceci s'explique très certainement par le fait que notre échantillon ne soit pas assez grand.

Nous avons aussi cherché à savoir si les pathologies des patientes en situation de précarité nécessitaient une durée de séjour plus grande comme décrit dans la littérature [76]. En effet, il est admis qu'il n'existe pas de pathologies spécifiques à la précarité mais que leur degré de gravité était souvent supérieur. Nous nous attendions en analysant les durées de séjour standardisées (durée de séjour moyenne nationale attribuée à chaque GHM) à avoir une durée moyenne de séjour standardisée plus élevée pour le groupe de patientes en situation de précarité, mais nos résultats ont montré l'inverse : les pathologies pour lesquelles les femmes en situation de précarité étaient hospitalisées demandaient moins de jours d'hospitalisation que celles des femmes non précaires. Notre étude a montré que si l'on compare la durée moyenne de séjour standardisée des patientes en situation de précarité à la durée moyenne de séjour standardisée des patientes non précaires, la première est moins élevée de 10,9%, soit respectivement une durée moyenne de 5,7 jours contre 6,4 jours.

Deux hypothèses s'offrent à nous :

- Il n'existe pas de différence significative donc l'éventail des pathologies est identique entre les deux groupes.
- Il existe une différence mais celle-ci n'est pas mise en évidence dans cette étude par manque de puissance, auquel cas les patientes en situation de précarité seraient hospitalisées pour des affections moins sévères que des patientes non précaires. Ce qui serait un élément de réponse pour justifier le taux élevé (46,7%) de femmes en situation de précarité dans notre population d'études.

La situation sociale aurait-elle une influence sur la décision du médecin des urgences obstétricales à hospitaliser plus volontiers une patiente en situation de précarité ?

Enfin, nous avons cherché à évaluer la « performance » de l'hôpital à prendre en charge les patientes en situation de précarité et celles qui ne le sont pas. Pour rendre compte de ce phénomène nous avons fait la différence entre la durée réelle du séjour et la durée standardisée correspondante. **Le résultat pour les patientes en situation de précarité est positif et s'élève à 3,9 jours, celui des patientes non précaires est négatif et s'élève à - 0,4 jour.** En d'autres termes, la prise en charge des patientes en situation de précarité est peu performante ($DMS_{obs} > DMS_{stand}$). En revanche la prise en charge des patientes non précaires est très performante ($DMS_{obs} < DMS_{stand}$). **Ce résultat est statistiquement significatif et permet d'affirmer qu'il existe une différence de « performance » dans la prise en charge des patientes en fonction de leur situation de précarité ou non.**

La durée de séjour peut donc être un facteur de surcoût hospitalier du fait de cette différence de « performance », cependant il reste à déterminer si ce surcoût n'est pas amorti en partie par le franchissement de la borne haute (2,5 fois la DMS standardisée), même si les jours supplémentaires (qui dépassent la borne haute) sont comptablement dissuadés par l'effet d'un encaissement réduit.

L'estimation chiffrée du surcoût imputable à l'allongement de la durée de séjour chez les patientes en situation de précarité s'élève à environ **460 000 euros à l'année** pour l'UF hospitalisation grossesses. A titre de comparaison, ceci équivaut au financement par l'hôpital d'environ 10 postes de sages-femmes, toutes charges comprises pendant un an. C'est sans compter les autres facteurs de surcoût comme l'intervention d'un professionnel extérieur par exemple. Il s'agit d'une première estimation, elle n'a pas pour ambition d'être précise au millier d'euros près, mais de donner un ordre de grandeur chiffré du surcoût hospitalier lié à la prise en charge des patientes en situation de précarité dans l'UF hospitalisation grossesses.

A propos d'un cas, illustrant à l'extrême cet item.

Durant l'étude, nous avons été confrontés à une situation peu fréquente. Lors du recueil de données auprès de la patiente, à la question : « Avez-vous subi des violences physiques ? », cette dernière a hoché la tête et a montré du doigt son mari en train de dormir dans le fauteuil. Il ne comprenait quasiment pas le français tandis que la patiente était de nationalité française. Après l'avoir accompagnée dans les toilettes prétextant d'une envie de se rafraîchir, la patiente m'a demandé de l'aide. Nous avons donc déclenché à la suite de l'entretien une liaison avec le pôle violence du CHU Estaing. Cependant, plusieurs heures après la sortie du service la patiente a été retrouvée seule, accroupie, en état d'angoisse dans les couloirs. En attendant une solution de sortie dans de meilleures conditions, il a été proposé à la patiente de dormir dans sa chambre une nuit de plus. Cette nuit n'a pas été comptée dans le séjour soumis à tarification.

Il s'agit du seul exemple où mon intervention a influencé la prise en charge de la patiente (liaison avec le pôle violence) et cela n'a pas eu d'effet sur la mesure des surcoûts.

