

UNIVERSITE D'ANGERS

FACULTE DE MEDECINE

Année 2013

N°

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Qualification en : MEDECINE GENERALE

Par

Vincent JONQUET

Né le 04 mai 1984 à Toulouse (Haute Garonne)

Présentée et soutenue publiquement le : 12 juin 2013

***EVALUATION DE L'OUTIL INFORMATIQUE « CLICK PASS » DE
REPERAGE DES PATIENTS EN SITUATION DE PRECARITE AU SAU
DU CHU D'ANGERS***

Président : Monsieur le Professeur FANELLO Serge

Directeur : Madame le Docteur DELORI Maud

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE D'ANGERS

Doyen
Vice doyen recherche
Vice doyen pédagogie

Pr. RICHARD
Pr. BAUFRETON
Pr. COUTANT

Doyens Honoraires : Pr. BIGORGNE, Pr. EMILE, Pr. REBEL, Pr. RENIER, Pr. SAINT-ANDRÉ

Professeur Émérite : Pr. Gilles GUY, Pr. Jean-Pierre ARNAUD

Professeurs Honoraires : Pr. ACHARD, Pr. ALLAIN, Pr. ALQUIER, Pr. BASLÉ, Pr. BIGORGNE, Pr. BOASSON, Pr. BOYER, Pr. BREGEON, Pr. CARBONNELLE, Pr. CARON-POITREAU, Pr. M. CAVELLAT, Pr. COUPRIS, Pr. DAUVER, Pr. DELHUMEAU, Pr. DENIS, Pr. DUBIN, Pr. EMILE, Pr. FOURNIÉ, Pr. FRANÇOIS, Pr. FRESSINAUD, Pr. GESLIN, Pr. GROSIEUX, Pr. GUY, Pr. HUREZ, Pr. JALLET, Pr. LARGET-PIET, Pr. LARRA, Pr. LIMAL, Pr. MARCAIS, Pr. PARÉ, Pr. PENNEAU, Pr. PIDHORZ, Pr. POUPLARD, Pr. RACINEUX, Pr. REBEL, Pr. RENIER, Pr. RONCERAY, Pr. SIMARD, Pr. SORET, Pr. TADEI, Pr. TRUELLE, Pr. TUCHAIS, Pr. WARTEL

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

MM.	ABRAHAM Pierre	Physiologie
	ASFAR Pierre	Réanimation médicale
	AUBÉ Christophe	Radiologie et imagerie médicale
	AUDRAN Maurice	Rhumatologie
	AZZOUZI Abdel-Rahmène	Urologie
Mmes	BARON Céline	Médecine générale (professeur associé)
	BARTHELAIX Annick	Biologie cellulaire
MM.	BATAILLE François-Régis	Hématologie ; Transfusion
	BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	BEAUCHET Olivier	Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement
	BEYDON Laurent	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
	BIZOT Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	BONNEAU Dominique	Génétique
	BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie
	CALÈS Paul	Gastroentérologie ; hépatologie
	CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie option cancérologie
	CAROLI-BOSC François-Xavier	Gastroentérologie ; hépatologie
	CHABASSE Dominique	Parasitologie et mycologie
	CHAPPARD Daniel	Cytologie et histologie
	COUTANT Régis	Pédiatrie
	COUTURIER Olivier	Biophysique et Médecine nucléaire
	DARSONVAL Vincent	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
	de BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
	DIQUET Bertrand	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique
	DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie
	ENON Bernard	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
	FANELLO Serge	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
	FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie

	FURBER Alain	Cardiologie
	GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie
	GARNIER François	Médecine générale (professeur associé)
MM.	GARRÉ Jean-Bernard	Psychiatrie d'adultes
	GINIÈS Jean-Louis	Pédiatrie
	GRANRY Jean-Claude	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
	HAMY Antoine	Chirurgie générale
	HUEZ Jean-François	Médecine générale
Mme	HUNAUT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion
M.	IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion
Mmes	JEANNIN Pascale	Immunologie
	JOLY-GUILLOU Marie-Laure	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MM.	LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie
	LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie et réanimation ; médecine d'urgence option anesthésiologie et réanimation
	LAUMONIER Frédéric	Chirurgie infantile
	LE JEUNE Jean-Jacques	Biophysique et médecine nucléaire
	LE ROLLE Nicolas	Réanimation médicale
	LEFTHÉRIOTIS Georges	Physiologie
	LEGRAND Erick	Rhumatologie
Mme	LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MM.	MALTHIÉRY Yves	Biochimie et biologie moléculaire
	MARTIN Ludovic	Dermato-vénérologie
	MENEI Philippe	Neurochirurgie
	MERCAT Alain	Réanimation médicale
	MERCIER Philippe	Anatomie
Mmes	NGUYEN Sylvie	Pédiatrie
	PENNEAU-FONTBONNE Dominique	Médecine et santé au travail
MM.	PICHARD Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
	PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
	PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile
	PROCACCIO Vincent	Génétique
	PRUNIER Fabrice	Cardiologie
	REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
MM.	RODIEN Patrice	Endocrinologie et maladies métaboliques
	ROHMER Vincent	Endocrinologie et maladies métaboliques
	ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail
Mmes	ROUGÉ-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé
	ROUSSELET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
MM.	ROY Pierre-Marie	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
	SAINT-ANDRÉ Jean-Paul	Anatomie et cytologie pathologiques
	SENTILHES Loïc	Gynécologie-obstétrique
	SUBRA Jean-François	Néphrologie
	URBAN Thierry	Pneumologie
	VERNY Christophe	Neurologie

	VERRET Jean-Luc	Dermato-vénérologie
MM.	WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale
	ZANDECKI Marc	Hématologie ; transfusion
 <u>MAÎTRES DE CONFÉRENCES</u>		
MM.	ANNAIX Claude	Biophysique et médecine nucléaire
	ANNWEILER Cédric	Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie option , gériatrie et biologie du vieillissement
Mmes	BEAUVILLAIN Céline	Immunologie
	BELIZNA Cristina	Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement
	BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion
M.	BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Mme	BOUTON Céline	Médecine générale (maître de conférences associé)
MM.	CAILLIEZ Éric	Médecine générale (maître de conférences associé)
	CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie
	CHEVAILLER Alain	Immunologie
Mme	CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire
MM.	CONNAN Laurent	Médecine générale (maître de conférences associé)
	CRONIER Patrick	Anatomie
	CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie
Mme	DUCANCELLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MM.	DUCLUZEAU Pierre-Henri	Nutrition
	FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie
	HINDRE François	Biophysique et médecine nucléaire
	JEANGUILLAUME Christian	Biophysique et médecine nucléaire
Mme	JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé
MM.	LACOEUILLE Franck	Biophysique et médecine nucléaire
	LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire
Mmes	LOISEAU-MAINGOT Dominique	Biochimie et biologie moléculaire
	MARCHAND-LIBOUBAN Hélène	Biologie cellulaire
	MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
	MESLIER Nicole	Physiologie
MM.	MOUILLIE Jean-Marc	<i>Philosophie</i>
	PAPON Xavier	Anatomie
Mmes	PASCO-PAPON Anne	Radiologie et Imagerie médicale
	PELLIER Isabelle	Pédiatrie
	PENCHAUD Anne-Laurence	<i>Sociologie</i>
M.	PIHET Marc	Parasitologie et mycologie
Mme	PRUNIER Delphine	Biochimie et biologie moléculaire
M.	PUISSANT Hugues	Génétique
Mmes	ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques
	SAVAGNER Frédéric	Biochimie et biologie moléculaire
MM.	SIMARD Gilles	Biochimie et biologie moléculaire
	TURCANT Alain	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique

Par délibération en date du 28 janvier 1966, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

COMPOSITION DU JURY DE THESE

Président du jury :

Monsieur le Professeur FANELLO Serge

Directeur de thèse :

Madame le Docteur DELORI Maud

Membres du jury :

Monsieur le Professeur ROY Pierre Marie

Madame le Professeur BARON Céline

Madame le Docteur DELORI Maud

Madame LABORDE Nathalie

A Monsieur le **Professeur Serge FANELLO**, qui me fait l'honneur de présider le jury de cette thèse et de son aide précieuse à la réalisation de ce travail.

A Madame le **Docteur Maud DELORI** pour m'avoir épaulé et guidé tout au long de ce travail et pour sa disponibilité.

A Monsieur le **Professeur Pierre Marie ROY** pour ses conseils avisés qui ont permis à l'aboutissement de ce travail.

A Madame le **Professeur Céline BARON** qui a bien voulu accepter de faire parti de ce jury et de l'intérêt qu'elle a porté à mon travail.

A Madame **Nathalie LABORDE** qui par sa collaboration, son temps précieux et sa connaissance du sujet m'a permis de mener à bien ce travail.

A toutes les personnes qui de près ou de loin, ont contribué à la réalisation de ce travail de thèse.

REMERCIEMENTS

A mes parents qui grâce à leur soutien et à leur amour m'ont permis d'arriver là où je suis aujourd'hui. Je leur serais toujours reconnaissant.

A mon frère Arnaud qui m'a toujours encouragé dans mes projets et à qui je souhaite un maximum de réussite.

A ma chère et tendre qui partage désormais ma vie et la rend chaque jour plus riche.

A Olivier, Rémi, Antoine, Elodie, Marie Laure, David, Karim, Bertille, Agathe, Mélanie.....qui ont fait leurs armes à mes cotés tout au long de mon internat et qui l'ont rendu tellement plus agréable.

A Vanessa (et aussi Olivier) qui ont partagé mon toit et avec qui nous avons pu redonner ses lettres de noblesses au concept de la collocation.

A ceux avec qui j'ai usé les bancs du lycée et de la faculté de médecine Limougeaude et à tous les bons moments passés ensemble. Vous êtes désormais loin mais vous resterez proches dans mon cœur.

A mes collègues qui m'apportent joie et bonheur au quotidien et qui rendent ce métier passionnant mais exigeant, moins difficile.

