



HAL
open science

Estimation de la prévalence de la précarité et analyse des facteurs associés à la précarité au Centre Hospitalier Intercommunal Eure-Seine

Josselin Diot

► **To cite this version:**

Josselin Diot. Estimation de la prévalence de la précarité et analyse des facteurs associés à la précarité au Centre Hospitalier Intercommunal Eure-Seine. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01701884

HAL Id: dumas-01701884

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01701884>

Submitted on 6 Feb 2018

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.

ANNEE 2017-2018

N°

**THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE
DOCTORAT EN MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement le 10 Janvier 2018

par

Josselin Diot

Né le 22/05/1986 à Courcouronnes (91)

***Estimation de la prévalence de la précarité et analyse des
facteurs associés à la précarité au Centre Hospitalier
Intercommunal Eure-Seine.***

Jury :

Président du jury : *Monsieur le Professeur Jacques BENICHOU*

Directeur de thèse : *Monsieur le Docteur Mher B JOULAKIAN*

Membres du jury : *Monsieur le Professeur Stefan J DARMONI*

Monsieur le Docteur Joël LADNER

ANNEE UNIVERSITAIRE 2017 - 2018

U.F.R. DE MEDECINE ET DE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : Professeur Pierre FREGER

ASSESSEURS : Professeur Michel GUERBET

Professeur Benoît VEBER

Professeur Pascal JOLY

Professeur Stéphane MARRET

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal BENHAMOU	HCN	Médecine interne
Mr Jacques BENICHO	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mme Bouchra LAMIA	Havre	Pneumologie
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE (<i>détachement</i>)	HCN	Médecine interne (gériatrie) – Détachement
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas CORNU	HCN	Urologie
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie

Mr Pierre CZERNICHOW (<i>surnombre</i>)	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mr Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Frédéric DI FIORE	CB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
Mr Philippe DUCROTTE	HCN	Hépto-gastro-entérologie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
Mr Michel GODIN (<i>surnombre</i>)	HB	Néphrologie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
Mr Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato - Vénérologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile

Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépto-gastro-entérologie
M. Benoit MISSET	HCN	Réanimation Médicale
Mr Jean-François MUIR (<i>surnombre</i>)	HB	Pneumologie
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
Mr Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénérologie
Mr Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Bernard PROUST	HCN	Médecine légale
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace ROMAN	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépto-gastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Christian THUILLEZ (<i>surnombre</i>)	HB	Pharmacologie
Mr Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
M. Gilles TOURNEL	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier TROST	HCN	Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive

Mr Jean-Pierre VANNIER (<i>surnombre</i>)	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	HB	Service Santé Réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
Mr Jacques WEBER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Neurophysiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
Mr Thomas MOUREZ	HCN	Virologie
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia ROLLIN	HCN	Médecine du Travail
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr David WALLON	HCN	Neurologie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Dominique LANIEZ	UFR	Anglais – retraite 01/10/2016
Mr Thierry WABLE	UFR	Communication

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
Mr Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite)	Toxicologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Isabelle LEROUX - NICOLLET	Physiologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mr Jérémy BELLIEN (MCU-PH)	Pharmacologie
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER (LE CLEZIO)	Statistiques
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique

Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mr Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Dominique DUTERTE- BOUCHER	Pharmacologie
Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL GHARBI-HAMZA	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Hervé HUE	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie – Immunologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Marine MALLETER	Toxicologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mr Jean-François HOUVET	Pharmacie officinale

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Mme Sandrine DAHOT	Bactériologie
---------------------------	---------------

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mr Souleymane ABDOUL-AZIZE	Biochimie
-----------------------------------	-----------

Mme Hanane **GASMI**

Mme Caroline **LAUGEL**

Mr Romy **RAZAKANDRAINIBE**

Galénique

Chimie organique

Parasitologie

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Roland CAPRON	Biophysique
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mr Jean-Jacques BONNET	Pharmacodynamie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN	Pharmacie clinique
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR

Mr Jean-Loup **HERMIL**

UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS

Mr Emmanuel **LEFEBVRE**

UFR Médecine Générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD**

UFR Médecine générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH**

UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

Mr Pascal **BOULET**

UFR Médecine générale

Mr Emmanuel **HAZARD**

UFR Médecine Générale

Mme Lucile **PELLERIN**

UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN**

UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX**

UFR Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Serguei FETISSOV (med)	Physiologie (ADEN)
Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil ADRIOUCH (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain FRAINEAU (phar)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline GAILDRAT (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas GUEROUT (med)	Chirurgie Expérimentale
Mme Rachel LETELLIER (med)	Physiologie
Mme Christine RONDANINO (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mme Isabelle TOURNIER (med)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

CB - Centre Henri Becquerel

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouv

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Remerciements

A Monsieur le Professeur Jacques Bénichou,
Qui m'avez fait l'honneur de présider ce jury, je tiens à vous faire part de mon profond respect et de ma vive reconnaissance pour votre présence pour juger ce travail.

A Monsieur le Professeurs Stefan Darmoni,
Merci pour votre accueil chaleureux et décalé lors de mon passage en stage, et merci de juger ce travail.

A Monsieur le Docteur Joël Ladner,
Merci pour votre investissement dans notre enseignement et votre disponibilité, et merci de juger ce travail.

A mon directeur de thèse, le Docteur Mher Joulakian,
Merci pour ton encadrement dans ce travail, et toutes les bonnes idées que nous n'avons pas pu réaliser, et les bons moments partagés au cours de cet internat,

A Madame le Professeur Véronique Merle,
Merci pour votre bienveillance et votre encadrement depuis les premiers moments de mon internat et jusqu'à la fin, j'ai beaucoup appris grâce à vous.

A mes parents, merci pour votre amour et votre soutien indéfectible à chaque minute de ma vie, pour tout ce que vous me transmettez. Votre exemple m'accompagne partout et tout le temps.

A mon frère Guillaume, merci aussi de me montrer un bel exemple d'amour, et de m'avoir encouragé tout au long de ces études.

A ma sœur Mathilde, merci pour tout ce que nous partageons, tu es ma petite sœur mais tu es déjà bien plus grande que moi.

A Mamie Christiane, merci pour ton amour inconditionnel.

A Elise et Robin, merci de compléter avec autant de gentillesse et de bienveillance la moitié qu'il manquait aux deux autres.

A mes grands-parents, qui n'ont pas eu la patience d'attendre la fin de mes études avant de rejoindre les étoiles. Vous me manquez chaque jour.

A la team Draveilloise, Julien, Tinm, Greg, Yango, Lio, Yo, Boubou, et affilié(e)s, merci d'avoir toujours été là pour déconnecter, parce qu'il n'y a pas que la médecine dans la vie.

A la team Cristolienne, Axel et Tiphaine, Benoit et Camille, Marine, Kéti et Olivier, PA, merci d'avoir été là aussi pour me reconnecter, parce que quand même on était en médecine.

A Axel encore, parce que si je n'avais pas fait une mention personnelle, j'aurais dû me justifier pendant des heures, tu es fantastique.

A la team Rouennaise, des anciens aux nouveaux, merci de m'avoir fait passé tous ces bons moments,

A Hana, qui mériterait toute une page, merci pour tout ce que nous partageons, merci de veiller sur moi. J'ai hâte de revoir LOTR avec toi, et désolé d'avoir dû décaler ton anniversaire pour cette thèse.

Et enfin à 3 petites princesses, qui étaient pressées de voir le monde, et qui ont un peu chamboulé le programme de travail de cette thèse...

Et à tous, désolé pour cette ironie et ce sarcasme incessants et fatigants, merci de me supporter !

Post-remerciements :

A George Lucas, merci pour Star wars

A Walt Disney, merci pour Le Roi Lion et Aladdin

A Steven Spielberg, merci pour Indiana Jones et Hook

A Tolkien, merci pour la Terre du Milieu.

Sommaire

1. Introduction.....	1
A. Définition : la précarité, un concept aux définitions et aux approches multiples.....	1
B. L'intégration de la prise en charge sociale hospitalière.....	3
a. Impact sur la prise en charge.....	3
b. L'intégration de la précarité dans le financement.....	4
C. L'utilité d'un outil de mesure de la précarité sociale.....	5
D. Objectif-Justification de l'étude.....	6
Références.....	7
2. Article.....	9
Introduction.....	9
Matériel et méthode.....	11
Résultats.....	15
Discussion.....	24
Références.....	28
Annexe - Questionnaire de repérage de la précarité.....	30
Résumé.....	31

1. Introduction

A. Définition : la précarité, un concept aux définitions et aux approches multiples.

L'hôpital public est investi d'une mission d'aide et d'assistance sociale, qui s'ajoute à sa mission fondamentale de prise en charge médicale, d'enseignement, de recherche et d'innovation thérapeutique. Moins visible que la mission de soins, cette participation à la prise en charge des besoins sociaux est essentielle pour contrôler les inégalités d'accès aux soins et éviter le creusement des inégalités sociales de santé (1). Pour l'analyser, il est nécessaire d'identifier précisément la population touchée par ces difficultés sociales, et donc de définir le cadre des fragilités devant entraîner l'intervention d'une assistante sociale. Différentes notions cohabitent dans ce cadre, avec des problématiques et des concepts qui bien que liés ne sont pas pour autant synonymes. Reposant sur l'accès à des besoins fondamentaux, la question de l'identification de ces besoins se pose également, et il convient d'avoir à l'esprit que ces besoins fondamentaux peuvent différer d'un endroit ou d'une société à une autre (2). Le concept de précarité s'applique à la vie courante, et la santé n'est que l'un des domaines dans lesquels elle peut se manifester et influencer sur certaines situations de façon défavorable.