4.2 Les prestations supérieures

Ces surcoûts sont décrits dans la littérature par des études de terrain ayant pour objectif une évaluation qualitative [77]. On les retrouve sous les appellations de « *surcoûts structurels* », « *temps médical, soignant et social* », « *surcoûts organisationnels* », « *ressources supplémentaires* ». Nous n'avons pas retrouvé de grandes études quantitatives qui mesurent ce type de surcoût hospitalier. Un travail de recherche effectué en 2008 à la maternité de Clermont-Ferrand avait mesuré un temps supplémentaire passé par les assistantes sociales et les cadres du service et engendré par la prise en charge de la précarité pouvant s'élever respectivement à 62% et 30% d'un équivalent temps plein [78].

Dans notre étude, les facteurs de surcoût hospitalier qui se sont révélés significatifs sont : **l'intervention d'un professionnel extérieur, l'intervention de l'assistante sociale, le passage au staff social, l'intervention du bureau des entrées** et enfin **l'organisation de la sortie du service des patientes**.

Concernant l'intervention de l'assistante sociale auprès des patientes, nous avons remarqué que 100% des patientes vues étaient en situation de précarité et même en situation de grande précarité car le score EPICES moyen appartenait au dernier quintile de répartition (quintile 5). Cependant au cours d'entretiens informels avec l'équipe sociale, nous avons appris que trop souvent leurs actions étaient réduites à la seule prise en charge des personnes en situation de précarité. Leurs actions reposent sur quatre thèmes importants : l'accès aux soins, l'accès aux droits, l'aide à la vie quotidienne et l'organisation des sorties. Leur champ de compétence est vaste pouvant aller de la mise en place d'une aide à domicile à l'aide au financement des funérailles d'un nouveau-né. L'assistante sociale n'a pas vocation non plus à voir toutes les patientes précaires du service ; si celles-ci sont déjà suivies ou que leur situation n'a pas de conséquences sur le séjour et sa sortie, elles ne seront pas vues.

Nos résultats ne font pas apparaître toutes ces missions mais plutôt un champ d'exercice qui serait restreint à la seule prise en charge des patientes en situation de précarité. Concordant ainsi avec le discours de certaines assistantes sociales qui constatent que leur mission, de plus en plus importante, au sein de l'hôpital est de « *régulariser* » la situation de la patiente pour que l'hôpital soit rémunéré (obtention de

l'AME, demande de CMU urgente...). Devant des durées de séjour moins longues, elles ont dû adapter leur organisation de travail pour être plus efficaces dans la prise en charge des patientes.

Une illustration de l'allongement de la durée de séjour pour un motif purement social nous a été donnée par l'assistante sociale. Parfois, lorsque la patiente est hospitalisée le samedi ou le dimanche, l'hôpital va prolonger sa durée de séjour au lundi sans motif médical pour qu'elle puisse être vue par l'assistante sociale. L'hôpital préférera perdre en rentabilité sur son séjour plutôt que de ne pas être rémunéré du fait que la patiente n'ait pas d'organisme débiteur correctement identifié.

Concernant l'organisation de la sortie par la sage-femme, nous avons constaté un temps de travail supplémentaire. Nous pensons logiquement que ce raisonnement peut être étendu au travail des médecins qui participent en collaboration avec la sage-femme à la sortie de la patiente du service. A titre illustratif, durant notre étude, le médecin s'est entretenu 30 minutes en anglais avec le mari d'une patiente par l'intermédiaire du logiciel Skype, car la patiente ne comprenait ni le français ni l'anglais (le score EPICES de cette patiente était égal à 100, le mari ayant fait office d'interprète).

Aussi, nous avons pu mettre en évidence que le temps de travail supplémentaire concernant le retour à domicile des patientes n'est pas causé par l'organisation d'une visite par une sage-femme libérale après l'hospitalisation. D'une part parce qu'il n'y a pas de différence significative entre l'organisation d'une visite à domicile et le fait d'être en situation de précarité ou non (cf. tableau VII). D'autre part parce qu'intrinsèquement le fait d'organiser une visite à domicile ne semble pas augmenter significativement le temps de travail de la sage-femme pour organiser la sortie de la patiente (cf. tableau VIII).

5. Solutions de financement

Aujourd'hui en complémentarité à la T2A, les surcoûts engendrés par la précarité sont en partie pris en charge par les missions d'intérêt général (MIG). Mais deux arguments viennent remettre en cause ce fonctionnement par enveloppe. Le premier est que pour avoir cette dotation il faut être éligible. Peuvent en bénéficier, les établissements de santé dont le taux de séjour pris en charge par la CMU, CMUc, AME, AME soins urgents est supérieur ou égal à 10,5% ainsi qu'un seuil plancher de dotation fixé à 40 000 euros par établissement. Le CHU de Clermont-Ferrand ne bénéficie pas de cette dotation. Or dans notre étude, nous nous apercevons que 41,1% des femmes en situation de précarité ont une sécurité sociale avec ou sans mutuelle. Ainsi, le seul critère CMU et AME n'est sensible qu'à hauteur de 58,9% en matière de repérage des situations de précarité définies par le score EPICES (Se=58,9%/Sp=95,3%/VPP=91,7%/VPN=72,6%). Le second argument fait appel à une logique pour savoir si ce financement par MIG couvre les surcoûts liés à la précarité ou seulement une partie ; il faudrait d'abord identifier et mesurer l'impact que la précarité a sur la durée des séjours et sur les coûts des établissements.

