



OBSERVATOIRE REGIONAL DE LA SANTE DE MIDI-PYRENEES

---

# Précarité sociale et recours aux soins dans les établissements de soins du Tarn-et-Garonne

Novembre 2007

---

SYSTEME DE SANTE

Etude réalisée dans le cadre du Programme Régional Etudes et Statistiques

# **Précarité sociale et recours aux soins dans les établissements de soins du Tarn-et-Garonne**

Georges Fahet, chargé d'études à l'Orsmip  
Dr Françoise Cayla, Directrice de l'Orsmip

# Sommaire

Contexte .....	2
Rappel des objectifs .....	2
Méthode et matériel .....	3
RESULTATS .....	9
I – Les patients hospitalisés .....	10
1) Caractéristiques des patients interrogés.....	10
2) Part des patients hospitalisés en situation de vulnérabilité sociale .....	11
3) Caractéristiques des patients hospitalisés en situation de vulnérabilité sociale .....	16
II - Caractéristiques des hospitalisations .....	18
1) Mode d'admission et durée d'hospitalisation .....	18
2) Les facteurs associés à une hospitalisation en urgence .....	19
III - La sortie de l'hôpital.....	22
1) Mode de sortie .....	22
2) Facteurs associés à une difficulté de sortie de l'hôpital .....	23
IV - Les difficultés dans le parcours ou l'accès aux soins selon les médecins.....	25
1) Les facteurs associés à des difficultés dans le parcours de soins .....	27
V - Accès aux soins et à la prévention et santé perçue des patients hospitalisés.....	29
1) Usage du système de soins et renoncement aux soins .....	29
2) Facteurs associés au renoncement aux soins.....	30
VI - Caractéristiques des personnes ne disposant pas d'une assurance maladie complémentaire .....	34
VII – Caractéristiques des personnes bénéficiant de la CMU ou de l'AME .....	36
VIII – Synthèse.....	38
1) Rappel des principaux résultats.....	39
2) Eléments d'interprétation et de réflexion.....	40
Bibliographie .....	43
Annexes .....	43

## Contexte

Ce travail est né de l'observation, par des praticiens du CH de Montauban, de l'arrivée en hospitalisation de patients atteints de pathologies lourdes, aggravées selon eux par des recours aux soins tardifs. Ces patients paraissent souvent en situation de précarité et issus pour beaucoup des cantons ruraux du département.

Les hypothèses avancées pour expliquer ce retard aux soins s'inscrivent dans la problématique des inégalités sociales de santé.

Le Tarn-et-Garonne est un département à forte dominante rurale où la part des personnes en situation de précarité apparaît comme l'une des plus importantes de la région Midi-Pyrénées. En effet, plus de 15% de la population départementale est en situation de précarité financière alors que 8% des habitants bénéficient de la CMU complémentaire (le Tarn-et-Garonne se situe au 1er rang régional pour ces deux indicateurs). 11% enfin de la population du Tarn-et-Garonne est couverte par l'un des 5 principaux minima sociaux<sup>1</sup>, proportion qui est la plus élevée de Midi-Pyrénées (9.4% en moyenne régionale) avec celle de l'Ariège<sup>2</sup>.

Ce constat nous a amené à proposer une étude visant à objectiver les observations faites par les praticiens et servant de support à une réflexion sur la place des établissements de santé dans l'accès aux soins des populations les plus vulnérables.

## Rappel des objectifs

- Qualifier et quantifier les patients en situation de vulnérabilité sociale hospitalisés dans les établissements de santé du département.
- Apprécier l'importance des difficultés d'accès aux soins ou dans l'utilisation du système de soins des patients hospitalisés.
- Explorer le lien entre les difficultés rencontrées dans la trajectoire de soins et la vulnérabilité sociale.

---

<sup>1</sup> RMI, API, AAH, AS et ASS

<sup>2</sup> INSEE, une approche de la précarité en Midi-Pyrénées, 2006.



# Matériel et méthode

L'approche retenue est une enquête transversale sur une période donnée variable selon les établissements de soins.

L'ensemble des établissements de soins de court séjour publics et privés sont concernés par l'enquête.

Les établissements participant sont les suivants :

- CH de Montauban
- CHIC Castelsarrasin-Moissac
- Clinique du Pont de Chaume
- Clinique Croix Saint Michel
- Clinique Cave

Les services de soins cibles sont les services de court séjour de médecine et de chirurgie. L'inclusion des services de long séjour ne nous a pas paru pertinente pour répondre à notre problématique. Nous n'avons pas non plus sollicité les services d'urgence, le déroulement du recueil ne paraissant pas compatible avec leur activité.

## Sélection de la population

### Critères d'inclusion

Les patients concernés :

- patients en hospitalisation complète (au moins une nuit dans l'établissement) en service de médecine ou de chirurgie
- patients majeurs (18 ans ou plus)
- seuls les patients sortants sont interrogés

Le recueil est exhaustif : la totalité des patients présents au moment de l'étude et vérifiant les critères d'inclusions sont inclus.

### Critères d'exclusion

Ne sont pas inclus :

- patients en hospitalisation de jour
- patients mineurs
- patients décédés durant la période d'étude
- patients pour lesquels le recueil des données est impossible (incohérence, troubles cognitifs, état de santé trop dégradé) et dont l'entourage est absent ou inexistant pour renseigner le questionnaire
- patients refusant de participer

## Nombre de sujets nécessaires

L'objectif initial était de recueillir 900 questionnaires.

Cet effectif permettait de produire une estimation de la prévalence départementale des situations de précarité rencontrées dans les établissements de soins avec une précision de + ou - 2%, en retenant pour hypothèse une prévalence de la précarité dans la population du

Tarn-et-Garonne autour de 10% (population bénéficiaire du RMI) et avec un risque de première espèce de 5%.

Nous avons cependant, compte tenu de la lourdeur du recueil, limité la durée de l'enquête à une semaine d'activité tout en essayant de nous rapprocher de l'effectif souhaité.

Toutefois, dans la mesure où chaque établissement de soins souhaitait disposer de ses propres résultats, nous avons demandé aux structures à plus faible activité de prolonger la durée du recueil de façon à disposer d'estimations avec une précision acceptable.

## Les questionnaires

Deux questionnaires ont été renseignés pour chaque patient sortant :

- questionnaire social : il a été renseigné par des travailleurs sociaux dans les établissements publics et par du personnel administratif dans les établissements privés. Le recueil a été réalisé au cours du séjour ou le jour de la sortie du patient. L'entourage du patient a pu si nécessaire être sollicité pour l'aide au remplissage du questionnaire.
- questionnaire médical : il a été renseigné à la sortie du patient au moment de la rédaction de la lettre de sortie, **par le médecin** ayant pris en charge le patient durant l'hospitalisation.

Chaque paire de questionnaires (social et médical) a été affecté d'un numéro identifiant identique et unique pour chaque patient de façon à assurer leur concordance.

### ❶ Questionnaire social

Il permet de renseigner les données sociodémographiques de base : âge, sexe, commune de résidence, CSP, logement et environnement social.

**Le repérage de la « fragilité sociale » est réalisé selon deux approches complémentaires.**

La première utilise un outil simple élaboré dans le cadre d'un programme hospitalier de recherche clinique national sur les pertes de chance des consultants à l'hôpital<sup>3</sup>.

Cet outil a été réalisé dans la perspective d'identifier le plus grand nombre de personnes qui, du fait de leur situation sociale, peuvent avoir, plus que les autres consultants, des besoins de soins ou de prévention non satisfaits.

Ses avantages sont sa simplicité, son acceptabilité et sa rapidité de passation.

Cinq critères sont retenus pour repérer la précarité sociale :

- le bénéfice de la CMU ou de l'AME
- l'absence de couverture complémentaire
- les difficultés à payer les médicaments ou les examens médicaux
- la perception d'un minima social
- la recherche d'un emploi depuis plus de 6 mois ou d'un premier emploi

La construction de l'indice de précarité sociale s'est effectuée selon la règle de décision suivante :

- bénéficie de la CMU ou de l'AME **ou**
- perçoit un minima social **ou**
- n'a pas de complémentaire santé et a du mal à payer ses médicaments **ou**

---

<sup>3</sup> Pascal J. Elaboration d'un outil de repérage des usagers en situation de vulnérabilité sociale consultant à l'hôpital. La presse médicale no 11 juin 2004.

- est à la recherche d'un emploi depuis plus de 6 mois (ou d'un 1<sup>er</sup> emploi) et bénéficie de la CMU **ou**
- a du mal à payer ses médicaments et est à la recherche d'un emploi depuis plus de 6 mois (ou d'un 1<sup>er</sup> emploi)

Tout patient qui vérifie au moins l'un des critères ci-dessus a été considéré en situation de « précarité sociale ».

La seconde approche mise en œuvre pour le repérage de la vulnérabilité sociale fait appel à un module de questions spécifiques utilisé dans l'enquête ESPS 2004<sup>4</sup>.

Dans cette enquête, la vulnérabilité sociale est abordée à partir des grandes ruptures, sources de difficultés sociales, que les personnes connaissent au moment de l'enquête ou qu'elles ont connues au cours de leur vie. La définition de la vulnérabilité sociale dans ce cas est plus large et repose sur l'expérience des personnes tout autant que sur les dispositifs permettant de pallier cette vulnérabilité (RMI, CMU...). Interroger sur le passé permet de repérer les personnes qui, si elles ne présentent pas de signes de précarité sociale au moment de l'enquête, peuvent y avoir été exposées au cours de leur vie.

Quatre dimensions sont considérées :

- les périodes d'inactivité professionnelle involontaire
- les difficultés pour faire face à des charges financières élémentaires
- les difficultés d'hébergement liées à des problèmes d'argent
- l'isolement durable consécutif à des grandes ruptures (changement de pays, éloignement familial, placement en foyer, incarcérations...)

A partir des 4 items précédents, un indicateur global de vulnérabilité sociale a été construit en sommant le nombre de dimensions de vulnérabilité sociale présenté par chaque patient.

Ces dimensions de vulnérabilité sont les suivantes :

- avoir connu plusieurs périodes d'inactivité professionnelle involontaire d'au moins six mois
- avoir rencontré des difficultés financières insurmontables liées au logement
- avoir rencontré plusieurs fois des difficultés d'hébergement liées à des problèmes d'argent
- avoir souffert d'isolement durable

Chaque patient peut donc réunir de zéro à quatre dimensions de vulnérabilité sociale

Le questionnaire renseigne ensuite **la consommation de soins au cours des années précédentes ainsi que le score de santé perçue.**

En cas de retard ou de difficultés dans le parcours de soins, Il est demandé au travailleur social ou enquêteur, en dernière partie du questionnaire, de se prononcer sur les facteurs qui ont pu influencer sur cette situation.

La fin du questionnaire aborde enfin le projet de sortie du patient et les difficultés éventuelles qui se posent à ce moment là.

---

<sup>4</sup> Cambois E, Jusot F. Vulnérabilité sociale et santé. IRDES, enquête santé et protection sociale en 2004. Janvier 2006.

## ❶ Questionnaire destiné aux médecins

Il est destiné à recueillir le point de vue des praticiens sur les patients inclus dans l'étude et qu'ils ont pris en charge au cours de l'hospitalisation.

Il se décompose en trois parties :

La première renseigne les informations sur l'hospitalisation et le séjour du patient (mode d'admission, motif de l'hospitalisation, diagnostic principal, durée du séjour, code GHM attribué lors de la sortie).

La deuxième partie aborde les difficultés proprement dites dans le parcours de soins.

Les médecins étaient invités, au décours de l'hospitalisation, à se prononcer sur d'éventuelles difficultés dans l'accès aux soins ou de façon plus globale dans la trajectoire de soins de leur patient.