LISTE DES ABREVIATIONS

A.M.E : Aide Médicale d'Etat

A.S : Assistante Sociale

C.E.S : Centre d'Examen de Santé

C.R.E.D.E.S : Centre de Recherche, d'Etude et de Documentation en Economie de Santé

C.R.E.D.O.C : Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de vie

C.H.R.S : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

C.H.U : Centre Hospitalier Universitaire

C.M.U : Couverture Maladie Universelle

I.D.E : Infirmier(e) Diplômé d'Etat

I.N.S.E.E : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

I.O.A : Infirmier d'Orientation et d'Accueil

M.P.S : Médico Psycho Social

P.A.S.S : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

P.R.A.P.S : Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins

P.M.I : Protection Maternelle et Infantile

S.D.F : Sans Domicile Fixe

R.M.I : Revenu Minimum d'Insertion

S.A.U : Service d'Accueil et d'Urgences

S.F.M.U : Société Française de Médecine d'Urgence

U.P.A.P : Unité Paramédicale d'Accueil Psychiatrique

TABLE DES MATIERES

COMPOSITION DU JURY	6
REMERCIEMENTS	8
INTRODUCTION	11
METHODE ET POPULATION	16
RESULTATS	21
DISCUSSION	30
CONCLUSION	36
REFERENCES	37
LISTE DES TABLEAUX	40
LISTES DES FIGURES	41
ANNEXES	42

INTRODUCTION

J. Wrezinski en 1987 définit la précarité comme un état d'instabilité sociale caractérisée par « 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» [1]. Il s'agit donc d'un processus de fragilisation conduisant à une plus grande vulnérabilité face à un certain nombre de handicaps sociaux, coûteux pour l'individu et susceptibles d'entraîner un glissement vers des situations plus durables et plus dramatiques, proches de la grande pauvreté ou de l'exclusion [2]. Une personne peut être considérée comme précaire si elle n'a pas accès aux denrées alimentaires, aux vêtements, à un logement, à l'énergie, au carburant, à l'éducation, au travail, à des activités et aux installations d'usages, ou tout au moins largement encouragé et approuvé, dans les sociétés auxquelles elle appartient [3].

Il en découle que les marqueurs de la précarité sont d'ordre économique (les chômeurs et les jeunes non insérés, les SDF, les bénéficiaires de prestations sociales comme le RMI ou la CMU) mais aussi sanitaire (mauvaise hygiène, notamment bucco dentaire, vestimentaire... ainsi que les conduites à risque) ou bien socioculturel (isolement, peu d'activité culturelle ou sportive, faible niveau d'éducation) [4]. Il est également démontré que les consultations multiples aux urgences correspondent à un indicateur de précarité [5]. Lors de son rapport sur les PASS Jacques Lebas insiste sur quatre marqueurs simples qui seront la base d'un système de repérage comme par exemple celui du CHU d'Angers. Il s'agit de l'isolement qu'il soit social ou médical, de l'absence ou la faiblesse de revenu (minima sociaux), l'absence de logement et enfin l'absence (totale ou partielle) de couverture sociale [6]. La précarité est donc complexe et multifactorielle.

Selon le Haut Comité de la Santé Publique, le phénomène de précarisation, au sens d'absence d'une ou plusieurs sécurités, touche 20 à 25 % de la population totale vivant en France soit de 12 à 15 millions de personnes en 1998 [7]. En ne se basant que sur le facteur économique: le taux de pauvreté monétaire est défini comme la proportion de personnes ayant un niveau de vie inférieur au seuil de pauvreté qui correspond à 60% ou 50% du niveau de vie médian. Les données de l'INSEE pour l'année 2010, l'évalue à 964 euros (normes Européennes), touchant 8.6 millions de personnes soit 14.1% de la population Française et 803 euros mensuels (normes Françaises), concernant 4.7 millions de personnes soit 7.8% de la

population en France [8]. La France, cinquième puissance économique mondiale, est classée à la vingtième position du classement concernant l'indice du développement humain 2011 du Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) [9].

Plusieurs études ont montré que vivre dans la précarité entraînait une altération de la plupart des indicateurs de santé. [10-14]. Lors d'une enquête réalisée en 1998 par le CREDES on note que 29% des inactifs ou bénéficiaires du RMI ont refusé des soins pour des raisons financières (notamment dentaire) et on note 28% de refus chez les personnes ne bénéficiant pas de complémentaire santé [15]. Selon le rapport des médecins du monde de 2009, on note plusieurs autres facteurs limitant l'accès aux soins. Le principal reste l'absence de domiciliation qui empêche l'accès aux droits (29% des patients précaires). On relève également la barrière linguistique (26 %), la méconnaissance de leurs droits et des structures délivrant des soins (26 %), et enfin les difficultés administratives (24 %). Les refus de soins par les professionnels de santé restent toujours d'actualité de même que la peur des arrestations [16].

L'Etat français a mis en place différents dispositifs d'accès aux soins en fonction de la régularité de la situation de la personne au regard du droit au séjour, des ressources de la personne et de la durée de sa présence sur le territoire français. En 1999 est mis en place la Couverture Maladie Universelle (CMU) de base et complémentaire. Pour les étrangers en situation irrégulière, il existe un autre dispositif, l'Aide Médicale d'Etat (AME) qui permet la prise en charge des frais médicaux [17].

Jacques Lebas dans son rapport sur l'accueil des personnes vivant dans la précarité constate l'existence de structures de type PASS qui permettent le repérage des patients précaires, leur accès aux soins médicaux et leur suivi. Ces dispositifs fonctionnent comme des sas d'accès, garantissant à chacun, sans délai, l'accès aux soins et à un suivi médical et social. Ils ne constituent pas un "ghetto" réservé aux plus démunis, mais constitue un lieu de soins adapté aux plus démunis, dans la mesure où ils garantissent l'accès au plateau médical normal de l'hôpital, de façon immédiate, sans attendre la récupération effective des droits sociaux. Il évalue qu'à terme ils procurent une ouverture de droits pour une couverture sociale effective à 80% des malades pris en charge. Il propose donc de généraliser ces dispositifs à l'ensemble du réseau médical français [18].

Dans son texte de loi contre l'exclusion le ministère de la solidarité, dirigé par Martine Aubry, inclue les recommandations faites par le Dr Lebas en mettant en place le Programme Régionale d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) qui aboutit à la création des Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) à l'ensemble du territoire français. La loi,

dans l'article 76 l'article L 711-7-1 du code de santé publique, stipule que «les établissements publics de santé et les établissements de santé privés participant au service public hospitalier mettent en place des permanences d'accès aux soins de santé (PASS), qui comprennent notamment des permanences d'orthogénie, adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits. Ils concluent avec l'Etat des conventions prévoyant, en cas de nécessité, la prise en charge des consultations externes, des actes diagnostiques et thérapeutiques ainsi que des traitements qui sont délivrés gratuitement à ces personnes». La PASS doit avoir une fonction de repérage, de prise en charge médico-sociale afin de permettre une réintégration dans le système de droit commun des patients les plus démunis. Il est recommandé d'éviter la création d'une filière spécifique pour les patients en situation de précarité, afin de les intégrer dans les circuits communs d'accès à la santé [19].

La PASS au SAU ne représente qu'une partie de l'action PASS au CHU, il existe également une filière dans le service de gynécologie (PASS périnatalité). La PASS est composée de moyens humains (médecins, assistantes sociales, secrétaires), de locaux mis à disposition par le service des urgences, ainsi que de matériel médical. Il s'agit d'une PASS rattachée à un service, comme 70% des PASS et en l'occurrence les urgences (comme 31% des PASS rattachées à un service). L'accueil du patient se fait comme celui de tout patient admis aux urgences. Il réalise une entrée administrative, puis est priorisée par une infirmière d'accueil et d'orientation. Le patient est orienté vers le secteur correspondant au type et à la gravité de son état clinique. Pour fonctionner, la PASS d'Angers doit donc disposer d'un système de repérage des patients précaires. Ce dispositif a été rendu nécessaire du fait du nombre de passages important dans le service chaque jour [20].

La PASS d'Angers est donc organisée selon les recommandations du rapport Lebas de mai 2000. Elle se compose d'un système de repérage et d'un lieu d'accueil (ici le service des urgences du CHU d'Angers), elle offre une consultation médicale et une consultation sociale, puis doit s'assurer de la continuité des soins et agir pour une réintégration dans un circuit commun d'accès aux soins. Une réunion pluridisciplinaire mensuelle avec les différents partenaires intra et extra hospitaliers est réalisée pour discuter des cas les plus complexes afin de coordonner au mieux les actions dont pourront bénéficier ces patients [6].

La consultation médicale peut être réalisée par des médecins formés à cet effet, elle concerne alors les patients adressés par le réseau social angevin ou revus dans le cadre de leur suivi. Elle peut aussi être réalisée par un médecin urgentiste (après repérage) pour les patients se présentant aux urgences à toute heure du jour ou de la nuit. Elle prend en compte le patient

dans sa globalité sans ou avec un caractère d'urgence. Une prise en charge des troubles psychiatriques, ou des problèmes d'addiction est possible. Le patient peut bénéficier du plateau technique et des avis spécialisés du CHU d'Angers.

La consultation sociale est assurée par l'assistance sociale. Elle peut être réalisée dès l'admission du patient ou en différée. Le travail de l'AS est principalement d'évaluer la situation du patient sur le plan financier (pas de revenus ou bénéficiaires des minima sociaux), social (isolé ou non), couverture sociale (absence de sécurité sociale, bénéficiaire de la CMU ou AME, absence de mutuelle) et du logement (SDF, hébergement temporaire). La présence d'un seul de ces critères indique que le patient relève d'une prise en charge PASS. Le patient ainsi validé se voit rattaché une fiche PASS où seront indiquées toutes les actions réalisées par la PASS afin d'assurer son suivi (annexe 4). C'est aussi une fiche de validation utile aux statistiques. Cette fiche PASS, reste dans le dossier social des urgences, les données sociales n'apparaissent pas dans le dossier informatique médical commun. Les informations nécessaires à la poursuite de la prise en charge du patient sont transmises dans les services lors d'une hospitalisation.

Le patient peut bénéficier d'une consultation médicale H24, avoir accès au plateau technique des urgences et bénéficier des examens complémentaires et gestes techniques dont il aurait besoin. Conformément au dispositif, le patient peut bénéficier de la dispensation de médicaments gratuits (108 délivrance pour 2011).

Sur le plan social, une aide au logement via des structures d'accueil peut être réalisée, l'obtention d'une assurance maladie peut être instaurée et enfin une aide financière comme la prise en charge des frais médicaux ou le recouvrement des droits peut être entrepris lors de la prise en charge du patient. En 2011, aux urgences d'Angers, il a été réalisé via la PASS par l'équipe sociale (1,7 ETP sur 24 AS au CHU): 548 consultations sociales, 55 demandes de CMU (39% des demandes du CHU), 64 demandes de CMU c (30% du CHU), 11 demandes d'AME (27,5% du CHU). Enfin grâce au réseau médical et social angevin le suivi du patient est pérennisé lors de sa sortie de l'hôpital.

La prise en charge de la précarité par l'hôpital correspond à une démarche éthique et déontologique mais aussi légale comme répondant à la demande de l'Etat selon les directives de la loi de lutte contre l'exclusion [21]. Comme nous l'avons décrit, la PASS d'Angers n'a pas de véritable filière spécifique. De ce fait les patients qui relèvent de son action, sont «noyés» dans le flux du service des urgences. Il est donc nécessaire de pouvoir les repérer pour leur permettre d'accéder aux soins nécessaires et adaptés. Mais le repérage des patients reste difficile car la précarité n'est pas forcément visible [22]. Cette recherche est compliquée

aux urgences par un temps limité avec un nombre de passages importants et par la complexité de coordonner l'action des différents intervenants. Il est donc obligatoire de trouver un système qui permette d'une part de dépister de manière fiable et rapide les patients précaires et d'autre part de transmettre les informations afin de coordonner au mieux l'action des différents professionnels de santé [23].