L'enjeu d'identifier les patients en situation de précarité et de valoriser leurs séjours est au cœur de l'actualité, plusieurs perspectives sont envisagées :

- Identifier les marqueurs de précarité à l'échelle du patient et les intégrer au PMSI pour qu'ils interviennent dans l'algorithme de groupage. Des codes diagnostics décrivant les conditions socio-économiques et psychosociales existent déjà mais ils n'apparaissent qu'à titre informatif. Aussi, cette approche soulève une question éthique, celle de la stigmatisation de certains patients par exemple.
- L'approche géo-populationnelle, par la création d'indicateurs agrégés basés sur des données contextuelles telles que le lieu de résidence (code postal) du patient. Un niveau de granularité pertinent semble difficile à définir, en exemple il existe une grande hétérogénéité de niveau socio-économique au sein d'une même commune et a fortiori d'une aire de distribution postale.

- Combiner à la fois la qualification de la patientèle d'un établissement (par le taux de séjour AME, CMU et les codes de précarité du PMSI) et les données géo-populationnelles.

Cette étude a pu mettre en évidence l'adaptation administrative de l'hôpital à la précarité. Nous pouvons citer l'exemple du circuit de l'identification du débiteur lorsque la patiente n'est pas en mesure de le fournir. Tout commence au bureau des entrées puis le dossier est orienté à l'assistante sociale. Lorsqu'il s'agit d'une demande d'AME, le dossier doit être orienté vers le service facturation et contentieux qui lui-même fait une demande auprès de la caisse primaire d'assurance maladie. Une fois la demande acceptée ou refusée le dossier retourne auprès de l'assistante sociale et auprès du bureau des entrées... Une simplification de ce circuit générateur de multiples surcoûts pourrait être envisagée en fusionnant l'AME dans la CMU comme proposé dans le rapport IGAS-IGF de Novembre 2010 donnant à la CMU l'universalité qu'elle promettait à sa création [79].

Le caractère multidimensionnel et la difficulté d'apporter une définition concise de la précarité explique certainement la complexité de son financement au sein de l'hôpital. En amont même de la question du financement des hôpitaux, les réflexions en matière de politiques de prévention et de lutte contre les inégalités sociales de santé doivent être abordées au premier plan.

6. Projet d'action

Au terme de ce travail de recherche, deux remarques importantes nous sont apparues. Ce projet d'action sera donc double.

- La T2A est basée sur des calculs de moyennes à l'échelle nationale. Si une variable est répartie équitablement sur tous les établissements de santé le problème d'un sous ou sur financement ne se pose pas.

Mais prenons le cas de la prise en charge des personnes en situation de précarité dans les établissements de santé. Si nous sommes dans une logique d'application d'un tarif unique entre les établissements et que nous supposons que le recrutement de la patientèle puisse être différent (accueil important d'une population précaire du fait de la localisation géographique, de la réputation de l'établissement, des services proposés...), le risque est qu'il pourrait exister une grande variabilité autour de cette moyenne et de ce fait des inégalités en matière de coût entre les établissements.

L'idée serait donc d'élargir le périmètre de cette étude à l'hôpital mais surtout entre les établissements. Cela apporterait des éléments de réponse au problème très actuel du financement de la précarité dans la T2A et en particulier sur son mode d'identification (est-il préférable de se baser sur des éléments constatés au sein de l'établissement ou sur des données géo-populationnelles ?).

- Au cours du recueil de données, nous avons constaté que bien souvent les déclarations des patientes faites dans leur chambre concernant leur passé de violences physiques et sexuelles ainsi que leur passé psychologique (tentatives de suicide, dépression) n'étaient pas renseignées dans leur dossier informatisé. Pourtant depuis 2005, la haute autorité de santé (HAS) a précisé les objectifs de l'entretien précoce aussi appelé « entretien du 4^{ème} mois », il s'agit notamment du « repérage systématique des facteurs de vulnérabilité (somatique, sociale, psycho-affective) ». Au cours de cette consultation le professionnel de santé se doit « de convaincre, avec tact, les femmes de ne pas taire les violences conjugales », de repérer des situations de « précarité », « de stress »... [80].

Nous pensons que l'identification de telles situations n'est pas correctement effectuée. Elle est pourtant importante tant pour les patientes (prise en charge globale) que pour l'hôpital (surcoût). Personnellement, j'explique en grande partie ces moments de confiance de la part de la patiente par le fait que mon intervention auprès d'elle était unique et se déroulait-en tête à tête. Serait-il alors pertinent que cet entretien précoce soit mené par un professionnel qui n'interviendrait qu'à cette occasion durant la grossesse ? Plus largement, sachant que la précarité est déjà génératrice de surcoût ne serait-il pas profitable à l'hôpital d'optimiser les moyens pour l'identifier (score EPICES effectué par les soignants...) ?