Plusieurs questions étaient posées de façon à cibler plus précisément les éventuels dysfonctionnements aux différentes étapes du parcours de soins :

- le retard dans le recours aux soins
- le dépistage tardif d'une pathologie
- la prise en charge tardive d'une pathologie
- la prise en charge inadaptée d'une pathologie en amont de l'hospitalisation

Un indicateur global de dysfonctionnement dans le parcours de soins a été construit à partir des items précédents. Seuls les trois premiers items ont été retenus<sup>5</sup> (retard dans le recours aux soins/retard de dépistage/retard de prise en charge). Tout patient qui est concerné par l'un au moins des trois critères précédents est donc considéré comme en difficulté dans sa trajectoire de soins.

Comme dans la partie sociale du recueil, il était demandé aux médecins de préciser les facteurs qui selon eux ont contribué à ces difficultés.

La fin du questionnaire médical aborde également le projet de sortie des patients.

Deux exploitations distinctes de l'enquête ont été réalisées.

La première analyse s'est faite établissement par établissement de façon à ce que chacun puisse disposer de ses propres données.

La seconde est une analyse globale à l'échelle départementale réunissant donc les cinq établissements de soins participants.

## Recueil des données

Le recueil des données s'est déroulé au cours du mois de mars 2007.

Sa durée a été variable selon les établissements participants : les structures ayant l'activité la plus importante ont mené le recueil durant une semaine (c'est le cas du CH de Montauban et de la clinique du Pont de Chaume), les établissements à plus faible activité ont prolongé l'enquête durant 3 à 4 semaines de façon à disposer d'un échantillon plus important et obtenir ainsi des estimations plus précises pour leur propre structure (tableau 1).

---

<sup>5</sup> Les réponses à la dernière question qui aborde la qualité de la prise en charge en amont de l'hospitalisation n'ont pas été considérées comme suffisamment robustes notamment en raison d'une possible ambiguïté dans la formulation de la question.



Au total, 602 questionnaires complets (partie sociale et partie médicale) ont été recueillis ce qui correspond environ à 1.8% de l'activité annuelle de l'ensemble des établissements de soins participants<sup>6</sup>.

Le taux de sondage dans les différentes structures n'est pas homogène en raison des durées de recueil variables ; les données ont été pondérées dans l'analyse pour en tenir compte.

**Tableau 1 : Durée du recueil et échantillon interrogé dans les établissements de soins participants**

Etablissement	Durée du recueil	Effectif interrogé	Activité 2006	Taux de sondage (%)
CH de Montauban	1 semaine	149	10 621	1.4
Clinique du Pont de Chaume	1 semaine	163	13 712	1.2
Clinique Honoré Cave	3 semaines	76	3 428	2.2
Clinique Croix Saint-Michel	2,5 semaines	94	3 581	2.6
CHIC Castelsarrasin-Moissac	4 semaines	120	2 297	5.2
<b>TOTAL</b>		<b>602</b>	<b>33 639</b>	<b>1.8</b>

#### ● Déroulement de l'enquête dans les différentes structures de soins

##### CH de Montauban

149 patients hospitalisés ont été interrogés durant l'enquête.

Un seul refus a été mentionné par les assistantes sociales en charge du recueil.

D'autre part, 6 patients n'ont pas pu être interrogés : 5 en raison de troubles cognitifs et 1 dont l'état de santé était incompatible avec le déroulement de l'entretien.

Pour ces patients, seules les données médicales sont disponibles

L'exhaustivité du recueil, vérifiée par ailleurs par le Département d'Information Médicale, est excellente.

Le DIM a également vérifié l'activité de l'établissement en 2006 durant la même période que celle de l'enquête (en appliquant les mêmes critères d'inclusion) et arrive à un total de 137 hospitalisations, effectif tout à fait comparable à celui de l'enquête.

##### Clinique du Pont de Chaume

Au total, 163 questionnaires ont été recueillis durant l'enquête.

7 patients ont refusé de participer, 13 n'ont pas pu être interrogés (4 en raison de troubles cognitifs, 9 en raison d'un état de santé incompatible avec l'entretien)

L'exhaustivité du recueil, estimée par le Département d'Information Médicale, est bonne et se situe autour de 85%.

Signalons enfin que l'ensemble des médecins de la clinique a pu participer à l'exception d'un seul par manque de temps.

<sup>6</sup> Référence : activité 2006 limitée aux mêmes critères d'inclusion que ceux retenus dans l'enquête.

### Clinique Honoré Cave

76 patients hospitalisés ont été interrogés.

Seuls deux refus ont été rapportés par les personnes chargées du recueil.

Ces dernières n'ont pas rencontré d'obstacles particuliers pour la passation des questionnaires si ce n'est des difficultés pour certains patients à qualifier leur état de santé au moyen de l'échelle numérique codée de 0 à 10.

La principale difficulté rencontrée est liée au fait que les hospitalisations à la clinique Cave sont en règle générale de courte durée ce qui a compliqué l'organisation du recueil.

La personne référente de l'enquête au sein de la clinique indique cependant que le recueil a été quasiment exhaustif.

### Clinique Croix-Saint-Michel

12 patients ont refusé de participer à l'enquête et 4 n'ont pu être interrogés : 2 sont décédés et 2 autres présentaient des troubles cognitifs.

D'autre part, 63 patients n'ont pu être inclus soit parce que la sortie n'a pu être anticipée, soit parce que les patients sont sortis à un moment où l'enquêtrice n'était pas disponible.

Au terme de l'enquête 94 patients hospitalisés ont été interrogés sur un total de 206 sortants, soit un taux d'exhaustivité proche de 45%.

### CHIC Castelsarrasin-Moissac

Au total, 196 questionnaires ont été recueillis durant l'enquête dont :

- 120 sont complets et comprennent la partie sociale et médicale
- 5 ne comprennent que la partie sociale
- 70 ne comportent que la partie médicale

Cinq refus ont été mentionnés par les assistantes sociales en charge du recueil.

D'autre part, 3 patients n'ont pas pu être interrogés en raison de troubles cognitifs.

Pour ces patients, seules les données médicales sont disponibles

L'analyse dans cet établissement n'a pris en compte que les 120 dossiers complets.

Durant la période d'enquête, 212 sorties ont été enregistrées par le Département d'Information Médicale (mais ce nombre comprend aussi les patients mineurs), ce qui indique une bonne exhaustivité si l'on compare ce nombre aux 196 questionnaires recueillis et une exhaustivité proche de 60% si l'on ne prend en compte que les 120 questionnaires complets.

La lourdeur du questionnaire et le manque de temps expliquent que tous les patients n'aient pas pu être interrogés, surtout sur une période aussi longue que 4 semaines.

L'exhaustivité du recueil est globalement satisfaisante surtout si l'on tient compte des contraintes organisationnelles imposées par l'enquête au sein des structures (nécessité d'anticiper largement en amont les sorties de patients ; pas de personnel complémentaire pour se charger du recueil...).

L'effectif final qui est de 600 séjours se situe un peu en retrait de ce qui était prévu initialement. Nous n'avons cependant aucun argument qui puisse laisser penser que les motifs de non inclusion ont un rapport quelconque avec les thématiques abordées dans l'étude et induisent de ce fait un biais de sélection.

## **»» Résultats**

# »» Les patients hospitalisés

## 1) Caractéristiques des patients interrogés

L'échantillon de patients interrogés comprend 602 personnes avec une surreprésentation des hommes (52.2% vs 47.8% pour les femmes) (tableau 2).

L'âge moyen des patients est de 63 ans (près de la moitié d'entre eux ont plus de 70 ans), légèrement plus élevé chez les femmes que chez les hommes (63.8 ans vs 63.0 ans  $p < 0.001$ ).

Un peu moins d'un patient sur 10 est d'origine étrangère.

11% environ ne disposent pas d'un logement personnel, il peut s'agir de personnes vivant en institution ou chez un tiers.

Notons la part particulièrement élevée d'exploitants agricoles qui représentent plus de 13% des patients. Il semble que cette catégorie de population soit surreprésentée. En effet si on limite l'analyse aux moins de 60 ans, les exploitants agricoles représentent 5% de l'échantillon, chiffre que l'on peut comparer aux 3.3%<sup>7</sup> d'exploitants agricoles que compte le Tarn-et-Garonne.

Un peu moins de la moitié des patients réside sur Montauban ou les communes avoisinantes, 44% proviennent d'une commune rurale et 9% vivent hors du Tarn-et-Garonne.

---

<sup>7</sup> Source : INSEE recensement population 1999

**Tableau 2 : Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon interrogé**

	%	non réponses (%)
<b>Origine géographique des patients<sup>(1)</sup></b>		2.8
- zone urbaine	46.8	
- zone rurale	44.0	
- hors département	9.2	
<b>Sexe</b>		3.3
- hommes	52.2	
- femmes	47.8	
<b>Age moyen (écart-type)</b>	63.3 (19.4)	
- 18-30 ans	8.2	
- 31-45 ans	10.5	
- 46-60 ans	23.5	3.0
- 61-70 ans	12.2	
- 71-80 ans	23.0	
- 81 ans et plus	22.6	
<b>Langue maternelle</b>		2.7
- français	91.0	
- autre	9.0	
<b>Logement personnel</b>		2.9
- oui	89.1	
- non	10.9	
<b>Environnement social : vit...</b>		2.7
- seul(e)	26.3	
- en couple	42.5	
- en famille	25.6	
- autre	5.6	
<b>Profession actuelle ou dernière exercée</b>		4.1
- exploitant agricole	13.5	
- ouvrier	11.2	
- ouvrier agricole	4.5	
- artisan, commerçant, chef d'entreprise	10.5	
- employé	32.5	
- cadre, prof ; libérale	4.9	
- enseignant, technicien...	7.6	
- sans profession (autre que retraité)	15.3	

(1) Zone urbaine : Montauban et communes avoisinantes appartenant à la couronne périurbaine selon la définition de l'INSEE/ zone rurale : autres communes du département

## 2) Part des patients hospitalisés qui sont en situation de précarité ou vulnérabilité sociale

Comme nous l'avons vu dans la partie méthodologie, la précarité sociale est abordée dans cette enquête par deux approches complémentaires.

### 2.1 Les patients en situation de précarité sociale au moment de l'enquête

Près de 10% des patients interrogés sont bénéficiaires de la CMU, 11.6% sont couverts par l'un des 5 principaux minima sociaux. Ces chiffres sont cohérents avec ceux que l'on connaît pour l'ensemble du département du Tarn-et-Garonne où 8% des personnes bénéficient de la CMU et 11.2% d'un minima social<sup>8</sup>.

<sup>8</sup> Source : Dossiers de l'INSEE n° 136 – Une approche de la précarité : données 2004.

Concernant l'accès aux soins, 10% environ des patients déclarent ne pas disposer d'une couverture santé complémentaire, ils sont d'autre part 9% à rencontrer des difficultés pour payer les médicaments ou les examens médicaux.

