

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2019

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

(Décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
le 21 novembre 2019 à Poitiers

par **Monsieur Kévin BRIOIST**
né le 18/04/1991 à Basse-Terre (971)

Étude observationnelle du dépistage et de la prise en charge des personnes dites précaires
aux urgences du centre hospitalier d'Angoulême

COMPOSITION DU JURY

Président :

Monsieur le Professeur Olivier MIMOZ

Membres :

Monsieur le Professeur PARTHENAY

Monsieur le Docteur ARCHAMBAULT

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Laurent DELAIRE

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2019

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

(Décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
le 21 novembre 2019 à Poitiers

par **Monsieur Kévin BRIOIST**
né le 18/04/1991 à Basse-Terre (971)

Étude observationnelle du dépistage et de la prise en charge des personnes dites précaires
aux urgences du centre hospitalier d'Angoulême

COMPOSITION DU JURY

Président :

Monsieur le Professeur Olivier MIMOZ

Membres :

Monsieur le Professeur PARTHENAY

Monsieur le Docteur ARCHAMBAULT

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Laurent DELAIRE



UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie



Le Doyen,

Année universitaire 2018 - 2019

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie (**retraite 09/2019**)
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale (**retraite 09/2019**)
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (**en détachement**)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIoT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie

- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie (**retraite 09/2019**)
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- COUDROY Rémy, réanimation (**en mission 1 an**)
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie (**en mission 1 an**)
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PALAZZO Paola, neurologie (**pas avant janvier 2019**)
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe
- GOMES DA CUNHA José

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- GAY Julie, professeur agrégé

Professeurs émérites

- DORE Bertrand, urologie (08/2020)
- EUGENE Michel, physiologie (08/2019)
- GIL Roger, neurologie (08/2020)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2020)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2020)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (16/02/2019)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2020)
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (08/2021)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2020)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2020)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2021)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONToux Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, cancérologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (ex-émérite)
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

Remerciements

A Monsieur le Professeur Olivier MIMOZ,

Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse.

Vous êtes le coordonnateur du DESC de Médecine d'Urgence à Poitiers. Vous m'avez donné la possibilité de pratiquer la Médecine d'Urgence, et je vous en remercie. Je sais la valeur de votre enseignement et espère apprendre encore auprès de vous.

Veillez trouver le témoignage de ma gratitude et de ma reconnaissance

A Monsieur le Professeur Pascal PARTHENAY,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Merci de vos enseignements au cours de cet internat.

Veillez trouver le témoignage de mon profond respect et de mes sincères remerciements.

A Monsieur le Docteur Pierrick ARCHAMBAULT,

Vous me faites l'honneur de siéger dans ce jury. Je vous remercie pour l'intérêt que vous lui avez accordé. Merci pour votre disponibilité.

Veillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

A Monsieur le Docteur DELAIRE,

Tu es le chef de service des urgences du CH d'Angoulême. Je te remercie de m'avoir accompagné et soutenu dans la rédaction de ce travail de thèse.

Merci de m'accueillir au sein de ton équipe des Urgences d'Angoulême au sein de laquelle j'ai hâte d'évoluer.

Je te prie de trouver l'expression de ma gratitude et de ma sincère considération

A Madame le Docteur Céline PICHOT,

Merci pour ton aide et tes précieux conseils au cours de la rédaction de ce travail.
Merci pour ton soutien et ta bonne humeur. Reçoit ici mes sincères remerciements.

A Madame le Docteur Marie DUBOCAGE,

Merci pour ton implication et ta bienveillance dans notre formation. Ton engagement, ta générosité et ta pratique sont pour moi des modèles.

A l'équipe des urgences d'Angoulême,

Merci de m'avoir accueilli avec votre bonne humeur et votre dynamisme. Merci pour le soutien que chacun m'a apporté durant la rédaction de cette thèse. J'ai hâte de travailler avec vous et espère être à la hauteur.

Aux équipes des urgences de Saintes et de Poitiers,

A votre bonne humeur indéfectible. Je vous remercie de m'avoir permis d'effectuer mes premiers pas dans ce métier à vos côtés. Vos enseignements m'ont été très précieux.

Au service de réanimation d'Angoulême,

Merci de m'avoir supporté pendant ce dernier semestre. Merci pour vos apprentissages et votre gentillesse, pour votre soutien pendant ces longs mois. A bientôt de l'autre côté du téléphone

A ma mère,

Merci de m'avoir permis de réaliser mes rêves, d'avoir cru en moi et de toujours m'avoir soutenu. Ma réussite c'est aussi et surtout la tienne.

Merci de m'avoir transmis ta bienveillance teintée de cette rigueur qui est la tienne.

Merci pour ton inconditionnel soutien

A mes amis du Tour de France,

A votre présence malgré la distance et au plaisir de retrouver votre folie et votre humour un peu plus sage au fil des années. Aux nombreuses thèses encore à venir...

A mes co-internes des premières heures,

Thomas, mon binôme de formation. A ton humour tant incompris, à ta bonne humeur. J'ai hâte de travailler avec toi.

A Morgane, ou plutôt aux Morganes. Merci pour ton amitié et ta complicité. A nos 6 mois de colocation si éprouvants.

A toute la famille d'Angoulême, vous avez rendu mon internat beaucoup trop court. A votre bonne humeur

A mes co-internes de réanimation,

Merci de m'avoir supporté pendant ces derniers mois. Merci de m'avoir donné un peu de temps pour travailler. A Carine et son calme légendaire. A Tic et Tac, promis, je vous appellerai pour les échographies pleurales.

Table des matières

Remerciements	6
Table des matières	9
Liste des figures et tableaux	11
Lexique des abréviations	12
I. Introduction	13
A. Définition précarité	13
B. Histoire de notre système de santé	14
1. Genèse du terme « précarité »	14
2. De l'hospice à l'hôpital actuel	18
3. Contexte socio sanitaire en Charente	22
C. Structure du réseau social à Angoulême	25
1. Fonctionnement de la PASS	25
2. Service social de l'hôpital	26
3. Acteurs sociaux externes	27
D. Contexte de l'étude	28
II. Matériel et méthode	32
A. Les urgences du Centre hospitalier d'Angoulême (CHA)	32
B. Signalement à la PASS d'Angoulême	32
C. Schéma de l'étude	33
1. Population étudiée	33
2. Critères de jugement	34
3. Paramètres étudiés	34
4. Données manquantes	35
5. Analyse statistique	35
6. Comité d'éthique	35
III. Résultats	36
A. Population étudiée	36
1. Sélection des dossiers	36
2. Caractéristiques générales de la population étudiée	37
B. Analyse des motifs de demande d'avis PASS	37
C. Reconsultation aux urgences dans les 3 mois	39
1. Analyse univariée	39
D. Reconsultation à la PASS dans les trois mois	40

1.	Analyse univariée	40
IV.	Discussion.....	42
A.	Intérêt de l'étude	42
B.	Limites de l'étude.....	42
1.	Biais de mesure.....	42
2.	Faible nombre de patients	43
3.	Absence de comparaison aux autres patients de la PASS.....	44
C.	Perspectives d'évolution	44
1.	Mise en place d'un dépistage organisé.....	44
2.	Informatisation des modalités d'orientation vers la PASS.....	45
D.	Limites futures à considérer	46
1.	Modification des actions de la PASS	46
2.	Organisation de la prise en charge sociale de la précarité	46
	Bibliographie	48
	Annexes.....	51
	SERMENT	53
	Résumé.....	54

Liste des figures et tableaux

Figure 1 : Densité de médecins généralistes pour 100 000 habitants en 2017	22
Figure 2 : Densité de professionnels de santé libéraux au 1er janvier 2017	23
Figure 3 : Score de précarité des bassins de vie ruraux.....	24
Figure 4 : Taux de pauvreté en 2014	25
Figure 5 : Répartition géographique des quartiers prioritaires à Angoulême.....	27
Figure 6 : Evolution du taux de précarité	29
Figure 7 : Evolution du taux de précarité selon l'âge	29
Figure 8 : Evolution du nombre de passages annuel de 1996 à 2016.....	30
Figure 9 : Diagramme de Flux.....	36
Figure 10 : Répartition des motifs d'appel de la PASS	38
Tableau 1 : Caractéristiques de la population étudiée	37
Tableau 2 : Repartition des motifs d'appel de la PASS.....	38
Tableau 3 : Analyse univariée des facteurs pouvant influencer une nouvelle consultation aux urgences dans les 3 mois	39
Tableau 4 : Analyse univariée des facteurs pouvant influencer une nouvelle consultation à la PASS dans les 3 mois.....	40

Lexique des abréviations

AFUS 16 : Fédération des Acteurs de l'Urgence Sociale de la Charente

AME : Aide Médicale d'Etat

APSA : Association de Prévention Spécialisée d'Angoulême

CH : Centre Hospitalier

CHA : Centre Hospitalier d'Angoulême

CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire

CLS : Contrat Local de Santé

CMU-C : Couverture Maladie Universelle Complémentaire

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

DESC : Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

INSEE : Institut National de la Statistiques et des Etudes

MAO : Médecin d'Accueil et d'Orientation

OMEGA : Objectif Médiation du Grand Angoulême

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

PRAPS : Programmes Régionaux pour l'Accès à la Prévention et aux Soins

PUMA : Protection Universelle Maladie

RSA : Revenu de Solidarité Active

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SAUV : Salle d'Accueil

SDF : Sans Domicile Fixe

UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

I. Introduction

A. Définition précarité

Le concept de la précarité est récent puisqu'il émerge au cours des années 1980. Le Père Wresinski donne la définition la plus fréquemment reprise par la suite dans son rapport « Grande Pauvreté et Précarité Economique et Sociale » en 1987.

La précarité est ainsi définie comme « l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux. 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 des responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible ».(1)

Cette définition est reprise et complétée en 1998, par le Haut Comité de Santé Publique qui affirme que « *La précarité ne caractérise pas une catégorie sociale particulière mais est le résultat d'un enchaînement d'évènements et d'expériences qui débouchent sur des situations de fragilisation économique, sociale et familiale* ». (2)

On comprend par ces deux définitions que la précarité est en réalité un état instable, de fragilité, qui comporte le risque d'aboutir à une situation de pauvreté, et ce quelle que soit sa classe sociale. Elle touche tous les aspects, tous les versants de la vie.

La définition juridique, datant de 1992, ne prend en compte que les aspects économiques et sociaux. Elle établit cinq catégories sociales dites touchées par la précarité : les personnes au chômage, les personnes bénéficiant d'un contrat emploi solidarité (les contrats aidés), le bénéficiaire de l'actuel RSA et de l'actuelle PUMA, les SDF, les jeunes de 16 à 25 ans en insertion professionnelle. (3)(4)

B. Histoire de notre système de santé

1. Genèse du terme « précarité »

La notion de précarité apparaît dans les années 1970 sur les scènes publiques scientifiques, sociologiques mais également économiques ou épidémiologiques.

Cependant, ses concepts sont beaucoup plus anciens, connus de tous temps et n'ont que peu évolué au fil des centaines. Les dynamiques et les rapports sociaux ne se modifiant que pour s'adapter au contexte de l'époque.

a) La pauvreté, concept ancien

On retrouve la notion de pauvreté dès les écrits latins avec le terme de « *paupertas* », « celui à qui il manque quelque chose ». Les historiens et linguistes définissent le pauvre comme celui qui ne peut subvenir, seul, à ses besoins. La définition est donc sociale : la personne pauvre a besoin d'aide de la part de la communauté, des instances sociales en place. Sa survie est dépendante du bon vouloir du reste de la société. Cette définition dépend ainsi de différents facteurs tels que le développement économique, la situation politique, la forme des liens sociaux propre à chaque époque.