CONCLUSION

Ce travail de recherche est original par sa méthodologie notamment en ce qui concerne la mesure du surcoût hospitalier dû aux prestations supérieures tels que, l'intervention de l'assistante sociale en minutes, le relevé des intervenants extérieurs, l'évaluation du travail du bureau des entrées, l'évaluation de l'organisation de la sortie des patientes... en contrepartie, certains aspects de la prise en charge des patientes n'ont pas été explorés (prescriptions d'exams complémentaires, temps de nursing...) et pourraient constituer des facteurs de surcoût hospitalier.

L'unité fonctionnelle hospitalisation grossesses compte 16 lits. Elle couvre la région Auvergne voire au-delà notamment pour ses compétences en matière de médecine fœtale. Elle est aussi considérée dans la T2A comme une spécialité dite «coûteuse» au même titre que le service de réanimation adulte et le service de réanimation néonatale et pédiatrique. À titre de comparaison, le tarif prestation journalier (TJP) dans un tel service est multiplié par un facteur 2 par rapport à un TJP dans un service de chirurgie.

Ces arguments rendent encore plus surprenante l'existence dans notre étude d'une différence significative concernant l'écart entre la durée moyenne de séjour observée et la durée moyenne de séjour standardisée si l'on compare les patientes en situation de précarité aux patientes qui ne le sont pas. Ces résultats témoignent d'une « performance » de prise en charge hospitalière à deux vitesses. Très performante lorsqu'il s'agit de prendre en charge des patientes qui ne sont pas en situation de précarité et peu performante lorsqu'il s'agit de prendre en charge des patientes qui le sont. Ce défaut de performance lié à la précarité serait responsable d'un surcoût hospitalier d'environ 460 000 euros à l'année pour l'UF hospitalisation grossesses.

Ne serait-ce que pour la durée de séjour, cette étude a mis en évidence une grande variabilité autour de la moyenne nationale représentée ici par la DMS. Ce phénomène de variabilité significative autour de la moyenne serait donc responsable de surcoûts cachés par le système de tarification actuel. Devons-nous entièrement repenser la T2A ? La réponse est non. En revanche nous nous devons d'**identifier** et de **valoriser** ces surcoûts afin de garantir l'équité entre les différents établissements de santé. La mission historique d'assistance aux plus démunis de l'hôpital public n'est pas valorisée par ce système de tarification. Les missions d'intérêt général, plus précisément la « MIG

précarité » dont l'objectif est de compléter ce qui n'est pas pris en charge par la tarification à l'acte s'élève à 40 000 euros par an maximum par CHU. C'est peu en comparaison des 460 000 euros de surcoût hospitalier seulement lié à la durée de séjour des femmes en situation de précarité et pour le seul service d'hospitalisation grossesses.

Les travaux de recherche devront répondre successivement aux questions suivantes : « Comment identifier la précarité ? », « Quels sont les surcoûts ? » « Comment valoriser la précarité dans la T2A ? ».

Nous concluons sur les mots du Professeur Farge-bancel qui a dit à propos de la précarité que *«notre incapacité, demain, à maintenir cette prise en charge gratuite des patients les plus démunis sera probablement le fait d'un contrôle insuffisant ou nul des coûts, alors que leur maîtrise est possible »*.

RÉFÉRENCES

- [1] Bresson M. Sociologie de la précarité. 2ème éd. Armand Colin ; 2012.
- [2] Lebas J, Chauvin P. Précarité et santé. Paris : Flammarion Médecine-Sciences ; 1998.
- [3] Mercure D. Nouvelles dynamiques d'entreprise et transformation des formes d'emploi. Du fordisme à l'impartition flexible. Québec : Presses de l'Université Laval ; 2001.
- [4] Guilbert M, Lowit N, Creusen J. Le travail temporaire. Revue française de sociologie. 1970 ; 11(4):586-2.
- [5] Mermet D. Histoire de la précarité. France inter, Là-bas si j'y suis [consulté le 31/08/13]. Disponible à partir de : URL : <<http://www.franceinter.fr/emission-la-bas-si-j-y-suis-histoire-de-la-precarite>>
- [6] Wresinski J. Grande pauvreté et précarité économique et sociale. JO n°6 du 28 février 1987. p.6.
- [7] INSEE-DGFIP-CNAF-CNAV-CCMSA. Enquêtes revenus fiscaux et sociaux 2005 à 2010.
- [8] Médecin du monde. Observatoire de l'accès aux soins de la mission France. Rapport 2012 ; 2013
- [9] Legal A. La hausse du nombre d'allocataires des minima sociaux se poursuit en 2011. DRESS, études et résultats n°844 ; 2013
- [10] Secours catholique. Regards sur 10 ans de pauvreté. Dossier de presse. Statistiques d'accueil 2011 ; 2011
- [11] INJEP. Inégalités entre jeunes sur fond de crise. Rapport de l'observatoire de la jeunesse ; 2012
- [12] Observatoires des inégalités. La pauvreté augmente chez les jeunes mais aussi chez les seniors ; 2012 Déc [consulté le 11/11/13]. Disponible à partir de : URL : <http://www.inegalites.fr/spip.php?article373&id_mot=76>
- [13] The World Bank. World development indicators [consulté le 05/09/13]. Disponible à partir de : URL : <<http://www.worldbank.org/en/topic/measuringpoverty>>

[14] Préambule à la constitution de l'organisation mondiale de la Santé. New York ; 1946 Juin 19-22.