Sur le plan enfin de l'environnement social, 17% des patients déclarent se sentir isolés et environ 13% pensent ne pas pouvoir obtenir une aide de leur entourage en cas de difficultés. (Tableau 3)

**Tableau 3 : Critères de précarité sociale**

	%	non réponses (%)
Bénéficiaires de la CMU ou de l'AME	9.5	6.1
Absence de couverture complémentaire	10.2	0.5
Si pas de couverture complémentaire		
- pour raison financière	43.2	
- par manque d'information	12.7	6.3
- autre	44.2	
Bénéficiaires de minimas sociaux <sup>(1)</sup>	11.6	3.7
Difficultés pour payer les médicaments ou les examens médicaux	9.3	3.7
A la recherche d'un emploi depuis plus de 6 mois (ou d'un premier emploi)	5.3	20.4
Sentiment d'isolement	17.4	3.3
Possibilité d'aide de l'entourage en cas de difficultés		
- oui	83.2	
- non	12.9	4.3
- ne sait pas	3.9	

(1) RMI ; AAH ; API ; ASS ; Alloc solidarité

La construction de l'indice de précarité sociale s'est effectuée selon la règle de décision suivante :

- bénéficie de la CMU ou de l'AME **ou**
- perçoit un minima social **ou**
- n'a pas de complémentaire santé et a du mal à payer ses médicaments **ou**
- est à la recherche d'un emploi depuis plus de 6 mois (ou d'un 1<sup>er</sup> emploi) et bénéficie de la CMU **ou**
- a du mal à payer ses médicaments et est à la recherche d'un emploi depuis plus de 6 mois (ou d'un 1<sup>er</sup> emploi)

**18% des patients hospitalisés dans les établissements de soins du département sont en situation de précarité sociale.**

La part des patients potentiellement précaires varie de 14 à 20% dans les diverses structures de soins, elle apparait cependant notablement élevée au centre hospitalier de Montauban où elle atteint presque 23%.

**Tableau 4 : Les patients en situation de précarité sociale**

	%	IC 95%
Part des patients présentant au moins un critère de fragilité sociale	18.1	[15.0 – 21.8]

**2.2 La vulnérabilité sociale abordée à partir des grandes ruptures et des difficultés existantes ou survenues au cours de la vie**

Ce second module aborde la vulnérabilité sociale à partir des grandes ruptures, sources de difficultés sociales, que les personnes connaissent au moment de l'enquête ou qu'elles ont connues au cours de leur vie. Quatre dimensions sont considérées : les périodes d'inactivité professionnelle involontaire, les difficultés pour faire face à des charges financières élémentaires liées au logement, les difficultés d'hébergement liées à des problèmes d'argent et l'isolement durable consécutif à des grosses ruptures sociales (tableau 5).

**26% des patients** ont connu au cours de leur vie au moins une période d'inactivité professionnelle involontaire de 6 mois ou plus. Cela s'est produit une seule fois pour 12% des patients et à plusieurs reprises pour 14%.

Les difficultés financières importantes pour faire face aux dépenses de logement sont encore plus fréquentes et concernent 41% des patients. 31% déclarent avoir réussi à faire face à ces difficultés alors que 10% n'ont pas pu les surmonter.

La troisième question aborde les difficultés d'hébergement liées à des problèmes d'argent survenues au cours de la vie. 7% des patients interrogés ont connu de telles difficultés, 4% une seule fois et 3% à plusieurs reprises.

Le dernier item enfin s'intéresse aux personnes ayant vécu des ruptures sociales importantes (conflit ou éloignement familial, incarcérations, placement prolongé en foyer ou famille d'accueil...) et au sentiment d'isolement que ces événements ont pu provoquer.

Près de 22% des patients sont concernés par cette question et déclarent avoir souffert d'isolement durable au cours de leur vie.

**Tableau 5 : Les ruptures et difficultés sociales survenues au cours de la vie**

	%	non réponses (%)
Période d'inactivité professionnelle involontaire d'au moins 6 mois		2.9
- non jamais	67.7	
- oui 1 fois	12.4	
- oui plusieurs fois	<b>14.0</b>	
- sans profession, jamais travaillé	5.9	
Difficultés financières importantes (pour payer le loyer, les charges, le prêt...)		4.2
- non jamais	58.0	
- oui mais surmontables	31.5	
- oui insurmontables	<b>9.8</b>	
- sans objet	0.7	
Si difficultés financières		3.7
- aujourd'hui encore	27.0	
- plus maintenant	73.0	
Difficultés d'hébergement liées à des problèmes d'argent		3.0
- non jamais	93.0	
- oui une fois	3.8	
- oui plusieurs fois	<b>3.2</b>	
Si difficultés d'hébergement		
- aujourd'hui encore	14.9	26.1
- plus maintenant	85.1	
A souffert d'isolement durable		5.0
- oui	<b>21.8</b>	
- non	78.2	

A partir des 4 items précédents, un indicateur global de vulnérabilité sociale a été construit en sommant le nombre de dimensions de vulnérabilité sociale présenté par chaque patient.

Ces dimensions de vulnérabilité sont les suivantes :

- avoir connu plusieurs périodes d'inactivité professionnelle involontaire d'au moins six mois
- avoir rencontré des difficultés financières insurmontables liées au logement
- avoir rencontré plusieurs fois des difficultés d'hébergement liées à des problèmes d'argent
- avoir souffert d'isolement durable

**Le tiers des patients interrogés présente au moins une dimension de vulnérabilité sociale, 10% en ont déclaré 2 ou plus (tableau 6).**

Les associations les plus fréquentes sont l'isolement durable/ difficultés financières et isolement durable/inactivité professionnelle involontaire.

**Tableau 6 : Indicateur global de vulnérabilité sociale au cours de la vie**

Nombre de dimensions de vulnérabilité	%
Non vulnérable	66.7
1 dimension	24.0
2 dimensions	6.1
3 dimensions	2.2
4 dimensions	1.0



Ces chiffres peuvent être comparés avec ceux de l'enquête ESPS 2004<sup>9</sup> de laquelle est tiré cet indicateur de vulnérabilité sociale. Notons cependant que les populations d'études ne sont pas comparables puisque les personnes ne sont pas interrogées au cours d'une hospitalisation dans l'enquête ESPS mais sont à domicile.

Dans cette étude, environ 26% des personnes interrogées présentent au moins une dimension de vulnérabilité, soit nettement moins que dans notre population hospitalisée.

La proportion de patients potentiellement vulnérables sur le plan social est logiquement beaucoup plus élevée avec cette seconde approche (33.3%) que celle mesurée par l'indice de précarité sociale actuelle (18.1% de patients précaires). Ces deux approches sont complémentaires entre elles.

Ainsi, plus de 27% des personnes considérées comme non précaires actuellement ont connu au cours de leur vie des difficultés sociales importantes les amenant à être considérées comme **potentiellement « vulnérables »** (tableau 7).

Pour la plupart, il s'agit soit de patients ayant connu des ruptures sociales importantes entraînant un sentiment d'isolement durable, soit des personnes ayant connu des périodes d'inactivité professionnelle involontaire d'au moins six mois.

On peut ainsi imaginer que l'identification des personnes susceptible de se trouver en situation de vulnérabilité sociale puisse, au-delà des critères classiques utilisés habituellement (CMU, minimas sociaux...), intégrer des critères plus larges intéressant également le passé, tels que l'isolement durable et les difficultés importantes dans le parcours professionnel.

**Tableau 7 : Croisement des deux approches de repérage de la vulnérabilité sociale (% en colonne)**

	Patients en situation de précarité au moment de l'enquête	
	Oui (%)	Non (%)
<b>Indicateur global de vulnérabilité sociale au cours de la vie</b>		
- non vulnérable	40.7	72.5
- vulnérable (au moins 1 dimension parmi les 4 suivantes)	59.3	27.5
Plusieurs périodes d'inactivité professionnelle involontaire d'au moins six mois	33.1	9.3
Difficultés financières insurmontables liées au logement	24.9	6.0
Difficultés d'hébergement à plusieurs reprises liées à des problèmes d'argent	10.8	1.4
Ont souffert d'isolement durable	35.1	17.4

<sup>9</sup> Cambois E, Jusot F. Vulnérabilité sociale et santé. IRDES, enquête santé et protection sociale en 2004. Janvier 2006.

### 3) Caractéristiques des patients hospitalisés en situation de précarité sociale

La proportion de patients identifiés comme présentant des facteurs de précarité sociale, varie de façon très nette selon certaines caractéristiques (tableau 8).

**Elle est plus élevée chez les femmes ainsi que parmi les classes d'âge de 60 ans et moins.**

Certaines catégories socioprofessionnelles semblent particulièrement exposées : c'est le cas des **ouvriers agricoles**, mais aussi **et surtout des patients sans profession**.

On observe également une prévalence plus élevée de la précarité sociale chez les patients dont la langue maternelle n'est pas le français.

Les personnes ne vivant pas dans un logement personnel sont également plus souvent « dépistées » comme précaires.

Sur le plan de l'environnement et des relations sociales, les patients ne vivant pas en couple ou en famille, de même que les patients déclarant un sentiment d'isolement ou ne pouvant compter sur des proches en cas de besoin, sont proportionnellement plus nombreux à présenter des critères de précarité.

On observe enfin que **les personnes vivant en zone urbaine sont sensiblement plus nombreuses** (différence proche du seuil statistique) à se trouver en situation de précarité.

Cette différence s'explique essentiellement par un taux plus élevé de personnes couvertes par la CMU en zone urbaine (11.7% vs 7.6% en zone rurale) ainsi que de personnes percevant un minima social (14.7% vs 9.6% en zone rurale).

On compte enfin une part légèrement plus élevée de patients précaires en service de médecine mais sans différence significative sur le plan statistique.

**Tableau 8 : Prévalence de la précarité sociale selon les caractéristiques des patients**

	Vulnérabilité sociale au moment de l'enquête (%)	p
<b>Ensemble des patients</b>	<b>18.1</b>	
<b>Service d'hospitalisation</b>		
- médecine	20.4	0.40
- chirurgie	17.3	
<b>Zone d'habitation</b>		
- urbaine	22.6	0.06
- rurale	15.8	
<b>Sexe</b>		
- hommes	14.7	<b>0.02</b>
- femmes	22.7	
<b>Age</b>		
- 18-45 ans	31.0	
- 45 60 ans	29.0	<b>&lt;0.001</b>
- 61 ans et +	10.1	
<b>Profession (actuelle ou dernière exercée)</b>		
- exploitant agricole	12.9	
- ouvrier	24.1	
- ouvrier agricole	36.1	<b>&lt;0.001</b>
- artisan, commerçant, chef d'entreprise	10.9	
- employé	12.0	
- cadre, prof ; libérale	9.8	
- enseignant, agent de maîtrise...	7.1	
- sans profession (autre que retraité)	42.5	
<b>Profession (actuelle ou dernière exercée) avec CSP regroupées</b>		
- ouvrier (y-compris agricole), employé	17.1	
- autres professions <sup>(1)</sup>	10.7	<b>&lt;0.001</b>
- sans profession (autre que retraité)	42.5	
<b>Langue maternelle</b>		
- français	16.6	<b>0.002</b>
- autre	36.1	
<b>Logement personnel</b>		
- oui	17.1	<b>0.03</b>
- non	29.3	
<b>Environnement social : vit...</b>		
- en couple, en famille	15.0	
- autre situation <sup>(2)</sup>	26.4	<b>0.003</b>
<b>Sentiment d'isolement</b>		
- oui	33.0	<b>&lt;0.001</b>
- non	15.6	
<b>Possibilité d'aide de l'entourage en cas de difficultés</b>		
- oui	16.6	<b>&lt;0.001</b>
- non	36.6	

(1) exploitant agricole, artisan, commerçant, chef d'entreprise, cadre, prof ; libérale, enseignant, agent de maîtrise

(2) seul, autre (en collectivité...)

# Caractéristiques des hospitalisations

## 1) Mode d'admission et durée d'hospitalisation

L'hospitalisation des patients a été programmée dans la moitié des cas, 4 fois sur 10 ils ont été admis en urgence (tableau 9).

Les patients hospitalisés en service de médecine sont dans 58% des cas admis en urgence (vs 30% des hospitalisations en chirurgie), à l'inverse 63% des hospitalisations en chirurgie sont programmées (vs 30% des hospitalisations en médecine).

Les séjours durent en moyenne 7 jours, la moitié a une durée inférieure à 4 jours.

Les diagnostics principaux sont dominés par les affections cardiovasculaires, suivies des pathologies digestives et ostéoarticulaires.