Mais la pauvreté est un concept qui dérange, qui divise le peuple entre la pitié et la répulsion. On distingue deux principales situations : le pauvre qui mendie parce qu'inapte au travail, inspirant de la pitié et celui qui mendie alors qu'il peut travailler. L'aversion de la société est maximale envers ce type de personne. Cette dichotomie dans la manière d'analyser la pauvreté a mené à deux types principaux de politiques sociales, soit visant à assister les pauvres, soit au contraire, à les réprimer.

Au Moyen-Âge, les nombreuses guerres, famines et épidémies vont s'accompagner d'une augmentation des pauvres. Le contraste est majeur entre les riches seigneurs et propriétaires vivant dans le faste et l'extrême pauvreté de la majorité de la population. Celle-ci est divine, c'est un châtiment, une punition envers la personne et non une conséquence de la société. On distingue ainsi les bons pauvres, ruraux frappés par de multiples malheurs, et les mauvais pauvres ou

miséreux urbains, sans appartenance à un système corporatiste, qui n'obtiennent que suspicion et mépris.(5)

Le développement progressif des villes au détriment de la campagne miséreuse s'accompagne d'une modification de la pauvreté avec un rapprochement géographique des deux extrêmes sociaux, source d'un véritable mépris des élites envers les pauvres, à la base de discrimination et d'exclusion.

A partir de la Renaissance, les famines et épidémies qui touchent la France, mais plus largement l'Europe entière, se multiplient et augmentent toujours plus le nombre de pauvres. On assiste au cours de cette période à une modification de la représentation du pauvre. Il n'est plus une victime chrétienne mais une personne inactive, ne contribuant pas au fonctionnement de la société. La criminalisation de la pauvreté va conduire à une politique de répression où les pauvres seront enfermés pour être remis au travail. (6)

La Révolution Française continue ce transfert de pauvreté divine à pauvreté sociétale. Ainsi, la pauvreté est une preuve d'un dysfonctionnement de la société. Porté par le climat d'égalité, le pauvre va être pris en charge par l'état providence. La pauvreté est à cette époque principalement basée sur la notion de « travail ». Cette idéologie va perdurer jusqu'à l'avènement de l'ère industrielle.

C'est en Angleterre que va apparaître le concept de paupérisme, où la société s'enrichit au détriment d'un appauvrissement général de la population. Le travail ne permet désormais que de subvenir sur le plan financier, sans protection et surtout sans stabilité. Se développe pour palier à ces nouveaux besoins les syndicats et diverses caisses de solidarité, nouvelles corporations des temps anciens.

Ces constatations vont s'exporter en France et se manifester après les Trente Glorieuses. Le début des années 1980 voit une forte récession économique où l'état providence en peut plus fournir de travail à tout le monde. La pauvreté n'est donc plus un état stable mais un phénomène évolutif, complexe, se déclinant en différents types (matériel, monétaire, administrative).

b) L'exclusion comme conséquence

Le terme d'exclusion est récent mais le concept est tout aussi ancien que celui de pauvreté. A la fin du Moyen-Âge, les pauvres se font de plus en plus nombreux et visibles notamment dans les villes. Ils sont rassemblés et mis au travail pour nettoyer les rues, les égouts, les tâches délaissées par le reste de la société.

Mais plus que l'attribution de travaux « spécifiques », les pauvres ne peuvent prétendre aux riches quartiers et sont contraints de vivre dans de vraies Cours des Miracles où se mêlent tous les problèmes de la ville, où se cache toutes les actions de basse morale : prostitution, criminalité... Être pauvre, c'est appartenir à un monde différent du reste de la société.

A la Renaissance, les mendiants ne sont plus tolérés et sont enfermés dans des hôpitaux, dans lesquels ils travaillent.

L'ère industrielle anglaise marque l'apparition d'un nouveau statut, l'ouvrier, issues des parties les plus basses des sociétés passées. Comme vu plus haut, cette époque marque la disparition des sécurités passées. Désormais, l'ouvrier est une personne qui travaille mais uniquement pour survivre et il peut à la moindre difficulté, à la moindre maladie tomber dans la pauvreté.

C'est pour contrer ce phénomène que les syndicats sont créés en Angleterre. La première assurance maladie obligatoire est créée en Allemagne par Otto von Bismarck dans cette même logique à la fin du XIX^e siècle. En France, il faudra attendre les ordonnances du 4 et 19 octobre 1945 pour voir la mise en place d'un système de protection national qui se généralisera progressivement à l'ensemble des employés.
(7)

Il faut attendre 1964 et l'essai de Pierre Massé sur « Les dividendes du Progrès »(8), puis René Lenoir en 1974 « Les exclus, un français sur dix »(9) pour voir apparaître le terme d'exclusion. En effet, bien que les Trente Glorieuses soient définies comme une période prospère en France, on compte de nombreux oubliés, tels les Chibanis, qui sont même exclus de la société à cause de leurs origines, leurs métiers, la pauvreté dans laquelle ils vivent et que personne ne veut voir en cette faste période.(10)

A la pauvreté seule, l'exclusion se caractérise par le cumul de difficultés sociales et par une rupture progressive des liens sociaux. Le Haut Comité de Santé Publique définit dans son rapport de 1998 l'exclusion comme « la manifestation extrême et parfois l'aboutissement de différents processus de fragilisation des liens sociaux ».(2)

c) La menace de la précarité

La précarité permet de préciser les processus menant à l'exclusion et la pauvreté.

Cette notion voit sa définition donnée en 1987 par le Père Wresinski mais elle est déjà en partie décrite par Engel lorsqu'il analyse la classe ouvrière anglaise en 1845 : « *Mais le prolétaire qui n'a que ses deux bras, qui mange aujourd'hui ce qu'il a gagné hier, qui dépend du moindre hasard, qui n'a pas la moindre garantie qu'il aura la capacité d'acquérir les denrées les plus indispensables - chaque crise, le moindre caprice de son patron peut faire de lui un chômeur - le prolétaire est placé dans la situation la plus inhumaine qu'être humain puisse imaginer. L'existence de l'esclave est au moins assurée par l'intérêt de son maître, le serf a au moins un lopin de terre qui le fait vivre, tous deux ont au moins la garantie de pouvoir subsister, mais le prolétaire, lui, est à la fois réduit à lui-même et mis hors d'état d'utiliser ses forces de telle sorte qu'il puisse compter sur elles* ».(11)

La précarité a cette particularité d'être un processus multidimensionnel, qui touche tous les domaines de la vie et dont les conséquences peuvent mener à l'exclusion en fonction des ressources de chaque personne, de son parcours de vie, de sa résilience.

Le Dr Larcher décrit l'état de précaire à travers la métaphore du trampoline : « L'individu est soumis à des sollicitations permanentes de tous les interlocuteurs sociaux (famille, conjoint, collègues, supérieurs, administrations, commerçants, logeurs...) auxquels il doit sans cesse être en mesure de répondre sans délai de façon satisfaisante, de la même manière qu'avec un faible élan, on ne cesse de rebondir sur un trampoline ». Le cumul des fragilités dans chaque domaine de la vie, progressif, aboutit à une précarisation, puis la pauvreté et l'exclusion.

Dès l'enfance, l'homme se construit des sécurités qui sont ici représentées par des élastiques dans tous les domaines de la vie : logement et transport, relations sociales et familiales, revenus, santé physique et mentale, emploi.

Tant que ces sécurités sont présentes, les élastiques permettent au trampoline de rebondir correctement. Mais au fur et à mesure que celles-ci disparaissent, celui-ci va user les autres sécurités (élastiques), qui vont-elles-mêmes disparaître plus rapidement jusqu'à une rupture de tous les élastiques et un rebond qui n'est plus possible. La personne précaire est « devenue » pauvre et est exclue.

2. De l'hospice à l'hôpital actuel

L'hôpital tel que nous le connaissons s'est façonné, construit progressivement dans l'histoire. Créé initialement pour s'occuper des pauvres, il est devenu actuellement un lieu de savoir, d'enseignement et une vitrine des connaissances scientifiques nationales. Plus que jamais soumis au management d'entreprise et aux exigences administratives de rentabilité, les hôpitaux ne doivent pas oublier sa mission première pour répondre au besoin d'une population de plus en plus touchée par un contexte économique défavorable.

Au cours des siècles, la structure hospitalière a dû s'adapter aux contextes de guerres, de famines, d'épidémies mais aussi aux progrès et aux modifications des comportements et de la démographie des humains :

- Du champ religieux et de la charité, on est rentré dans le domaine public et d'assistance universelle.
- D'une échelle locale, l'hôpital évolue désormais dans une répartition nationale
- De la notion d'hébergement, nous sommes arrivés à la réalisation de soins.

a) Prise en charge des pauvres et des indigents

L'hôpital trouve ses racines dans le latin « *hospitalis domus* », maison où l'on reçoit des hôtes.

En France, c'est par le christianisme qu'apparaît le principe d'aide publique fondée sur les conseils de Jésus christ. Au Moyen Age, le Concile d'Orléans donne en

549 aux hôpitaux, construits en dehors des villes, la mission d'accueillir les indigents, les pèlerins et les pauvres, de les nourrir et d'en prendre soin autant que faire se peut.

Le développement des villes rapproche les hôpitaux qui sont désormais des maisons hospitalières et des hôtels dieu à proximité des églises et cathédrales. Ce sont les religieux qui s'occupent de la gestion de ces établissements.

L'Eglise se retrouve bientôt dépassée, au gré des épidémies, des famines et diverses guerres qui viennent grossir de plusieurs centaines de milliers les pauvres devant être pris en charge. Surtout, elle amène une population qui est redoutée par les villes, mêlant hommes de peu de foi et malades. La charité n'est plus suffisante. L'Etat est alors mis à contribution et les hôpitaux deviennent les lieux d'enfermement des populations à risques, des malades, et des pauvres. Ils sont à nouveaux placés en dehors des villes.

Le 27 avril 1656, Louis XIV ordonne ainsi le grand renfermement des pauvres de Paris grâce à l'Hôpital Général de Paris. Il est constitué de 8 établissements dont certains perdurent aujourd'hui tels « l'Hospice de Bicêtre » ou encore « la Salpêtrière » destiné aux femmes. Les différentes catégories de pauvres (malades, infirmes, femmes, hommes, enfants...). Ce modèle est étendu sur l'ensemble du territoire en 1662, avec la création des « archers des pauvres », chargés d'amener de forces pauvres et mendiants. L'hôpital est devenu une prison.(12)(13)

b) L'hôpital, lieu d'excellence

La Révolution Française s'accompagne d'une véritable transformation de l'hôpital. De lieu d'incarcération, il passe à lieu d'assistance géré par les communes. Les médecins y sont installés en 1794. Surtout, la loi du 7 août 1851 établit la mission d'assistance publique hospitalière, l'autonomie et précise que « toute personne malade, même sans ressource, doit être admise à l'hôpital de sa commune ». Ce sont les débuts d'une vraie médecine.

Au XIXème siècle, dans les suites des découvertes de Pasteur, l'hôpital se tourne vers une pratique de la médecine préventive et promeut l'hygiène. C'est

l'apparition de personnel confirmé (infirmières...) et la disparition des derniers religieux.