[15] Préambule de la constitution du 27 octobre 1946, alinéa 11.

[16] Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions (art 71).

[17] Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle.

[18] Article L.251-1 du code de l'action sociale et des familles.

[19] Circulaire DHOS/DSS/DGAS n° 141 du 16 mars 2005 relative à la prise en charge des soins urgents délivrés à des étrangers résidant en France de manière irrégulière et non bénéficiaires de l'Aide médicale de l'Etat.

[20] Article L.1431-2 du CSP, loi 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

[21] Article R.4127-305 du CSP.

[22] Article R.4127-336 du CSP

[23] Whitehead M, Dahlgren G. Concept and principles for tackling social inequalities in health. Levelling Up, Part 1. Copenhagen : World Health Organization ; 2006

[24] Guichard A, Potvin L. Pourquoi s'intéresser aux inégalités sociales de santé ? La réduction des inégalités sociales de santé : un objectif prioritaire des systèmes de santé, INPES ; 2010

[25] Moleux M, Schaetzel F, Scotton C. Les inégalités sociales de santé : Déterminants sociaux et modèle d'action. Rapport IGAS. 2011 Mai

[26] Chauvin P, Lebas J. Inégalités et disparités sociales de santé. Paris : Flammarion Médecine Sciences ; 2007 : 331-10.

- [27] Cambois E, Jusot F. Ampleur, tendance et causes des inégalités sociales de santé et de mortalité en Europe : une revue des études comparatives. Les inégalités sociales de santé en France en 2006 : éléments de l'état des lieux. BEH n°2-3. 2007 Jan 23 : 10-14.
- [28] CSDH. Final report : Closing the gap in a generation : health equity through action on the social determinants of health. Geneva : World Health Organization ; 2008
- [29] Chauvin P, Estecahandy P. Inégalités sociales de santé et précarité. La revue actualité et dossier en santé publique, n°73. 2010 Déc : 17-18
- [30] Cambois E. Les travaux de l'ONPES 2003-2004 : Les personnes en situation sociale difficile et leur santé : 101-104
- [31] Black D, Morris JN, Smith C, Townsend P. The Black Report. London : Pelican ; 1982.
- [32] Warin P. Renoncement aux soins. Paris : DRESS ; 2011 Nov 22 : 81-87
- [33] DRESS. L'état de santé de la population en France. Rapport 2011.
- [34] Dourgnon P, Guillaume S, Rochereau T. Enquête sur la santé et la protection sociale 2010. Les rapports de l'IRDES n°1886 ; 2012 Juil :121.
- [35] Guignon N. La santé des enfants scolarisés en CM2 en 2004-2005. DRESS, Etudes et résultats n°632 ; 2008 Avr.
- [36] Hescot P, Roland E. La santé dentaire en France. Union française pour la santé bucco-dentaire. Paris ; 1993 : 128.
- [37] Castelain JP. Prévalences des troubles psychiques et caractéristiques socio-économiques : éléments pour une analyse de l'exclusion et de la précarité. L'Information psychiatrique. 2005 Avr ; 81(4):351-6.
- [38] Royer B, Gusto G, Vol S, D'hour A, Arondel D, Tichet J et al. Situations de précarité, santé perçue et troubles anxiodépressifs : une étude dans 12 centres d'examens de santé. Pratiques et Organisation des Soins. 2010 Avr ; 41:313-38.

[39] Beck F, Guignard R, Du Roscoät E, Saïas T. Tentatives de suicide et pensées suicidaires en France en 2010. BEH n°47-48. 2011 Déc 13 : 488-4.

[40] Hirsch M. Les inégalités sociales de santé en France en 2006 : éléments de l'état des lieux. BEH n°2-3. 2007 Jan 23 : 9-10.

[41] Mesrine A. La surmortalité des chômeurs : un effet catalyseur de chômage ?. Economie et statistique n°334. Paris : INSEE ; 2000 : 33-48.

[42] Huisman M, Kunst AE, Bopp M, Avendano M, Van Lenthe F, Regidor E et al. Educational inequalities in cause specific mortality in middle-aged and older men and women in eight western European populations. Lancet. 2005; 365(9458):493-500.

[43] Fondation Abbé Pierre. SOS taudis que cesse le scandale de l'habitat indigne. 2007.

[44] Declercq C, Pascal M, Chanel O, Corso M, Ung A, Pascal L et al. Impact sanitaire de la pollution atmosphérique dans neuf villes françaises. Résultats du projet Aphekom. Saint-Maurice : INVS ; 2012 : 33.