**Tableau 9 : Caractéristiques des hospitalisations**

	(%)	non réponses (%)
<b>Services d'hospitalisation</b>		5.6
- médecine	41.4	
- chirurgie	58.6	
<b>Mode d'admission</b>		10.3
- programmée	49.0	
- directe dans le service	8.6	
- en urgence	<b>42.4</b>	
<b>Si hospitalisation programmée</b>		1.8
- par le médecin généraliste	8.1	
- par le médecin spécialiste	44.7	
- par le médecin hospitalier	47.2	
<b>Durée de l'hospitalisation</b>		2.2
- ≤ 2 jrs	24.9	
- 3 à 7 jrs	47.4	
- 8 jrs et +	27.7	
Durée moyenne en jrs (médiane)	7.0 (4.0)	
<b>Diagnostic principal (CIM10)</b>		7.2
- affection cardio-vasculaire	16.9	
- affection digestive	11.7	
- affection ostéoarticulaire	9.5	
- lésions traumatiques	8.7	
- oncologie/hématologie	8.3	
- affection génito-urinaire	7.2	
- affection respiratoire	5.2	
- troubles mentaux et du comportement	3.4	
- ophtalmologie	3.3	
- affection neurologique	2.2	
- autres	23.6	

## 2) Les facteurs associés à une hospitalisation en urgence

Plus de 4 patients sur 10 nous l'avons vu ont été hospitalisés en « urgence ».

L'objet de cette analyse est de préciser les caractéristiques de ces patients et de vérifier sur quels points ils se différencient éventuellement des autres personnes hospitalisées.

Le tableau 10 compare la fréquence des admissions en urgence selon les principales caractéristiques sociales des patients.

**On observe ainsi que les ouvriers, les employés et les personnes sans profession apparaissent plus souvent concernés.**

Le mode d'admission en urgence est également associé à un environnement familial et social plus pauvre des patients (personnes vivant seules, sentiment d'isolement).

D'autres éléments semblent corrélés aux hospitalisations en urgence mais sans atteindre le seuil de significativité statistique, c'est le cas de l'âge (les patients les plus jeunes semblent les plus concernés) et de la zone d'habitation (plus d'admissions en urgence parmi les patients vivant en zone urbaine).

On observe enfin que les personnes socialement vulnérables (ruptures sociales importantes au cours de la vie) semblent également plus souvent hospitalisées en urgence ( $p=0.07$  non significatif).

L'analyse a été poursuivie mais en s'intéressant cette fois aux caractéristiques des hospitalisations et à la consommation de soins des patients (tableau 11).

On note ainsi que le mode d'hospitalisation en urgence est associé à des séjours plus longs ainsi qu'à des difficultés lors de la sortie des patients par manque de solutions d'aval.

Les personnes ayant déclaré avoir renoncé à des soins pour des raisons financières (dentaires, ophtalmo) sont beaucoup plus souvent concernées par les hospitalisations en urgence.

Enfin les patients ayant rencontré des difficultés dans leur trajectoire de soins (selon l'appréciation des médecins) semblent plus souvent que les autres hospitalisés en urgence (non significatif).

**Tableau 10 : Fréquence de l'hospitalisation en urgence selon les caractéristiques des patients**

	Admission en urgence (%)	p
<b>Ensemble des patients</b>	<b>42.4</b>	
<b>Zone d'habitation</b>		
- urbaine	46.1	
- rurale	38.6	0.13
<b>Sexe</b>		
- hommes	40.9	
- femmes	42.2	0.78
<b>Age</b>		
- < 46 ans	51.2	
- 46 – 60 ans	45.3	0.10
- 61 ans et +	38.1	
<b>Langue maternelle</b>		
- français	42.1	
- autre	38.5	0.68
<b>Profession (actuelle ou dernière exercée) avec CSP regroupées</b>		
- ouvrier (y-compris agricole), employé	46.2	
- autres professions <sup>(1)</sup>	33.4	<b>0.04</b>
- sans profession (autre que retraité)	47.5	
<b>Logement personnel</b>		
- oui	41.0	
- non	50.8	0.17
<b>Environnement social : vit...</b>		
- en couple, en famille	38.9	
- autre situation <sup>(2)</sup>	49.1	<b>0.05</b>
<b>Sentiment d'isolement</b>		
- oui	54.1	
- non	39.5	<b>0.02</b>
<b>Possibilité d'aide de l'entourage en cas de difficultés</b>		
- oui	42.6	
- non	46.8	0.56
<b>Vulnérabilité sociale au moment de l'enquête</b>		
- oui	44.2	
- non	42.0	0.72
<b>Bénéficiaire d'un minima social</b>		
- oui	45.3	
- non	42.1	0.66
<b>Difficultés à payer les médicaments, les examens médicaux</b>		
- oui	51.9	
- non	41.5	0.20
<b>Bénéficie de la CMU ou de l'AME</b>		
- oui	38.7	
- non	43.3	0.57
<b>A une mutuelle santé</b>		
- oui	40.5	
- non	54.7	0.08
<b>Vulnérabilité sociale au cours de la vie</b>		
- oui	48.2	
- non	39.3	0.07

(2) seul, autre (en collectivité...)

(1) exploitant agricole, artisan, commerçant, chef d'entreprise, cadre, prof ; libérale, enseignant, agent de maitrise

**Tableau 11 : Fréquence de l'hospitalisation en urgence et caractéristiques de l'hospitalisation**

	Admission en urgence (%)	p
<b>Ensemble des patients</b>	<b>42.4</b>	
<b>Service d'hospitalisation</b>		
- médecine	58.4	
- chirurgie	31.0	<b>0.001</b>
<b>Durée de l'hospitalisation</b>		
- ≤ 2 jrs	39.2	
- 3 – 7 jrs	34.9	<b>&lt;0.001</b>
- 8 jrs et +	58.3	
<b>Difficultés de sortie par manque de solution d'aval</b>		
- oui	58.3	
- non	39.6	<b>0.04</b>
<b>Difficultés dans la trajectoire de soins</b>		
- oui	47.5	
- non	41.0	0.28
<b>Nombre d'hospitalisations au cours des deux dernières années</b>		
- aucune	48.3	
- 1 à 2	37.5	0.07
- 3 et +	50.2	
<b>Renoncement aux soins pour raisons financières <sup>(1)</sup></b>		
- oui	55.7	
- non	39.1	<b>0.005</b>

(1) Médecin généraliste, soins dentaires ou ophtalmologiques

# La sortie de l'hôpital

## 1) Mode de sortie

La fin de l'enquête aborde le projet de sortie des patients ainsi que les problèmes éventuels qui se posent à ce moment là (tableau 12).

L'orientation la plus fréquente au décours de l'hospitalisation est le retour au domicile (85% des patients), 7% des personnes sont orientées vers une autre structure sanitaire, 5% environ vers un établissement médico-social.

Des difficultés de sortie sont mentionnées dans un peu plus de **7% des hospitalisations**, mais ceci de façon très inégale selon les établissements de soins : 14 à 20% dans les hôpitaux publics, moins de 4% dans les établissements privés. Ces différences apparentes sont peut-être à considérer avec précaution dans la mesure où le recueil dans les structures publiques a été réalisé par des travailleurs sociaux dont on peut penser qu'ils sont peut être plus sensibilisés aux problèmes liés à l'orientation des patients en fin de séjour.

Les principales difficultés qui se posent sont le manque de structures d'aval pour accueillir les patients (essentiellement SSR et EHPAD), ainsi que l'isolement social rendant probablement le retour à domicile compliqué ou impossible.

**Tableau 12 : La sortie d'hospitalisation**

	%	non réponses (%)
<b>Sortie envisagée</b>		3.0
- retour au domicile	85.0	
- autre structure sanitaire	7.0	
- structure médico-sociale	5.4	
- autre	2.6	
<b>Difficultés de sortie par manque de solution d'aval</b>		6.0
- oui	7.5	
- non	92.5	
<b>Difficultés de sortie par manque de solution d'aval selon les établissements</b>		
CHIC Castelsarrasin-Moissac	20.4	
CH de Montauban	13.6	
Clinique du Pont de Chaume	3.3	
Clinique Honoré Cave	1.5	
Clinique Croix Saint-Michel	0	
<b>Si difficultés de sortie, de quel type<sup>(1)</sup></b>		
- pas de structure d'aval ou pas de place	48.9	
- insuffisance du réseau social	22.2	
- pas de professionnels de proximité	10.7	
- logement inadapté	5.0	
- autre difficulté	14.0	
<b>Si manque de structure d'aval, type de structure<sup>(1)</sup></b>		
- SSR	44.2	
- EHPAD	42.4	
- maison de repos	6.7	
- foyer logement	1.8	
- long séjour gériatrique	0	
- CHRS	0	
- autre structure	15.2	

(1) plusieurs réponses possibles



## 2) Facteurs associés à une difficulté de sortie de l'hôpital

La fréquence des problèmes d'aval est comparée selon différentes caractéristiques des patients (tableau 13).

Notons tout d'abord que les problèmes de sortie d'hospitalisation se posent beaucoup plus fréquemment dans les services de médecine qu'en chirurgie (10% vs 5%).

Le fait de rencontrer des difficultés d'aval est également associé à une durée plus importante de l'hospitalisation.

Les difficultés d'autre part surviennent plus souvent lorsqu'il s'agit de patients âgés (15% chez les patients âgés de plus de 80 ans).

De façon logique, ces personnes pour lesquelles se posent plus souvent des problèmes à la sortie vivent moins fréquemment en couple ou en famille, elles déclarent plus souvent un sentiment d'isolement et sont plus nombreuses à ne pas pouvoir compter sur l'aide d'un tiers en cas de besoin.

Les personnes vivant en zone rurale semblent également plus souvent concernées (même si la différence n'est pas significative).

Les difficultés d'aval en revanche ne varient pas significativement selon que les patients se trouvent ou non en situation de vulnérabilité sociale telle que nous l'avons définie au début de ce travail.

De la même façon les problèmes de sortie d'hospitalisation ne semblent pas liés au fait d'avoir connu des difficultés dans la trajectoire de soins (tableau 14).

**Tableau 13 : Prévalence des difficultés de sortie en aval de l'hospitalisation selon les caractéristiques des patients**

	Difficultés de sortie par manque de solution d'aval (%)	p
<b>Ensemble des patients</b>	<b>7.5</b>	
<b>Service d'hospitalisation</b>		
- médecine	10.0	<b>0.04</b>
- chirurgie	5.0	
<b>Durée de l'hospitalisation</b>		
- ≤ 2 jrs	6.9	
- 3 – 7 jrs	2.4	<b>&lt; 0.001</b>
- 8 jrs et +	16.8	
<b>Zone d'habitation</b>		
- urbaine	5.6	0.19
- rurale	9.0	
<b>Sexe</b>		
- hommes	5.6	0.12
- femmes	9.4	
<b>Age</b>		
- 18-30 ans	2.9	
- 31-45 ans	0.7	
- 46-60 ans	7.6	<b>0.01</b>
- 61-70 ans	3.6	
- 71-80 ans	7.0	
- 81 ans et plus	15.0	
<b>Langue maternelle</b>		
- français	7.7	0.76
- autre	6.4	
<b>Logement personnel</b>		
- oui	7.6	0.88
- non	7.1	
<b>Environnement social : vit...</b>		
- en couple, en famille	4.3	<b>0.001</b>
- autre situation <sup>(1)</sup>	14.5	
<b>Sentiment d'isolement</b>		
- oui	14.2	<b>0.02</b>
- non	6.4	
<b>Possibilité d'aide de l'entourage en cas de difficultés</b>		
- oui	6.7	<b>0.05</b>
- non	13.4	

(1) seul, autre (en collectivité...)