Peu d'outils existent à l'heure actuelle et aucun consensus n'a, à ce jour, été établi. Dans son travail sur la précarité, la SFMU en 2007 insiste sur trois éléments importants sur lesquels doit se baser un outil de repérage de la précarité dans un service d'urgences:

- L'outil doit être simple d'utilisation, reproductible, utilisable dès l'accueil et 24h sur 24.

- L'outil doit permettre d'établir un score qui permet d'adopter une conduite à tenir. Il permet donc de définir si le patient nécessite des interventions sociales immédiates et/ou s'il doit être inclus dans un projet de soins réaliste à court ou moyen terme.

- Enfin le bon fonctionnement du repérage dépend essentiellement de la formation et de la sensibilisation du personnel soignant, surtout de l'IOA, afin d'élargir le plus possible le champ du repérage sans se limiter à la précarité «visible» [24].

Aux urgences du CHU de Nantes un outil sous forme d'un questionnaire à cinq items (CMU, pas de mutuelle, minimum sociaux, sans emploi, difficulté à se faire soigner) a été validé en 2001. [25].

Un score peut faire office de référence: le score EPICES. Il se compose d'un questionnaire de 11 items validé en 2002 [26]. Ce score permet un repérage complet, avec un large champ de recrutement car il prend en compte tous les aspects de la précarité et a fait l'objet de nombreux travaux d'application en milieu intra ou extrahospitalier ces dernières années.

Le but de ce travail était d'évaluer l'efficacité d'un nouveau système "informatisé" de repérage des sujets en état de précarité, mis en place au SAU du CHU d'Angers le 1er Janvier 2011. L'objectif principal de l'étude était de démontrer que l'informatisation du repérage des patients précaires au sein des urgences du CHU d'Angers permettait d'augmenter le nombre de patients repérés puis validés comme relevant de la PASS. Les objectifs secondaires étaient d'apprécier si les actions de la PASS étaient plus nombreuses et si les caractéristiques des patients repérés et validés selon les deux méthodes avaient changé. Enfin les patients repérés et non inclus étaient également étudiés afin de déterminer si l'outil de repérage était suffisamment pertinent.

METHODE ET POPULATION

Il s'agissait d'une étude rétrospective, comparant les populations repérées et validées par les AS de la PASS du SAU du CHU d'Angers comme pouvant bénéficier des actions de la PASS, avant et après la mise en place du repérage informatique au 1^{er} janvier 2011. Le critère principal de jugement de l'étude est le nombre de patients repérés et validés sur une période et une population comparable. Les critères secondaires sont le nombre d'actions sociales de la PASS sur les deux périodes et l'évaluation des caractéristiques métrologiques de l'outil informatique de repérage.

Population étudiée :

Il s'agit des patients ayant fréquenté le SAU d'Angers:

- Du 1^{er} janvier au 30 juin 2010 pour les patients repérés avant la mise en place du dossier informatique de repérage.

- Du 1^{er} janvier 2011 au 30 juin 2011 pour les patients repérés après la mise en place du dossier "Click PASS".

Critères d'inclusion : les patients inclus doivent être repérés par le personnel soignant et avoir bénéficié de l'analyse de l'AS rattaché à la PASS des urgences soit directement lors d'une consultation soit par analyse de son dossier.

Critères d'exclusion: Les patients non inclus dans l'étude sont les patients qui ont bénéficié d'une consultation au SAU du CHU d'Angers non repérés par le personnel soignant.

Méthode de repérage :

Du 1^{er} janvier au 30 juin 2010, le repérage pouvait être réalisé dès l'admission du patient, par l'ensemble du personnel soignant, en s'appuyant sur une fiche papier (annexe 1). Les items sont divisés en deux. On note d'une part les quatre indicateurs de précarité majeurs (couverture sociale, difficultés financières et de logement, isolement médico-social) et d'autre part des indicateurs de précarités validés notamment par la mission Lebas (chômage, alcoolisme, troubles psychiatriques, mauvaise hygiène, faible niveau d'éducation, non

francophone...). A noter que l'item «multiple recours à l'urgence» a été validé comme indicateur de précarité en 2007 par le travail de thèse d'Emmanuel Baudry [5]. Cette fiche, une fois remplie, était transmise à l'AS qui accueillait le patient en consultation en temps réel ou différé et validait ou non son inclusion dans la PASS. Il était également possible de détecter des situations de précarité à posteriori, par l'intermédiaire des secrétaires lors de l'archivage des dossiers (et en se basant préférentiellement sur le critère multiple recours) ou après transmission d'information par le personnel soignant, le service administratif ou le réseau social angevin. Une réunion de l'équipe PASS mensuelle analysait les dossiers de ces patients et permettait également de repérer plus facilement un patient en cas de nouveau passage aux urgences.

Du 1er janvier au 30 juin 2011 le système de repérage a été intégré au logiciel URQUAL permettant un accès direct pour tout le personnel soignant à la fiche de repérage via un onglet présent sur chaque dossier patient informatisé. Cet onglet ouvre une page qui contient les mêmes indicateurs de repérage que l'ancien système (annexe 2). Le soignant coche les items qui correspondent au patient et valide son action. Une fiche est alors transmise immédiatement au bureau des AS sous forme d'une feuille contenant l'identité du patient, ainsi que les critères de repérage retenus par le soignant (annexe 3). Les AS sont ainsi toujours informées qu'un repérage a eu lieu quelle qu'en soit l'heure. Si une AS ne peut réaliser sa consultation sociale, il lui sera toujours possible de la différer. Bien entendu les autres systèmes "différés" de repérage des patients ont été conservés. Enfin tout le personnel soignant, de l'agent de soin au chef de service, a été informé et sensibilisé à cet outil de repérage informatique pour qu'un maximum de patients puisse en bénéficier.

Un patient repéré était considéré comme précaire par l'AS s'il présentait au moins un des quatre critères suivants:

- L'isolement social et/ou médical. L'isolement médical se définissant par l'absence de médecin traitant, l'isolement social par l'absence de personne ressource à prévenir.

- Les difficultés financières, définies par l'absence de ressources ou la perception des minima sociaux, être bénéficiaire de la CMU ou d'une allocataire d'une pension d'invalidité longue durée ou être en milieu carcéral.

- Les difficultés de logements, caractérisées par l'absence de domicile fixe, par le fait de loger dans des foyers temporaires ou bien de loger de manière provisoire à l'hôtel.

- Le défaut de couverture sociale se définit si le patient ne possède pas de couverture sociale ou un régime de base sans mutuelle ou s'il bénéficie de l'AME.

Les patients repérés et validés lors du premier semestre 2010 ont servi de population de référence et ont été comparés aux patients repérés et validés lors du premier semestre 2011.

Dans un second temps tous les patients repérés lors du premier semestre 2011 ont été regroupés en deux groupes afin d'évaluer les caractéristiques métrologiques de l'outil informatique. Un groupe de patients dit « validés » sera comparé à un groupe de patients dit « non validés ».

Analyse des dossiers :

Les patients sont inclus sur dossier en prenant comme support la fiche remplie par l'AS après leur consultation (annexe 4). On retient alors deux cohortes de patients.

Pour ceux validés entre le 1^{er} janvier et le 30 juin 2010, les données du repérage n'ont pas été conservées et n'ont pu être prises en compte dans l'étude. On considéra donc par défaut que tous ces patients ont été repérés au SAU avant leur consultation avec l'AS. Pour les patients repérés en 2011 seuls les dossiers qui comportent une fiche de repérage associée à une fiche PASS rédigée par une AS seront comparés à la population de 2010.

Dans un second temps, tous les patients repérés lors du premier semestre 2011 seront intégrés afin d'analyser les caractéristiques de repérage de l'outil informatique «click PASS» et seront ainsi répartis dans deux cohortes : les patients validés et les patients non validés. Les patients repérés et non évalués ne seront pas pris en compte.

Les patients validés comprennent :

- Les patients repérés et validés par l'AS comme relevant de la PASS
- Les patients inclus sans consultation avec AS uniquement sur les données du dossier
- Les patients repérés mais déjà inclus dans la PASS
- Les patients repérés mais confiés à d'autre PASS de l'hôpital

Les patients non validés comprennent :

- Les patients repérés et non validés par l'AS comme relevant de la PASS
- Les patients repérés et à réévaluer par les AS

En ce qui concerne l'analyse comparative des dossiers de 2010 avec ceux de 2011 les critères sont:

- le sexe
- l'âge
- la nationalité
- le nombre et la nature des critères de précarité nécessaire à l'inclusion dans la PASS
- le mode d'admission au SAU et l'orientation à la fin de la prise en charge
- les actions réalisées par la PASS
- le nombre de consultations sociales et médicales générées dans le cadre de la PASS.

Pour les données concernant des autres dossiers de 2011 qui vont servir à analyser les caractéristiques de repérage de l'outil informatique «click PASS» sur le premier semestre 2011, les critères sont:

- le sexe
- l'âge
- la catégorie professionnelle de la personne ayant effectué le repérage
- l'horaire du repérage
- les critères de repérage.

Précisions concernant les critères :

Les âges sont répartis en six catégories (- de 16, 16-25, 26-30, 31-45, 46-60 et + de 60) qui correspondent à des tranches d'âges comparables en terme de conditions socio professionnelles. Les nationalités d'origines sont séparées en trois groupes: les patients d'origine française, en provenance d'autre pays sans distinctions géographiques et les sans-papiers. Le repérage est réalisé par l'ensemble du personnel soignant des urgences et sera scindé en sept groupes: les médecins, les Infirmières d'accueil et d'orientation, le personnel paramédical, les AS, l'UPAP, les hôtesse d'accueil, les réunions PASS. Les horaires renseignent sur l'heure à laquelle a été effectué le repérage. On distingue alors deux plages qui correspondent à l'horaire de présence des AS dans le service: du lundi au vendredi de 8h30 à 18h30 et à l'horaire où elles ne sont pas présentes. Les critères de repérage sont ceux qui ont

été précédemment décrits suite aux travaux de Wresenski [1] ainsi que le multiple recours aux urgences validé par le travail de thèse d'E Baudry [5]. Le mode d'admission correspond au moyen par lequel le patient a été admis aux urgences. Le patient a pu se présenter de lui-même, ou adressé par l'un de nos partenaires sociaux (médecin du monde, associations...), par le médecin traitant, par les forces de l'ordre, les pompiers ou le SAMU. L'orientation se fait soit vers un retour à leur lieu de vie d'origine, une hospitalisation, une affectation au CHRS. Les actions de la PASS sont la création d'une couverture sociale, la délivrance de médicaments gratuits, l'aide au logement, le recouvrement des droits communs (demandes de couvertures sociales effectives) ou la création d'un dossier médico-psycho-social. On associe aux actions de la PASS les consultations médicales et sociales.