L'hôpital devient de plus en plus technique et performant et bientôt, de nombreuses personnes ne correspondant pas aux critères du pauvre veulent bénéficier de ces prises en charges. En effet, le coût de la médecine de ville ne cesse d'augmenter et les progrès sont plus lents. Des assurances sociales sont mises en place en 1928 pour soulager les personnes non pauvres mais elles ne permettent pas d'accéder aux hôpitaux

L'État comprend par ailleurs l'importance de faire travailler mais également de prendre soin de l'ensemble de ses concitoyens. La loi du 21 décembre 1941 ouvre donc l'accès à l'hôpital pour tout citoyen, sans distinction de revenus. Enfin, la réforme de mai 1958 consacre les hôpitaux comme des pôles d'excellence et voit la création des centres hospitaliers de recherche universitaire (CHRU) pour y développer recherche, formation et partage des connaissances. (14)

c) Resocialisation de l'hôpital

De 1970 à 1991, les pouvoirs publics vont orienter le développement des hôpitaux sur le plan scientifique et technique, au détriment de leur rôle premier d'aide aux personnes les plus démunies. C'est au cours des Trente Glorieuses, en 1975, période dite dorée pour l'économie nationale, que la fonction asilaire de l'hôpital est officiellement retirée des fonctions de l'hôpital public. L'hôpital perd son rôle social et ne devient qu'un outil technique.

Les deux chocs pétroliers des années 1980 marquent la fin de l'âge d'or français et s'accompagne d'une montée du chômage. Le déficit de la sécurité sociale s'explique par des dépenses de santé de plus en plus élevées car jamais réellement contrôlées. Les individus désocialisés et exclus de la sécurité sociale sont ainsi exclus de prises en charge médicale hospitalière. Les associations tournées jusqu'alors vers l'aide au Tiers-Monde se rendent compte qu'on retrouve en France les mêmes pathologies que dans ces pays. Ainsi B. Kouchner déclare « Et nous avons reçu, comme une gifle, des malades qui présentaient les mêmes pathologies que nos patients des pays démunis : des diabètes en bout de course, des tuberculoses en pleine rue, des grossesses non

suivies. Nous avons fait le tour du monde pour nous retrouver au même point des souffrances, au début des vocations médicales ».

Le gouvernement peine à mettre en place une prise en charge adéquate à cette population longtemps délaissée. Il se repose sur l'aide de nombreuses associations créées dans cette optique, telles les Restos du cœur, la Croix Rouge, EMMAUS, ATD Quart Monde. Le problème de l'accès aux soins pour les personnes les plus pauvres est mis en avant.⁽¹⁵⁾ Le premier SAMU social mis en place par X. Emmanuelli en 1993 arrive aux mêmes conclusions au fil de ses sorties. Le public peut ainsi découvrir l'importance du renoncement aux soins de ces populations précaires.⁽¹⁶⁾

Les politiques se saisissent alors du problème. Le 115 est créé en 1997 pour évaluer et réguler les places dans les différentes structures d'accueil. Surtout, la loi du 29 juillet 1998, qui prévoit de créer un accès aux soins pour tout le monde sur tout le territoire, est adoptée.

d) Création des PASS

Les Programmes régionaux pour l'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) sont ainsi créés. Chaque établissement de santé doit lutter contre l'exclusion et s'assurer qu'à la sortie de l'hôpital, toute personne soit en capacité de poursuivre ses traitements. C'est ainsi que les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) se développent, pour faire le lien entre hôpital et partenaires extrahospitaliers.

Ces cellules ont pour objectif de repérer, offrir une prise en charge médicale et sociale, et intégrer les personnes en difficulté dans un réseau sanitaire dédié ⁽¹⁷⁾. L'objectif final est de parvenir à une réintégration dans le système de droit commun.

Il n'existe pas de structure type de PASS, chacune d'entre elle est conçue selon les critères définis par les comités locaux, chacune s'inscrit dans un réseau.

Leur mode d'organisation varie également en fonction de leur statut dans l'établissement. Ainsi certaines PASS sont rattachées au service d'urgence ou au service social. Certaines ont leur propre local au sein de l'hôpital. ⁽¹⁸⁾

3. Contexte socio sanitaire en Charente

a) Démographie humaine

La Charente comptait au dernier recensement INSEE de 2016, 353 288 habitants, ce qui en faisait le 4^{ème} département le moins peuplé de France. La population reste stable depuis le dernier recensement. (19)(20)

La densité humaine est faible puisqu'elle est de 59.3 habitants/km² contre une moyenne de 70.6 habitants/km² en Nouvelle-Aquitaine.

L'aire urbaine d'Angoulême compte 182 675 personnes soit 52.7% de la population charentaise. La densité humaine y est de 111.7 habitants/km².

b) Démographie médicale (21)

Au 1^{er} janvier 2017, 40 médecins généralistes libéraux exerçaient sur la ville d'Angoulême soit une densité pour 100 000 habitants égale à 95 professionnels /100 000, inférieure à la Nouvelle-Aquitaine qui compte 100 professionnels/100 000 personnes. Cette densité est par ailleurs surévaluée puisque les généralistes d'Angoulême couvrent en réalité une région plus importante que la ville même.

On remarque également une baisse importante du nombre de médecins généralistes avec une perte de 17% en 5 ans sur la ville d'Angoulême, diminution supérieure à celle du département (-12%) et de la région (-5%).

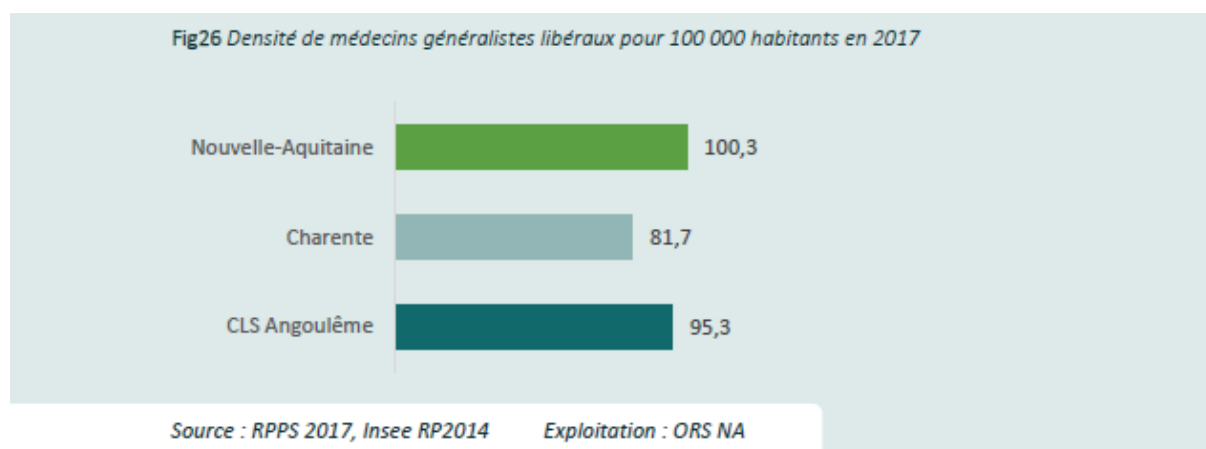


Figure 1 : Densité de médecins généralistes pour 100 000 habitants en 2017

La densité de médecins spécialistes libéraux en Charente n'est que de 56 /100 000 habitants. Mais la ville d'Angoulême compte une densité supérieure de 3.5 à la densité régionale.

On réalise les mêmes constatations avec l'offre de soins des autres professionnels de sante (dentiste, sages-femmes...) qui est supérieure à la moyenne nationale.

Cependant l'offre est très limitée concernant les infirmiers et kinésithérapeutes.

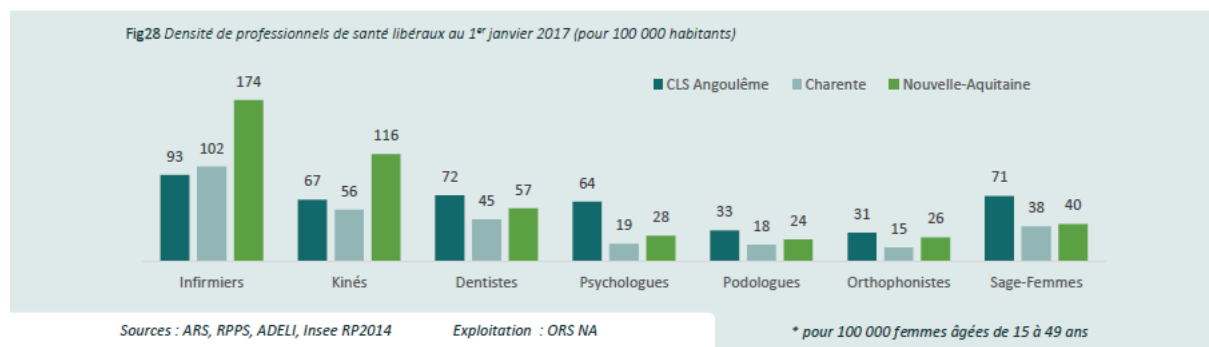


Figure 2 : Densité de professionnels de santé libéraux au 1er janvier 2017

Enfin, le groupement hospitalier de Territoire de Charente est constitué de (22):

- Centre Hospitalier d'Angoulême – *établissement support du GHT de Charente*
- Centre Hospitalier Intercommunal du Pays de Cognac
- Centre Hospitalier de La Rochefoucauld
- Hôpitaux du Sud Charente
- Centre Hospitalier de Confolens
- Centre Hospitalier de Châteauneuf
- Centre Hospitalier de Ruffec

c) Démographie de la précarité

Le département charentais est principalement rural. Ainsi une étude réalisée en 2015 par l'INSEE en Poitou-Charentes concernant la précarité des bassins de vie ruraux met en avant deux zones principales de précarité qui sont le Nord-Charente et le Sud-Charente. Ces territoires ont des revenus faibles (16200€ par an), bénéficient

d'avantage d'aides sociales (7.2% de RSA contre 5.5% de la population en Poitou-Charentes), mais également plus de ménages sans voitures. (11.7% contre 9.9%).