**Tableau 14 : Difficultés en aval de l'hospitalisation selon la vulnérabilité sociale et les problèmes dans le parcours de soins**

	Difficultés de sortie par manque de solution d'aval		
	%	OR ajusté (1)	p
<b>Précarité sociale au moment de l'enquête</b>			
- non	7.8	1	
- oui	6.6	1.13	0.80
<b>Difficultés dans le parcours de soins</b>			
- non	7.1	1	
- oui	9.3	1.53	0.31

(1) Odds Ratio (OR) ajusté sur le sexe et l'âge

# Les difficultés dans le parcours ou l'accès aux soins selon les médecins

Les médecins étaient invités, au décours de l'hospitalisation, à se prononcer sur d'éventuelles difficultés dans l'accès aux soins ou de façon plus globale dans la trajectoire de soins de leur patient.

Plusieurs questions étaient posées de façon à cibler plus précisément les éventuels dysfonctionnements aux différentes étapes du parcours de soins :

- le retard dans le recours aux soins
- le dépistage tardif d'une pathologie
- la prise en charge tardive d'une pathologie
- la prise en charge inadaptée d'une pathologie en amont de l'hospitalisation

Notons la part relativement élevée des non réponses qui se situe autour de 20% pour l'ensemble des items et qui témoigne probablement de la difficulté qu'il y a à porter un jugement sur ces questions.

Les résultats pour chaque item sont présentés dans le tableau 15.

Un retard dans le recours aux soins ou dans la prise en charge de la pathologie est mentionné dans 13 à 14% des hospitalisations.

Les retards de dépistage sont plus fréquents et sont rapportés dans environ 21% des séjours.

Enfin une prise en charge du patient peu ou pas adapté en amont de l'hospitalisation est citée dans près de 18% des cas.

**Tableau 15 : Les difficultés dans la trajectoire de soins des patients**

	%	non réponses (%)
<b>Retard dans le recours aux soins</b>		18.9
- oui	14.4	
- non	83.2	
- nsp	2.4	
<b>Retard dans le dépistage de la pathologie</b>		19.3
- oui	21.3	
- non	77.1	
- nsp	1.6	
<b>Retard dans la prise en charge de la pathologie</b>		21.6
- oui	13.3	
- non	84.5	
- nsp	2.2	
<b>Prise en charge inadaptée en amont de l'hospitalisation</b>		19.6
- oui	17.9	
- non	75.8	
- nsp	6.3	

Un indicateur global de dysfonctionnement dans le parcours de soins a été construit à partir des items précédents. Seuls les trois premiers items ont été retenus<sup>10</sup> (retard dans le recours aux soins/retard de dépistage/retard de prise en charge). Tout patient qui est concerné par l'un au moins des trois critères précédents est donc considéré comme en difficulté dans sa trajectoire de soins.

**Au total, des problèmes dans le parcours de soins ont été mentionnés chez près de 20% des patients enquêtés (tableau 16).**

**Tableau 16 : Indicateur de difficultés dans le parcours de soins <sup>(1)</sup>**

	%	IC 95%
<b>Patients ayant rencontré des difficultés dans leur trajectoire de soins</b>		
- oui	19.7	[16.4 – 23.5]
- non	80.3	

(1) retard dans le recours aux soins ou dépistage tardif d'une pathologie ou prise en charge tardive d'une pathologie

Interrogés sur les facteurs impliqués dans ces difficultés, les praticiens citent en premier lieu la fragilité des patients consécutive à l'intrication de problématiques sociales et médicales. Le second facteur associé selon eux est l'isolement social lorsque l'entourage est insuffisant ou pas mobilisable (tableau 17).

**Tableau 17 : Les facteurs intervenant dans les difficultés rencontrées par les patients, du point de vue des médecins\***

	%
Fragilité due à l'intrication de difficultés médicales et sociales	17.8
Absence ou défaut d'entourage social	14.0
Problème de santé mentale dominante	8.1
Accumulation de difficultés sociales	5.1
Eloignement des structures de soins	2.6
Difficultés d'accès aux droits sociaux	0.7
Sentiment de honte ressenti par des personnes en grande difficulté sociale	0.7
Autre	15.8
Non réponse	55.1

\* l'analyse est limitée aux patients pour lesquels des difficultés dans le parcours de soins ont été mentionnées. Le total dépasse 100% dans la mesure où plusieurs réponses étaient possibles

<sup>10</sup> Les réponses à la dernière question qui aborde la qualité de la prise en charge en amont de l'hospitalisation n'ont pas été considérées comme suffisamment robustes notamment en raison d'une possible ambiguïté dans la formulation de la question.

# 1) Les facteurs associés à des difficultés dans le parcours de soins

Le tableau 18 compare la fréquence des difficultés dans le parcours de soins (appréciées par les médecins) selon certaines caractéristiques des patients.

Peu de variables sont significativement associées aux difficultés dans l'accès aux soins.

Seul le sexe des patients semble être discriminant avec une fréquence plus élevée des difficultés chez les patients de sexe masculin.

Les autres variables et en particulier la zone d'habitation ou la catégorie socio-professionnelle ne semblent pas liées aux difficultés rencontrées par les patients.

**Tableau 18 : Difficultés dans le parcours de soins selon les caractéristiques des patients**

	Repérage de difficultés dans la trajectoire de soins <sup>(1)</sup> (%)	p
<b>Ensemble des patients</b>	<b>19.7</b>	
<b>Service d'hospitalisation</b>		
- médecine	25.0	<b>0.04</b>
- chirurgie	17.2	
<b>Zone d'habitation</b>		
- urbaine	23.0	0.29
- rurale	18.3	
<b>Sexe</b>		
- hommes	23.3	<b>0.05</b>
- femmes	16.1	
<b>Age</b>		
- 18-45 ans	17.8	
- 45 60 ans	21.6	0.79
- 61 ans et +	20.4	
<b>Profession (actuelle ou dernière exercée)</b>		
- exploitant agricole	17.3	
- ouvrier	23.2	
- ouvrier agricole	23.4	
- artisan, commerçant, chef d'entreprise	18.2	0.99
- employé	20.2	
- cadre, prof ; libérale	18.4	
- enseignant, agent de maîtrise...	21.4	
- sans profession (autre que retraité)	17.6	
<b>Profession (actuelle ou dernière exercée) avec CSP regroupées</b>		
- ouvrier (y-compris agricole), employé	21.2	
- autres professions <sup>(2)</sup>	18.6	0.72
- sans profession (autre que retraité)	17.6	
<b>Langue maternelle</b>		
- français	20.4	0.82
- autre	19.0	
<b>Logement personnel</b>		
- oui	20.2	0.99
- non	20.2	
<b>Environnement social : vit...</b>		
- en couple, en famille	21.3	0.44
- autre situation <sup>(3)</sup>	18.2	
<b>Sentiment d'isolement</b>		
- oui	19.0	0.75
- non	20.5	
<b>Possibilité d'aide de l'entourage en cas de difficultés</b>		
- oui	20.6	0.82
- non	19.3	

(1) selon les médecins

(2) exploitant agricole, artisan, commerçant, chef d'entreprise, cadre, prof ; libérale, enseignant, agent de maîtrise

(3) seul, autre (en collectivité...)

## Fragilité sociale et difficultés dans la trajectoire de soins

La fréquence des difficultés dans l'accès ou le parcours de soins a été comparée chez les patients précaires et non précaires du point de vue social selon les deux approches définies précédemment (tableau 19 et tableau 20).

Une fois maîtrisés l'effet de l'âge et du sexe, on observe ainsi que cette fréquence est plus élevée chez les patients considérés comme vulnérables et ce quelle que soit la définition de la vulnérabilité que l'on retient. Cette différence n'est cependant pas significative sur le plan statistique.

**Tableau 19 : Difficultés dans le parcours de soins selon la présence ou non de facteurs de vulnérabilité sociale au moment de l'enquête**

	Difficultés dans le parcours de soins		
	%	OR ajusté <sup>(1)</sup>	p
<b>Précarité sociale au moment de l'enquête</b>			
- non	19.2	1	
- oui	22.0	1.17	0.60
Bénéficiaire d'un minima social			
- non	19.9	1	
- oui	24.7	1.41	0.34
Difficultés à payer les médicaments, les examens médicaux			
- non	20.8	1	
- oui	17.1	0.86	0.72
Bénéficiaire de la CMU ou de l'AME			
- non	20.5	1	
- oui	22.2	1.07	0.88
A une mutuelle santé			
- non	29.8	1	
- oui	18.5	0.56	0.10
A la recherche d'un premier emploi depuis plus de 6 mois			
- non	21.1	1	
- oui	16.3	0.87	0.83

(1) Odds Ratio (OR) ajusté sur le sexe et l'âge

**Tableau 20 : Difficultés dans le parcours de soins selon la présence ou non de facteurs de vulnérabilité sociale au cours de la vie**

	Difficultés dans le parcours de soins		
	%	OR ajusté <sup>(1)</sup>	p
<b>Précarité sociale au cours de la vie</b>			
- non	18.9	1	
- oui	21.4	1.14	0.60
Plusieurs périodes d'inactivité professionnelle involontaire ≥ 6 mois			
- non	18.4	1	
- oui	28.1	1.65	0.12
Difficultés financières insurmontables liées au logement			
- non	20.0	1	
- oui	17.0	0.71	0.46
Difficultés d'hébergement liées à des problèmes d'argent à plusieurs reprises			
- non	19.3	1	
- oui	32.1	1.96	0.23
A souffert durablement d'isolement			
- non	19.7	1	
- oui	19.9	1.01	0.96

(1) Odds Ratio (OR) ajusté sur le sexe et l'âge

# »» Accès aux soins et à la prévention et santé « perçue » des patients hospitalisés

## 1) Usage du système de soins et renoncement aux soins

Les patients au cours de leur hospitalisation, ont été interrogés sur leur « consommation » de soins ambulatoires (médecin généraliste, dentiste, gynécologue...) en s'intéressant particulièrement aux éventuels renoncements aux soins (tableau 21).

Il leur a été ensuite demandé de qualifier leur état de santé par une note de 0 à 10 (tableau 22).

La quasi-totalité des patients dispose d'un médecin traitant.

Le renoncement aux soins pour des raisons financières concerne essentiellement les soins dentaires (18% des patients), un peu moins souvent les soins ophtalmologiques (8%) et rarement les soins de médecine générale (3%). L'éloignement de l'offre de soins en matière de professionnels de proximité est très peu rapporté.

La « consommation » de soins qui peut être à visée plus préventive n'est pas généralisée : seuls 58% des patients ont consulté un dentiste au cours des deux années précédentes, alors que 4 femmes sur 10 ont consulté un gynécologue.

Le score de santé perçue enfin est moyen ou mauvais pour environ la moitié des patients hospitalisés.

**Tableau 21 : Usage du système de soins et renoncement aux soins**

	%	non réponses (%)
A un médecin traitant		2.8
- oui	98.6	
- non	1.4	
<b>Au cours de l'année écoulée...</b>		
A renoncé à consulter un MG pour raisons financières		6.5
- oui	3.0	
- non	97.0	
A renoncé à des soins dentaires		3.6
- oui pour raisons financières	17.7	
- oui pas de dentiste à proximité	0.6	
- non	81.7	
A renoncé à des soins ophtalmologiques		3.5
- oui pour raisons financières	7.9	
- oui pas d'OPH à proximité	0.5	
- non	91.6	
<b>A cours des deux dernières années...</b>		
A consulté un dentiste		2.2
- oui	57.6	
- non	42.4	
A consulté un gynécologue		2.5
- oui	41.0	
- non	59.0	

\*concerne les femmes de 15 ans et plus

**Tableau 22 : Score de santé perçue\***

	%	non réponses (%)
<b>Santé perçue</b>		4.3
- moyenne ou mauvaise (score ≤ 6)	50.5	
- bonne (score ≥ 7)	49.4	
Score moyen	6.2	

\* Compte tenu de votre âge, pourriez-vous indiquer par une note comprise entre 0 et 10, votre état de santé tel que vous le ressentez ?  
(0 : mauvais état de santé ; 10 : très bon état de santé)

## 2) Facteurs associés au renoncement aux soins

### Renoncement aux soins pour raisons financières et vulnérabilité sociale

Le tableau 23 analyse les facteurs associés aux renoncements aux soins et en particuliers les soins dentaires ou ophtalmologiques pour lesquels l'accès est notoirement plus difficile pour les personnes en difficulté sociale.