Analyse statistique :

Elle a été effectuée sur le logiciel Epi Info 06 du CDC Atlanta. La comparaison des données qualitatives a utilisé le test du Chi carré de Pearson au risque de 5%.

RESULTATS

Du 1er janvier au 30 juin 2010, 22062 patients ont consulté au SAU du CHU d'Angers et 23432 du 1er janvier au 30 juin 2011, soit une augmentation de 6%. La répartition des patients est résumée dans ce diagramme.

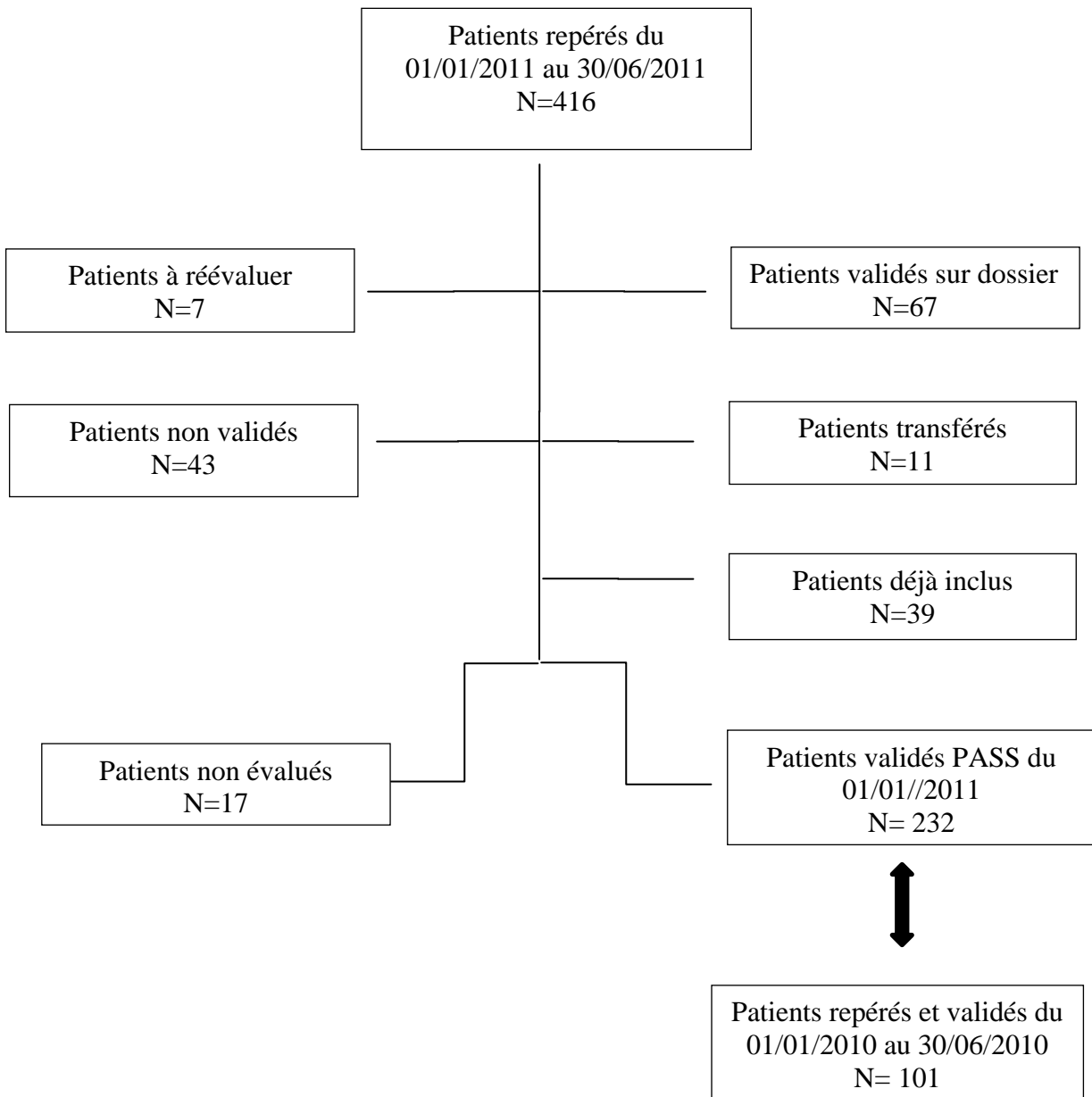


Figure 1 : Répartition des patients repérés par la PASS

Lors du premier semestre 2010, 101 patients (37 femmes soit 36.5% et 64 hommes) ont été validés par les AS et lors du premier semestre 2011, 416 patients ont été repérés et 232 (87 femmes soit 37.5% et 145 hommes) ont été inclus directement dans la PASS au détour d'une consultation sociale, ce qui correspond à une augmentation de 130%.

Les deux populations étaient identiques selon le sexe avec une répartition de l'ordre un tiers de femmes pour deux tiers d'hommes. Les populations masculines avaient une répartition similaire entre les deux cohortes avec une majorité de patients entre 16 et 45 ans, représentant près de la moitié des patients précaires de chaque cohorte. Pour les femmes, la population était plus âgée avec une majorité de femme ayant plus de 30 ans, soit 25 à 30 % des patients précaires. Cette population s'est rajeunie en 2011 avec une proportion des moins de 30 ans significativement plus importante qu'en 2010 ($p=0.0028$) (figure 2).

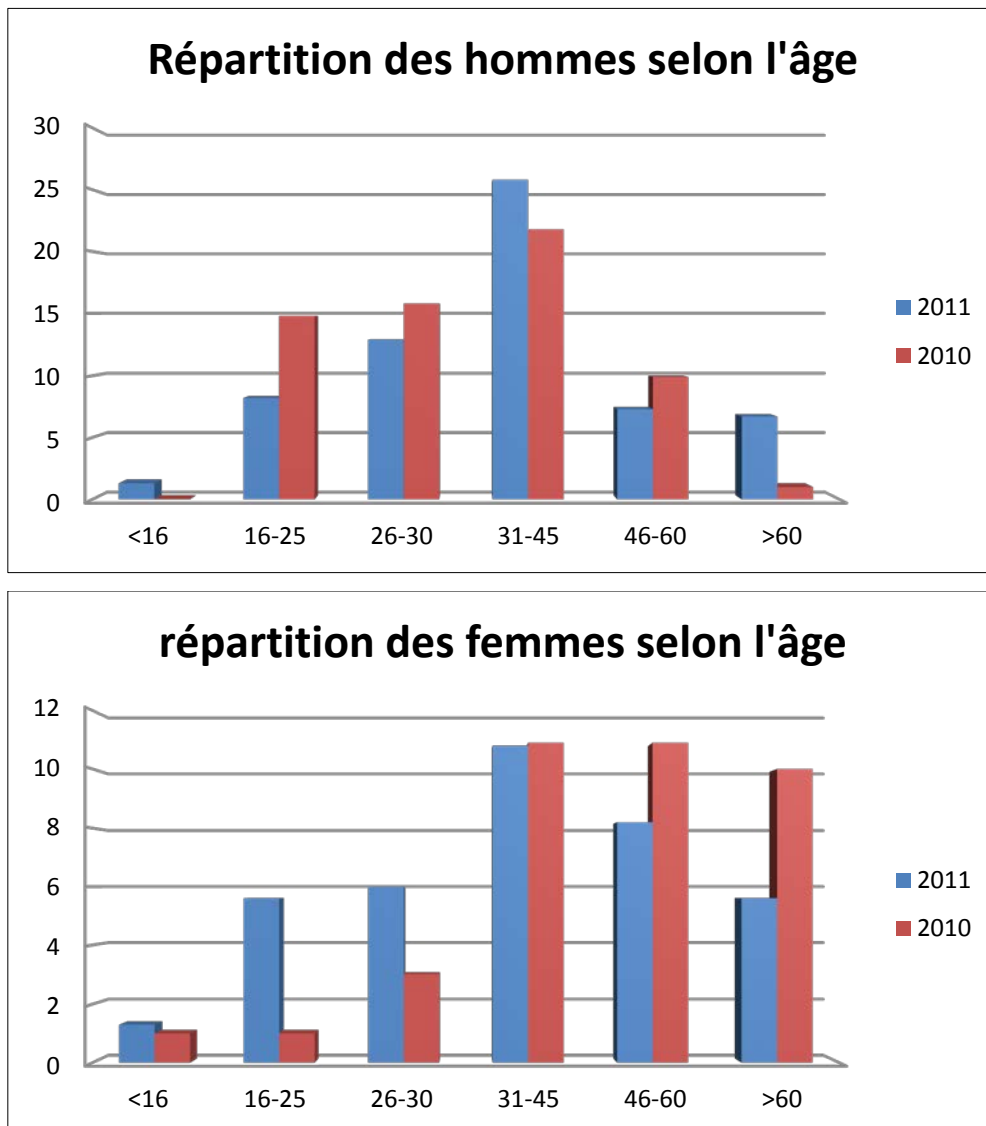


Figure 2 : Répartition des patients repérés et validés par âge selon le sexe en 2010 et en 2011

Les deux populations étaient identiques avec une majorité de patients de nationalité étrangère (figure 3).

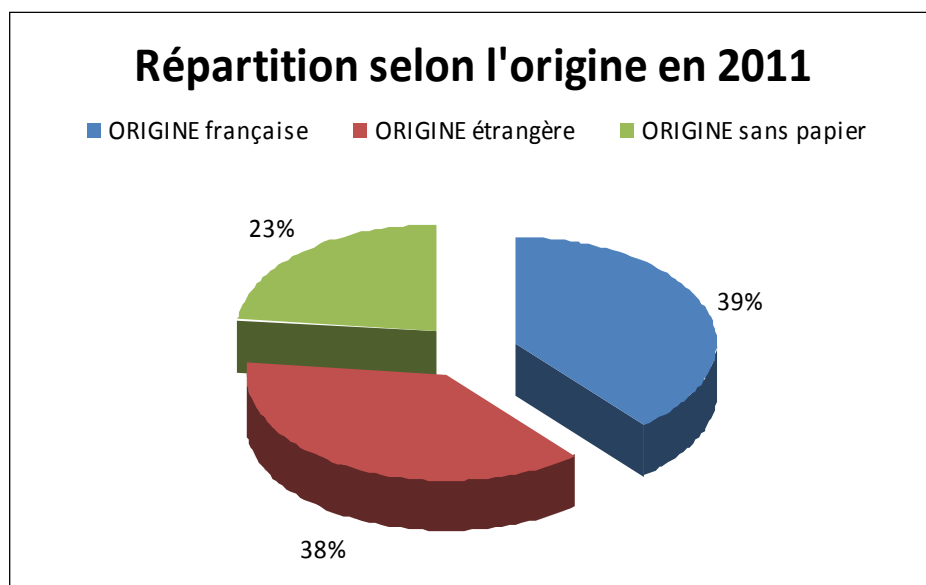
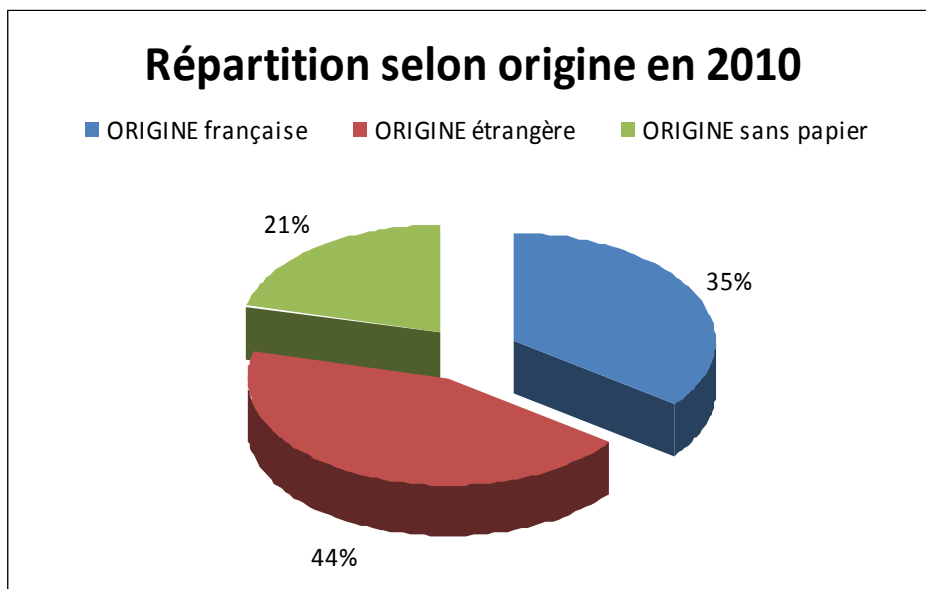