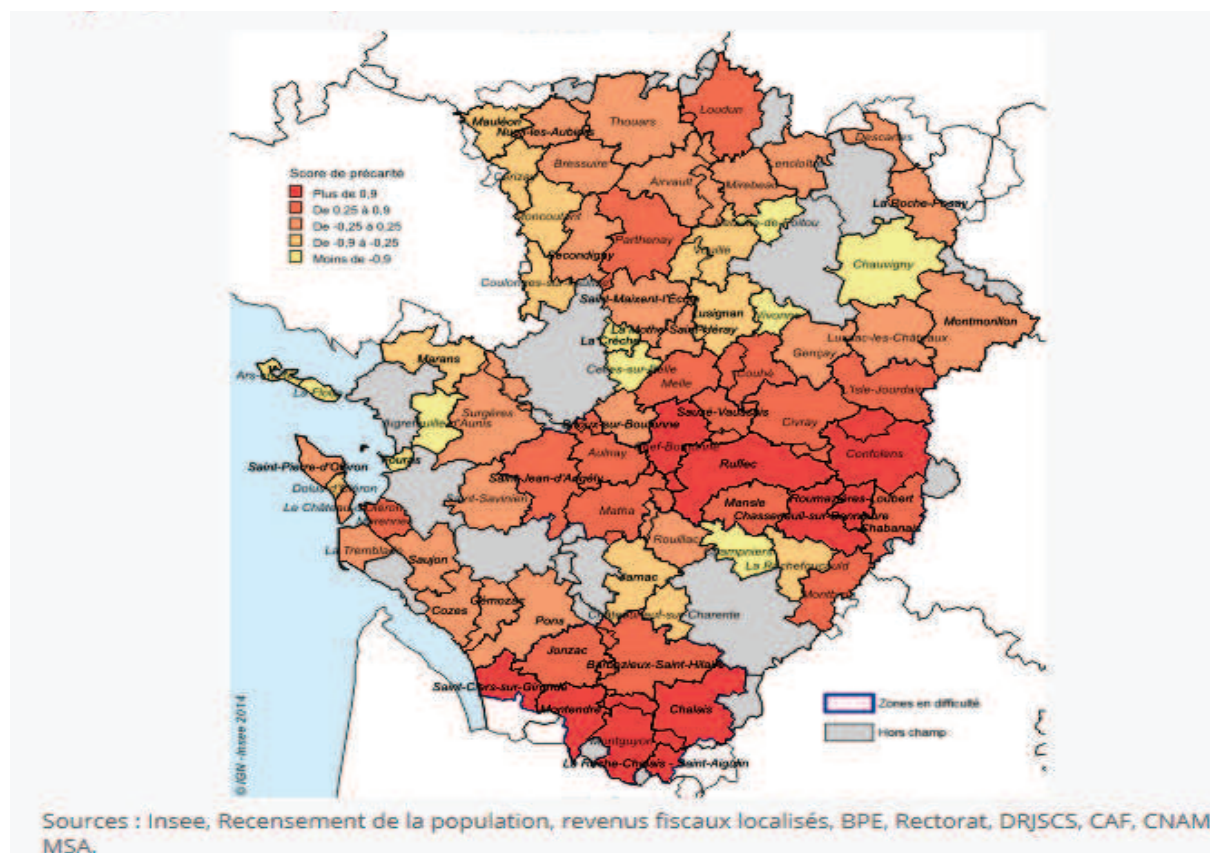


Figure 3 : Score de précarité des bassins de vie ruraux

A Angoulême, les indicateurs de précarité sont défavorables. Plus de 60% des foyers ne sont pas imposés, 17.1% des ménages touchent le RSA contre une moyenne nationale à 8.3%.

Les bénéficiaires de la CMU-C correspondent à 20.8% du régime général contre 7.4% en Nouvelle-Aquitaine et au niveau national.

Enfin, on a vu que précarité et pauvreté étaient deux entités différentes. Mais de par leur proximité, le taux de pauvreté donne une idée de l'importance du taux de précarité. Ainsi, en 2014, le taux de pauvreté était de 23.1% à Angoulême contre 14.8% au niveau départemental et 14.5% au niveau national.

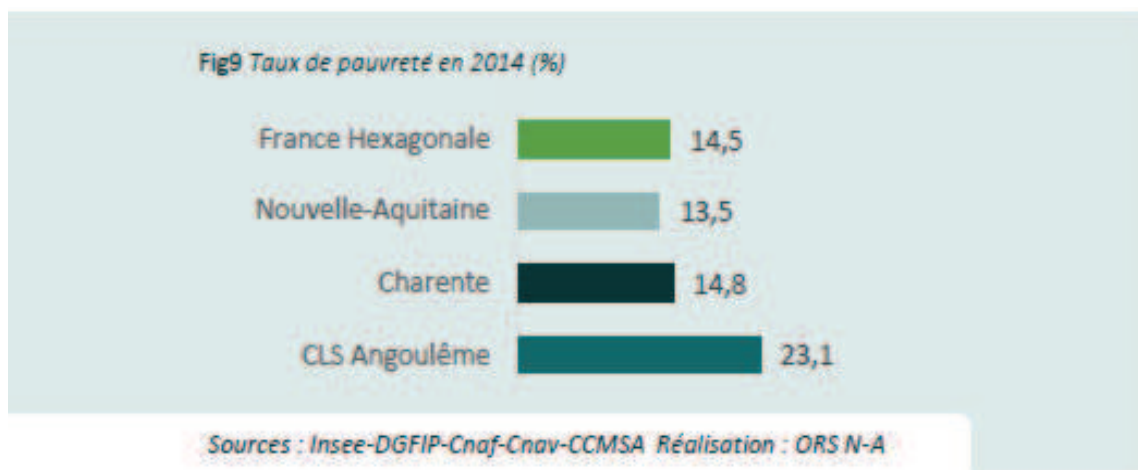


Figure 4 : Taux de pauvreté en 2014

C. Structure du réseau social à Angoulême

1. **Fonctionnement de la PASS**

La PASS d'Angoulême est située à l'entrée de l'hôpital, en dehors du service des urgences afin d'être plus facilement identifiables pour les personnes démunies.

Le personnel est composé :

- Un médecin responsable qui a pour but d'informer et sensibiliser les autres professionnels médicaux. Il a un temps dédié aux consultations médicales au sein de la PASS.
- Un cadre supérieur de santé
- Un cadre de santé
- Une assistante socio éducatrice, sollicitée pour la prise en charge des familles et des mineurs isolés.
- Une assistante sociale qui accompagne les patients dans les démarches administratives.
- Une équipe de 4 infirmières qui sont habilitées à voir les patients et les orienter soit vers le médecin de la PASS, vers les urgences, soit prévoir un nouveau rendez-vous de suivi avec elles.

Il reçoit dans ses locaux les personnes en situation de précarité qui

- Se présentent d'elles-mêmes par connaissance de la structure
- Sont adressées par les urgences ou les services administratifs
- Sont adressées par un partenaire social extérieur, comme Médecins du monde

La PASS est ouverte de lundi au vendredi de 9h à 12 h et 13h à 17h. Les entretiens sont prévus par rendez-vous. Elle fonctionne en étroite collaboration avec les urgences. En effet, le médecin responsable de la PASS ainsi que les infirmières ont toutes travaillé aux urgences d'Angoulême. Ainsi, le service de la PASS peut s'occuper des dossiers le jour-même si il est saisi sur ses heures ouvrables. Sinon, il est informé par le secrétariat des urgences de dossiers à traiter dès le lendemain matin.

La PASS d'Angoulême a su, à sa création, largement communiquer sur son existence, si bien qu'elle est aujourd'hui connue par tous les acteurs sociaux et médicaux du département.

2. Service social de l'hôpital

Il est constitué d'un cadre socio-éducatif, d'une secrétaire et de 5 assistants sociaux.

Les assistants sociaux participent à la prise en charge globale du patient au sein du service de soins. Ils peuvent être sollicités à la demande du patient, de sa famille, du service de soins ou tout partenaire extérieur. Il intervient auprès des personnes hospitalisées, isolées, démunies et sans entourage familial ou amical.

Néanmoins, ils peuvent tout de même être contactés par des personnes entourées de leur famille. Ils s'inscrivent alors dans le cadre d'un accompagnement (écoute, orientation...).

Un protocole a été mis en place répartissant les rôles de la PASS et du service social au sein du CHA. **[Annexe 1]**

3. Acteurs sociaux externes

Pour offrir la meilleure prise en charge possible à la population précaire, les actions de la PASS et du service social du CHA sont en lien avec différents acteurs sociaux répartis principalement autour des 5 quartiers prioritaires définis par l'Atelier Sante Ville d'Angoulême :

- Basseau, la Grande Garenne
- Saint Cybard
- L'Houmeau, au niveau de la gare
- Bel Air, Grand Font
- Ma Campagne

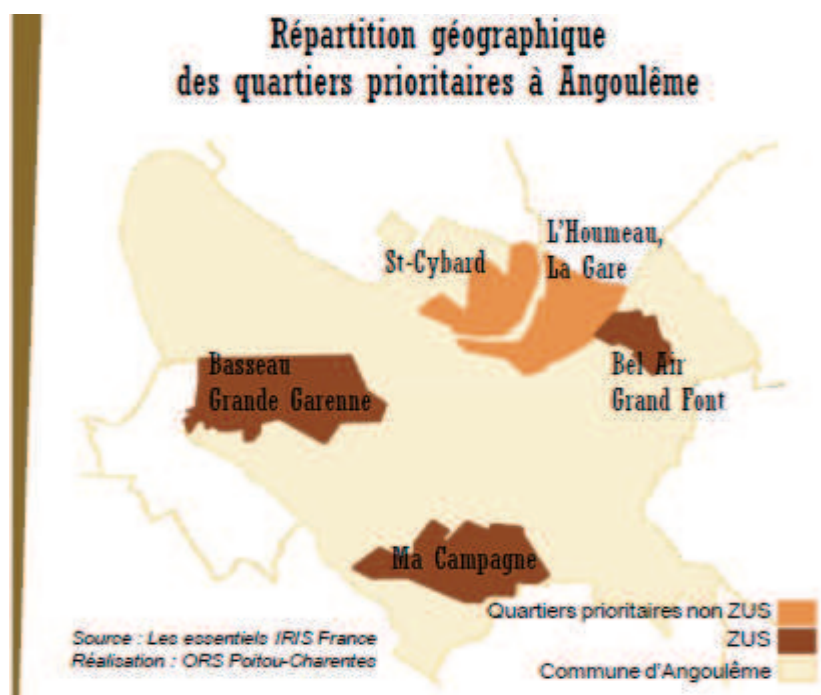


Figure 5 : Répartition géographique des quartiers prioritaires à Angoulême

La ville d'Angoulême a, à l'initiative de la DDASS, réunit des associations et institutions pour formées les « Fédérations des Acteurs de l'Urgence Sociale » (AFUS16).

On y recense :

- Angoulême Solidarité
- Association de Préventions Spécialisée du Grand Angoulême (APSA)
- Objectif Médiation du Grand Angoulême (OMEGA), qui permet un lien avec les SDF, leur permet d'avoir des personnes de confiance facilitant leurs venues à des consultations et au suivi médical
- Le centre social de la Grande Garenne
- Association Eclaircie, qui est un lieu d'accueil de jour
- Médecins du Monde, qui organise une permanence de soins
- Le Secours Populaire.
- Le Centre Communal d'aide Sociale
- L'équipe mobile de psychiatrie et son centre médico-psychologique, le Lieu Dit

Toutes ces associations et institutions interagissent entre elles pour permettre la meilleure prise en charge possible. Le 115 est par ailleurs en lien constant avec elles.

Enfin, un médecin généraliste est financé par le CHA pour pourvoir voir sans rendez-vous les patients précaires qui n'ont pas de médecin traitant.

D. Contexte de l'étude

Il existe depuis maintenant plus qu'une quinzaine d'années une augmentation progressive mais constante de la difficulté à obtenir un rendez-vous chez un médecin généraliste, encore plus chez un spécialiste en médecine libérale. Ces difficultés sont multiples et variées. On peut ainsi évoquer la diminution du nombre de médecins libéraux en France, la réduction des horaires de consultation, la modification des pratiques des patients qui ne veulent plus s'arrêter avant d'avoir obtenu le « statut » de malade et consultent donc après leur journée de travail.

A cette difficulté de moyens humains s'ajoutent une difficulté financière. En effet, la part des personnes dites précaires augmente constamment en France. (23)



Figure 6 : Evolution du taux de précarité

L'exemple le plus criant est le taux de précarité chez les jeunes expliqués par le développement massif des contrats d'intérim, à durée déterminée, les « emplois jeunes » qui fragilisent la stabilité financière de ces jeunes actifs.