[45] Vilain A., Gonzalez L., Rey S, Matet N, Blondel B. Surveillance de la grossesse en 2010 : des inégalités socio-démographiques. DREES, études et résultats n°848. 2013 Juil.

[46] Gayral-Taminh M, Daubisse-Marliac L, Baron M, Maurel G, Rème JM, Grandjean H. Caractéristiques socio-démographiques et risques périnataux des mères en situation de précarité. Journal Gynecol Obst Biol de la Reprod. 2005;34:23-32.

[47] Castiel D, Bréchat PH, Seguin C, Grenouilleau MC, Bertrand D. Hôpitaux publics, T2A et handicap social : pour interroger nos évidences. Gestions Hospitalières n°457. 2006 Juin/Juil : 403-407.

[48] Castiel D, Bréchat P.H, Grenouilleau MC, Rymer R. Handicap social et hôpitaux publics : pour un modèle d'allocation de ressources dans le cadre d'une politique de santé publique. Santé publique. 2009;21(2):195-212.

[49] Pascal J, Quelier C, Lombrail P, Agard C, Nguyen JM. Peut-on identifier simplement la précarité sociale parmi les consultants de l'hôpital ?. Sciences sociales et santé. 2006;24(3):33-56.

- [50] Sass C, Guéguen R, Moulin JJ, Abric L, Dauphinot V, Gerbaud L et al. Comparaison du score individuel de précarité des Centres d'Examens de santé, EPICES, à la définition socio-administrative de la précarité. *Santé Publique*. 2006;18(4):513-522.
- [51] Labbe E, Moulin JJ, Sass C, Chatain C, Gerbaud L. Relations entre formes particulières d'emploi, vulnérabilité sociale et santé, *Arch Mal Prof Env*. 2007;68:365-375.
- [52] Moulin JJ, Labbe E, Sass C, Chatain C, Gerbaud L. Précarité et facteurs de risque : le score EPICES. *Rev Francoph Psycho-Oncologique*. 2006;(2):115-121.
- [53] Bihan H, Laurent S, Sass C, Nguyen G, Huot C, Moulin JJ et al. Association among individual deprivation, glycemic control and diabets complications, The EPICES score. *Diabetes Care*. 2005; 28(1):2680-2685.
- [54] Fieulaine N, Apostolidis T, Olivetto F. Précarité et troubles psychologiques : l'effet médiateur de la perspective temporelle. *Les cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*. 2006 ;(72):51-63.
- [55] Sass C, Belin S, Chatain C, Moulin JJ, Debout M, Duband S. La précarité est plus fréquente chez les victimes de violences volontaires : intérêt du score EPICES, *Presse Med*. 2009 ;38(6):881-892.
- [56] Sass C, Convers M, Jiroff L. Prématuration, pathologies de la grossesse et vulnérabilité sociale. *Epidémiologie Sociale et Inégalités de Santé (colloque ADELFI)*. Toulouse . 2009 Mai 28-29.
- [57] Lagabrielle D, Moulin JJ. Inégalités sociales de santé : comment repérer la personne à risque avec qui agir. *Revue du praticien*. 2006;(744):1065-6.
- [58] Guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie. BO n°2013/6 fascicule spécial. Annexe II de l'arrêté du 21 décembre 2012.
- [59] Or Z, Renaud T. Principes et enjeux de la tarification à l'activité à l'hôpital (T2A). Enseignement de la théorie économique et des expériences étrangères. Document de travail IRDES n°23. 2009 Mar.

[60] Le Menn J, Milon A. Refonder la tarification hospitalière au service du patient. Rapport d'information fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale, de la commission des affaires sociales sur le financement des établissements de santé, n°703 déposé au Sénat le 25 juillet 2012.

[61] Grimaldi A. L'arnaque de la T2A . Médecine. 2008 Nov ;4(9):388-390.

[62] Touraine M. Un pacte de confiance pour l'hôpital. Discours du 7 septembre 2012 [consulté le 11/10/13]. Disponible à partir de : URL : <<http://www.sante.gouv.fr/un-pacte-de-confiance-pour-l-hopital-discours-de-marisol-touraine-vencredi-7-septembre-2012.html>>

[63] Blanchard N, Pichetti S, Raynaud D. Second rapport d'activité du Comité d'évaluation de la T2A. DREES, document de travail n°94. 2009 Sept.

[64] Epstein AM, Stern RS, Tognetti J. The Association of Patients' Socioeconomic Characteristics with the Length of Hospital Stay and Hospital Charges within Diagnosis-Related Groups. N Engl J Med. 1988 Jun;318(24):1579-85.

[65] Epstein AM, Stern RS, Weissman JS. Do the poor cost more? A multihospital study of patients' socioeconomic status and use of hospital resources. N Engl J Med. 1990;322(16):1122-8.

[66] Mathy C, Bensadon M. L'impact de la prise en charge des patients en situation de précarité sur les hospitalisations de court séjour. Mission PMSI/CTIP. Ministère de l'emploi et de la solidarité. 1999 : 1-37.