Figure 3 : Répartition des patients en fonction de la nationalité en 2010 et en 2011

Les patients, une fois repérés sont inclus dans la PASS lorsqu'ils répondaient à au moins un des quatre critères de précarité énumérés précédemment. Le nombre de patient isolés socialement ou médicalement était plus important en 2010 qu'en 2011 avec une différence statistiquement significative ($p=0.001$). Le critère de repérage « difficultés de logement » était moins utilisé en 2010 qu'en 2011 ($p=5.10^{-7}$). Une plus grande proportion de patients étaient inclus dans la PASS en 2011 avec 3 critères de repérage, alors qu'en 2010 la plupart des patients l'étaient avec 4 critères ($p=0.01$) (Tableau I).

	2010		2011	
	VALEUR	POURCENT	VALEUR	POURCENT
Isolement	83	82	153	72
Difficultés financières	89	88	189	89
Difficultés de logement	79	78	113	53
Problème de Couverture sociale	84	83	190	88
4 critères	63	63	92	43
3 critères	15	15	60	28
2 critères	17	17	41	19
1 critère	6	6	18	8

Tableau I : Répartition des patients selon leurs critères d'inclusion dans la PASS en 2010 et 2011

Entre 2010 et 2011, il n'y avait pas de différence significative de l'accueil et de l'orientation des patients précaires après leur passage dans le circuit PASS.

Les actions de la PASS étaient comparables entre les 2 périodes, hormis concernant le recouvrement des droits avec une différence très significative ($p=6.10^{-6}$). Il n'existait pas de différence significative pour la domiciliation ($p=0.1$). Le nombre de consultations médicales réalisées en 2010 n'a pas été archivé. (Tableau II)

	2010		2011	
	Valeur	Pourcentage	Valeur	Pourcentage
Création sécu	27	27	63	27
Médicaments gratuits	26	26	50	21
Domiciliation	10	10	12	5
Recouvrement des droits	33	33	24	10
Création dossier MPS	1	1	20	8
	Valeur	Moyenne	Valeur	Moyenne
Consultations médicales	Non renseigné	0	356	1.53
Consultations Sociales	126	1.24	290	1.25

Tableau II : Répartition des actions de la PASS en 2010 et en 2011

La répartition des patients validés et non validés selon l'horaire et la qualification du personnel ayant effectué le repérage montre que les hôtesse sont les plus performantes et que les IAO et IDE réalisent le plus grand nombre de repérages mais sont à l'origine de la moitié des faux positifs.

HORAIRE	Validés		Non validés	
	Valeurs absolues	Pourcentage	Valeurs absolues	Pourcentage
8h18h30	203	58	31	62
autre	93	26	19	38
NR	53	16	0	0
TOTAL	349	100	50	100
REPEREUR				
médecin	74	21	7	14
IAO	99	28	25	50
paramédicaux	28	8	12	24
UPAP	4	1	0	0
AS	7	2	0	0
Hôtesse	58	16	1	2
entourage	1	0.3	0	0
PASS	3	0.7	0	0
NR	75	22	6	12
TOTAL	349	100	50	100

Tableau III : Répartition des patients validés et non validés en fonction de l'horaire et de l'effecteur du repérage

Sur le premier semestre 2011, 232 patients ont été inclus dans la PASS. A ces patients se rajoutent 39 patients déjà pris en charge par la PASS et 67 qui avaient inclus après étude de leurs dossiers par les AS. Sur ces 67 patients seulement 32 ont pu bénéficier de la PASS. Enfin 11 patients ont été pris en charge par les assistantes sociales des autres services suite à leur passage aux SAU. Certains patients repérés n'ont donc pas pu bénéficier des services de la PASS : 43 patients n'étaient pas en situation précaire (10%), 7 patients repérés étaient à réévaluer car leur dossier était "à la limite" de l'inclusion dans la PASS (1,5%), 17 patients n'avaient pu être évalués par les AS. Enfin 35 patients inclus sur dossiers n'avaient pu être évalués en consultation par une AS de la PASS angevine. Au final 349 patients repérés ont été considérés comme relevant de la PASS, 50 patients repérés comme ne répondant pas aux critères d'inclusion dans la PASS (87% de patients bien placés), 17 n'ont pas été évalué et ne seront pas comptabilisés. Il a été constaté que 59 patients (35+17+7) n'avaient pu être pris en charge par l'équipe PASS (soit 14%) bien qu'ils soient repérés et considérés comme vivant en situation de précarité.

La population des patients validés se répartit sensiblement comme le groupe des 232 patients inclus en 2011, avec 2/3 hommes et 1/3 femmes avec des répartitions selon l'âge qui restent superposables. Pour la population des patients non validés on constate d'une part que le sexe ratio s'inverse avec 60% de femmes et 40% d'hommes et surtout que la grande majorité des patients repérés non validés sont des personnes âgées (+ de 60 ans).

La plupart des patients (60%), qu'ils soient validés ou non, sont repérés les jours de semaine entre 8h30 et 18h30. Pour les 17 patients non vus par l'AS, 60% (10/17) ont été repérés dans ces mêmes créneaux.

Les patients précaires ont été repérés selon un certain nombre de critères. L'analyse a été faite en deux temps:

- étude des données concernant les quatre critères inclusion dans la PASS (couverture sociale, revenus, logements et isolement)

- analyse des autres déterminants de précarités.

Le critère «isolement» a concerné près de la moitié des patients des deux groupes. Pour les patients validés, la répartition s'est faite de façon homogène dans les trois autres critères. La répartition est comparable dans les trois catégories (entre 35 et 40%) et on remarque qu'un item est majoritairement utilisé dans chaque groupe (« absence de couverture sociale », « SDF » et « absence de revenus »).

Pour les patients non validés, les trois critères ont été utilisés mais ce sont les critères de ressources financières qui sont les plus retenus notamment le critère « RMI » qui est beaucoup sollicité alors que très peu chez les patients dit « validés » (figure 4).

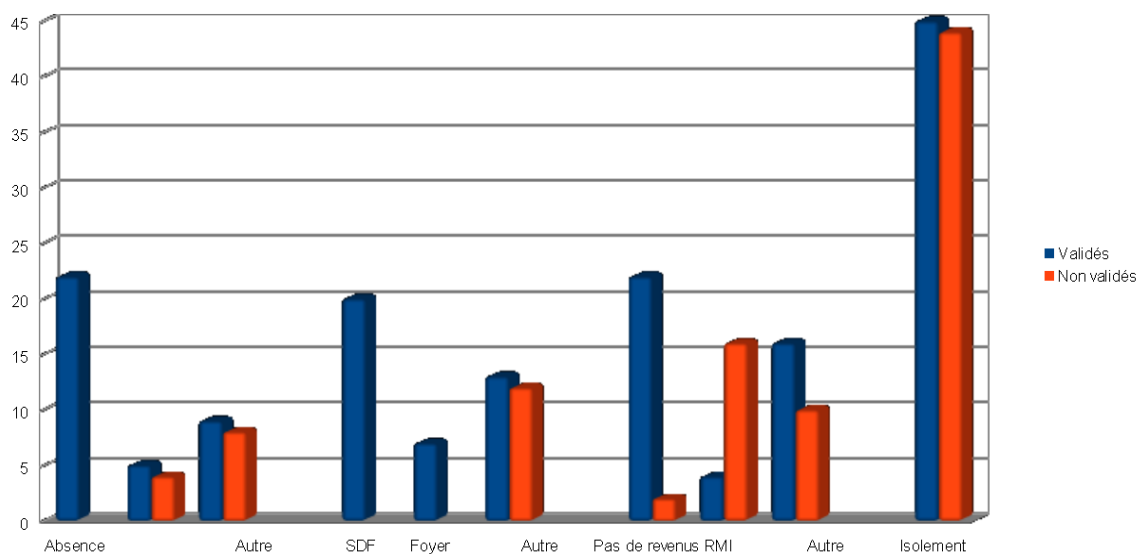


Figure 4 : Répartition des patients validés et non validés selon les critères d'inclusion de la PASS

Les items de repérage (indicateurs d'aide au repérage) des patients validés sont variés et dans des proportions comparables entre les 2 populations. Les indicateurs « sans emploi » et « non francophone » ont été les plus utilisés (20% chacun) et semble pertinents, à l'inverse, les indicateurs « maltraitance », « troubles psychiatriques » et « tutelle », le sont très peu (moins de 5%).

Pour les patients non validés c'est l'item « mauvaise hygiène » qui a été de loin le plus largement sélectionné (32% des patients) et semble être un mauvais indicateur de précarité. L'item « addiction » a été, comme chez les patients validés, souvent retenu. Enfin les critères «tutelle» et «illettrisme» ont été très rarement utilisés (figure 5).