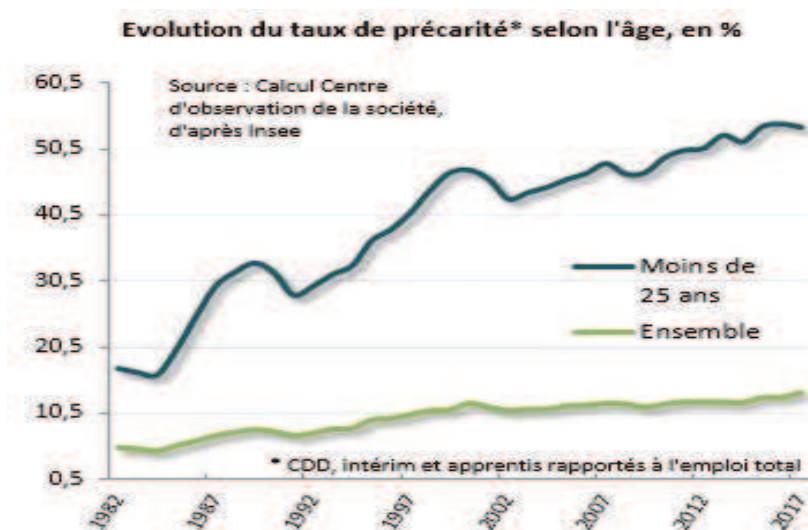


Figure 7 : Evolution du taux de précarité selon l'âge

Les personnes précaires ont un recours au système de santé français différent des classes moyennes et supérieures. Les classes les plus élevées ont une représentation différente de la bonne santé, en résultent des comportements préventifs, en vue de ne pas tomber malade ou d'être dépisté le plus tôt possible. Cette

dépense financière, non indispensable, est impossible pour les plus précaires qui ne s'orientent vers la médecine que lors d'une nécessité de soins curatifs.(24)

Elles vont ainsi moins consulter de manière préventive des spécialistes ou des médecins traitants, vont « utiliser le système D » pour se soigner et vivre avec des pathologies ou des symptômes jugés non graves. En résulte des patients qui se présentent aux urgences avec une symptomatologie souvent plus grave, des états cliniques souvent plus évolués qui nécessitent alors soit hospitalisation, soit des soins à domicile plus ou moins longs, plus ou moins onéreux (exemple le plus typiques : la lourdeur des soins dentaires chez les précaires). (25)

Surtout, les patients précaires ne connaissant pas leurs droits sont plus à risque de ne se soigner que partiellement et ce malgré des prescriptions correctes(24). En effet, leurs faibles ressources les empêchent d'avancer les frais. Ils reconsultent alors aux urgences car ils retombent malades, et le cercle recommence.

Ces multiples facteurs, associés à des politiques de santé réformant en profondeur l'hôpital public depuis plus de 20 ans, ont abouti à une augmentation de 200% du passage aux urgences en l'espace de 20 ans. (26)

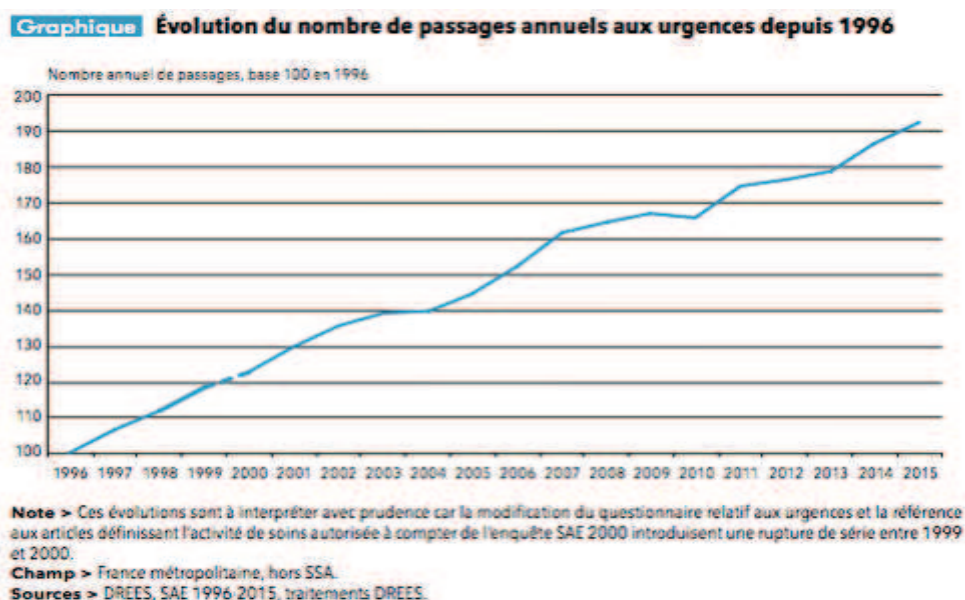


Figure 8 : Evolution du nombre de passages annuel de 1996 à 2016

Le dépistage et la prise en charge de ces populations apparaît donc comme un véritable enjeu de santé publique afin de réinsérer ces personnes dans le système de soins français traditionnel pour désengorger les urgences.

De plus, leur identification et leur suivi correct ont pour but de diminuer les pathologies les plus graves et d'empêcher l'émergence de pathologies du tiers-monde.

II. Matériel et méthode

A. Les urgences du Centre hospitalier d'Angoulême (CHA)

Le centre hospitalier du CHA est l'établissement de support du GHT de la Charente, ainsi qu'un hôpital de recours du département. Ses urgences comptabilisent 49019 passages aux urgences adultes durant l'année 2017, soit 134 passages par jour.

Les urgences sont séparées en 3 secteurs :

- Le premier est divisé en trois parties : SAUV, secteur 1 (filiale rapide, équivalent à la médecine générale) et secteur 2 (filiale longue).
- Le deuxième est la traumatologie
- Le dernier est UHCD

Les médecins se répartissent sur chacun de ces secteurs, en plus d'un médecin d'accueil et d'orientation.

L'accueil des patients est assuré par des secrétaires médicales de 8h30 à 18h30, heures de présence du MAO.

A partir de 18h30 en semaine et durant tout le week-end, les entrées administratives sont assurées par un infirmier d'accueil et d'orientation.

B. Signalement à la PASS d'Angoulême

Lorsqu'un patient ne présente pas de couverture sociale complète, c'est-à-dire les droits de base ainsi que complémentaire santé, la PASS d'Angoulême est contactée par les secrétaires médicales. Celles-ci contactent la PASS directement lorsqu'elles sont présentes et que la PASS est ouverte. Dans le cas contraire (fermeture de l'une de deux structures ou des deux), elles transmettent le dossier le plus tôt possible.

Il y a alors un risque de renseignements administratifs erronés et donc d'impossibilité de joindre les patients au décours, puisque la plupart ne sont plus là.

Il est également possible de contacter les services de la PASS via la demande « Avis Spécialisés » du logiciel CRISTAL-NET. Cette demande est réalisée par les médecins ou internes en poste aux urgences. De la même manière que pour les échanges secrétaires d'accueil-PASS, l'équipe de la PASS est contactée immédiatement en journée.

Si nous sommes en dehors des horaires / jours d'ouverture de la PASS, un fichier informatisé propre au serveur des urgences permet de recueillir la demande d'avis PASS. Ces demandes sont transférées au service de la PASS le lendemain.

Enfin, la PASS tient un fichier de patients adressés par les urgences. Il existe en effet des patients réorientés immédiatement vers la PASS lorsqu'ils se présentent aux urgences pour des motifs non médicaux, aucun dossier médical n'est alors créé.

C. Schéma de l'étude

L'objectif est de réaliser une étude descriptive des dossiers ayant bénéficié d'un avis PASS au sein des urgences du centre hospitalier d'Angoulême.

L'étude s'inscrit dans une démarche d'évaluations des pratiques professionnelles. Les phases d'amélioration et de réévaluation feront l'objet d'un plan d'action ultérieur.

Cette étude est une étude épidémiologique, descriptive, observationnelle, analytique, rétrospective, monocentrique. Elle a été réalisée au SAU du CH d'Angoulême et s'étend sur la période allant du 1^{er} janvier 2019 au 30 juin 2019 inclus.

1. Population étudiée

Les dossiers analysés pour cette étude sont issus d'une recherche multicritère effectuée sur le logiciel CRISTAL.NET. Ces données ont été croisées au fichier de la PASS recueillant les « Patients adressés par les urgences durant l'année 2019 ».

Les critères d'inclusion étaient : patients âgés plus de 15 ans et 3 mois, pour lesquels un « avis PASS » a été demandé, sans distinction du requérant.

Les critères d'exclusion sont : pas d'informations disponibles dans le dossier informatique, patient considéré comme adressé par le SAU alors qu'il n'existe pas de contact avec une personne de l'équipe des urgences (typiquement, les membres de la famille du patient adressé à la PASS par le SAU).

2. Critères de jugement

Le critère de jugement principal est : décrire l'efficacité du dépistage de la précarité au sein du service des Urgences du Centre d'Angoulême. Combien de patients dits précaires sont orientés vers les aides sociales existantes ?

Les critères de jugements secondaires sont :

- les critères du dépistage d'un patient « précaire » aux urgences d'Angoulême
- le taux de reconsultation aux urgences après rencontre avec la PASS

3. Paramètres étudiés

Les données ont été recueillies grâce au logiciel CRISTAL.NET. Chaque patient s'est vu attribué un numéro de dossier unique pour garantir l'anonymat.

Les données recueillies sont :

- Le sexe, l'âge, le motif de venue, l'heure de venue
- Le motif d'appel PASS
- L'existence d'une couverture sociale de base
- L'existence d'une complémentaire
- La nationalité
- Le nombre de consultations aux urgences dans les 6 mois précédant une demande d'avis PASS
- Le nombre de consultations aux urgences dans les 3 mois suivant une demande d'avis PASS
- Le nombre de consultations à la PASS dans les 6 mois précédant une demande d'avis PASS
- Le nombre de consultations à la PASS dans les 3 mois suivant une demande d'avis PASS

- Les raisons pour lesquels aucun suivi PASS n'a été réalisé
- L'orientation à la sortie des urgences

4. Données manquantes

Un dossier n'avait aucune information et un autre avait des données incomplètes à cause d'une panne informatique. Ces deux dossiers ont donc été exclus de l'étude.

5. Analyse statistique

Les données ont été collectées grâce à un tableau Excel. Les analyses statistiques ont été réalisées en utilisant le site pvalue.io.

Les analyses univariées utilisées sont le test de Welch et le test de Krustal-Wallis.

Le seuil de significativité a été fixé pour un $p \leq 0.05$.

6. Comité d'éthique

Un accord auprès de la PASS a été obtenu afin d'accéder et d'utiliser les données personnelles des patients ainsi que le travail de la PASS.

Notre étude, purement observationnelle, n'a impliqué aucune intervention directe auprès des patients. Pour rappel, les données ont été anonymisées avant d'être analysées.

Il n'a donc pas été nécessaire de recueillir l'accord du Comité d'Ethique.

III. Résultats

A. Population étudiée

1. Sélection des dossiers

Nous avons recueilli un total de 107 dossiers adressés à la PASS par les urgences au cours de la période d'étude, sur les 23 723 passages aux urgences.

Nous avons exclu 20 dossiers :

- 2 patients pour lesquels il n'y avait aucune information enregistrée
- 17 patients ont été classés à tort comme adressés par le SAU après analyse des dossiers
- 1 dossier était présent en double

Au total, 87 patients ont donc été adressés à la PASS par le service des urgences.