La définition générale la plus fréquemment présentée est celle de Wresinski et du Haut Comité de Santé Publique : « La précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales et de jouir de leurs droits fondamentaux » (3). Les domaines intégrés dans cette définition peuvent être d'ordre financier (revenus, salaire), en lien avec l'environnement social (conditions de vie, isolement, interactions sociales), le statut social et certains marqueurs socioéconomiques (couverture maladie, complémentaire,...). La précarité a souvent une connotation financière, mais ne se résume donc pas uniquement à la pauvreté, et désigne un ensemble de facteurs concomitants amenant à une situation de fragilité.

On peut la rapprocher du terme de « handicap social », qui offre un horizon plus large sur la problématique, en population générale. La notion de « handicap social » a été introduite par la loi n°74.955 du 19 novembre 1974 (4). Elle étend la définition à 7 domaines : santé, ressources, insertion culturelle, conditions de travail ou d'emploi, relations avec autrui, logement, patrimoine.

Dans le cadre hospitalier, la fragilité d'un individu a différents aspects, qui sont souvent liés de façon plus ou moins étroite. La fragilité a une composante médicale, prise en charge par les équipes soignantes, qui est souvent le motif d'hospitalisation ou les comorbidités qui l'accompagnent. Elle peut aussi avoir des composantes socio-économiques, qui relèvent alors de la prise en charge par une assistante sociale. Une situation sociale instable peut avoir plusieurs origines qu'il est nécessaire de connaître lorsque l'on cherche à identifier les patients qui pourraient nécessiter un accompagnement afin de poursuivre dans les meilleures conditions leur rétablissement et leur retour à la vie normale dans les suites d'une hospitalisation. L'objectif dans ce contexte est de mettre en place toutes les mesures afin de limiter au maximum l'impact de la précarité sur la prise en charge médicale et ses suites.

La mission d'assistance sociale à l'hôpital n'a pas vocation à traiter tous les besoins d'accompagnement social que les patients ont dans leur vie privée. Les missions hospitalières sont concentrées sur les facteurs pouvant influencer directement sur l'accès aux soins, sur l'efficacité et sur la qualité des soins pour le patient (1). L'objectif est de pouvoir redonner l'autonomie (en rapport avec son état de santé) à laquelle le patient peut prétendre dans les meilleures conditions. Les thèmes abordés par les personnels d'assistance sociale hospitalière sont la couverture sociale, la vulnérabilité et l'isolement au domicile, l'absence de logement ou la présence d'un logement inadapté, les difficultés financières et l'accès aux droits. En contexte hospitalier, la définition adoptée pour la précarité doit donc s'attacher à cibler certains aspects de la précarité afin de permettre de repérer les patients qui relèvent spécifiquement des compétences du service social hospitalier. La définition la plus exhaustive n'est pas le meilleur outil dans la pratique hospitalière.

Le législateur s'est attaché à définir la précarité chez les patients. L'article 2 de l'arrêté ministériel du 20 juillet 1992 s'appuie sur 5 critères administratifs pour définir les patients précaires (5). Il s'agissait alors notamment des chômeurs, bénéficiaires du revenu minimum d'insertion (RMI), titulaires d'un contrat emploi solidarité (CES), personnes sans domicile fixe (SDF) et jeunes 16-25 ans exclus du milieu scolaire et engagés dans des processus d'insertion professionnelle. Cette définition s'attache essentiellement à la situation vis-à-vis de l'emploi. Si ces critères sont aisés d'un point de vue administratif, dans la pratique ils ne permettent pas de repérer l'exhaustivité des patients qui auraient besoin d'une assistante sociale.

Le panorama des établissements de santé 2010 (6) définit la précarité autour de quatre dimensions : l'isolement social, la qualité du logement, le niveau de revenu, et l'accès aux droits.

Dans la pratique hospitalière, la précarité peut être assimilée à toute situation de fragilité, ayant pour origine des facteurs sociaux-économiques, qui peut influencer sur son retour à l'autonomie dans les

meilleures conditions permises par son état de santé. Ces fragilités peuvent être permanentes ou temporaires, et nécessiter la mise en place de mesures de protection ou d'accompagnement, elles aussi permanentes ou temporaires. Dans ce panorama de situations complexes, le service sociale doit pouvoir identifier deux types de situations :

- Les situations sociales complexes qui préexistent à l'hospitalisation : Elles peuvent théoriquement être repérées par un questionnaire d'entrée ;
- La précarité induite par l'hospitalisation : Dont la nature est liée à l'hospitalisation et son déroulement, et qui ne peut pas toujours être anticipée.

L'enjeu pour le service social est de trouver un mode de repérage des patients précaires qui relèvent d'une intervention d'assistante sociale, et cette démarche a motivé le travail présenté dans cette thèse.

B. L'intégration de la prise en charge sociale hospitalière

a. Impact sur la prise en charge

Plusieurs études ont montré que les patients en situation de précarité avaient des durées de séjours plus longues que la moyenne pour un même type de séjours (6–9). Pour les établissements, l'accueil de ces patients aboutit à une augmentation des Durées Moyennes de Séjour (DMS), et donc un surcoût. Parmi les études françaises, au niveau national, les travaux menés dans le cadre de la mission PMSI du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sur des données de 1998 (10), ou dans le cadre de l'Etude Nationale de Coût à méthodologie Commune (ENCC), ont également montré l'effet de la précarité sur la durée de séjour « toutes choses égales par ailleurs » et notamment à case-mix identique. Les patients précaires montraient un allongement de la DS de 16% (11) et 36% (ENCC). D'autres études ont des résultats dans le même sens (9,12,13) dans des périmètres plus ou moins généralisables.

Des études ont mis en évidence un lien entre situations de précarité, durée de séjour, coût de l'hospitalisation, et complexité médicale des cas traités. Holstein *et al.* (9) montre ainsi que les séjours associés à un indicateur de précarité sont caractérisés par des pathologies spécifiques et par un taux plus élevé de comorbidités ou complications associées. Ils ont aussi une durée de séjour majorée, de 5% pour l'indicateur « couverture maladie universelle » à 48% pour l'indicateur « aide médicale d'état – soins urgents ». Si on estime que les populations précaires consultent plus fréquemment aux urgences que les populations non précaires (9,14), ce recours aux soins est

souvent tardif ou irrégulier, ce qui conduit à accueillir des populations dans un état de santé plus dégradés ou avec des comorbidités plus nombreuses (9).

Les populations précaires sont également moins souvent éligibles à une prise en charge en ambulatoire (14). Ce mode de prise en charge est encouragé dans le modèle de financement actuel, mais les patients isolés, ne disposant pas d'un hébergement fixe ou décent, ou ne pouvant répondre aux exigences de programmation de ce type d'hospitalisation, sont plutôt pris en charge en hospitalisation complète.

b. L'intégration de la précarité dans le financement

En France, le financement des hôpitaux s'effectue depuis 2004 par un système de paiement prospectif à l'activité (T2A). Ce système regroupe les séjours aux caractéristiques proches dans des Groupes Homogènes de Séjours (GHM), et accorde un forfait spécifique pour chaque GHM. Différents systèmes permettent de prendre en compte des particularités du séjour qui entraînent des surcoûts pour les établissements (soins spécifiques, matériel médical, plateau technique, populations spécifiques...) qui sortent des caractéristiques de ces séjours homogènes. Ces suppléments peuvent être soit accordés au cas par cas sur certains séjours, soit être financés sous forme d'enveloppe financière plus globale appelées Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la contractualisation (MIGAC).

Le financement du surcoût lié à la précarité des patients est financé sous forme de MIGAC. En effet elle est considérée comme une activité difficile à financer dans le cadre du modèle principal de la T2A, en l'absence de codification adaptée ou de classification des interventions sociales, et en l'absence d'intégration de cet aspect dans des groupes homogènes de séjour (GHS). Mentionnées dans l'arrêté du 9 mars 2011 relatif à l'article D 162-6 et D 162-7 du code de la sécurité sociale, ces missions diverses valorisent la participation aux missions de santé publique, à la définition et à la mise en œuvre des politiques publiques dans différents domaines, et aux dépenses correspondant aux activités de soins dispensés à des populations spécifiques. La difficulté à valoriser la mission sociale vient aussi de sa grande transversalité et donc de la difficulté à l'individualiser. Ainsi de nombreuses MIGAC intègrent une composante d'assistance sociale. La mission fléchée par ce travail de thèse est celle des dépenses liées à la prise en charge des patients en situation de précarité, créée en 2009. Son objectif est de compenser les surcoûts organisationnels et structurels générés par l'accueil de ces populations. Son principal critère d'éligibilité est la part de patients bénéficiaires de la CMU, de l'AME, ou de la CMU complémentaire. Sur la base d'une estimation des frais occasionnés spécifiquement pour la prise en charge de patients en situation de précarité, au niveau national, un montant total de 150 M€ à répartir a été défini en 2010 (100 M€ en 2009). L'enveloppe est répartie entre tous les établissements dont la part de séjours CMU, AME, ou CMUc, dépasse un seuil fixé à

10,5%, avec un seuil « plancher » pour éviter le saupoudrage des sommes. Même à travers cette mission, l'allocation précise pour la part d'assistance sociale dans ce surcoût n'est pas clairement définie, et donc pas clairement évaluée. Cette MIGAC répond à la nécessité de financement selon une approche populationnelle. Si l'approche individualisée était également envisagée par le travail de la DREES sur la prise en charge de la précarité dans les établissements de soins (15), celle-ci n'a pas encore vu le jour. Cette approche individualisée permettrait de prendre en compte la diversité des situations amenant à une intervention de l'assistante sociale dans les établissements de santé.