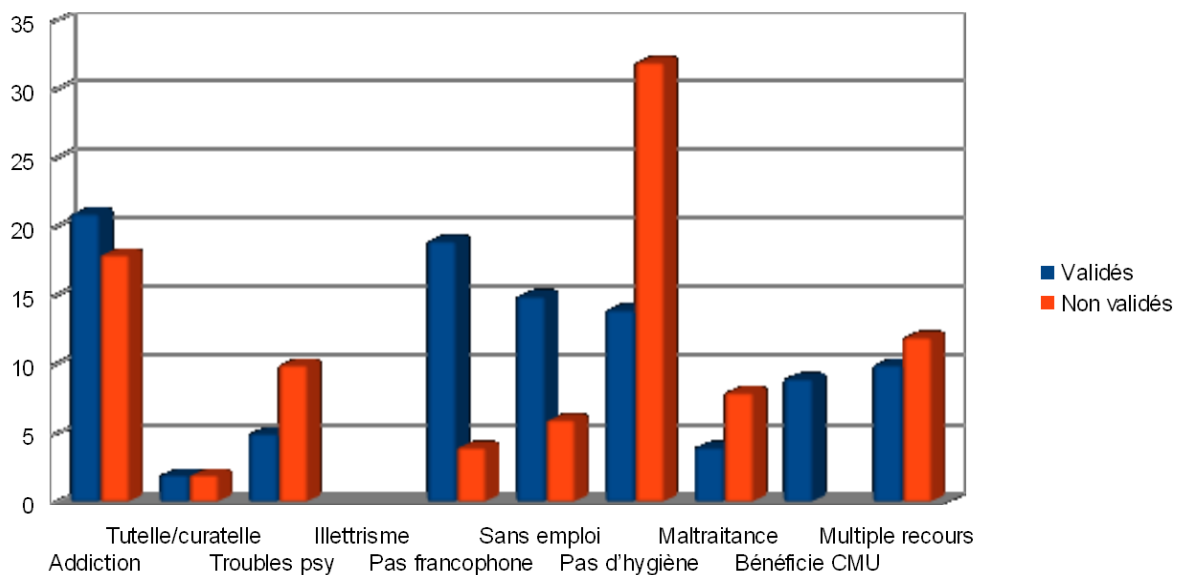


Figure 5: Répartition des patients validés et non validés selon les marqueurs de précarités

DISCUSSION

De l'évaluation de l'outil de repérage informatisé des patients vivant en situation de précarité, on peut constater deux éléments importants:

- l'informatisation du repérage a permis d'intégrer dans le réseau PASS un nombre de patients beaucoup plus conséquent. Le nombre de dossier validés par les assistantes sociales a plus que doublé entre les deux périodes. L'analyse plus approfondie des deux populations révélant des différences socio démographiques importantes entre les deux groupes.

- l'outil informatique a une bonne pertinence de repérage avec une proportion de sujets bien placés de 87% et 297 patients sur 349 (soit 85%) des patients considérés comme vivant en situation de précarité réellement pris en charge par le réseau PASS angevin après avoir été repérés lors de leur passage au SAU du CHU d'Angers.

Ces résultats restant à être interprétés en fonction des limites de cette étude. Il s'agit d'une étude rétrospective dont les données utilisées pour réaliser l'analyse statistique étaient les archives de la PASS conservées au sein du SAU. Or les fiches de repérages non informatisées qui étaient utilisées durant le premier semestre 2010 n'ont pas été conservées. De ce fait il n'a pas été possible de comparer les caractéristiques de repérage des deux populations. De même il n'a pas été possible d'analyser la pertinence de l'outil de repérage non informatisé car les dossiers des patients non validés, perdu de vue ou inclus sur dossier n'ont pas été conservés et donc non pris en compte.

Le repérage est réalisé par l'ensemble du personnel soignant et administratif des urgences. Bien que celui-ci ait été sensibilisé au repérage des patients en situation de précarité, sa réalisation n'est pas systématique car parfois l'urgence est à la prise en charge médicale. Le turn-over fréquent du personnel fait que les nouveaux arrivants (internes, infirmières...) ne sont pas systématiquement informés de l'existence de cet outil.

Enfin les informations recueillies à l'interrogatoire (en particulier pour les hôtesse et infirmières d'accueil) ne sont pas aisées à obtenir du fait d'une certaine réticence qu'ont les patients précaires à aborder les questions concernant leur situation sociale. Ils peuvent se sentir stigmatisés [26]. Les données administratives ne sont pas forcément fiables ou remises à jour.

Le site de l'étude est, nous le rappelons, les urgences adultes du CHU d'Angers. De ce fait la population qui fréquente ce service comporte des caractéristiques qui lui sont propres.

Les mineurs de moins de 18 ans sont très faiblement représentés car le CHU comporte son propre service d'urgences pédiatriques distinct du SAU. Mais la précarité des mineurs comporte des critères spécifiques différents de ceux des adultes comme le lieu de scolarisation, ou des problèmes de santé liés à la précarité comme l'obésité [27]. Cet outil de repérage n'est pas utilisable pour ce type de population.

On peut aussi constater que dans ce travail, la proportion de femmes jeunes n'est pas représentative de la population générale. En effet, elles fréquentent plus fréquemment les urgences gynécologiques ou les PMI et centres de soins gratuits [28].

L'hôpital public est le site de prédilection d'offre de soins des patients en situation de précarité du fait de la gratuité «relative» des soins. Or il s'agit surtout d'une population vivant dans la grande précarité. Ce biais est accentué par le principe du repérage en lui-même car il est réalisé par le personnel des urgences avec une composante subjective non négligeable (tenue vestimentaire, hygiène, alcoolisation, nationalité). Enfin une partie de la population précaire consulte dans des centres de soins gratuits de la ville d'Angers (médecin du monde...) ou, pour une partie des patients un peu moins précaires, la possibilité de se faire soigner dans des établissements privés.

Malgré ces biais cette étude est parvenue à montrer une nette augmentation du repérage des patients précaires et de leur validation dans la structure PASS des urgences depuis l'informatisation du système de repérage.

La précarité en France atteint un niveau inquiétant, renforcé par la crise économique qui sévit depuis 2008. Malgré cela, la proportion des ménages confrontés à des privations matérielles en 2011 est de 12.6% et stable depuis 2006 [30].

Dans ce travail, il a été enregistré une augmentation de 130% des patients repérés et validés depuis l'informatisation de l'outil informatique de repérage. La pauvreté augmente de 1 à 2% sur une année et le nombre d'inclusion de patients dans la PASS des urgences d'Angers est stable depuis 10 ans (environ 280). La mise en place de l'outil informatique a permis une augmentation franche du nombre de repérage avec plus de 700 réalisés en 2011 et 2012 (près de 500 patients inclus chaque année).

Nous pouvons commencer à expliquer ce phénomène par les hypothèses suivantes. D'abord la facilité d'utilisation et la réactivité du logiciel informatique. Il permet à l'agent qui réalise le repérage un accès direct et rapide à la fiche PASS, un simple «click», il peut ensuite compléter la fiche et en la validant, la transmettre au service social des urgences. Ensuite, la transmission directe du repérage via le réseau interne du SAU permet de limiter le manque de coordination entre l'agent qui a réalisé le repérage et l'AS qui assurera l'évaluation et la prise

en charge du patient. Enfin, ce système donne la possibilité à l'AS de contacter un patient à distance si elle a été dans l'incapacité de le voir lors du repérage (13 consultations différées en 2010 versus 47 en 2011 sur la durée de l'étude).

Les résultats de l'étude montrent que la population repérée et qui fréquente les urgences du CHU d'Angers est constituée principalement d'hommes âgés entre 25 et 45 ans. La proportion de patients d'origine étrangère est également importante avec plus de 2/3 des patients. Les études de l'INSEE montrent que le taux de pauvreté (50% du revenu médian) en 2010 est comparable entre les hommes et les femmes avec même une légère prédominance chez les femmes. [6].

D'après le rapport 2010 du secours catholiques, la précarité touche principalement les jeunes âgés de 18 à 24 ans. Cette tranche représente 22.5% de la population qui fréquentent leurs centres d'accueils en 2009, avec des difficultés financières importantes (30% sans ressources et 40% au chômage). Les plus précaires sont les jeunes hommes d'origine étrangère, ils présentent de grandes difficultés d'insertion, majorées par la barrière de langue, ils sont sans ressources et sans droits sociaux [30]. Il est également décrit que ces populations précaires fréquentent préférentiellement les services hospitaliers et notamment les services d'urgences. Il est décrit que 3% des usagers des urgences sont de jeunes hommes ayant des difficultés sociales importantes qui se présentent pour des motifs de consultations spécifiques (rixe, alcoolisation, tentatives de suicides...) et affectionnent ces lieux de soins en raison d'horaires continus (en particuliers nocturnes) et d'absence d'avances de frais [31].

L'étude se base sur les patients repérés et validés par l'AS comme étant inclus dans la PASS des urgences d'Angers. Les résultats démographiques reflètent plus la population de la PASS que celles des patients précaires qui transitent par les urgences. Or le rapport sur les PASS de 2003 montre que la plupart des patients qui fréquentent les PASS ont un âge compris entre 20 et 40 ans et un âge moyen de 41 ans [32]. La proportion de patients de nationalité étrangère est très supérieure à celle des patients de nationalité française. Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette situation. D'abord la proportion d'étrangers en situation de précarité a doublé en 10 ans passant de 16% en 2000 à 31% en 2010 (31). La forte proportion de patients étrangers peut venir du mode de repérage, en effet, certains items (« non francophone ») amènent une forme de biais de sélection. L'hôpital restant avant tout un lieu d'accueil et d'aide pour toutes les populations, les informations concernant la nationalité, la situation sur le territoire français peuvent rester privées ou réservées à l'entretien social. N'oublions pas que la peur de l'arrestation pour les migrants reste une limitation à l'accès aux soins. Il est par ailleurs démontré dans les derniers travaux de l'INSEE que les migrants

accumulent les facteurs de risques de précarité : domiciliation, langue, et surtout travail avec une proportion de personnes étrangères en recherche d'emploi importante (près de 17% des demandeurs d'emploi en France en 2010). Enfin le repérage des patients peut malgré tout souffrir d'une certaine forme de «discrimination raciale», le recrutement se faisant par le personnel soignant impliquant de ce fait une forte part de subjectivité.

Les femmes sont moins représentées dans les résultats de cette étude bien qu'il ait été décrit que les femmes déclarent plus de maladies et consultent plus que les hommes quel que soit le niveau socio-économique [33-34]. Nous pouvons expliquer nos résultats par le biais de sélection évoquée précédemment (les populations féminines en situation de précarité évitant les services d'urgences adultes car ce type de service ne répond pas à leur attente en termes d'intimité et d'offre de soins notamment gynécologique). Les chiffres étant aussi expliqués dans la littérature scientifique françaises par le fait que les femmes précaires, qui consultent, sont préférentiellement de jeunes mères célibataires, sans emploi ; l'hypothèse que le profil socio culturel des patientes en situation de précarité évolue est à poser. En effet, les migrantes consultent sans doute moins facilement seules et spontanément dans les services de l'hôpital. Une étude plus spécifique concernant ces populations est à réaliser. En effet, très peu de travaux existent sur ce sujet.