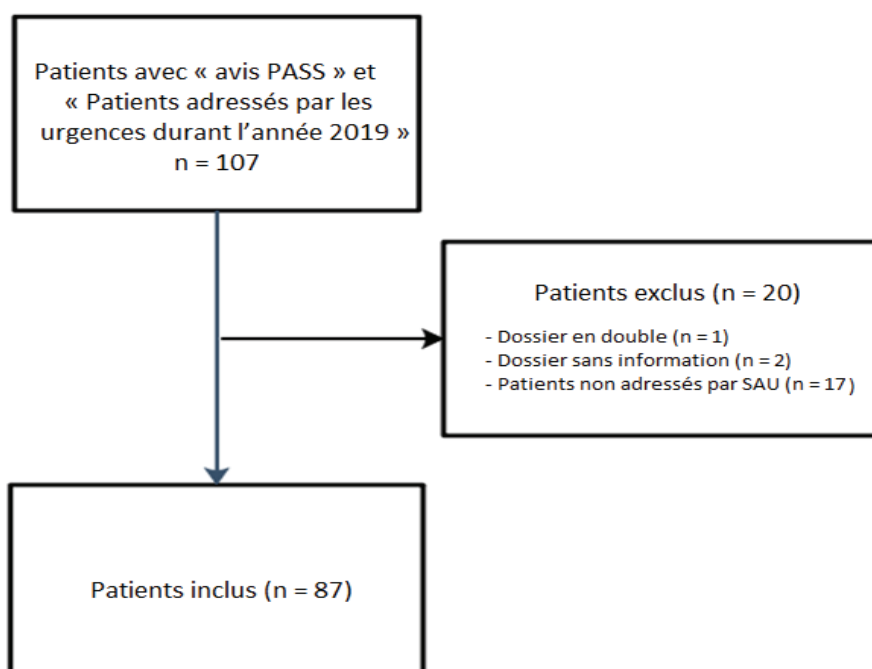


Figure 9 : Diagramme de Flux

2. Caractéristiques générales de la population étudiée

Les principales caractéristiques la population étudiée sont présentées dans le tableau 1.

Tableau 1 : Caractéristiques de la population étudiée

Caractéristiques	Moyenne (écart-type)	Médiane [Q25-75]	Nombre (%)
Sexe			
Femme			24 (27.6)
Homme			63 (72.4)
Age (année)			
< 18 ans	16 (0)	16 [16 ; 16]	8 (9.2)
18 - 25ans	22.4 (2.5)	23.5 [21.25 ; 24.0]	14 (16)
26 – 65 ans	43.4 (11.4)	44 [33.75 ; 51.0]	60 (69)
> 65 ans	69.4 (2.9)	69 [69.0 ; 69.0]	5 (5.7)
Nationalité			
Française			42 (48.3)
Europe de l'Est			17 (19.5)
Afrique			28 (32.2)

On constate parmi les 87 patients inclus

- Une majorité d'hommes puisque ceux-ci constituent 72.4% de notre population
- La tranche d'âge principalement représentée est celle des 26 à 65 ans
- Les personnes de nationalité française sont moins nombreuses que les personnes d'autres origines. Ces personnes sont toutes issues de l'Europe de l'Est ou de l'Afrique.

B. Analyse des motifs de demande d'avis PASS

Il n'existait pas de catégories types pour évaluer les motifs de demande d'avis PASS.

Après interprétation des données, nous avons créés 7 catégories :

- Catégorie 1 : Appel de la secrétaire des urgences pour absence de couverture sociale (Sécurité sociale générale, PUMA, AME...)
- Catégorie 2 : Appel de la secrétaire des urgences pour absence de complémentaire santé (complémentaire professionnelle, personnelle, CMU-C)

- Catégorie 3 : Patient connu de la PASS, réadressé pour poursuite de la prise en charge
- Catégorie 4 : Patient présentant un problème de logement (expulsion de son foyer, problème de chauffage ou d'isolation)
- Catégorie 5 : SDF, pour coordination du suivi en externe (reconvocation avec le médecin de la PASS)
- Catégorie 6 : Suspicion de précarité, selon l'expérience personnelle du médecin. Evocation de problème de l'ordre financier.
- Catégorie 7 : Organisation du parcours de santé.

La catégorie 7 regroupe des personnes qui n'ont pas de médecin traitant, n'arrivent pas à en trouver et qui consulte pour un motif attribué à la médecine générale (renouvellement de traitement, vaccination). Mais elle compte aussi certains patients qui expliquent venir en France pour obtenir des soins médicaux spécialisés.

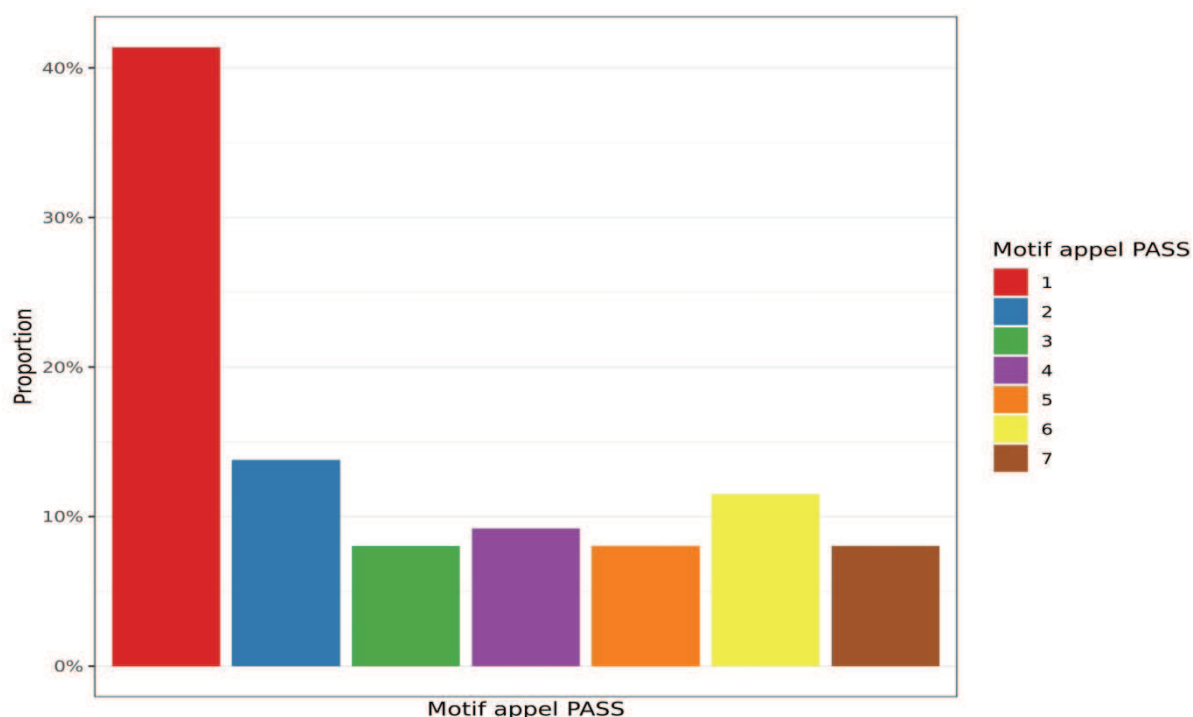


Figure 10 : Répartition des motifs d'appel de la PASS

Tableau 2 : Repartition des motifs d'appel de la PASS

Motif d'appel PASS	1	2	3	4	5	6	7
n (%)	36 (41)	12 (14)	7 (8)	8 (9.2)	7 (8)	10 (11)	7 (8)

C. Reconsultation aux urgences dans les 3 mois

1. Analyse univariée

L'analyse univariée des patients qui reconsultent aux urgences dans les 3 mois révèle un lien significatif entre leur nouvelle consultation et :

- L'existence initiale d'une couverture sociale ($p = 0.025$)
- La nationalité française ($p = 0.031$)

Tableau 3 : Analyse univariée des facteurs pouvant influencer une nouvelle consultation aux urgences dans les 3 mois

Facteur	Moyenne (écart-type)	Médiane [Q25-75]	Min	Max	n	p	Tests
Age							
< 18 ans	0.375 (± 0.518)	0 [0 - 1.00]	0	1.00	8	0.93	Kruskal-Wallis
18 - 25ans	0.571 (± 0.938)	0 [0 - 1.00]	0	3.00	14	-	-
26 – 65 ans	0.517 (± 1.14)	0 [0 - 1.00]	0	7.00	60	-	-
> 65 ans	0.400 (± 0.894)	0 [0 - 0]	0	2.00	5	-	-
Couverture sociale							
Oui	0.723 (± 1.33)	0 [0 - 1.00]	0	7.00	47	0.025	Welch
Non	0.250 (± 0.439)	0 [0 - 0.250]	0	1.00	40	-	-
Mutuelle							
Oui	0.818 (± 1.51)	0 [0 - 1.00]	0	7.00	33	0.073	Welch
Non	0.315 (± 0.543)	0 [0 - 1.00]	0	2.00	54	-	-
Motif appel PASS							
Absence CS	0.250 (± 0.439)	0 [0 - 0.250]	0	1.00	36	0.76	Kruskal-Wallis
Absence complémentaire	0.417 (± 0.669)	0 [0 - 1.00]	0	2.00	12	-	-
Connu PASS	0.571 (± 1.13)	0 [0 - 0.500]	0	3.00	7	-	-
Difficultés de logement	0.375 (± 0.744)	0 [0 - 0.250]	0	2.00	8	-	-
SDF	1.00 (± 1.29)	0 [0 - 2.00]	0	3.00	7	-	-
Problème financier	1.00 (± 2.21)	0 [0 - 0.750]	0	7.00	10	-	-
Organisation parcours de santé	0.857 (± 1.21)	0 [0 - 1.50]	0	3.00	7	-	-
Etranger							
Oui	0.267 (± 0.580)	0 [0 - 0]	0	3.00	45	0.031	Welch
Non	0.762 (± 1.34)	0 [0 - 1.00]	0	7.00	42	-	-

D. Reconsultation à la PASS dans les trois mois

1. Analyse univariée

L'analyse univariée des reconsultations à la PASS dans les 3 mois permet de retrouver une association significative avec :

- L'existence d'une couverture sociale ($p < 0.01$)
- L'existence d'une mutuelle ($p = 0.025$)
- Le motif de consultation « absence de Couverture Sociale » ($p < 0.001$)

Tableau 4 : Analyse univariée des facteurs pouvant influencer une nouvelle consultation à la PASS dans les 3 mois

Facteur	Moyenne (écart-type)	Médiane [Q25-75]	Min	Max	n	p	Tests
Age							
< 18 ans	2.75 (± 3.54)	1.00 [0.750 - 3.75]	0	10.0	8	0.19	Kruskal-Wallis
18 - 25ans	1.50 (± 1.87)	0.500 [0 - 3.00]	0	5.00	14	-	-
26 – 65 ans	1.18 (± 2.45)	0 [0 - 1.00]	0	15.0	60	-	-
> 65 ans	0.600 (± 1.34)	0 [0 - 0]	0	3.00	5	-	-
Couverture sociale							
Oui	0.574 (± 1.26)	0 [0 - 0]	0	5.00	47	<0.01	Welch
Non	2.25 (± 3.12)	1.00 [0 - 3.00]	0	15.0	40	-	-
Mutuelle							
Oui	0.697 (± 1.40)	0 [0 - 1.00]	0	5.00	33	0.025	Welch
Non	1.74 (± 2.84)	1.00 [0 - 2.00]	0	15.0	54	-	-
Motif appel PASS							
Absence CS	2.31 (± 3.25)	1.00 [0 - 3.00]	0	15.0	36	<0.001	Kruskal-Wallis
Absence complémentaire	0.333 (± 0.888)	0 [0 - 0]	0	3.00	12	-	-
Connu PASS	2.43 (± 2.07)	3.00 [0.500 - 4.00]	0	5.00	7	-	-
Difficultés de logement	0.250 (± 0.463)	0 [0 - 0.250]	0	1.00	8	-	-
SDF	0 (± 0)	0 [0 - 0]	0	0	7	-	-
Problème financier	0.100 (± 0.316)	0 [0 - 0]	0	1.00	10	-	-
Organisation parcours de santé	1.43 (± 1.62)	1.00 [0 - 2.50]	0	4.00	7	-	-
Etranger							
Oui	2.29 (± 3.03)	1.00 [0 - 3.00]	0	15.0	45	<0.001	Welch
Non	0.333 (± 0.816)	0 [0 - 0]	0	4.00	42	-	-

Ainsi, l'absence de couverture sociale, l'absence de mutuelle ou complémentaire, ainsi que le fait d'être étranger sont des facteurs en faveur d'une reconsultation à la PASS.