C. L'utilité d'un outil de mesure de la précarité sociale

Le critère d'éligibilité pour l'attribution de la MIG ne s'intéresse qu'à la couverture sociale. Or nous avons vu que la précarité est multifactorielle et dynamique, et ne se limite pas aux bénéficiaires de ces dispositifs particuliers. Ce critère ne peut donc suffire comme moyen de repérage pour les patients nécessitant une évaluation d'assistante sociale. Plusieurs secteurs d'instabilité sociale sont identifiés dans la littérature, et des outils plus ou moins faciles d'utilisation sont utilisés afin de repérer les patients en difficulté sociale. Les objectifs liés à ces outils sont variés, et s'intéressent à l'influence de la précarité sur le déroulement du séjour, son poids économique pour l'établissement, sa traçabilité,...

Les outils de repérage agrégés ont le mérite d'apporter des informations sur le bassin de population venant consulter à l'hôpital, comme l'indice de Townsend (16). Ils permettent d'étudier une population mais ils se déclinent mal au niveau individuel. Un outil de mesure individuel permet de mobiliser les moyens adaptés en fonction de la situation personnelle du patient. Quelques outils ont été développés en France, avec des champs d'application et des finalités variées.

Le score de handicap social (12) évoqué précédemment est un outil précis et discriminant sur les différents aspects de la précarité, et permet d'identifier différentes classes de handicap social. Il est cependant lourd à utiliser, avec 213 items à compléter, couplant un questionnaire et des données PMSI. Son objectif est d'identifier les handicaps sociaux des personnes âgées, hospitalisées en court séjour de plus de 24h, et de déterminer ce que cela implique pour un établissement public de santé en matière de coût de prise en charge liée à l'augmentation de la durée de séjour.

Le score Epices (Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé pour les Centres d'Examens de Santé)(17). Développé en 1998 en France, il a pour objectif de prendre en compte le caractère multifactoriel de la précarité. Il est actuellement le plus utilisé dans ce contexte de repérage de

personnes précaires. Il présente l'avantage d'être individuel ce qui apporte une meilleure précision. Il consiste en un auto-questionnaire de 11 questions binaires. Ses questions sont pondérées, et aboutissent au calcul d'un indicateur quantitatif du degré de précarité de la personne interrogée, variant de 0 à 100. Son périmètre d'élaboration et donc d'application initial est celui des centres d'examen de santé (CES), et n'identifie donc pas spécifiquement les problématiques d'intérêt en contexte hospitalier.

Le score de Pascal a été développé au CHU de Nantes (18). Il s'agit d'un auto-questionnaire en 5 questions, dont l'objectif n'est pas de déterminer une catégorisation « exacte » des situations de vulnérabilité sociale, mais d'identifier le plus grand nombre de personnes qui, du fait de leur situation sociale, ont, plus que les autres consultants, des besoins de soins non satisfaits. Il a été élaboré dans le contexte des consultations aux urgences, remis aux patients en salle d'attente. Il se concentre sur les aspects « matériels de la précarité », autour de la couverture sociale et des difficultés financières. Ses questions ne sont pas toutes individuellement discriminantes, et la précarité est définie selon 5 critères mixant une ou des réponses aux différentes questions.

Utilité de notre outil : Notre outil est proposé dans le cadre des hospitalisations en court séjour. Il s'agit de proposer un outil facile et rapide d'utilisation qui permet de repérer dès l'entrée les patients avec des facteurs de risque de précarité préalables au séjour, et permet donc de lancer au plus tôt lors du séjour une démarche d'accompagnement par l'assistante sociale afin de répondre à des problèmes prévisibles dès l'entrée du patient. Il n'a donc pas pour ambition de détecter des difficultés de prise en charge sociale qui apparaîtraient en cours de séjour. Celles-ci restent dépendantes de l'analyse de la situation du patient et du signalement par le personnel soignant.

D. Objectif-Justification de l'étude

Dans le cadre d'un projet d'établissement visant à évaluer la prise en charge des patients précaires, un questionnaire a été développé visant à compléter le dispositif de repérage de ces patients.

L'objectif de cette étude est d'estimer la prévalence de la précarité au sein de CHES par le moyen conjoint du repérage par le personnel soignant et de ce nouvel outil, et de montrer les facteurs associés à cette précarité dans cette population.

Références

1. Comité Consultatif National d'Éthique. Avis n°101 Santé, éthique et argent : les enjeux éthiques de la contrainte budgétaire sur les dépenses de santé en milieu hospitalier [Internet]. [cité 5 janv 2018]. Disponible sur: <http://www.ccne-ethique.fr/fr/publications/sante-ethique-et-argent-les-enjeux-ethiques-de-la-contrainte-budgetaire-sur-les#.Wk9PXHnjLIU>
2. Pernet C, Delpierre C, Dejardin O, Grosclaude P, Launay L, Guittet L, et al. Construction of an adaptable European transnational ecological deprivation index: the French version. *J Epidemiol Community Health*. nov 2012;66(11):982- 9.
3. CNLE - Réédition du rapport Wresinski, à l'occasion des 25 ans de sa parution [Internet]. [cité 3 janv 2018]. Disponible sur: <https://www.cnle.gouv.fr/reedition-du-rapport-wresinski-a-l.html>
4. Loi n°74-955 du 19 novembre 1974 Etendant l'aide sociale a de nouvelles catégories de bénéficiaires et modifiant diverses dispositions du code de la famille et de l'aide sociale, du code de travail, ainsi que de l'art. 51 de la loi 701318 du 31-12-1970 portant réforme hospitalière. 74-955 nov 19, 1974. 74-955 nov 19, 1974.
5. Arrêté du 20 juillet 1992 relatif aux examens périodiques de santé.
6. Le panorama des établissements de santé - édition 2010 - Ministère des Solidarités et de la Santé.
7. Epstein AM, Stern RS, Tognetti J, Begg CB, Hartley RM, Cumella E, et al. The association of patients' socioeconomic characteristics with the length of hospital stay and hospital charges within diagnosis-related groups. *N Engl J Med*. 16 juin 1988;318(24):1579- 85.
8. 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*. 19 avr 1990;322(16):1122- 8.
9. Holstein J, Farge D, Taright N, Trinquart L, Manac'h D, Bastianic T, et al. Lien précarité – durée et complexité des séjours hospitaliers en secteur de court séjour. *Rev Epidemiol Sante Publique*. juin 2009;57(3):205- 11.
10. 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. 1999
11. Mathy C, Bensadon M. Le surcoût de l'hospitalisation des patients précaires. *J Econ MEDICALE*. sept 2002;20(5):263- 78.
12. Bréchat N, Besnier M, Vogel T, Berthel M, Castiel D, Labalette C, et al. [Elderly people, precariousness, social handicap and length of stay: pilot study at the Lariboisière-Fernand Widal Hospital Group in Paris]. *Presse Medicale Paris Fr* 1983. avr 2010;39(4):e86-96.
13. Castiel D, Bréchat P-H, Mathieu-Grenouilleau M-C, Rymer R. Handicap social et hôpitaux publics : pour un modèle d'allocation de ressources dans le cadre d'une politique de santé publique, Résumé, Social disability and public hospitals: towards a model of resource allocation. *Santé Publique*. 26 mai 2009;21(2):195- 212.
14. Kangovi S, Barg FK, Carter T, Long JA, Shannon R, Grande D. Understanding why patients of low socioeconomic status prefer hospitals over ambulatory care. *Health Aff Proj Hope*. juill 2013;32(7):1196- 203.

15. DREES. La prise en charge des populations dites précaires dans les établissements de soins - Série Études et Recherche - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 5 janv 2018]. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/documents-de-travail/serie-etudes-et-recherche/article/la-prise-en-charge-des-populations-dites-precaires-dans-les-etablissements-de>
16. Townsend P, Phillimore P, Beattie A. Health and Deprivation. *Nurs Stand R Coll Nurs G B* 1987. 30 janv 1988;2(17):34.
17. Labbe E, Blanquet M, Gerbaud L, Poirier G, Sass C, Vendittelli F, et al. A new reliable index to measure individual deprivation: the EPICES score. *Eur J Public Health*. août 2015;25(4):604-9.
18. Pascal J, Abbey-Huguenin H, Agard C, Asseray N, Billaud E, Baron D, et al. Élaboration d'un outil de repérage des usagers en situation de vulnérabilité sociale consultant à l'hôpital. *Presse Medicale Paris Fr* 1983. 19 juin 2004;33(11):710-5.

2. Article

Estimation de la prévalence de la précarité et analyse des facteurs associés à la précarité au Centre Hospitalier Intercommunal Eure-Seine.