L'informatisation du repérage a permis de recruter une population de femmes plus jeunes. Il reste difficile d'expliquer pourquoi la proportion de femmes âgées de moins de 30 ans est significativement plus importante en 2011, en effet, les critères de repérage de 2010 n'ont malheureusement pas pu être recueillis et analysés. Sur les 31 femmes âgées de moins de 30 ans, 7 n'avaient pas de fiches de repérages. Par ailleurs, les critères principaux retenus étaient les 4 critères de précarité (revenus, logement, couverture sociale et isolement), utilisés dans plus de 50% des cas, les autres indicateurs d'aide au repérage étant peu utilisés. Ces jeunes femmes avaient des niveaux de précarité similaires à ceux du reste de la population repérée en 2011. En effet 66% des femmes jeunes ont 3 ou 4 critères d'inclusion (71% pour l'ensemble de la population repérée et validée). Il est possible que la sensibilisation du personnel au repérage des patients précaires soit à l'origine de ce changement de population.

Les critères d'inclusion dans la PASS sont semblables en 2010 et 2011 avec une proportion de patients très précaires (3 ou 4 critères) et peu précaires (1 ou 2 critères). Une analyse plus fine montre une différence de répartition significative sur la répartition des patients très précaires. En effet en 2010 la grande majorité des patients (63%) ont 4 critères d'inclusion et les patients avec 3 critères sont beaucoup moins représentés (15%) bien qu'ils vivent dans des conditions de grande précarité. En 2011 le rapport tend à s'équilibrer avec

43% des patients présentant 4 critères et 28% avec 3 critères. Il est donc possible que l'informatisation du repérage ait permis d'élargir le champs d'action de la PASS et ainsi d'apporter une aide à une population un peu mise à l'écart par l'ancien système tout en gardant un pouvoir de discrimination comparable et performant entre la «grande» et «petite» précarité (77% de patients très précaires en 2010 et 71% en 2011).

En étudiant la nature des critères d'inclusion, on remarque que le «logement» et l'«isolement» sont moins utilisés en 2011 qu'en 2010. Il est difficile de penser que les difficultés de logement ou d'isolement des patients précaires se soient améliorées de façon spectaculaire en l'espace d'une année. Par contre ces données recourent la tendance des chiffres de 2011 où une plus grande proportion de patients avec une précarité estimée un peu moins marquée était repérée. C'est le critère «difficulté de logement » qui a le plus été laissé pour compte. Il est possible que les patients repérés en 2010 (patients vivants dans des conditions de précarité très marquée) présentent des difficultés de logement [24]. Ce dysfonctionnement a pu être en partie amélioré par l'informatisation du repérage et permettre ainsi d'inclure des patients dont la précarité est moins visible.

En ce qui concerne les actions de la PASS, elles restent comparables en proportion (mais pas en valeur absolue) entre les deux années. Seul le nombre de recouvrement des droits a diminué entre 2010 et 2011. Ceci semble en partie lié à un défaut de traçabilité, toutes les créations n'étant pas été répertoriées. Il existe une diminution du «rendement» des actions de la PASS. C'est une possible conséquence des limites de l'effectif de l'équipe sociale du SAU d'Angers.

Les résultats concernant les patients repérés en 2011 ont montré que sur les 416 repérés seuls 50 se sont révélés ne pas être en situation de précarité après évaluation par une AS (17 n'étaient pas retenus car non évalués par les services sociaux). Il n'a pas été possible d'apprécier la sensibilité et la spécificité de l'outil car l'étude ne comprenait pas de bras témoin avec vrais négatifs et faux négatifs. Cependant on compte 399 positifs dont 50 faux positifs et 349 vrais positifs ce qui confère à cet outil de repérage une valeur prédictive positive de 87%. Dans la littérature il existe peu d'outil similaire. A titre comparatif le service d'urgence du CHU de Nantes a validé un outil de repérage des patients précaires sous forme d'un questionnaire de cinq items. La validation de cet outil retrouve une sensibilité de 80% et une spécificité de 67%. Leur étude montre également que sur les 105 patients identifiés par l'outil, 25 patients n'ont pas été validés par les AS ce qui lui confère une valeur prédictive positive de 76% [24]. Le score EPICES qui fait office de référence en matière de

repérage de la précarité a, quand à lui, une valeur prédictive positive de 70%, une sensibilité de 71% et une spécificité de 85% [4]

Cet outil a donc des propriétés métrologiques satisfaisantes en ce qui concerne la précision du repérage. Par contre il reste faible en terme de recrutement car seulement 399 patients précaires ont été repérés sur 23432 passages lors de cette étude soit 1,7% des patients mais se rapproche des chiffres de la grande précarité (2.3% de la population vit en dessous de 40% du niveau de vie médian) [8].

Enfin on constate que sur les 67 patients inclus sur dossiers, 35 n'avaient pu être inclus dans la PASS. Or, après étude de ces dossiers, on peut évaluer que 25 patients n'auraient pas été inclus et cela pour diverses raisons (décès, passages occasionnels...). 10 patients ont fréquenté les différents services du CHU sans avoir été consultés par une AS. Ces 10 patients auraient donc pu bénéficier des services de la PASS. Il s'agit d'une légère défaillance du système qui peut être aisément corrigé en améliorant la communication entre les différents professionnels sociaux de l'hôpital.

On note que la majorité des patients validés en 2011 sont estimés être en grande précarité (43% avec 4 critères d'inclusion et 28% avec 3 critères). De même qu'en 2010 avec 63% des patients inclus avec 4 critères. En effet on constate que ce sont les items de plus grandes précarités qui sont le plus sollicités (absence de couverture, absence de revenus, SDF).

Il ressort également que les patients validés sont repérés de préférence par une association de critères et que les repérages erronés sont composés de un ou deux critères. Ceci confirme le coté multifactorielle de la précarité.

CONCLUSION

Le repérage des patients vivants en situation de précarité est un moment clé de leur prise en charge médicale et financière. L'informatisation de l'outil de repérage de la PASS d'Angers a nettement amélioré son efficacité en doublant le nombre de patients inclus tout en gardant une certaine précision (13% de patients repérés à tort) et en élargissant le recrutement des patients (femmes jeunes).

Le repérage s'est fait majoritairement sur les patients en grande précarité, souvent visible, et a délaissé une forme de précarité moins marquée et plus difficile à démasquer. Le repérage des patients en situation de précarité intermédiaire paraît être en amélioration.

Certains points peuvent être améliorés comme la formation du personnel, en particulier l'IAO, et la communication entre les équipes de la PASS du CHU et les autres services sociaux.

REFERENCES

- 1) WRESINSKI J. Grande pauvreté et précarité économique et sociale. Paris, Journal Officiel, 1987, p 14.
- 2) Haut Comité de Santé Publique. La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé. Rennes: Ed. ENSP; Février 1998.
- 3) TOWNSEND P. Déprivation. J Soc Policy 1987, 16, 02 :125-46.
- 4) LABBE E, MOULIN JJ, CHATAIN C, GERBAUD L. Un indicateur de mesure de la précarité et de la santé sociale: le score EPICES. L'expérience des Centres d'examen de santé de l'Assurance maladie. Revue de l'IRS 2007; 53 – 1.
- 5) BAUDRY E. Multiples recours aux urgences et précarité : étude rétrospective sur 6 mois de passages aux urgences du CHU d'Angers. Thèse médecine Angers 2007.
- 6) LEBAS J. Rapport mission PASS permanences d'accès aux soins de santé, mai 2000. Direction des hôpitaux.
- 7) LOMBARDO P, SEGUIN E, TOMASINI M. Les niveaux de vie en 2009. Ed INSEE N° 1365 - AOÛT 2011.
- 8) Enquête Revenus fiscaux et sociaux 2010. <http://www.insee.fr/fr/publications-et-services/irweb.asp?id=erfs2010>
- 9) Rapport sur le développement humain 2011. Durabilité et équité: Un meilleur avenir pour tous. Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD): ISBN-13: 978-92-1-226037-2.
- 10) MOULIN JJ, DAUPHINOT V, DUPRE C, SASS C, LABBE E, GERBAUD L, GUEGUEN R. Inégalités de santé et comportements : comparaison d'une population de 704 128 personnes en situation de précarité à une population de 516 607 personnes non précaires, France, 1995-2002 - BEH n° 43/2005.
- 11) MONTEIL C, ROBERT-BOBEE I. Les différences sociales de mortalité: en augmentation chez les hommes, stables chez les femmes. Ed INSEE Première N° 1025 juin 2005.
- 12) CASELLA G. Démographie : Analyse et synthèse- Tome III : "les déterminants de la mortalité", Éd Ined, 2002.
- 13). LECLERC A, FASSIN D, GRANDJEAN H, KAMINSKI M, LANG T. Les inégalités sociales de santé, Paris, La Découverte-INSERM 2000.
- 14) LECLERC A, KAMINSKI M, LANG T. Inégaux face à la santé. Du constat à l'action. Paris, la découverte, 2008.

- 15) BOCOGNANO A, DUMESNIL. Santé, soins et protection sociale en 1998 : Enquête sur la santé et la protection sociale, France 1998. Ed CREDES Biblio N° 1282 décembre 1999.
- 16) FAHET G, CAYLA F. Observatoire de l'accès aux soins de la mission France de Médecins du Monde - Synthèse 2009.
- 17) Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle. NOR: MESX9900011L. Version consolidée au 01 septembre 2005.
- 18) LEBAS J., A l'épreuve de la précarité. Une certaine idée de l'hôpital, Document de synthèse remis à Martine Aubry, ministre de l'Emploi et de la Solidarité et Bernard Kouchner, secrétaire d'Etat à la Santé, Paris, 26 février 1998.
- 19) Article 71 et 76. Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions JORF n°175 du 31 juillet 1998 page 11679. NOR: MESX9800027L .
- 20) FABRE C, BAUDOT V, TOULEMONDE V. Enquête GRES-MEDIATION-SANTE. Evaluation des Permanence d'Accès aux Soins de Santé: DHOS, Octobre 2003.
- 21) Circulaire DH/AF 1/DGS/SP 2/DAS/RV 3 n° 98-736 du 17 décembre 1998 relative à la mission de lutte contre l'exclusion sociale des établissements de santé participant au service public hospitalier et à l'accès aux soins des personnes les plus démunies NOR : MESH9830537C.
- 22) LOMBRAIL P, BRODIN M. La qualité de l'information administrative est nécessaire à la qualité des soins. Informatique et Santé 1993 ; 6 : 246-54.
- 23) DOUCHET C, MAALOUF E, WASSOUF I, LESTAVEL MC, Valette P. Prise en charge des dépresses psychosociales dans le SATU : « savoir prendre du temps et de l'espace ». JEUR 2002 ; 15 : IS130.
- 24) VALLEJO R, GRANIE, CANNIER O, JOSSET C, DUVAL G. Urgences et précarité : tri et gestion de la salle d'attente. In Urgences 2007, SFMU : 239-46
- 25) PASCAL J, ABBEY-HUGUENINH, AGARD C, ASSERAY N, BILLAUD E, BARON D, LOMBRAIL P. Development of a tool for the identification of socially vulnerable hospital patients. Presse Med 2004; 33(11):710-15.
- 26) PARIZOT I, « Recours aux soins et création de lien social » in Pierre Chauvin, Santé et recours aux soins des populations vulnérables, Paris, Inserm, 2005.
- 27) BADEYANG, GUIGNON N. Zep ou hors Zep : les inégalités de santé chez les jeunes enfants. In "Les travaux de l'observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale 2001-2002". La documentation française. Paris 2002: 521-33.
- 28) BRUNET L, CARPENTIER S, LAPORTE A, POURETTE D, GUILLON B. Féminité, accès aux soins, maternité et risques vécus par les femmes en grande précarité. Rapport à la direction générale de la santé. Juin 2005: 106p.