Quand on analyse la variable « Motif appel PASS », on constate qu'il y a plus de reconsultations pour les motifs « Absence de couverture sociale », « Absence de mutuelle », « Organisation parcours de santé ».

IV. Discussion

A. Intérêt de l'étude

Avant même de commencer notre étude, nous savions qu'il n'existait pas de dépistage organisé et systématique de la précarité aux urgences d'Angoulême. Cette étude avait pour but d'analyser et expliciter les comportements actuels dans le but d'établir une stratégie de prise en charge de cette population de plus en plus nombreuse.

Notre étude comporte plusieurs forces :

- La période d'inclusion de 6 mois est suffisamment longue pour ne pas être impactés par des facteurs confondants, pour obtenir une population la plus représentative possible.
- Cette étude a été réalisée de manière rétrospective pour éviter le plus possible les changements d'attitude de la part du personnel médical face à cette question. La situation analysée et décrite est donc représentative du fonctionnement habituel du service
- Ce travail s'inscrit dans la continuité d'une étude de 2010 sur la prise en charge des SDF à Angoulême. Il s'adapte à une modification rapide du type de consultations aux urgences et d'une modification des personnes dites précaires.
- Cette étude nous montre que les motifs pour lesquelles la PASS est contactée s'approchent des deux premiers items du score de Pascal, outil de repérage de précarité reconnu. **[Annexe 2](27)**

Selon ce score, un individu est considéré précaire s'il ne possède pas de couverture sociale.

B. Limites de l'étude

1. Biais de mesure

Il est apparu lors de la recherche et de l'analyse des dossiers que les dossiers étaient insuffisamment remplis, source de biais majeure.

- Les motifs d'orientation vers la PASS n'étaient pas forcément expliqués par le requérant
- Le requérant n'était pas toujours identifié
- Il n'existe souvent pas de traces écrites des conversations téléphoniques qui ont eu lieu entre le service des urgences et la PASS.

Il en résulte une perte d'information, de temps et d'énergie de la part de deux intervenants. Surtout, on introduit une discontinuité dans la prise en charge qui se veut pluri-professionnelle et qui concerne des patients souvent éprouvés par la vie.

La réorientation vers la PASS sans trace écrite dans un dossier informatique expose également, comme nous avons pu le voir dans la population exclue, à des erreurs dans la reconstruction des parcours de santé des patients.

2. Faible nombre de patients

Le faible nombre de patients quant à la proportion de passage annuelle aux urgences ne permet pas de comparaison des populations. En effet, l'effectif de notre population sur 6 mois ($n = 87$) correspond à 66% des passages réalisées sur une journée moyenne aux urgences ($n=132$). Il existe donc une démesure telle entre les deux populations sur une période aussi étendue que toute comparaison apparaîtrait déraisonnable et surtout ininterprétable.

Une comparaison des deux populations n'apparaît envisageable que lors d'une étude prospective avec remise d'un questionnaire à chaque patient, et après une sensibilisation de la part de l'équipe des urgences à la question de la précarité.

Il peut s'expliquer comme vu plus haut par la mauvaise tenue des dossiers, mais il s'explique surtout par l'absence de dépistage organisé.

Il peut aussi être vu comme la preuve de l'existence d'un réseau social solide et ancien autour d'Angoulême diminuant à la source le nombre de patients consultant aux urgences.

3. Absence de comparaison aux autres patients de la PASS

Cette étude dresse un tableau général des personnes précaires dépistées aux urgences d'Angoulême.

Nous n'avons pas comparé notre population à celle de la PASS. En effet, le fait de consulter aux urgences peut résoudre d'une modification récente de la situation du patient, d'une instabilité de sa situation sociale, financière, professionnelle nouvelle.

De ce fait, le patient s'inscrit dans une démarche de soins totalement différente.

C. Perspectives d'évolution

1. Mise en place d'un dépistage organisé

a) Outils existants

Depuis une dizaine d'années, des scores de repérage de la précarité ont été établis. Les scores EPICES et PASCAL sont les plus utilisés et les plus performants.

[Annexe 3] (28) (29)

Différentes études ont été menées pour évaluer le dépistage des précaires aux urgences à travers le score EPICES. Ainsi, Arras en 2011 atteignait un score de 48% (30), Nice en 2010 atteignait 50% (31) et Nantes en 2004, un score de 47% (27).

Le score de PASCAL a été créé aux urgences de Nantes, spécifiquement pour une utilisation rapide et adaptée à la prise en charge de ce type de service. Notre revue de littérature n'a trouvé qu'une étude, réalisée en 2018, utilisant ce score. Il s'agit d'une étude multicentrique réalisée dans différents centres hospitaliers bordelais (32). Celle-ci se démarquait par ses résultats puisque seulement 28% de la population était en situation de précarité. Cependant les résultats sont à relativiser tant leur disparité est importante en fonction de l'hôpital identifié dans l'étude (46% de précaire au maximum contre 16% au minimum).

b) Choix de l'outil

Il semble légitime de vouloir utiliser le score le plus simple possible pour permettre sa réalisation par le maximum d'intervenants. Ce score doit par ailleurs prendre peu de temps pour s'intégrer au fonctionnement des urgences.

Le score Pascal nous apparaît comme incomplet au sens où il ne s'intéresse qu'à l'aspect administratif et un peu au travail. Mais la précarisation de la population française concerne de plus en plus des personnes avec des emplois instables. Le score de Pascal ne les dépisterait donc pas.

Le score EPICES ignore totalement cette composante, et bien que plus complet, il ne répond pas non plus à nos attentes.

Il faudrait probablement créer un nouveau score, qui s'adapterait plus au contexte socio-économique actuel et serait plus performant pour dépister cette précarité cachée.

2. Informatisation des modalités d'orientation vers la PASS

Il apparaît nécessaire de revoir le fonctionnement du logiciel CRISTAL.NET et de créer, au même titre qu'il existe des protocoles informatisés pour la prise en charge de l'AVC par exemple, une observation type de dépistage de la précarité. Cette modification limiterait les pertes d'informations entre différents intervenants. La nature même du protocole serait à discuter entre personnel de la PASS, urgentistes et membre du département informatique de l'hôpital.

Cette modification apparaît évidente pour la prise en charge médico-sociale mais également pour le ressenti du patient.

Etre confronté à de multiples interlocuteurs qui posent constamment les mêmes questions, ne maîtrisant pas le dossier peut être interprété par le patient comme un désintérêt du corps soignant à son égard. La difficulté de réintégrer le précaire dans le système de santé n'en est alors qu'augmentée.

Enfin, la tenue incomplète du dossier ne rend que plus difficile les tentatives de modification des pratiques puisque les points d'amélioration ne peuvent être correctement évalués.

D. Limites futures à considérer

1. Modification des actions de la PASS

Le dépistage ne peut qu'être amélioré à Angoulême. Il est nécessaire pour réinsérer socialement le plus tôt possible des personnes en décrochage, ou pour le prévenir si celles-ci s'en approchent.

Dans notre étude, nous avons mis en évidence que la majorité des précaires français n'ont besoin que très brièvement de la PASS puis sont suivis par les assistants sociaux de ville, si besoin.

On constate également que le temps consacré aux personnes étrangères est plus important que celui consacré aux personnes françaises, alors même que ces premières constituent la majorité de la population précaire adressée par les urgences.

Cette étude illustre une réalité constatée sur le terrain. Par l'augmentation des flux migratoires pour des personnes en provenance de régions sinistrées et en l'absence de structures de références pour celles-ci, l'activité de la PASS s'est progressivement détournée de ses missions primaires. Elle s'occupe majoritairement des personnes étrangères, aux dossiers complexes et chronophages, et n'a plus le temps de prendre en charge les autres précaires qu'elle adresse vers d'autres acteurs sociaux.

2. Organisation de la prise en charge sociale de la précarité

Dans un contexte où l'hôpital public tel qu'il existe depuis maintenant plusieurs dizaines d'années est en train de disparaître au profit d'une politique axée sur l'ambulatoire et la prise en charge technique, on peut se questionner quant au devenir de la question sociale à l'hôpital et si une réforme ne va pas s'imposer elle aussi.

Il faut donc redéfinir les axes de travail de chaque entité. Est-ce à la PASS et à l'hôpital d'assurer un travail purement social pour la prise en charge des immigrés ?

Ne faut-il pas créer et donner les moyens à des instances spécialisées dans la santé du migrant ?

Les tendances migratoires actuelles laissent supposer l'arrivée de plus en plus importants de migrants et donc une orientation de moins en moins tournée vers toute la précarité de la PASS. Sachant que ces structures croulent déjà sous le travail avec les moyens alloués, une telle évolution marqueraient un pas en arrière avec la disparition de cette structure sensée faire le lien entre la ville et l'hôpital. Ne va-t-on pas vers une nouvelle disparition du rôle premier de l'hôpital public d'apporter des soins à l'indigent?

Et quand bien même la PASS adopterait le chemin de la spécialisation vers les étrangers, il faudrait donc repenser totalement la prise en charge sociale des patients précaires avec des droits sociaux ouverts.

Les jeunes, les familles monoparentales, les retraités sont autant de personnes se précarisant, nécessitant pour beaucoup un suivi social. Hors, même s'ils étaient tous dépistés, il apparaît impossible aujourd'hui d'élaborer ce suivi avec le faible nombre d'assistante sociale par ville, par département.