20% des patients interrogés ont déclaré avoir renoncé à des soins en raison de problèmes d'argent.



Deux facteurs sont clairement associés aux renoncements aux soins, il s'agit de l'âge des patients et de la fragilité sociale.

Ainsi, le risque de renoncer à des soins pour raisons financières est multiplié par 2 chez les patients définis comme précaires par rapport aux autres patients.

De la même façon, ce risque est largement majoré (multiplié par 2.4) chez les patients les plus jeunes (moins de 46 ans).

Les autres variables ne semblent pas associées aux renoncements aux soins même si l'on relève une fréquence plus élevée chez les femmes ainsi que chez les patients sans profession.

**Tableau 23 : Facteurs associés aux renoncements aux soins**

	Renoncement aux soins pour raisons financières (médecin généraliste ou ophtalmo ou dentaire)		
	%	OR ajusté <sup>(1)</sup>	p
<b>Ensemble des patients</b>	<b>20.3</b>		
<b>Vulnérabilité sociale au moment de l'enquête</b>			
- non	17.9	1	
- oui	31.4	2.06	<b>0.02</b>
<b>Sexe</b>			
- masculin	17.7	1	
- féminin	23.1	1.10	0.70
<b>Age</b>			
- < 46 ans	32.1	1	
-46 – 60 ans	20.3	0.42	<b>0.02</b>
- 61 ans et +	16.8	0.44	<b>0.008</b>
<b>Profession (actuelle ou dernière exercée) avec CSP regroupées</b>			
- ouvrier (y-compris agricole), employé	22.8	1	
- autres professions <sup>(2)</sup>	16.3	0.80	0.44
- sans profession (autre que retraité)	27.4	1.07	0.85
<b>Zone d'habitation</b>			
- rurale	22.0	1	
- urbaine	21.1	0.75	0.26

(1) Odds Ratio (OR) ajusté sur l'ensemble des variables du tableau

(2) exploitant agricole, artisan, commerçant, chef d'entreprise, cadre, prof ; libérale, enseignant, agent de maîtrise

La même analyse a été réalisée mais en prenant en compte cette fois la vulnérabilité sociale au cours de la vie (tableau 24).

Rappelons que quatre dimensions sont considérées dans cette approche :

- avoir connu plusieurs périodes d'inactivité professionnelle involontaire d'au moins six mois
- avoir rencontré des difficultés financières insurmontables liées au logement
- avoir rencontré plusieurs fois des difficultés d'hébergement liées à des problèmes d'argent
- avoir souffert d'isolement durable

Les résultats sont tout à fait concordants avec l'analyse précédente.

Ainsi le risque de renoncement aux soins est multiplié par plus de 4 parmi les patients réunissant une ou deux dimensions de fragilité sociale, et multiplié par plus de 7 chez les personnes présentant 3 ou 4 dimensions.

**Tableau 24 : Facteurs associés aux renoncements aux soins**

	Renoncement aux soins pour raisons financières (médecin généraliste ou ophtalmo ou dentaire)		
	%	OR ajusté <sup>(1)</sup>	p
<b>Ensemble des patients</b>	<b>20.3</b>		
<b>Vulnérabilité sociale au cours de la vie</b>			
- aucune dimension		1	
- 1 ou 2 dimensions		4.62	< 0.001
- 3 ou 4 dimensions		7.39	0.001
<b>Sexe</b>			
- masculin	17.7	1	
- féminin	23.1	1.17	0.55
<b>Age</b>			
- < 46 ans	32.1	1	
-46 – 60 ans	20.3	0.48	0.04
- 61 ans et +	16.8	0.51	0.02
<b>Profession (actuelle ou dernière exercée) avec CSP regroupées</b>			
- ouvrier (y-compris agricole), employé	22.8	1	
- autres professions <sup>(2)</sup>	16.3	1.04	0.90
- sans profession (autre que retraité)	27.4	1.10	0.78
<b>Zone d'habitation</b>			
- rurale	22.0	1	
- urbaine	21.1	0.80	0.38

(1) Odds Ratio (OR) ajusté sur l'ensemble des variables du tableau

(2) exploitant agricole, artisan, commerçant, chef d'entreprise, cadre, prof ; libérale, enseignant, agent de maîtrise

L'analyse enfin du score de santé perçue selon les différentes approches de la fragilité sociale indique que la probabilité d'estimer son état de santé moyen ou mauvais est majorée (risque multiplié par 1.6 environ) parmi les patients ayant connu des ruptures sociales importantes au cours de leur vie.

La même tendance est observé parmi les patients considérés comme socialement fragiles au moment de l'enquête mais sans toutefois que cette majoration ne soit significative sur le plan statistique (tableau 25).

**Tableau 25 : Santé perçue et vulnérabilité sociale**

	Sentiment d'être dans un état de santé moyen ou mauvais <sup>(1)</sup>		
	%	OR ajusté <sup>(2)</sup>	p
<b>Ensemble des patients</b>	<b>50.6</b>		
<b>Vulnérabilité sociale au moment de l'enquête</b>			
- non	49.8	1	
- oui	54.0	1.37	0.23
<b>Vulnérabilité sociale au cours de la vie</b>			
- aucune dimension	47.9	1	
- 1 dimension ou plus	55.7	1.58	<b>0.03</b>

(1) score de santé perçue inférieur à 7

(2) Odds Ratio (OR) ajusté sur le sexe, l'âge, la profession et la nationalité

Les deux dernières analyses relatives à l'usage du système de soins et à la prévention, concernent la fréquence, au cours des deux dernières années, des consultations dentaires et des contrôles gynécologiques chez les femmes (tableaux 26 et 27).

Concernant le premier indicateur, on observe que la probabilité d'avoir consulté un dentiste les deux années précédentes est plus faible chez les patients définis comme précaires avec des différences proches du seuil statistique.

De la même façon, les femmes socialement fragiles ont une propension moindre à consulter un gynécologue.

**Tableau 26 : Consultation dentaire et vulnérabilité sociale**

	Consultation dentaire au cours des deux années précédentes		
	%	OR ajusté <sup>(1)</sup>	p
<b>Ensemble des patients</b>	<b>57.6</b>		
<b>Vulnérabilité sociale au moment de l'enquête</b>			
- non	58.6	1	
- oui	53.2	0.58	0.06
<b>Vulnérabilité sociale au cours de la vie</b>			
- aucune dimension	59.0	1	
- 1 dimension ou plus	54.9	0.73	0.17

(1) Odds Ratio (OR) ajusté sur le sexe, l'âge, la profession, la nationalité et la zone d'habitation

**Tableau 27 : Consultation gynécologique et vulnérabilité sociale**

	Consultation gynécologique au cours des deux années précédentes		
	%	OR ajusté <sup>(1)</sup>	p
<b>Ensemble des patientes</b>	<b>41.0</b>		
<b>Vulnérabilité sociale au moment de l'enquête</b>			
- non	40.7	1	
- oui	42.1	0.36	<b>0.03</b>
<b>Vulnérabilité sociale au cours de la vie</b>			
- aucune dimension	39.6	1	
- 1 dimension ou plus	43.2	0.86	0.67

(1) Odds Ratio (OR) ajusté sur l'âge, la profession, la nationalité et la zone d'habitation

# Caractéristiques des personnes ne disposant pas d'une assurance maladie complémentaire

Nous avons souhaité dans cette dernière partie présenter les principales caractéristiques d'une part des patients dépourvus d'une couverture santé complémentaire (tableau 28) et d'autre part des patients couverts au titre de la CMU (tableau 29).

## Un patient sur dix hospitalisé ne dispose pas d'une mutuelle.

Deux classes d'âge sont particulièrement concernées, il s'agit avant tout des personnes les plus âgées (20% des plus de 80 ans n'ont pas de mutuelle) et dans une moindre mesure des plus jeunes (10% des 18-30 ans).

Les personnes sans mutuelle se distinguent des autres patients sur plusieurs autres points : ils sont plus nombreux à déclarer souffrir d'isolement et à avoir rencontré d'importantes difficultés liées au logement.

L'absence de mutuelle est également associée à une fréquence plus élevée des renoncements aux soins pour raisons financières ainsi qu'à un score de santé perçue plus mauvais.

**Tableau 28 : Caractéristiques des patients ne disposant pas d'une mutuelle**

	Pas de mutuelle complémentaire (%)	P
<b>Ensemble des patients</b>	<b>10.2</b>	
<b>Zone d'habitation</b>		
- rural	10.4	0.90
- urbain	10.0	
<b>Sexe</b>		
- hommes	11.7	
- femmes	8.8	0.31
<b>Age</b>		
- 18-30 ans	<b>10.2</b>	
- 31-45 ans	6.6	
- 46-60 ans	7.2	<b>0.009</b>
- 61-70 ans	4.4	
- 71-80 ans	8.6	
- 81 ans et plus	<b>20.5</b>	
<b>Langue maternelle</b>		
- français	9.6	0.27
- autre	15.3	
<b>Profession (actuelle ou dernière exercée) avec CSP regroupées</b>		
- ouvrier (y-compris agricole), employé	12.8	
- autres professions <sup>(1)</sup>	7.6	
- sans profession (autre que retraité)	7.2	
<b>Logement personnel</b>		
- non	12.0	0.69
- oui	10.1	

	Pas de mutuelle complémentaire (%)	p
<b>Sentiment d'isolement</b>		
- non	8.9	<b>0.05</b>
- oui	<b>16.1</b>	
<b>Possibilité d'aide de l'entourage en cas de difficultés</b>		
- non	13.9	0.36
- oui	9.8	
<b>Perçoit un minima social</b>		
- non	9.7	0.18
- oui	15.7	
<b>A la recherche d'un emploi depuis plus de 6 mois (ou d'un premier emploi)<sup>(1)</sup></b>		
- non	7.0	0.10
- oui	18.4	
<b>A connu plusieurs périodes d'inactivité professionnelle involontaire (≥ 6 mois)</b>		
- non	9.2	0.06
- oui	16.9	
<b>A rencontré des difficultés financières insurmontables liées au logement</b>		
- non	9.3	<b>0.04</b>
- oui	<b>19.3</b>	
<b>Hébergé à plusieurs reprises (à cause de problèmes d'argent)</b>		
- non	9.9	0.21
- oui	20.0	
<b>A souffert d'isolement durable</b>		
- non	8,5	<b>0.02</b>
- oui	<b>16,8</b>	
<b>A renoncé à des soins pour raisons financières<sup>(2)</sup></b>		
- non	8.4	<b>0.01</b>
- oui	<b>17.2</b>	
<b>A consulté un dentiste au cours des deux dernières années</b>		
- non	<b>15.1</b>	<b>0.004</b>
- oui	6.8	
<b>A consulté un gynécologue au cours des deux dernières années</b>		
- non	<b>12.4</b>	<b>0.03</b>
- oui	3.5	
<b>Santé perçue</b>		
- moyenne ou mauvaise (score ≤ 6)	<b>12.0</b>	<b>0.02</b>
- bonne (score ≥ 7)	3.5	
<b>Nombre d'hospitalisations au cours de l'année précédente</b>		<b>0,01</b>
- aucune	4.2	
- 1 à 2	11.7	
- 3 et +	16.8	

(1) analyse limitée aux moins de 60 ans

(2) dentiste, ophtalmo, MG

# »» Caractéristiques des personnes bénéficiant de la CMU ou de l'AME

Prêt de 10% des patients enquêtés sont couverts au titre de la CMU, 2 fois plus souvent les femmes que les hommes.