[67] Closon MC, Azoury E, Duchaine A. Impact des facteurs sociaux sur la durée de séjour dans les hôpitaux. Centre d'étude interdisciplinaire en économie de la santé (CIES). Bruxelles. 1997.

[68] Closon MC, Maes N, Duchaine A. Impact des facteurs sociaux sur la durée de séjour et les coûts dans les hôpitaux. CIES. Bruxelles. 1998.

[69] Closon MC, Maes N, Duchaine A, Perelman J. La dimension sociale de l'hôpital : concrétisation des résultats de la recherche RSM-RCM dans le financement de l'organisation des hôpitaux. CIES. Bruxelles. 1999.

- [70] Closon MC, Chevallier P, Perelman J. Etude Coût-Pathologie. CIES. Bruxelles. 2001.
- [71] Castiel D, Bréchat PH, Segouin C. Hôpitaux publics, T2A et handicap social. Gestions Hospitalière n°457. 2006 Juin/Jul : 241-45.
- [72] Holstein J, Farge D, Chatellier G. Lien précarité-durée et complexité des séjours hospitalier en secteur de court séjour. Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, n°57. 2009 : 205-211.
- [73] Décret n° 2002-120 du 30 janvier 2002 relatif aux caractéristiques du logement décent pris pour l'application de l'article 187 de la loi n° 2000-1208 du 13 décembre 2000 relative à la solidarité et au renouvellement urbains. JORF n°26 du 31 janvier 2002 page 2090 texte n° 32.
- [74] IMS Health, Etude IMS, Dépression et territoires. 2014 Mar. [consulté le 11/04/13]. Disponible sur : URL : <<http://fr.slideshare.net/lesechos2/dossier-dpression-et-territoires-source-ims-health-2014>>
- [75] Venzac M, et Maquinghe S. Suicide et tentatives de suicide en Auvergne. Observatoire régional de la santé Auvergne. 2014 Jan.
- [76] Yilmaz E, Raynaud D. Les patients en situation de précarité accueillis en court séjour restent-ils plus longtemps à l'hôpital ?. Le panorama des établissements de santé. 2010 : 29-40.
- [77] Maric M, Gregoire E, Leporcher L. La prise en charge des populations dites précaires dans les établissements de soins. DREES, Série Etudes et Recherches n°81. 2008 Nov.
- [78] Berges AS. Précarité et tarification à l'activité : Etude de l'accouchement au CHU de Clermont-Ferrand. [Thèse pour le doctorat en médecine]. Clermont-Ferrand ; 2009
- [79] Cordier A, Salas F. Analyse de l'évolution des dépenses au titre de l'aide médicale d'Etat, IGF-IGAS. 2010 Déc.
- [80] HAS. Comment mieux informer les femmes enceintes ? Recommandations pour les professionnels de santé. 2005 Avr.

ANNEXES

Annexe I : Contenu du résumé d'unité médicale

Le RUM contient un nombre limité de rubriques. Les informations à fournir sont d'ordre administratif et médical. Leur définition et les consignes pour leur recueil sont données dans le chapitre I du Guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie que l'on désignera dans la suite de ce texte par *Guide méthodologique*.

Informations dites administratives

- Identifiants correspondant à l'ensemble du séjour dans les unités de médecine, chirurgie, obstétrique ou odontologie de l'établissement : numéro administratif local de séjour et numéro de RSS
- Numéro de l'établissement dans le fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS)
- Date de naissance
- Sexe
- Code postal de résidence
- Numéro de l'unité médicale d'hospitalisation
- Dates et modes d'entrée et de sortie, provenance et destination
- Nombre de séances

Informations médicales

- Diagnostics : diagnostic principal, diagnostic relié, diagnostics associés
- Actes médicaux
- Types de dosimétrie et de machine en radiothérapie
- Poids à l'entrée dans l'unité médicale pour le nouveau-né
- Âge gestationnel de la mère et du nouveau-né, date des dernières règles de la mère
- Indice de gravité simplifié (IGS II)
- Données à visée documentaire

Annexe II :

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

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

Directeur du mémoire : *Dr Aublet-cuvelier (médecin responsable du DIM CHU Clermont-Ferrand)*

Investigateur : *REGNIER Adeline, adresse mail : adregnier@hotmail.fr*

Patient(e) :

Noms :

Prénoms :

Numéro d'anonymat du (de la) patient(e) : |__|__|__|.

L'étudiant(e) sage-femme, *REGNIER Adeline*, école de sages-femmes du C.H.U. Estaing.

Adresse : Ecole de sages-femmes, U.F.R. de médecine et pharmacie 28 place Henri DUNANT, 63001 Clermont-Ferrand BP 38. Tél : 04 73 75 03 15

M'a proposé de participer à l'étude intitulée : « *La prise en charge de la précarité dans un contexte de financement type T2A* »

J'ai lu et compris la lettre d'information dont j'ai reçu un exemplaire. J'ai compris les informations écrites et orales qui m'ont été communiquées. L'étudiante sage-femme a répondu à toutes mes questions concernant l'étude. J'ai bien noté que je pourrai à tout moment, poser des questions ou demander des informations complémentaires à l'étudiant(e) sage-femme qui m'a présenté(e) l'étude.