Nous pouvons affirmer que le dépistage et la prise en charge de la précarité doit s'accompagner forcément d'une restructuration profonde de l'aide sociale et d'une réorganisation de l'offre de soins en France avec un développement des relations hôpital-libéral. (33)

Bibliographie

1. Wresinski J. Grande pauvreté et précarité économique et sociale. J Off. février 1987;6.
2. HCSP, éditeur. La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé. Rennes: Editions ENSP; 1998. 349 p. (Collection Avis et rapports).
3. Arrêté du 20 juillet 1992 relatif aux examens périodiques de santé. | Legifrance [Internet]. [cité 10 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006079995>
4. Maric M, Gregoire E, Leporcher L. La prise en charge des populations dites précaires dans les établissements de soins. :127.
5. Fontaine L. Une histoire de la pauvreté et des stratégies de survie. Regards Croisés Sur Econ. 24 sept 2008;n° 4(2):54-61.
6. Lautier B, Salama P. De l'histoire de la pauvreté en Europe à la pauvreté dans le Tiers Monde. Rev Tiers Monde. 1995;36(142):245-55.
7. DCOMM. De Bismarck à Beveridge: la sécurité sociale pour tous. 1 déc 2009 [cité 25 oct 2019]; Disponible sur: http://www.ilo.org/global/publications/world-of-work-magazine/articles/ilo-in-history/WCMS_120184/lang--fr/index.htm
8. Masse (P.), Bernard (P.) - Les dividendes du progrès. - Persée [Internet]. [cité 25 oct 2019]. Disponible sur: https://www.persee.fr/doc/reco_0035-2764_1969_num_20_6_407897_t1_1065_0000_001
9. LENOIR (R.), LENOIR (R.). Les exclus : un français sur dix. Paris: Seuil; 1989.
10. Kassa S, Noirel G, Carrière Z. Nos ancêtre les chibanis. Portrait d'Algériens arrivés en France pendant les Trente Glorieuses. Autrement. 2006. 198 p.
11. S. A, Engels F, Gilbert B, Frederic J. La situation de la classe laborieuse en Angleterre. Popul Fr Ed. avr 1961;16(2):349.
12. Histoire de l'hôpital et prise en charge des personnes en situation de pauvreté - Le site du CNLE [Internet]. [cité 12 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.cnle.gouv.fr/histoire-de-l-hopital-et-prise-en.html>
13. Sainte Fare Garnot N. L'Hôpital Général de Paris. Institution d'assistance, de police, ou de soins ? Hist Économie Société. 1984;3(4):535-42.
14. Safon M-O. Les réformes hospitalières en France : aspects historiques et réglementaires. IRDES. 2019;57.

15. Rapport-WRESINSKI.pdf [Internet]. [cité 25 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Rapports/1987/Rapport-WRESINSKI.pdf>
16. Chauvin renahy, parizot vallee. Le renoncement aux soins pour raisons financières dans l'agglomération parisienne : Déterminants sociaux et évolution entre 2005 et 2010. :72.
17. Ministère des Solidarités et de la Santé. Circulaire DH-EO-AF/DGS-SP 1-SQ n° 98-674 du 17 novembre 1998 relative aux priorités de santé publique à prendre en compte pour l'allocation de ressources aux établissements de santé pour 1999. Journal officiel; 1998.
18. organiser_une_pass-2.pdf [Internet]. [cité 12 oct 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/organiser_une_pass-2.pdf
19. Comparateur de territoire – Département de la Charente (16) | Insee [Internet]. [cité 12 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1405599?geo=DEP-16>
20. La Charente à grands traits - Insee Analyses Nouvelle-Aquitaine - 22 [Internet]. [cité 12 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1908454#menu>
21. Observatoire Régional de Santé. Etat des lieux sante-social élaboré dans le cadre du contrat local de santé. 2018.
22. Arrêté constitution GHT 16.pdf [Internet]. [cité 15 oct 2019]. Disponible sur: https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/sites/default/files/2016-12/arrete_GHT_16.pdf
23. Tendances à la baisse pour la proportion de personnes menacées de pauvreté ou d'exclusion sociale dans l'UE.pdf [Internet]. [cité 15 oct 2019]. Disponible sur: <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/10163476/3-16102019-CP-FR.pdf/8a98a29f-c593-d204-841b-fbdaaba3dd8a>
24. Geeraert J, Rivollier E. L'accès aux soins des personnes en situation de précarité. Soins. nov 2014;59(790):14-8.
25. Azogui-lévy S, Bourdillon F, Ittah-Desmeulles H, Rosenheim M, Souames M, Azerad J. État dentaire, recours aux soins et précarité. Rev DÉpidémiologie Santé Publique. 1 juin 2006;54(3):203-11.
26. Les établissements de santé - édition 2018 - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 15 oct 2019]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/les-etablissements-de-sante-edition-2018>
27. Pascal J, Quélier C, Agard C, Nguyen J-M, Lombrail P. Peut-on identifier simplement la précarité sociale parmi les consultants de l'hôpital ? Sci Soc Santé. 2006;24(3):33-58.

28. Sass C, Guéguen R, Moulin J-J, Abric L, Dauphinot V, Dupré C, et al. Comparaison du score individuel de précarité des Centres d'examens de santé, EPICES, à la définition socio-administrative de la précarité. *Sante Publique* (Bucur). 2006;Vol. 18(4):513-22.
29. Fouchard A, Bréchat P-H, Castiel D, Pascal J, Sass C, Lebas J, et al. Caractéristiques métrologiques et comparaison de trois outils de repérage de la précarité sociale dans une permanence d'accès aux soins de santé hospitalière à Paris. *Rev D'Épidémiologie Santé Publique*. août 2014;62(4):237-47.
30. Chevelle M. Les personnes en situation de précarité aux urgences du centre hospitalier d'Arras: repérage avec le score EPICES, parcours de soins et mode de sortie [Thèse d'exercice]. [Lille ; 1969-2017, France]: Université du droit et de la santé; 2011.
31. Del Giudice F. T-Précarité: étude sur la mise en place du score EPICES® en routine aux urgences [Thèse de doctorat]. [France]: Université de Nice-Sophia Antipolis. Faculté de Médecine; 2010.
32. Pierre Escande. Les patients en situation de précarité dans les urgences girondines: repérage et parcours de soins. *Médecine humaine et pathologie*. 2018. dumas-0197019 [Internet]. [cité 13 oct 2019]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01970196/document>
33. COHEN L, GENISSON C, SAVARY R-P. Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé - Sénat [Internet]. [cité 13 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/notice-rapport/2016/r16-685-notice.html>

Annexes

[Annexe 1] : Répartition des missions entre PASS et Service social du CHA

Les prises en charge des usagers sont partagées par les deux services (PASS et service social) comme définies dans les tableaux suivants

PATIENTS PRESENTS AU SAU			
SITUATION DES PATIENTS	SERVICE SOCIAL	PASS	AUTRE/COMMENTAIRES
Patients sans couverture sociale	<i>en attente d'hospitalisation</i> X	<i>Sans hospitalisation</i> X	Si changement orientation médicale et sortie du patient : relai PASS
Violences conjugales, agression sexuelle par un tiers	X		
Tentative de suicide	X		
Personnes avec des problèmes de logement (expulsion, impayés de loyer, incendie)	X	SDF	
Patients étrangers (sans titre de séjour, situation irrégulière)	<i>en attente d'hospitalisation</i> X	<i>Sans hospitalisation</i> X	
Addictions (ivresse, toxicomanie, agression)		X	
Retour à domicile avec aide	X		

PATIENTS HOSPITALISES			
SITUATION DES PATIENTS	SERVICE SOCIAL	PASS	AUTRE/COMMENTAIRES
Personnes hospitalisées	X		

[Annexe 2] : Score de PASCAL

Avez-vous la couverture maladie universelle (CMU), la CMU Complémentaire ou l'Aide Médicale d'État (AME : hospitalière ou totale) ?	OUI	NON
Avez-vous une mutuelle santé ou une assurance maladie complémentaire ?	OUI	NON
Recevez-vous une de ces allocations : le RMI, l'Allocation Adulte Handicapé (AAH), l'Allocation Parent Isolé (API), l'Allocation Solidarité Spécifique (ASS), l'Allocation d'Insertion (AI), l'Allocation de Veuvage, le Minimum Vieillesse ou l'Allocation Supplémentaire de Vieillesse ?	OUI	NON
Êtes-vous à la recherche d'un emploi depuis plus de 6 mois ou d'un 1 ^{er} emploi ?	OUI	NON

Un individu est considéré « précaire » si la réponse aux questions 1 ou 3 ou 4 est OUI ou si la réponse à la question 2 est NON.

Depuis sa création :

- Le RMI a été remplacé par le RSA,
- L'Allocation Parent Isolé par l'Allocation de soutien familial
- L'Allocation d'Insertion par l'Allocation Temporaire d'Attente

[Annexe 3] : Score EPICES

N°	Questions	Oui	Non	
1	Rencontrez-vous parfois un travailleur social (assistante sociale, éducateur) ?	10,06	0	
2	Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire (mutuelle) ¹ ?	-11,83	0	
3	Vivez-vous en couple ?	-8,28	0	
4	Etes-vous propriétaire de votre logement (ou accédant à la propriété) ?	-8,28	0	
5	Y-a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF...) ?	14,80	0	
6	Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?	-6,51	0	
7	Etes-vous allé au spectacle (cinéma, théâtre...) au cours des 12 derniers mois ?	-7,10	0	
8	Etes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?	-7,10	0	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.
9	Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants	-9,47	0	
10	En cas de difficultés (financières, familiales, de santé...) y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ?	-9,47	0	Exemple : Pour une personne qui a répondu oui aux questions 1, 2 et 3, et non aux autres questions EPICES = 75,14 + 10,06 - 11,83 - 8,28 = 65,09
11	En cas de difficultés (financières, familiales, de santé...), y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle (y compris un prêt) ?	-7,10	0	
	constante	75,14		1. La réponse à la question est oui pour les bénéficiaires de la CMUC (Couverture maladie universelle complémentaire)

Le seuil de 30 est considéré comme le seuil de précarité.

Le calcul consiste réalisant une addition des différentes valeurs attribuées à nos réponses, à laquelle on doit ajouter la constante de 75,14.



UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de
Pharmacie



SERMENT

✕÷✕÷✕

En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

✕÷✕÷✕

Résumé

Titre : Étude observationnelle du dépistage et de la prise en charge des personnes dites précaires aux urgences du centre hospitalier d'Angoulême

Introduction : L'augmentation constante de la population précaire ainsi que la difficulté d'accès aux soins que rencontre cette population font du dépistage et de la prise en charge médicale de ces personnes un problème de santé publique

Matériel et méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective allant du 1^{er} janvier 2019 au 30 juin 2019. Cette étude est une étude épidémiologique, descriptive, observationnelle, analytique, rétrospective, monocentrique. Les critères d'inclusion sont : patients âgés de plus de 15 ans et 3 mois, pour lesquels un avis PASS a été demandé. Le critère de jugement principal est le nombre de personnes dépistées par le service des urgences. Les données ont été obtenues via CRISTAL.NET.

Résultat : Sur la période étudiée de 6 mois, seulement 87 patients ont été dépistés comme précaires, soit 0,37% des dossiers enregistrés à l'accueil des urgences durant cette période. Le principal critère de dépistage est l'absence de couverture sociale. L'étude montre une prédominance de personnes non françaises dans la population dépistée. Elle montre aussi une prédominance de l'absence de couverture sociale chez les personnes amenées à reconsulter à la PASS. Enfin, la grande majorité des personnes dépistées a entre 26 et 65 ans, des adultes installés dans la vie.

Discussion : Des études françaises ont montré que le taux moyen de personnes précaires aux urgences était autour de 45 à 50%. Il est donc primordial d'établir un dépistage organisé et systématique de la précarité aux urgences d'Angoulême dans le but de ne plus sous-estimer le problème. Les outils actuels semblent peu adapter au fonctionnement des urgences et à l'évolution du concept de précarité. Ainsi faudrait-il en développer de nouveaux.

Mots-clés : Précarité, Urgences, Évaluation des pratiques professionnelles, Parcours de soins, Permanence d'Accès Aux Soins