Introduction

En France, l'hôpital public a pour mission le soin du patient (mission qui repose sur la prise en charge médicale, l'enseignement, la recherche et l'innovation thérapeutique), et également la mission d'aide et d'assistance sociale du patient (1). Cette mission sociale a pour objectif de réduire l'impact de fragilités socio-économiques sur l'état de santé. En effet, pour certains patients, ces fragilités peuvent être vectrices d'inégalités de santé, en limitant l'accès ou la qualité des soins obtenus (2–4) et pour l'établissement de santé, ils représentent un coût supplémentaire de prise en charge (5–8). La précarité est une notion multifactorielle fréquemment mise en lien avec la vulnérabilité sociale (9), et assimilée à la mission sociale des hôpitaux publics. Sa définition la plus courante est celle proposée par Wresinski : « La précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales et de jouir de leurs droits fondamentaux » (10). La précarité ne se résume donc pas uniquement à la pauvreté, et désigne un ensemble de facteurs concomitants amenant à une situation de fragilité.

De nombreux travaux montrent un lien entre précarité et augmentation du coût de la prise en charge pour l'hôpital, avec notamment des situations médicales plus complexes, et un allongement de la durée de séjour à case mix identique, pour les patients précaires (8,11,12). Ce surcoût est intégré dans le financement actuel des établissements de santé à travers la dotation d'une MIGAC (Mission d'intérêt général et aide à la contractualisation) devant couvrir « les dépenses spécifiques liées à la prise en charge des patients en situation de précarité par des équipes hospitalières », ajustée selon le taux de patients bénéficiaires de la CMU (Couverture maladie universelle), CMUc (CMU complémentaire), et AME (Aide médicale d'état) au sein de l'établissement. De nombreux travaux montrent que ce financement n'est pas à la hauteur des surcoûts accompagnant l'accueil de patients précaires (8,12–15).

Le Centre Hospitalier Eure-Seine (CHES) a effectué plus 66000 hospitalisations de court séjour en 2016, dans le champ d'activité MCO (Médecine, Chirurgie, Obstétrique et odontologie), dont plus de

26000 séances, réparties sur deux sites géographiques à Evreux et à Vernon. Le bassin de population dépendant de cet établissement est vaste, avec une composante de précarité qui le rend éligible à l'attribution de crédits dans le cadre de la mission d'intérêt général (MIG) précarité. Il existe aussi une forte composante rurale sur le territoire, qui rend prégnants des problèmes d'isolement et d'accès aux soins pour des personnes dont la situation économique ne laisse pas forcément présager une situation de précarité (16,17).

Le service social de l'hôpital n'a pas vocation à traiter l'ensemble des problèmes sociaux des patients, mais uniquement ceux pouvant influencer sur la prise en charge et l'état de santé. Ainsi, au CHES, les situations sociales complexes sont signalées au service social par le personnel soignant en cours de séjour, déclenchant une consultation sociale et la création d'une fiche de résumé de l'intervention et de ses conclusions. Si le terme de précarité est souvent utilisé par excès pour désigner globalement le périmètre d'intervention, il convient de garder à l'esprit que ce terme intègre des problématiques variées et qui peuvent évoluer dans le temps pour chaque patient. Ainsi, le terme « précarité » dans cette étude ne se limite pas aux bénéficiaires de la CMU, CMUc et AME mais désigne de façon plus large, les situations de fragilité sociale, financière, de logement, ou de couverture sociale, qu'elles soient chroniques ou temporaires, qui peuvent influencer sur le déroulement du séjour hospitalier et sur sa suite.

Au niveau institutionnel, les équipes soignantes participent à une sensibilisation sur le sujet, avec une présentation des problématiques liées à la précarité, et des situations et indices devant déclencher ou non un signalement au service social hospitalier. Dans le but d'identifier au plus tôt les problématiques de précarité des patients, et ainsi de pouvoir les gérer en parallèle de la prise en charge médicale, un nouveau mode de repérage de la précarité a été développé dans l'établissement à travers un questionnaire d'accueil à destination des patients, pointant les situations complexes préexistant à l'hospitalisation et pouvant influencer sur le déroulement et les suites de celle-ci. Ce questionnaire permet de repérer de façon précoce, des situations précaires potentielles non identifiées ou identifiées plus tardivement par le système de signalement actuel (signalement du personnel soignant). Les deux démarches de repérage sont complémentaires pour couvrir à la fois les problématiques préexistantes à l'hospitalisation, et celles apparaissant en cours d'hospitalisation.

Ainsi, l'objectif de cette étude est d'estimer la prévalence de la précarité au sein de CHES par le moyen conjoint du repérage par le personnel soignant et de ce nouvel outil, et de montrer les facteurs associés à cette précarité dans cette population.

Matériel et méthode

Schéma de l'étude

Nous avons réalisé une étude transversale à travers un questionnaire standardisé et les bases de données médico-administratives de l'établissement.

Période de l'étude

L'étude s'est déroulée sur la période du 4 mai au 10 juin 2016.

Population incluse

Tous les patients de plus de 18 ans hospitalisés dans des services d'hospitalisation conventionnelle court séjour des pôles chirurgie, médecine, gériatrie et femme-mère-enfant (FME) et ayant un dossier informatisé au moment de l'étude, ont été inclus dans l'étude. Les sites d'Evreux et de Vernon ont été investigués. Ainsi, les services suivants ont été inclus : services d'orthopédie-traumatologie, chirurgie viscérale (pôle chirurgie), médecine interne, hépato-gastro-entérologie, cardiologie, addictologie, diabétologie, rhumatologie, pneumologie, oncologie, neurologie, néphrologie, hôpital de semaine de médecine (pôle médecine), gériatrie (pôle gériatrie) et gynécologie-obstétrique de Vernon (pôle FME).

Critères d'exclusion

Les services de maternité et pédiatrie, de gynécologie d'Evreux, et chirurgie viscérale de Vernon ont été exclus, ainsi que le service des urgences, en raison soit d'un niveau d'informatisation insuffisant dans les services, soit du type d'hospitalisation effectué (ambulatoire).

Les patients dans l'incapacité de répondre ou absents du service, pour examen ou consultation au moment du passage de l'enquêtrice, ont été exclus de l'étude. Les patients déjà rencontrés lors d'une visite précédente et toujours, ou à nouveau hospitalisés, n'étaient pas été requestionnés.

Recueil de données

Le recueil a été effectué sur la période d'étude avec une à deux journées de recueil par semaine, réparties entre les services participant et les sites géographiques. Pour chaque journée, une assistante sociale (AS) et une stagiaire se déplaçaient dans les services et passaient le questionnaire d'évaluation à l'ensemble des patients présents dans le service ce jour-là.

Variables recueillies

Les données socio-démographiques et médicales, issues du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) de l'établissement, ont été extraites pour chacun des patients inclus. Les variables suivantes, en lien avec le patient, ont été extraites :

- le sexe, l'âge, le département de résidence, la nationalité, la situation matrimoniale, le niveau d'étude, l'activité professionnelle.

Concernant les variables en lien avec le séjour, les données suivantes ont été extraites du système d'information :

- le site géographique d'hospitalisation, le pôle, ainsi que les Groupes Homogène de Malade (GHM) et Catégories Majeurs de Diagnostiques (CMD) issues du groupage des séjours ;

- les durées de séjour (DS) et durées moyenne de séjour (DMS) nationales correspondantes au GHM de chaque patient,

- les modes d'admission et de sortie, ainsi que le moment de création des fiches sociales.

La DMS nationale permet de montrer la DMS théorique d'un séjour d'après son GHM, calculé à partir de la base nationale de l'Etude Nationale des Coûts (18). Nous avons calculé un taux d'écart par rapport à cette DMS théorique, afin de visualiser l'importance de l'écart entre la durée de séjour du patient et la DMS théorique de son séjour.

Identification des patients précaires

Questionnaire et évaluation sociale

Après réalisation d'une revue de la littérature sur les outils de repérage de la précarité (4,9,19–24), un questionnaire standardisé (annexe 1) a été élaboré par un groupe de réflexion pluri professionnel. Conçu comme un auto-questionnaire, il est composé de questions directes simples pouvant être complétées par l'usager rapidement lors de son admission. Il aborde les différents critères d'identification de la précarité recensés dans la littérature, afin d'aborder tous les aspects préalables à l'hospitalisation qui sont susceptibles d'influencer la prise en charge hospitalière et pour lesquels une assistance sociale peut être envisagée. L'objectif est de déclencher une évaluation par l'AS le plus tôt possible, et de pouvoir effectuer les démarches sociales sans délai par rapport à la prise en charge médicale. Ainsi, le questionnaire n'a pas pour but de décrire précisément la situation des patients, mais de pointer des problématiques de prise en charge sociale par un procédé simple et rapide d'utilisation, pouvant être intégré en routine, dès l'entrée en hospitalisation.

Le questionnaire aborde 4 thèmes, déclinés en 6 questions, et sont en lien avec la situation du patient préalable à l'hospitalisation : défaut de couverture sociale (deux questions), fragilité financière (deux questions), défaut d'insertion sociale (une question), précarité du logement (une question).