Les patients de moins de 60 ans sont beaucoup plus souvent concernés que les patients plus âgés, ainsi que les personnes sans emploi ou d'origine étrangère.

D'autres variables sociales sont très fortement associées au fait de relever de la CMU : il s'agit notamment de l'absence de logement personnel, l'inactivité professionnelle subie, les difficultés financières importantes liées au logement.

Le renoncement aux soins pour raisons financières en revanche n'apparaît pas plus fréquent dans cette population ce qui traduit bien l'effet compensateur de la CMU concernant l'accès aux soins.

**Tableau 29 : Caractéristiques des patients couverts par la CMU (ou l'AME)**

	Couvert(e) au titre de la CMU ou de l'AME (%)	p
<b>Ensemble des patients</b>	<b>9.5</b>	
<b>Zone d'habitation</b>		
- rural	7.6	0.14
- urbain	11.7	
<b>Sexe</b>		
- hommes	6.4	<b>0.02</b>
- femmes	12.7	
<b>Age</b>		
- 18-30 ans	19.2	
- 31-45 ans	17.9	
- 46-60 ans	15.0	<b>&lt;0.001</b>
- 61-70 ans	7.8	
- 71-80 ans	4.7	
- 81 ans et plus	1.0	
<b>Langue maternelle</b>		
- français	7.7	<b>&lt;0.001</b>
- autre	25.2	
<b>Profession (actuelle ou dernière exercée) avec CSP regroupées</b>		
- ouvrier (y-compris agricole), employé	8.4	
- autres professions <sup>(1)</sup>	5.4	<b>&lt;0.001</b>
- sans profession (autre que retraité)	22.5	
<b>Logement personnel</b>		
- non	21.2	<b>0.003</b>
- oui	7.9	
<b>Sentiment d'isolement</b>		
- non	8.4	0.11
- oui	14.2	
<b>Possibilité d'aide de l'entourage en cas de difficultés</b>		
- non	17.3	
- oui	8.5	<b>0.03</b>

	Couvert(e) au titre de la CMU ou de l'AME (%)	p
<b>Perçoit un minima social</b>		
- non	6.1	<0.001
- oui	34.8	
<b>A la recherche d'un emploi depuis plus de 6 mois (ou d'un premier emploi)<sup>(1)</sup></b>		
- non	10.5	<0.001
- oui	51.2	
<b>A connu plusieurs périodes d'inactivité professionnelle involontaire (≥ 6 mois)</b>		
- non	6.8	<0.001
- oui	25.3	
<b>A rencontré des difficultés financières insurmontables liées au logement</b>		
- non	7.8	<0.001
- oui	24.5	
<b>Hébergé à plusieurs reprises (à cause de problèmes d'argent)</b>		
- non	8.7	0.001
- oui	34.0	
<b>A souffert d'isolement durable</b>		
- non	8.7	0.25
- oui	12.5	
<b>A renoncé à des soins pour raisons financières<sup>(2)</sup></b>		
- non	9.2	0.65
- oui	10.7	
<b>A consulté un dentiste au cours des deux dernières années</b>		
- non	9.8	0.82
- oui	9.2	
<b>A consulté un gynécologue au cours des deux dernières années</b>		
- non	9.8	0.11
- oui	17.4	
<b>Santé perçue</b>		
- moyenne ou mauvaise (score ≤ 6)	8.3	0.39
- bonne (score ≥ 7)	10.7	
<b>Nombre d'hospitalisations au cours de l'année précédente</b>		
- aucune	8.4	0.75
- 1 à 2	10.4	
- 3 et +	11.4	

(1) analyse limitée aux moins de 60 ans

(2) dentiste, ophtalmo, MG

## **»» Synthèse**



# Précarité sociale et recours aux soins dans les établissements de soins du Tarn-et-Garonne

## SYNTHESE

La problématique des inégalités sociales de santé a fait l'objet de très nombreuses études qui ont permis d'étayer les liens étroits existant entre difficultés sociales et santé, dans des domaines divers tels que la prévention, l'utilisation du système de soins, le renoncement aux soins...

La dernière enquête de l'Insee sur « la santé et les soins médicaux »<sup>11</sup> confirme que les personnes aux revenus les plus faibles se perçoivent en moins bonne santé que le reste de la population. Elles vont par ailleurs moins souvent chez le médecin, et en particulier chez le spécialiste. Elles sont également moins bien assurées : 22% n'ont pas de complémentaire santé contre 7% du reste de la population. Enfin, la prévention et le dépistage sont des pratiques beaucoup moins répandues parmi les personnes les plus pauvres.

L'enquête réalisée dans les établissements de santé du Tarn et Garonne précise l'importance et le profil des populations en situation de précarité ou vulnérabilité sociale en 2007 qui sont hospitalisées.

Elle permet d'apprécier le lien entre ces situations de précarité et les difficultés rencontrées dans la trajectoire de soins et de prévention.

Nous rappelons ici les principaux résultats de l'étude afin de servir de support à une réflexion sur la place des établissements de santé dans le « repérage » et la prise en charge de ces patients.

### ■ 18% des patients hospitalisés dans les établissements de santé du Tarn et Garonne en situation de « précarité sociale »

L'indice de précarité sociale est mesuré à travers la combinaison de ces différents critères :

- le bénéfice de la CMU ou AME,
- la perception d'un minima social,
- l'absence de couverture complémentaire,
- la recherche d'un emploi,
- la difficulté à payer ses médicaments.

Cette proportion atteint 33% si l'on prend en compte « la vulnérabilité sociale » abordée à partir des grandes ruptures que les personnes connaissent au moment de l'enquête ou ont connu au cours de leur vie.

<sup>11</sup> La santé des plus pauvres. Insee Première, n°1161, octobre 2007

La fréquence des situations de « précarité sociale » au moment de l'enquête est plus importante chez les femmes, les moins de 60 ans, les ouvriers (particulièrement les ouvriers agricoles) et les sans profession, ainsi que chez les personnes isolées et les patients d'origine étrangère. Ces situations varient de 14 à 20% dans les différentes structures de soins du département.

■ **Des difficultés dans l'accès aux soins et à la prévention déclarées par un patient sur cinq et associées à la précarité et vulnérabilité sociale**

20% des patients ont déclaré avoir renoncé à des soins pour raisons financières. Il s'agit le plus souvent de soins dentaires (18%), et moins fréquemment, ophtalmologiques (8%).

Le renoncement aux soins est clairement associé à la précarité sociale : risque multiplié par 2 chez les patients précaires, par plus de 4 chez les patients ayant connu d'importantes ruptures sociales au cours de la vie.

Enfin le sentiment d'être dans un état de santé moyen ou mauvais est plus fréquent chez les patients précaires que chez les autres patients.

■ **Le repérage des difficultés dans le parcours de soins et le profil des malades à travers deux indicateurs :**

Les hospitalisations non programmées :

4 hospitalisations sur 10 ont été réalisées « en urgence », beaucoup plus souvent en médecine (58%) qu'en chirurgie (31%).

Les patients admis en urgence sont plus souvent des ouvriers, des employés et des sans professions ; leur environnement social est plus pauvre.

L'hospitalisation non programmée est associée à des séjours plus longs ainsi qu'à des difficultés lors de la sortie par manque de solutions d'aval.

La sortie de l'hôpital ou de la clinique

Des difficultés à la sortie sont rapportées dans 7.5% des séjours, deux fois plus souvent en médecine qu'en chirurgie (10% vs 5%).

Elles sont dues le plus souvent à un manque de structures d'aval (EHPAD, SSR) ou à l'isolement des patients.

Ces difficultés surviennent plus souvent chez les patients âgés (> 80 ans), isolés socialement et vivant plutôt en zone rurale.

■ **Des retards de soins ou de prévention difficiles à repérer pour les médecins**

Les médecins des établissements ont identifié 20% des patients comme ayant des problèmes dans le parcours de soins et particulièrement dans le dépistage.

En l'absence de critères cliniques précis, ce repérage a été difficile comme en témoigne l'important taux de non réponses. Cette difficulté conduit probablement à une grande hétérogénéité des situations cliniques.

Le lien entre les difficultés dans la trajectoire de soins et l'indice de précarité sociale n'a pu être établi de façon fiable sur le plan statistique même si la fréquence de ces problèmes est toujours plus importante quel que soit le facteur de précarité considéré, et notamment le fait de ne pas avoir de mutuelle.

■ **La prise en compte de la vulnérabilité sociale dans les établissements de santé et l'accès aux soins et à la prévention dans le Tarn et Garonne : piste de réflexion**

Tous les établissements de santé du département ont des patients hospitalisés qui, du fait de leur situation sociale, peuvent avoir des besoins de prévention ou de soin non satisfaits.

Un des enjeux de cette hospitalisation est de ne pas aggraver les inégalités sociales de santé et de pouvoir proposer un « rattrapage » de certaines de ces inégalités par des soins de qualité, notamment en terme de prévention.

Ces patients doivent pouvoir être repérés afin d'organiser la réponse thérapeutique et sociale. La précarité sociale ne se résume pas seulement à la CMU ou au fait d'être sans domicile fixe.

L'outil de repérage que nous avons utilisé pour cette enquête afin de quantifier et qualifier les situations de précarité sociale sur le département a déjà été utilisé et validé en consultation hospitalière ; il paraît ici aussi, dans le cadre d'une hospitalisation, acceptable et pertinent pour une évaluation de la situation sociale à l'échelle individuelle.

Au-delà des cinq critères qui le composent (CMU, RMI, mutuelle complémentaire, difficultés à acheter des médicaments, chômage) et qui renvoient majoritairement à des considérations financières et mesurent donc la pauvreté, l'évaluation peut être enrichie en identifiant des personnes ayant connu ou connaissant des situations d'isolement durable ou plusieurs périodes d'inactivité professionnelle : facteurs liés à des problèmes d'accès aux soins et à la prévention.

A l'échelle collective dans les établissements, deux caractéristiques administratives : le bénéfice de la CMU et l'absence de complémentaire santé qui est en soi un marqueur d'inégalités d'accès aux soins notamment préventifs ou de précarité sociale peuvent parallèlement être utilisés en routine pour suivre l'évolution de la prévalence du phénomène et adapter les stratégies de prise en charge.

Mais ce « repérage » qui doit permettre pour chacun des malades hospitalisés d'évaluer leur situation clinique et les « pertes de chance » afin d'essayer de rattraper les besoins de soins ou de prévention non satisfaits ne peut se faire sans avoir mené une réflexion avec l'ensemble des acteurs du département afin d'organiser et d'articuler les réponses à ces situations.

Cette réflexion s'inscrit de fait dans le cadre du programme départemental d'accès aux soins et à la prévention des plus démunis.