J'ai eu le temps nécessaire pour réfléchir à mon implication dans cette étude. Je suis conscient(e) que ma participation est entièrement libre et volontaire. J'ai compris que les frais spécifiques à l'étude ne seront pas à ma charge.


Je peux à tout moment décider de quitter l'étude sans motiver ma décision et sans qu'elle n'entraîne de conséquences dans la qualité de ma prise en charge et sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait.

J'ai compris que les données collectées à l'occasion de cette recherche seront protégées dans le respect de la confidentialité. Elles pourront uniquement être consultées par les personnes soumises au secret professionnel appartenant à l'équipe de l'étude de l'étudiant sage-femme, ou les représentants des autorités de santé.

J'accepte le traitement informatisé des données à caractère personnel me concernant dans les conditions prévues par la loi informatique et liberté. J'ai été informé(e) de mon droit d'accès et de rectification des données me concernant par simple demande auprès de l'étudiant(e) sage-femme responsable de l'étude.

J'accepte librement et volontairement de participer à cette recherche, dans les conditions établies par la loi, et telles que précisées dans la lettre d'information qui m'a été remise.

J'accepte de participer à l'étude intitulé : « *La prise en charge de la précarité dans un contexte de financement type T2A* »

L'étudiant(e) sage-femme		Patient	
Nom, prénom	REGNIER Adeline	Nom, prénom	
Date - Lieu	Clermont-Ferrand	Date - Lieu	Clermont-Ferrand
Signature		Signature	

Adeline REGNIER

Titre :

La prise en charge de la précarité dans un contexte de financement de type T2A : Étude de cohorte dans l'unité fonctionnelle hospitalisation grossesses au CHU de Clermont-Ferrand.

The precariousness in the health-care in a T2A funding context : Cohort Study in the High Risk Pregnancy Unit in Clermont-Ferrand University Hospital.

Mémoire pour le diplôme d'État de Sage-Femme
Université d'Auvergne Clermont 1 / École de sage-femme de Clermont-Ferrand
Année 2014

Résumé :

Objectif : L'objectif de la présente étude est de mesurer le potentiel surcoût hospitalier lié à la prise en charge de la précarité et d'en donner une première estimation.

Méthodes : Il s'agit d'une étude de cohorte comptant 120 patientes pour 133 séjours hospitaliers dont le recueil prospectif a été mené pendant 64 jours dans l'unité fonctionnelle hospitalisation grossesses du CHU de Clermont-Ferrand. La mesure de la précarité a été effectuée à partir du score EPICES réalisé de manière semi-directive auprès des patientes. Une situation de précarité est retenue lorsque le score EPICES est ≥ 30 .

Résultats : La durée moyenne de séjour observée est de 9,6 jours pour les patientes ayant un score ≥ 30 contre 6 jours pour celles ayant un score <30 . La différence entre la durée moyenne de séjour observée et la durée moyenne de séjour standardisée est de 3,9 jours pour les patientes ayant un score ≥ 30 contre - 0,4 pour celles ayant un score <30 . Le surcoût estimé du fait de cette différence est d'environ 460 000 euros à l'année.

Discussion : Les résultats sont en faveur d'une différence de « performance » hospitalière dans la prise en charge des patientes en fonction de leur situation de précarité ou non. D'autres surcoûts ont été identifiés tels que l'intervention d'un professionnel extérieur, de l'assistante sociale et du bureau des entrées ainsi que l'organisation de la sortie de la patiente par la sage-femme.

Conclusion : Il semble fondamental de développer un système pertinent d'identification et de valorisation de la précarité dans la T2A.

Mots clés : Précarité, hôpital, prise en charge, PMSI, tarification à l'activité (T2A)

Abstract :

Aim : The aim of this study is to investigate the hospital potential additional costs and precarious care. Moreover, this study does give us a first estimate of precariousness.

Methods : This is a Cohort Study, which has a population of 120 patients for 133 hospital stays. It is a culmination of 64 days through its University Hospital of Clermont-Ferrand in the high risk pregnancy unit. The estimation of precariousness was carried out on the EPICES score. It was semi-directive carried with patients. A precarious situation is chosen when the EPICES score is ≥ 30 points. The estimated additional cost about this difference is approximately 460.000 euros.

Results : For patients of ≥ 30 points, the average length of stay recorded is 9.6 days. For patients of < 30 , the average is 6 days. For patients of ≥ 30 points, the difference between the average length of stay recorded and the standard average length of stay is 3.9. For patients of < 30 points the difference is - 0.4 compared with the average length of stay recorded.

Discussion : The results reveal a difference between the deprived patients or not in terms of hospital "performance". Other additional costs which have been identified such as the intervention an outside professional, a social assistance, the admissions desk and organization to the patient discharge by the midwife.

Conclusion : It seems important to start promoting a relevant system of precariousness identification and promoting it in T2A.

Keywords : Precariousness/deprivation, hospital, health-care, PMSI, case-mix based payment system (T2A)