Les questions ont été travaillées à partir du questionnaire EPICES (19) en abordant uniquement les sujets correspondant aux missions spécifiques du service social hospitalier. Elles ont été choisies pour que chacune d'elle soit discriminante et rende compte à elle seule de possibles besoins d'assistance. Le questionnaire était donc jugé positif dès lors qu'une réponse était en lien avec la précarité.

Lors de cette étude, le résultat du questionnaire n'était pas communiqué aux équipes soignantes, et celles-ci ne signalaient le patient au service social que par rapport à leur pratique et leurs recommandations habituelles quant à cette problématique.

Parmi les patients ayant répondu au questionnaire, l'AS est revenue sur le dossier de ceux ayant fait l'objet d'un signalement au cours de l'hospitalisation et pour qui une fiche sociale avait été créée pendant le séjour, afin de déterminer le ou les motifs de consultation sociale. Cinq motifs ont été retenus :

- Evaluation simple, pas de piste d'action identifiées ou retenues
- Couverture sociale,
- Accès aux droits et aides financières,
- Maintien à domicile et institutionnalisation,
- Vulnérabilité et isolement.

Analyse statistique

Afin d'analyser la population globale, et d'identifier les facteurs de risque associés à la précarité, les caractéristiques des patients ont été comparées au moyen de test du test de Chi² pour les variables discrètes. Les moyennes ou médianes des variables continues ont été calculées et comparées à l'aide de test de Student.

Les covariables à intégrer dans un modèle multivarié ont été déterminées *a priori*, et réévaluées selon les résultats observés en bivarié. Il s'agissait des variables connues à l'entrée (site, type MCO, situation matrimoniale, activité professionnelle, entrée urgente) ou pouvant donner une indication d'état général du patient (niveau de sévérité du séjour). Une régression logistique (bivariée ou multivariée) avec imputation multiple par équations chaînées (50 jeux d'imputation) a été réalisée. L'imputation a concerné seulement l'activité professionnelle et la situation matrimoniale (89 et 90

données manquantes, concernant les mêmes patients sauf 1). L'imputation a été faite dans des modèles de régression multinomiale. Toutes les analyses ont été faites sous le logiciel statistique R (version 3.4.2). Les tests d'hypothèses ont tous été faits au risque alpha de 5% bilatéral sans correction de multiplicité des tests.

Résultats

Caractéristiques de la population d'étude et prévalence de la précarité

Le questionnaire de repérage de la précarité a été réalisé auprès de 415 patients. La description de la population d'étude est rapportée dans les tableaux 1 et 3. Notre population d'étude était âgée (l'âge médian était 70 ans), avec un fort taux de retraités (62,6%). La population était d'un faible niveau d'étude (seul 9,8% des patients interrogés ont fait des études de niveau supérieure, et 74,6% ont un niveau d'études inférieur au lycée). Près d'un patient sur deux (47,1%) était seul (célibataire, divorcé ou veuf). Huit patients sur 10 étaient pris en charge au sein du pôle médecine ou du pôle gériatrie. Notre population d'étude apparaît comme consommatrice de soins hospitaliers, au vu des 47,7% des patients qui ont eu une hospitalisation depuis moins d'un an. Les patients de notre étude sont familiers avec les questions de précarité, au vu des 34,8% qui ont déjà vu une assistante sociale au cours d'une hospitalisation précédente dans l'année, et des 19,5% qui sont suivis par une AS en ville.

La durée moyenne de séjour était de 11,85 jours. On observait un taux moyen d'écart par rapport à la DMS théorique correspondant à chaque séjour de 0,34, ce qui signifie qu'en moyenne les séjours dépassent la DMS théorique de 34%.

Tableau 1 Description des patients qui ont répondu au questionnaire de repérage de la précarité (variables qualitatives), Centre hospitalier Eure-Seine, mai-juin 2016, n = 415.

Variables	N (%)
Site	
Evreux	285 (68,7)
Vernon	130 (31,3)
Pôle	
Médecine	277 (66,7)
Chirurgie	59 (14,2)
FME	24 (5,8)
Gériatrie	55 (13,3)
Sexe	
Homme	196 (47,2)
Femme	219 (52,8)
Département	
Eure	393 (94,7)
Autre	22 (5,3)

Nationalité	
Française	386 (93)
Autre	29 (7)
Situation matrimoniale (<i>Données Manquantes(DM) n = 90</i>)	
Célibataire	50 (15,4)
Couple	172 (52,9)
Divorcé	33 (10,2)
Veuf	70 (21,5)
Niveau d'études (<i>DM n = 89</i>)	
Non scolarisé	24 (7,6)
Primaire	124 (39,2)
Collège	88 (27,8)
Lycée	49 (15,5)
Université	31 (9,8)
Activité professionnelle (<i>DM n = 89</i>)	
Inactif	47 (14,4)
Chômeur	19 (5,8)
Actif	56 (17,2)
Retraité	204 (62,6)
Hospitalisation depuis moins d'un an (<i>DM n = 19</i>)	
Oui	189 (47,7)
Si hospitalisation dans l'année, AS vue lors de la dernière hospitalisation (<i>DM n = 5</i>)	
Oui	64 (34,8)
Consultation d'une AS extra-hospitalière (<i>DM n = 9</i>)	
Oui	79 (19,5)
Catégories Majeurs de Diagnostics (CMD)	
CMD 05 : affections de l'appareil circulatoire	68 (16,4)
CMD 08 : affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif	61 (14,7)
CMD 04 : affections de l'appareil respiratoire	50 (12)
CMD 01 : affections du système nerveux	40 (9,6)
CMD 06 : affections du tube digestif	26 (6,3)
CMD 09 : affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins	26 (6,3)
CMD 14 : grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-	23 (5,5)

partum	
CMD 11 : affections du rein et des voies urinaires	20 (4,8)
CMD 20 : troubles mentaux organiques liés à l'absorption de drogues ou induits par	19 (4,6)
CMD 10 : affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles	17 (4,1)
Autres	65 (15,8)
<hr/>	
Type de séjour	
Médecine	335 (80,7)
Chirurgie	64 (15,4)
Obstétrique	16 (3,9)
<hr/>	
Niveau de sévérité du séjour	
1	132 (31,8)
2	134 (32,3)
3	110 (26,5)
4	39 (9,4)
<hr/>	
Mode d'entrée par les Urgences	
Oui	246 (59,3)
<hr/>	
Destination à la sortie	
Domicile	309 (74,5)
Court séjour	16 (3,9)
SSR	74 (17,8)
USLD	10 (2,4)
Décès	6 (1,4)
<hr/>	
Questionnaire positif	
Oui	142 (34,2)
<hr/>	
Création de fiche d'AS lors de l'hospitalisation	
Oui	93 (22,4)
<hr/>	
Précarité	
Oui	195 (47)
<hr/>	
Taux d'écart à la DMS théorique correspondant au séjour	
Inférieur ou égal 0,14 (médiane de l'établissement)	209 (50,4)
Supérieur 0,14	206 (49,6)

Parmi les 415 patients inclus, le questionnaire était positif pour 142 (34,2 %). Indépendamment du résultat du questionnaire, 93 patients (22,4 %) ont fait l'objet d'une évaluation par l'AS au cours de leur hospitalisation, suite au signalement par les équipes soignantes. En combinant ces deux moyens de repérage, la population précaire dans cette étude représente 195 patients. Cela correspond à une prévalence de la précarité de 47 % dans notre étude.

La prévalence de la précarité par site et par type de séjour est reportée dans le tableau 2. Les taux sont du même ordre de grandeur en chirurgie et en médecine, que ce soit à Evreux ou à Vernon. La précarité tend à être moins fréquente en chirurgie.

Tableau 2 Prévalence de la précarité selon le site d'hospitalisation et le type de séjour, Centre hospitalier Eure-Seine, mai-juin 2016, n =195.

Lieu d'hospitalisation	Taux de précarité composite % [IC ₉₅] effectif†
Chirurgie Evreux	35 % [20 ; 53] n=31
Chirurgie Vernon	33 % [19 ; 51] n=33
Médecine Evreux	50 % [43 ; 56] n=254
Médecine Vernon	51 % [40 ; 61] n=81
Obstétrique Vernon	38 % [17 ; 62] n=16

† Estimé par la méthode de Clopper-Pearson mid-P

Tableau 3 Description des patients ayant répondu au questionnaire de repérage de la précarité (variables quantitatives), Centre hospitalier Eure-Seine, mai-juin 2016, n = 415.

Variables	Moyenne (Ecart-type)	Médiane
Age	66,33 (20,13)	70
DMS des séjours	11,85 (10,61)	8
DMS théorique	8,93 (5)	8,6
Ecart à la DMS nationale	2,92 (8,2)	0,7
Taux d'écart à la DMS théorique correspondant au GHM des séjours*	0,34 (0,91)	0,14

*DMS théorique correspond à la DMS nationale des GHM observée dans l'étude nationale des coûts.

Le taux moyen d'écart à la DMS théorique était significativement plus élevé dans le pôle médecine (3,5 jours) comparé aux pôles FME (0,47 jour, p=0,016) et chirurgie (0,31 jour, p=0,003). De même, ce taux dans le pôle gériatrie (3,63 jours) était significativement plus élevé par rapport aux pôles FME (0,057)) et chirurgie (p=0,024). Les patients déclarant une activité professionnelle présentaient une DMS significativement plus courte (5,46 jours) comparée à celle des inactifs (10,02 jours, p=0,009),

des chômeurs (11,79 jours, $p=0,008$) et des retraités (11,69 jours, $p<0,001$). Le taux d'écart à la DMS nationale du GHM variait aussi de façon significative, plus faible chez les actifs comparé aux inactifs ($p=0,017$), aux chômeurs ($p=0,027$), et aux retraités ($p=0,006$).