## Bibliographie

- La santé des plus pauvres.  
Th de Saint Pol. Division Conditions de vie des ménages. Insee Première n°1161 - octobre 2007
- Elaboration d'un outil de repérage des usagers en situation de vulnérabilité sociale consultant à l'hôpital.  
J Pascal et col. La Presse Médicale 2004, tome 33 :710-15, juin 2004
- Les inégalités sociales de santé.  
A Leclerc, D Fassin, H Grandjean et col. Paris : La Découverte, 2000.
- Using the hospital emergency department as a regular source of care.  
T Lang, A Davido, B Diakitè et al. Eur J Epidemiol 1997;13:223-228
- Non-urgent care in the hospital medical emergency department in France: how much and which health needs does it reflect?  
T Lang, A Davido, B Diakitè et al. J Epidemiol Community Health. 1996 Aug;50(4):456-62
- Proposition d'un score de précarité.  
F Girard, R Gueguen, C Guenot et al. Rev Epidemiol Sante Publique 2000;48:3S106-3S107
- L'assurance maladie réduit-elle les inégalités sociales de santé ? Une revue de la littérature.  
P Dourgnon, M Grignon, F Jusot. CREDES – Bulletin d'information en économie de la santé 2001 ;43 :1-8

# **»» Annexes**



320

## Enquête Tarn et Garonne Questionnaire MÉDECINS

R1 réponse unique

R2 réponses multiples

Identification du patient

--	--	--	--	--

ETIQUETTE PATIENT  
à coller à l'intérieur de la zone grisée

### Informations sur l'hospitalisation et le séjour

Hospitalisation en service de :

- médecine  
 chirurgie

Mode d'admission R1

- hospitalisation programmée  
 hospitalisation directe dans le service  
 hospitalisation en urgence

Si hospitalisation programmée R1

- par le médecin généraliste  
 par le médecin spécialiste  
 par le médecin hospitalier

Motif de l'hospitalisation : .....

Diagnostic principal : .....

CIM 10

--	--	--

Durée de l'hospitalisation en jours

--	--	--

Code GHM de sortie :

--	--	--	--	--

Nb d'hospitalisations du patient au cours des 2 dernières années (hors hospitalisation de jour)

--	--

### Les difficultés dans le parcours ou l'accès aux soins

Pensez-vous qu'il existe un retard dans le recours aux soins pour ce patient ?  OUI  NON  je ne sais pas

Pensez-vous que sa pathologie aurait pu être...  
 • dépotée plus précocement ?  OUI  NON  je ne sais pas  
 • prise en charge plus précocement avec un meilleur pronostic ?  OUI  NON  je ne sais pas

La prise en charge de la pathologie, en amont de l'hospitalisation, a-t-elle été adaptée ?  OUI  NON  je ne sais pasPensez-vous que l'hospitalisation de ce patient, d'un point de vue strictement médical, aurait pu être évitée et sa pathologie prise en charge en ambulatoire ?  OUI  NON  je ne sais pas

Si, pour ce patient, vous avez identifié des difficultés dans l'accès ou le parcours de soins ou, plus globalement, dans la prise en charge de sa pathologie, quels sont selon vous les facteurs influant sur cette situation ? R2

- difficulté d'accès aux droits sociaux  
 absence ou défaut d'entourage social  
 personnes fragiles  
intrication de difficultés médicales et sociales
- éloignement des structures de soins  
 problème de santé mentale dominant  
 autre .....
- accumulation de difficultés sociales  
 sentiment de honte ressenti par des personnes en grande difficulté sociale

Est-ce que les difficultés que vous avez identifiées pour ce patient ont entraîné (ou risquent d'entraîner)...

- une aggravation de sa pathologie ?  OUI  NON  je ne sais pas  
 • des difficultés dans la continuité des soins nécessaires après l'hospitalisation ?  OUI  NON  je ne sais pas

### Le projet de sortie du patient

Sortie envisagée ? R1

- retour domicile  autre structure sanitaire  structure médico-sociale  autre .....

Difficultés de sorties par manque de solution d'aval ?  OUI  NON  je ne sais pas  sans objet

Si OUI, types de difficultés ? R2

- isolement  logement inadapté  pas de professionnels de proximité  
 pas de structure d'aval ou manque de place  autre cas .....

Si MANQUE structures d'aval, lesquelles ? R2

- soins de suite  maison de repos  long séjour  EHPAD  
 foyer logement  CHRS  autre structure .....

Les difficultés rencontrées pour ce patient ont entraîné :

- une prolongation de son hospitalisation (pour raisons non médicales) ?  OUI  NON  je ne sais pas  
 • sortie anticipée de l'hôpital ?  OUI  NON  je ne sais pas

Le patient a-t-il rencontré une assistante sociale au cours de son hospitalisation ?  OUI  NON  je ne sais pas  
 SINON, cela aurait-il été nécessaire ?  OUI  NON  je ne sais pas



47093

## Enquête Tarn et Garonne

### Questionnaire PATIENTS

page 1 / 1

ÉTIQUETTE PATIENT  
à coller à l'intérieur de la zone grisée

R1 réponse unique

Rn réponses multiples

Identification du patient

--	--	--	--	--

Si questionnaire non renseigné : pour quel motif ? **R1**

- refus du patient ou de l'entourage     troubles cognitifs, patient incohérent et absence de l'entourage pour l'aider     état de santé incompatible avec l'entretien

Entourage sollicité pour aider au remplissage du questionnaire ?

- OUI  
 NON

Sexe

- M     F

Année de naissance

--	--	--	--	--

CP résidence

--	--	--	--	--	--

Langue maternelle

- français     autre

Logement personnel

- OUI     NON

Vous vivez  seul(e)     en couple  
 en famille     autre

Vous sentez-vous isolé(e) dans la vie de tous les jours ?

- OUI  
 NON

En cas de difficulté, possibilité d'aide dans entourage (humaine, matérielle, financière...)  OUI     NON  
 je ne sais pas

**R1** Profession actuelle ou dernière exercée ?

- exploitant agricole     artisan, commerçant, chef d'entreprise     cadre, profession lib., prof. intellectuelle sup.  
 ouvrier     employé (fonction publique, entreprise, commerce...)     enseignant, IDE, technicien, agent de maîtrise  
 ouvrier agricole     sans profession (autre que retraité)

Percevez-vous une de ces allocations ? (RMI, Alloc. Adulte Handicapé, Alloc. Parent Isolé, Alloc. Spécifique Solidarité, Alloc. Solidarité)

- OUI  
 NON

Difficulté à payer médicaments, examens médicaux

- OUI     NON

Avez-vous la Couverture Maladie Universelle ou l'Aide Médicale d'ÉTAT ?

- OUI     NON

Avez-vous une mutuelle santé ou une assurance maladie complém. ?

- OUI     NON

raisons financières  
Si NON,  manque d'informations pourquoi ?  autre

Êtes-vous à la recherche d'un emploi depuis plus de 6 mois ou d'un premier emploi ?  OUI     NON

Certains événements ou moments difficiles au cours de la vie peuvent avoir des répercussions sur la santé. Nous allons vous poser quelques questions concernant ce type d'événement.

Au cours de votre vie, avez-vous connu l'une des situations suivantes ?

Périodes d'inactivité prof involontaires >= 6 mois ?

- oui, 1 fois     non, jamais  
 oui, plusieurs fois     sans profession, jamais travaillé

Difficultés financières importantes (pour payer par ex. loyer, charges, prêt.)

- oui, insurmontables     non  
 oui, surmontables     sans objet

Si difficultés financières

- aujourd'hui encore  
 plus maintenant

Hébergé à cause de problèmes d'argent

- oui, une fois     non, jamais  
 oui, plusieurs fois

Si hébergé = oui

- aujourd'hui encore  
 plus maintenant

Vous est-il arrivé de souffrir durablement d'isolement ?

- OUI     NON  
(changement de pays ou région, placement prolongé en foyer ou famille d'accueil, conflit ou éloignement familial, incarcérations...)

Ces dernières questions concernent votre état de santé et les recours aux professionnels de santé et à l'hôpital.

Avez-vous un médecin traitant (médecin de famille) ou un médecin référent ?  OUI     NON

\*\*\*\*\* AU COURS DE L'ANNÉE ÉCOULÉE...

... combien de fois avez-vous consulté un médecin généraliste ?    ... avez-vous renoncé à consulter un MG pour raisons financières ?

- 1 fois/mois     moins de 4 fois/an  
 tous les 3 mois     jamais

- OUI     NON

... avez-vous renoncé à des soins dentaires ? **R1**

- NON     oui, raisons financières     oui, pas de dentiste à proximité

... avez-vous renoncé à des soins ophtalmo ? **R1**

- NON     oui, raisons financières     oui, pas d'ophtalmo à proximité

... combien de fois avez-vous été hospitalisé(e) (à l'hôpital ou en clinique)

--	--

\*\*\*\*\* AU COURS DES 2 DERNIÈRES ANNÉES...

• avez-vous consulté un dentiste ?  OUI     NON

• avez-vous consulté un gynécologue ?  OUI     NON

En tenant compte de votre âge, attribuez une note de 0 et 10 à votre état de santé, tel que vous le ressentez : (0 = mauvais état de santé, 10 = très bon état de santé)

--	--



47093

## Enquête Tarn et Garonne

### Questionnaire PATIENTS

page 2 / 1

**R1** réponse unique

**Rn** réponses multiples

Identification du patient

--	--	--	--	--	--

ÉTIQUETTE PATIENT  
à coller à l'intérieur de la zone grisée

#### Questions à l'assistante sociale (ou à l'enquêteur), au vu des informations recueillies et de sa propre évaluation concernant le patient.

Si vous avez identifié pour ce patient des difficultés dans l'accès ou le parcours de soins ou dans la prise en charge de sa pathologie quels sont, selon vous, les facteurs influant sur cette situation ? **Rn**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> difficultés d'accès au droits sociaux, problèmes de couverture sociale   | <input type="checkbox"/> éloignement des structures de soins | <input type="checkbox"/> accumulation de difficultés sociales (la santé n'est pas une priorité)               |
| <input type="checkbox"/> absence ou défaut d'entourage social   | <input type="checkbox"/> problème de santé mentale dominant  | <input type="checkbox"/> honte, crainte du regard d'autrui (ressenti par personnes en gde difficulté sociale) |
| <input type="checkbox"/> intrication difficultés médicales/sociales répondant à la définition de personnes fragiles (polypathologies, complexité des soins, problèmes sociaux associés) | <input type="checkbox"/> autre .....                         |   |

Quelle est la sortie envisagée pour ce patient ? **R1**

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> retour domicile | <input type="checkbox"/> autre structure sanitaire (SSR, long séjour...) | <input type="checkbox"/> structure médico-sociale (maison de repos, EHPAD, CHRS...) |
| <input type="checkbox"/> autre .....     |  |   |

Existe-t-il des difficultés de sortie pour ce patient par manque de solution d'aval ?

- oui    non    je ne sais pas    sans objet

Si OUI, de quel(s) type(s) de difficulté(s) s'agit-il ? **Rn**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> isolement, insuffisance du réseau social, absence de soutien à domicile | <input type="checkbox"/> logement inadapté | <input type="checkbox"/> pas de professionnels de proximité pour assurer la continuité des soins |
| <input type="checkbox"/> pas de structure d'aval pour accueillir le patient ou pas de place      | <input type="checkbox"/> autre .....       |  |

Si difficultés de sortie par manque de structure d'aval, quel type de structure ? **Rn**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> soins de suite et de réadaptation | <input type="checkbox"/> maison de repos | <input type="checkbox"/> long séjour gériatrique |
| <input type="checkbox"/> EHPAD                             | <input type="checkbox"/> foyer logement  | <input type="checkbox"/> CHRS                    |
| <input type="checkbox"/> autre .....                       |  |  |

Les difficultés rencontrées pour ce patient ont-elles entraîné :

- une prolongation de son hospitalisation pour des raisons autres que médicales

OUI    NON    je ne sais pas

- une sortie anticipée de l'hôpital

OUI    NON    je ne sais pas

Excepté pour l'enquête, ce patient a-t'il rencontré une assistante sociale au cours de son hospitalisation ?

OUI    NON    je ne sais pas

Si NON, cela aurait-il été nécessaire ?

OUI    NON    je ne sais pas