Résultats descriptifs en lien avec les réponses au questionnaire

L'ensemble des problématiques déclarées par les patients et identifiées à travers le questionnaire, est synthétisée dans le tableau 4. Au sein de la population jugée précaire, les problèmes le plus fréquemment déclarés sont l'absence de personne pouvant assurer une aide dans l'entourage (37,4 %) et les difficultés financières (28,4 %).

Tableau 4 Description des problématiques sociales identifiées par la première méthode de repérage : le questionnaire. Centre hospitalier Eure-Seine, mai-juin 2016, n = 142.

Questionnaire de précarité	N (%)
Présence d'une personne dans l'entourage susceptible d'apporter une aide	73 (37,4)
Existence de difficultés financières (<i>DM n = 1</i>)	55 (28,4)
Disposition d'un logement permanent	26 (13,3)
Absence de revenus réguliers	25 (12,8)
Absence de couverture complémentaire (<i>DM n = 3</i>)	13 (6,8)
Absence de couverture sociale	6 (3,1)

Les problématiques identifiées à partir de la seconde méthode de repérage de la précarité sont présentées dans le tableau 5. Les consultations sociales se traduisent dans les faits principalement par des interventions en lien avec l'organisation de la sortie, qui représentent 63,4 % des motifs d'interventions relevés par l'AS dans les fiches d'intervention.

Tableau 5 Description des motifs d'interventions sociales identifiées par la seconde méthode de repérage : l'assistance sociale. Centre hospitalier Eure-Seine, mai-juin 2016, n = 93.

Motifs d'intervention de l'assistante sociale	N (%)
Organisation de la sortie	59 (63,4)
Evaluation	15 (16,1)
Vulnérabilité	12 (12,9)
Couverture Sociale	11 (11,8)
Accès aux droits	10 (10,8)

Globalement, les patients qui déclarent une absence de logement permanent ont une DMS plus longue ($p=0,011$) et un taux d'écart à la DMS théorique du GHM de leur séjour plus important ($p=0,059$ limite). Les patients qui déclarent une absence de revenus réguliers sont plus jeunes ($p<0,001$). Les questionnaires positifs sont globalement liés à un âge plus jeune ($p<0,001$). Le signalement par les soignants est significativement associé à un âge plus élevé.

Il n'y a pas de différence significative dans le délai de déclenchement de la prise en charge sociale en fonction des indicateurs pointés par le questionnaire. Les effectifs ne permettaient pas d'estimer la différence de moment de délai de déclenchement entre tous les pôles, mais montraient une absence de différence de délai de déclenchement de la prise en charge sociale entre les pôles médecine et gériatrie.

Facteurs associés à la précarité

Afin d'identifier les facteurs associés à la précarité, une analyse bivariée a été réalisée et les résultats sont présentés dans le tableau 6 pour les variables quantitatives et le tableau 7 pour les variables qualitatives.

La précarité est associée à une durée de séjour plus longue ainsi qu'un taux d'écart par rapport à la DMS théorique du GHM plus important. D'autres facteurs en lien avec le séjour sont également significativement liés à la précarité : entrées urgentes, la destination de sortie (avec une plus grande part de sortie vers le SSR chez les précaires que chez les non-précaires (25,1 % vs. 11,4 %), et moins de sortie au domicile chez les précaires que chez les non précaires (65,6 % vs. 82,3 %)), le fait d'avoir déjà été en contact avec une AS, que ce soit à l'hôpital ou en milieu extra-hospitalier. On observe par ailleurs une tendance à la significativité pour le typage MCO du séjour, et le niveau de sévérité du séjour.

Concernant les caractéristiques du patient, sa situation matrimoniale et son activité professionnelle sont des facteurs de risques de précarité.

Tableau 6 Comparaison des caractéristiques entre population précaire et non précaire en analyse bivariée (variables quantitatives), n = 415.

Variables	Population non précaire (moyenne)	Population précaire (moyenne)	p
Âge (années)	66,12	66,56	0,827
Durée de séjour (jours)	9,89	14,05	< 0,001
DMS théorique (jours)	8,28	9,66	0,005

Taux écart DS/DMS	0,22	0,47	0,005
-------------------	------	------	-------

Tableau 7 Comparaison des caractéristiques entre population précaire et non précaire en analyse bivariée (variables qualitatives), n = 415.

Variables qualitatives	Précaires n (%)	Non précaires n (%)	P
Site			
Evreux	137 (70,3)	148 (67,3)	0,526
Vernon	58 (29,7)	72 (32,7)	
Pôle			
Médecine	127 (65,1)	150 (68,2)	0,002
Chirurgie	22 (11,3)	37 (16,8)	
FME	8 (4,1)	16 (7,3)	
Gériatrie	38 (19,5)	17 (7,7)	
Sexe			
M	86 (44,1)	110 (50)	0,239
F	109 (55,9)	110 (50)	
Département			
27	187 (95,9)	206 (93,6)	0,382
Autre	8 (4,1)	14 (6,4)	
Nationalité			
Française	175 (89,7)	211 (95,9)	0,019
Autre	20 (10,3)	9 (4,1)	
Situation matrimoniale			
Célibataire	30 (20,3)	20 (11,3)	<0,001
Couple	59 (39,9)	113 (63,8)	
Divorcé	20 (13,5)	13 (7,3)	
Veuf	39 (26,4)	31 (17,5)	
Niveau d'études (DM = 89)			
Non scolarisé	16 (11)	8 (4,7)	0,098
Primaire	52 (35,9)	72 (42,1)	
Collège	44 (30,3)	44 (25,7)	
Lycée	23 (15,9)	26 (15,2)	
Université	10 (6,9)	21 (12,3)	
Activité professionnelle (DM n = 90)			
Inactif	26 (17,4)	21 (11,9)	0,020
Chômeur	14 (9,4)	5 (2,8)	
Actif	21 (14,1)	35 (19,8)	

Retraité	88 (59,1)	116 (65,5)	
Hospitalisation depuis moins d'un an (DM n = 19)			
Non	87 (47,8)	120 (56,1)	0,107
Oui	95 (52,2)	94 (43,9)	
Si hospitalisation dans l'année, AS vue lors de la dernière hospitalisation (NA n = 207)			
Non	50 (54,3)	70 (76,1)	0,003
Oui	42 (45,7)	22 (23,9)	
Consultation d'une AS extra-hospitalière (DM n = 9)			
Non	132 (69,8)	195 (89,9)	<0,001
Oui	57 (30,2)	22 (10,1)	
Type de séjour			
Médecine	167 (85,6)	168 (76,4)	
Chirurgie	22 (11,3)	42 (19,1)	0,054
Obstétrique	6 (3,1)	10 (4,5)	
Niveau de sévérité du séjour			
1	53 (27,2)	79 (35,9)	
2	59 (30,3)	75 (34,1)	0,056
3	62 (31,8)	48 (21,8)	
4	21 (10,8)	18 (8,2)	
Mode d'entrée par les Urgences			
Non	69 (35,4)	100 (45,5)	0,045
Oui	126 (64,6)	120 (54,5)	
Destination à la sortie			
Domicile	128 (65,6)	181 (82,3)	
Court séjour	10 (5,1)	6 (2,7)	
SSR	49 (25,1)	25 (11,4)	<0,001
USLD	7 (3,6)	3 (1,4)	
Décès	1 (0,5)	5 (2,3)	
Taux d'écart à la DMS théorique			
Inférieur à 0,14 (médiane de l'établissement)	78 (40)	131 (59,5)	<0,001
Supérieur à 0,14	117 (60)	89 (40,5)	

L'analyse multivariée donne des résultats assez semblables à l'analyse bivariée. L'ajustement inverse l'effet site sur la précarité mais il reste non significatif. L'effet du type de séjour diminue après ajustement bien qu'il semble y avoir moins de précaires en chirurgie par rapport en médecine. La situation matrimoniale reste un facteur associé à la précarité, les patients en couple étant moins souvent précaires que les autres catégories de patients. Concernant l'activité professionnelle le chômage reste un facteur associé à la précarité en multivarié, l'effet de l'inactivité étant lui diminué. L'effet niveau qui semblait se dégager en bivarié ne se confirme pas en multivarié, bien qu'il semble que la précarité soit plus présente chez les niveaux 3. Enfin, l'effet du mode d'entrée est un peu atténué après ajustement et dépasse le seuil de significativité.

Tableau 8 Résultats de l'analyse multivariée dans le but d'identifier des facteurs associés à la précarité.

		Odds ratio [IC ₉₅]	p	Odds ratio ajusté [IC ₉₅]	p
Site	Evreux	1	référence		
	Vernon	0,87 [0,57; 1,32]	0,51	1,20 [0,73; 1,97]	0,46
Type	Médecine	1	référence		
	Chirurgie	0,53 [0,3; 0,92]	0,025	0,61 [0,33; 1,15]	0,13
	Obstétrique	0,60 [0,21; 1,7]	0,34	0,64 [0,18; 2,24]	0,49
Situation matrimoniale					
	En couple	1	référence		
	Veuf	2,33 [1,33; 4,06]	0,003	2,27 [1,21; 4,23]	0,01
	Célibataire	2,75 [1,49; 5,09]	0,001	2,08 [1,03; 4,22]	0,0417
	Divorcé	3,05 [1,47; 6,36]	0,003	3,04 [1,4; 6,63]	0,005
Activité professionnelle					
	Actif	1	référence		
	Retraité	1,30 [0,72; 2,35]	0,39	0,66 [0,31; 1,39]	0,27
	Chômeur	5,19 [1,72; 15,72]	0,004	4,46 [1,39; 14,28]	0,012
	Inactif	2,18 [1; 4,74]	0,0489	1,43 [0,61; 3,36]	0,41
Niveau de sévérité					
	1	1	référence		
	2	1,17 [0,72; 1,91]	0,52	1,07 [0,6; 1,9]	0,82
	3	1,93 [1,15; 3,22]	0,013	1,70 [0,88; 3,29]	0,12
	4	1,74 [0,85; 3,58]	0,13	1,62 [0,70; 3,76]	0,26
Entrée non urgente					
	Urgences	1,52 [1,02; 2,26]	0,038	1,46 [0,90; 2,38]	0,12

Discussion

Résultats principaux

Notre étude présente une prévalence de précarité élevée (47 %). Le fait de ne pas être en couple et d'être au chômage sont associés à la précarité. La durée de séjour est significativement plus longue chez les patients précaires; de même pour le taux d'écart à la DMS théorique, qui est plus important chez ces patients. Par ailleurs, nous avons observé une tendance à l'association significative entre la précarité et les séjours de médecine, ainsi que le niveau de sévérité.

La prévalence relativement élevée de notre étude, est comparable à celles retrouvés dans d'autres études. Au CHU de Nantes, Pascal *et al.* rapportait une prévalence de précarité de 52 % (22). Cependant, ils avaient utilisé avec un auto-questionnaire axé sur les problématiques financières et de couverture sociale, celui-ci distribué uniquement en consultation au service des urgences. Notre auto-questionnaire couvre des champs de précarité plus large et avait été distribué auprès de patients hospitalisés au sein d'un large éventail de services cliniques (15 services), répartis sur les 4 pôles d'activité. Une étude au CHU Lariboisière à Paris (9) rapportait que, parmi une population de patients de plus de 50 ans, 45 % avaient un handicap social fort, attesté à partir d'un auto-questionnaire de 213 items, qui permettait de classer le handicap social en trois catégories (faible, moyen, fort), et dans différents champs de précarité (6 domaines : santé, ressources, insertion culturelle, relation avec autrui, logement, patrimoine). Notre étude incluait l'ensemble de la population adulte, nos résultats sont donc plus représentatifs de la population adulte hospitalisée au CHES. Notre auto-questionnaire comprenait seulement 6 questions, ce qui en fait un outil simple d'utilisation dans le contexte d'accueil du patient et permettant d'envisager son utilisation en routine.

Concernant les facteurs socio-économiques associés à la précarité, ces derniers font partie des indicateurs classiques intégrés dans la construction des scores généraux d'évaluation de la précarité (9,19,25,26). En effet, le chômage est un marqueur de précarité financière, et le fait de vivre seul traduit un manque d'insertion sociale ou familiale. Même si les facteurs socio-économiques (célibat, chômage) n'ont pas vocation à servir d'indicateurs systématiques de la précarité à l'hôpital, leur présence au sein de notre population précaire, repérée par le questionnaire et le signalement par les soignants, est en adéquation avec notre objectif.

Concernant les facteurs liés au séjour (*recueillis a posteriori*), nous avons observé, chez les patients précaires, une durée de séjour et un allongement de la durée de séjour (visualisé par le taux d'écart à la DMS théorique du séjour). Ce résultat est bien documenté dans la littérature (5,6,8,11,13). Le case-

mix (traduit par la DMS théorique des séjours) et la répartition des niveaux de sévérité montrent une prise en charge médicale plus complexe des patients précaires. Cette prise en charge médicale plus complexe, et donc plus coûteuse, a déjà été aussi étudiée dans la littérature(6–9,13). Ces résultats de notre étude renforcent la conviction que le surcoût lié à la précarité dans son ensemble est insuffisant (14,15). Le parti pris d'indemnités *a posteriori*, sous forme de dotation « MIGAC précarité » a été fait par l'Etat, mais la définition qui l'encadre est très restrictive et le nombre de séjours influencés par une problématique de précarité est bien plus important que le périmètre de cette MIGAC.

La tendance observée d'une précarité plus fréquente en médecine qu'en chirurgie n'a, à notre connaissance, pas été retrouvée dans la littérature. La prévalence de précarité en chirurgie et en médecine reste cependant dans le même ordre de grandeur (34 % vs. 50%), ce qui ne justifie pas d'approche spécifique pour l'un ou l'autre des types de séjour.

La part plus importante de sortie vers le SSR chez les précaires est cohérente avec les motifs d'intervention relevés par l'AS. Ce mode de sortie nécessite souvent un temps dédié dans la recherche de place d'accueil, qui empiète sur le temps médical lorsque ce sont les soignants qui doivent s'en charger, et peut donc parfois être repoussé à la fin de la prise en charge médicale. Ce mode de sortie étant souvent anticipable, le déclenchement plus précoce et le suivi des démarches par l'AS peut éviter un allongement de séjour.

Concernant la méthodologie de l'étude, celle-ci reposait en partie sur le questionnaire élaboré pour notre établissement. Le repérage de patients précaires par le questionnaire, en complément des patients ayant réellement vu une AS, a permis d'améliorer l'exhaustivité de la population précaire. Avec ses moyens actuels, le service social a conscience de ne pas identifier tous les patients qui relèveraient de son intervention. Le questionnaire a permis de les identifier, sans pour autant nécessiter l'allocation de moyens supplémentaires pour les besoins de l'étude.

La définition de la précarité utilisée dans notre étude est volontairement large. En l'absence de consensus, nous avons assimilé le terme de précarité au besoin d'intervention de l'AS hospitalière. Ceci a permis de couvrir un large éventail de situations de fragilité des patients, et d'identifier des facteurs associés au besoin d'intervention d'une AS. Le fort pourcentage de patients relevant *a minima* d'une évaluation par l'AS (47 % non vus contre 22 % vus effectivement) peut amener à discuter le dimensionnement des moyens humains du service social.

Limites

La première limite identifiée est l'absence de validation du questionnaire. Cela en fait un outil peu généralisable, mais, à notre connaissance, aucun outil validé correspondant précisément à notre objectif n'est disponible. Les établissements utilisent la plupart du temps des outils développés localement, et les problématiques de précarité sont le plus souvent abordées de façon pragmatique à partir de l'avis expert des assistantes sociales et en concertation avec les praticiens (22). Nous avons fait ce même choix.

La seconde limite identifiée est le fait de ne pas avoir effectué d'entretien d'AS pour l'ensemble des patients. Ce choix a été fait dans le but de limiter l'impact de l'intervention de l'AS sur l'organisation des soins au cours de cette phase initiale d'intégration du questionnaire. L'absence d'exploitation du résultat du questionnaire en cours d'hospitalisation permettait de distinguer la contribution des deux moyens de repérage, que sont le questionnaire et le signalement par les soignants.

La troisième limite de notre étude, réside dans le fait que certains patients vus par l'AS en consultation n'ont pas été repérés par le questionnaire d'entrée (12). Ces cas témoignent de l'existence de situations plus complexes, qui ne sont parfois pas perçues par les patients eux-mêmes, ou peuvent apparaître en cours d'hospitalisation, de façon durable ou non. Ce constat rend nécessaire la persistance de la vigilance et la sensibilisation des personnels soignants, afin de pouvoir signaler les patients nécessitant un accompagnement social. La coexistence de ce système, avec un repérage à l'entrée, permet une intégration plus fluide de l'intervenant social dans le déroulement du séjour. Par ailleurs, une évaluation du questionnaire sur ses caractéristiques de sensibilité et de spécificité, qui n'ont pas pu être estimées précisément dans notre étude du fait de son schéma, est à l'étude.

Une autre limite de notre étude réside dans l'absence d'identification des patients bénéficiaires de la CMU, de la CMU complémentaire, ou de l'AME. Cet indicateur de précarité, critère d'attribution de la « MIGAC précarité », aurait permis de mettre en lumière de façon plus directe l'inadéquation entre le ciblage de la MIG et le nombre effectif de séjour comportant une problématique de précarité. Cette variable n'a pas pu être extraite du système d'information hospitalier pour l'étude.

Forces

Une des forces de notre étude est l'effectif important (415 patients) de notre population et sa représentativité (du fait du nombre important de services inclus, au sein des différents pôles de médecine, chirurgie, gériatrie et FME, et de patients de tous âges). Ces services divers tant en volume

d'activité qu'en type d'activité, permettent aussi d'avoir une population d'étude représentative de la population prise en charge au CHES. Par ailleurs, le fait d'avoir pu étudier les patients de deux sites distincts et relativement distants au sein du département, a permis de couvrir un bassin de population assez large.

Une autre force identifiée est le mode d'exploration des séjours allongés, original par rapport aux autres études. Cette visualisation sous forme de taux, permet à la fois d'effectuer un ajustement sur le case-mix, ainsi que sur la durée de séjour, sans nécessiter un modèle spécifique. Ainsi, même si la DMS théorique des séjours de patients précaires est de base plus élevée que celle des patients non précaires (traduisant une différence de case-mix), on observe un taux d'écart à la DMS théorique plus important pour ces patients. Les patients précaires présentent donc à la fois des pathologies plus complexes que les non-précaires, mais également un allongement de séjour à pathologie égale.

Perspectives et conclusion

Notre étude a permis de montrer l'intérêt de l'utilisation d'un outil de routine dans le repérage de la précarité en hospitalisation, en complément du signalement par le personnel soignant. La forte prévalence de précarité, ainsi que la présence effective de facteurs de précarité socio-économique au sein de la population repérée permet d'envisager l'utilisation en routine du questionnaire de repérage, afin d'intégrer le plus précocement possible la prise en charge sociale lors du séjour à l'hôpital. Des travaux à venir devront évaluer le questionnaire.

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

Références

1. Comité Consultatif National d’Ethique. Avis n°101 Santé, éthique et argent : les enjeux éthiques de la contrainte budgétaire sur les dépenses de santé en milieu hospitalier [Internet]. [cité 5 janv 2018]. Disponible sur: <http://www.ccne-ethique.fr/fr/publications/sante-ethique-et-argent-les-enjeux-ethiques-de-la-contrainte-budgetaire-sur-les#.Wk9PXHnjLIU>
2. Médecins du monde - Rapport 2014 de l’Observatoire de l’accès aux droits et aux soins - Le site du CNLE [Internet]. [cité 3 janv 2018]. Disponible sur: <https://www.cnle.gouv.fr/medecins-du-monde-rapport-2014-de.html>
3. Lebas J. A l’épreuve de la précarité : une certaine idée de l’hôpital : document de synthèse remis à Madame le ministre de l’emploi et de la solidarité et à Monsieur le Secrétaire d’Etat à la santé [Internet]. [cité 3 janv 2018]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/984000834/index.shtml>
4. Carstairs V. Deprivation indices: their interpretation and use in relation to health. *J Epidemiol Community Health*. déc 1995;49 Suppl 2:S3-8.
5. Epstein AM, Stern RS, Tognetti J, Begg CB, Hartley RM, Cumella E, et al. The association of patients’ socioeconomic characteristics with the length of hospital stay and hospital charges within diagnosis-related groups. *N Engl J Med*. 16 juin 1988;318(24):1579-85.
6. Salit SA, Kuhn EM, Hartz AJ, Vu JM, Mosso AL. Hospitalization costs associated with homelessness in New York City. *N Engl J Med*. 11 juin 1998;338(24):1734-40.
7. Mathy C, Bensadon M. Le surcoût de l’hospitalisation des patients précaires. *J Econ MEDICALE*. sept 2002;20(5):263-78.
8. Holstein J, Farge D, Taright N, Trinquart L, Manac’h D, Bastianic T, et al. Lien précarité – durée et complexité des séjours hospitaliers en secteur de court séjour. *Rev Epidemiol Sante Publique*. juin 2009;57(3):205-11.
9. Bréchat N, Besnier M, Vogel T, Berthel M, Castiel D, Labalette C, et al. Personnes âgées, précarité, handicap social et durée de séjour : étude pilote au groupe hospitalier Lariboisière–Fernand Widal de Paris. *Presse Medicale Paris Fr* 1983. avr 2010;39(4):e86-96.
10. CNLE - Réédition du rapport Wresinski, à l’occasion des 25 ans de sa parution [Internet]. [cité 3 janv 2018]. Disponible sur: <https://www.cnle.gouv.fr/reedition-du-rapport-wresinski-a-l.html>
11. Le panorama des établissements de santé - édition 2010 - Ministère des Solidarités et de la Santé.
12. 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. 1999
13. 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*. 19 avr 1990;322(16):1122-8.
14. Pouvourville G de. Les hôpitaux français face au paiement prospectif au cas. *Rev Économique*. 30 mars 2009;60(2):457-70.

15. Castiel D, Bréchat P-H, Mathieu-Grenouilleau M-C, Rymer R. Handicap social et hôpitaux publics : pour un modèle d'allocation de ressources dans le cadre d'une politique de santé publique, Résumé, Social disability and public hospitals: towards a model of resource allocation. Santé Publique. 26 mai 2009;21(2):195-212.
16. INSEE - En Normandie, des situations de pauvreté pour les personnes âgées relativement peu nombreuses mais concentrées dans les bassins de vie ruraux - Insee Analyses Normandie - 29 [Internet]. [cité 3 janv 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2666285#titre-bloc-7>
17. INSEE - Un regard sur la qualité de vie dans les territoires normands - Insee Analyses Normandie - 34 [Internet]. [cité 3 janv 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2873275#titre-bloc-5>
18. ENC MCO | Stats ATIH [Internet]. [cité 3 janv 2018]. Disponible sur: <http://www.scansante.fr/applications/enc-mco>
19. Labbe E, Blanquet M, Gerbaud L, Poirier G, Sass C, Vendittelli F, et al. A new reliable index to measure individual deprivation: the EPICES score. Eur J Public Health. août 2015;25(4):604-9.
20. Bongue B, Colvez A, Amsallem E, Gerbaud L, Sass C. Assessment of Health Inequalities Among Older People Using the EPICES Score: A Composite Index of Social Deprivation. J Frailty Aging. 2016;5(3):168-73.
21. Pornet C, Delpierre C, Dejardin O, Grosclaude P, Launay L, Guittet L, et al. Construction of an adaptable European transnational ecological deprivation index: the French version. J Epidemiol Community Health. nov 2012;66(11):982-9.
22. Pascal J, Abbey-Huguenin H, Agard C, Asseray N, Billaud E, Baron D, et al. Élaboration d'un outil de repérage des usagers en situation de vulnérabilité sociale consultant à l'hôpital. Presse Medicale Paris Fr 1983. 19 juin 2004;33(11):710-5.
23. Adams J, Ryan V, White M. How accurate are Townsend Deprivation Scores as predictors of self-reported health? A comparison with individual level data. J Public Health Oxf Engl. mars 2005;27(1):101-6.
24. Coevoet V, Fresson J, Vieux R, Jay N. Socioeconomic deprivation and hospital length of stay: a new approach using area-based socioeconomic indicators in multilevel models. Med Care. juin 2013;51(6):548-54.
25. Townsend P, Phillimore P, Beattie A. Health and Deprivation. Nurs Stand R Coll Nurs G B 1987. 30 janv 1988;2(17):34.
26. Carstairs V, Morris R. Deprivation and health in Scotland. Health Bull (Edinb). juill 1990;48(4):162-75.

Annexe - Questionnaire de repérage de la précarité

Questionnaire :

- 1- Bénéficiez-vous d'une couverture sociale (assurance maladie ou CMU) ?
- 2- Bénéficiez-vous d'une couverture sociale complémentaire (mutuelle ou CMUC) ?
- 3- Rencontrez-vous régulièrement des difficultés financières à faire face à vos besoins élémentaires (alimentation, loyer, EDF...) ?
- 4- En cas de difficultés (financières, besoin d'aide aux tâches quotidiennes, hébergement, soutien moral...), y a-t-il des personnes dans votre entourage sur qui vous puissiez compter ?
- 5- Avez-vous un logement permanent ?
- 6- Avez-vous des revenus réguliers ?

Résumé

Contexte : Dans le contexte hospitalier, le service social doit pouvoir prendre en charge les situations de précarité qui peuvent influencer sur l'état de santé et la prise en charge du patient en cours de séjour et lors de son rétablissement. Il est donc nécessaire d'identifier au plus tôt ces problématiques, afin de les objectiver et de mettre en place les mesures adaptées. L'objectif de cette étude était d'estimer la prévalence de la précarité repérée par un questionnaire d'entrée en complément du repérage actuel par le signalement des soignants, et d'analyser les facteurs associés à la précarité. **Méthode** : Une étude transversale a été réalisée au Centre Hospitalier Intercommunal Eure-Seine à partir des bases de données médico-administratives de l'établissement et d'un questionnaire standardisé, et du signalement par les soignants des situations de précarité, auprès des patients adultes de plus de 18 ans hospitalisés dans des services de Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO). **Résultats** : Parmi les 415 patients analysés, la prévalence de précarité a été mesurée à 47 %. La précarité était associée à une durée de séjour plus longue de 4,16 jours en moyenne ($p < 0.001$), et à une durée des séjours qui dépassait en moyenne de 47 % la durée théorique du séjour, comparé à 22 % chez les non-précaires ($p = 0,005$). La vie en couple était associée à une moindre précarité. Le chômage était associé à un plus grand taux de précarité après ajustement (OR = 4,46 IC95% [1,39; 14,28]). **Conclusion** : Le mode de repérage proposé permet d'identifier une large population de patients précaires relevant potentiellement de l'intervention d'une assistante sociale hospitalière. Le fait de trouver des facteurs généraux connus de précarité montre que ce mode de repérage est cohérent, et pourrait être intégré en routine lors de l'hospitalisation des patients en court séjour.

Mots-clés : Précarité – Prévalence – Questionnaire – Facteurs socioéconomiques – Durée de séjour – Hospitalisation