29) Ministère des affaires sociales et de la santé. Rapport du gouvernement sur la pauvreté en France. Décembre 2012. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/124000654/0000.pdf>

30) SECOURS CATHOLIQUES, Jeunes : une génération précaire. Statistiques d'accueil 2010. <http://www.secours-catholique.org/espace-presse/communiques-de-presse/publication-du-rapport-statistique-2010-du-secours,10429.html>.

31) CAMBOIS E, Les personnes en situation sociale difficile et leur santé. DREES Les travaux de l'observatoire. 2003-2004. La Documentation française, Paris, 2004 ISBN: 2-11-005634-7

32) FABRE C, BAUDOT V, TOULEMONDE S. Evaluation des permanences d'accès aux soins de santé. Rapport final. Commande Direction des Hôpitaux et de l'Organisation des Soins – Gres Médiation Santé – Octobre 2003.

33) DANET S, L'état de santé de la population en France. Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique. Rapport 2011. <http://www.sante-sports.gouv.fr>, Rubrique « Études, recherche et statistiques » Visuel et maquette : www.lasouris.org

34) PRAPS des Pays de la Loire. La santé des consultants des centres d'examens de santé en précarité en 2000. Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire- Décembre 2003

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition des patients selon leurs critères d'inclusion dans la PASS en 2010 et 2011.....24

Tableau II : Répartition des actions de la PASS en 2010 et en 2011.....25

Tableau III : Répartition des patients validés et non validés en fonction de l'horaire et de l'effecteur du repérage.....26

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Répartition des patients repérés par la PASS.....	21
Figure 2 : Répartition des patients repérés et validés par âge selon le sexe en 2010 et en 2011.....	22
Figure 3 : Répartition des patients en fonction de la nationalité en 2010 et en 2011.....	23
Figure 4 : Répartition des patients validés et non validés selon les critères d'inclusion de la PASS.....	28
Figure 5: Répartition des patients validés et non validés selon les marqueurs de précarité.....	29

ANNEXES

Annexe 1 : fiche de repérage PASS avant 2011

<p style="text-align: center; font-size: small;">Etiquette ou Nom Prénom Date de naissance</p>	<h3 style="margin: 0;">PERMANENCE D'ACCES aux SOINS de SANTE - SAU Angers -</h3>		
date : heure :		<i>l'assistante sociale peut être contactée au Bip 91-575</i>	
ELEMENTS REPERES	PRECARITE	Indicateurs	Auteur du repérage
	<input type="checkbox"/> Isolement <input type="checkbox"/> médical <input type="checkbox"/> social <input type="checkbox"/> autre <input type="checkbox"/> Difficultés financières <input type="checkbox"/> sans revenu <input type="checkbox"/> RMI <input type="checkbox"/> autre <input type="checkbox"/> Problème de logement <input type="checkbox"/> SDF <input type="checkbox"/> foyer temporaire <input type="checkbox"/> autre <input type="checkbox"/> Problème de couverture sociale <input type="checkbox"/> pas de couverture sociale <input type="checkbox"/> pas de mutuelle <input type="checkbox"/> autre	<input type="checkbox"/> maltraitance <input type="checkbox"/> mauvaise hygiène <input type="checkbox"/> Illettrisme <input type="checkbox"/> non francophone <input type="checkbox"/> sans emploi <input type="checkbox"/> chômage <input type="checkbox"/> alcoolisme <input type="checkbox"/> autre addiction <input type="checkbox"/> trouble psychiatrique <input type="checkbox"/> sous tutelle <input type="checkbox"/> sous curatelle <input type="checkbox"/> bénéficiaire de la CMU <input type="checkbox"/> multiples recours à l'urgence <i>Dernier passage :</i> <i>Nombre de passages :</i>	<input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Secrétariat médical <input type="checkbox"/> Entourage <input type="checkbox"/> Bureau de gestion <input type="checkbox"/> Hôtesse <input type="checkbox"/> Réunion cellule-PASS <input type="checkbox"/> IAO <input type="checkbox"/> Equipe soignante <input type="checkbox"/> UPAP <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Assistante sociale <input type="checkbox"/> Partenaire extérieur :
PRISE EN CHARGE	Consultation sociale : <input type="checkbox"/> AS SAU <input type="checkbox"/> en temps réel <input type="checkbox"/> autre AS <input type="checkbox"/> prévue préciser : <input type="checkbox"/> évaluation sur dossier		Consultation médicale PASS : <input type="checkbox"/> médecin vacataire PASS <input type="checkbox"/> en temps réel <input type="checkbox"/> médecin SAU <input type="checkbox"/> prévue <input type="checkbox"/> médecin de garde <input type="checkbox"/> évaluation sur dossier
	ACTIONS <input type="checkbox"/> création dossier MPS <input type="checkbox"/> délivrance médicaments gratuits <input type="checkbox"/> aide à l'ouverture de droits <input type="checkbox"/> séjour <input type="checkbox"/> CMU <input type="checkbox"/> mutuelle <input type="checkbox"/> autre <input type="checkbox"/> aide au logement <input type="checkbox"/> CHRS <input type="checkbox"/> autre accueil temporaire : <input type="checkbox"/> logement fixe : <input type="checkbox"/> mesure de protection <input type="checkbox"/> sauvegarde <input type="checkbox"/> curatelle <input type="checkbox"/> tutelle		<input type="checkbox"/> prise en charge UPAP <input type="checkbox"/> consultation alcoologie <input type="checkbox"/> Consultation spécialisée : <input type="checkbox"/> Examens complémentaires : <input type="checkbox"/> Hospitalisation service : <input type="checkbox"/> Prise de contacts : <input type="checkbox"/> synthèse :
PROJETS	<input type="checkbox"/> Projet de prise en charge lors d'un prochain passage <input type="checkbox"/> social <input type="checkbox"/> médical <input type="checkbox"/> psychiatrique <input type="checkbox"/> autre		
	<input type="checkbox"/> Prise de relais : <input type="checkbox"/> Projet de sortie « PASS » :		
DOCUMENT CONFIDENTIEL DEVANT IMPERATIVEMENT ETRE RETOURNE AU SECRETARIAT DU SAU			
AP-MICHE PASS version 4 doc			

Annexe 2 : écran click PASS

Repérage PASS

Date et heure : 03/11/2011 11:51 l'assistante sociale peut être contactée au numéro suivant : 45467

	PRECARITE	Indicateurs	Auteur du repérage
ELEMENTS REPERES	<input type="checkbox"/> Isolement <input type="checkbox"/> médical <input type="checkbox"/> social <input type="checkbox"/> autre	<input type="checkbox"/> maltraitance	Auteur du repérage : <input type="text"/> Si partenaire extérieur : <input type="text"/> <input type="button" value="Valider le repérage"/>
	<input type="checkbox"/> Difficultés financières <input type="checkbox"/> sans revenu <input type="checkbox"/> RMI <input type="checkbox"/> autre	<input type="checkbox"/> mauvaise hygiène <input type="checkbox"/> illettrisme <input type="checkbox"/> non francophone <input type="checkbox"/> sans emploi <input type="checkbox"/> chômage <input type="checkbox"/> alcoolisme <input type="checkbox"/> autre addiction	
	<input type="checkbox"/> Problème de logement <input type="checkbox"/> SDF <input type="checkbox"/> foyer temporaire <input type="checkbox"/> autre	<input type="checkbox"/> trouble psychiatrique <input type="checkbox"/> sous tutelle <input type="checkbox"/> sous curatelle <input type="checkbox"/> bénéficiaire de la CMU	
	<input type="checkbox"/> Problème de couverture sociale <input type="checkbox"/> pas de couverture sociale <input type="checkbox"/> pas de mutuelle <input type="checkbox"/> autre	<input type="checkbox"/> multiple recours à l'urgence Dernier passage : <input type="text"/> Nombre de passages : <input type="text"/>	

Annexe 3 : exemple de fiche de repérage informatique click PASS

	IPP : 1365064	IEP : 43835267C	
Admission le 05/05/2013 à 01:48	Née : Naiss : 30/12/1979 CHE M IN DES AIRES (34320)FOS	Sexe : M Tel. :	Age : 33a
Date du repérage : 05/05/2013 09:25			
<u>1) Précarité</u>			
Isolement : médical, social, Problèmes de couverture sociale : sans mutuelle,			
<u>2) Indicateurs</u>			
- alcoolisme - autre addiction			
Auteur du repérage : Equipe soignante Partenaire extérieur : ELSA			

Annexe 4 : fiche PASS attribuée au patient

PERMANENCE D'ACCES AUX SOINS DE SANTE 2013

	janvier	février	mars	avril	mai	juin	juillet	août	sept.	oct.	nov.	déc.	TOTAL
nombre de passages dans la PASS													
nombre de consultations sociales													
SEXE													
en temps réel													
différée													
féminin													
masculin													
AGE													
moins de 16 ans													
16-25 ans													
26-30 ans													
31-45 ans													
46-60 ans													
plus de 60 ans													
NATIONALITE													
française													
étrangère													
sans titre de séjour													
MOTIFS D'ENTREE DANS LA PASS													
COUVERTURE SOCIALE													
sans couverture sociale													
régime de base													
CMU de base													
AME													
régime complémentaire													
CMUC													
absence de mutuelle													
ISOLEMENT SOCIAL													
ISOLEMENT MEDICAL													
PROBLEMES FINANCIERS													
personnes sans ressources													
bénéficiaires du RSA													
bénéficiaires autres minimaux sociaux													
PROBLEMES DE LOGEMENT													
difficulté de maintien à domicile													
sans domicile fixe													


	janvier	février	mars	avril	mai	juin	juillet	août	sept.	oct.	nov.	déc.	TOTAL
PROBLEMES RENCONTRES ASSOCIES	maltraitance												
	alcoolisme/toxicomanie												
	emploi												
	troubles psychiatriques												
	illégitimité												
barrière de la langue													
ENTREE													
ADRESSE PAR PARTENAIRES	samu social												
	médecins du monde												
	SAAS												
	Point Accueil Santé Solidarité												
	Espace accueil demandeurs asile												
circonscriptions													
médecin traitant													
ADRESSE PAR	SAMU												
	pompiers												
	police												
VENU DE LUI-MEME													
ACTIONS													
	demande de CMU												
	demande de CMUC												
	demande d'AME												
	délivrance de médicaments gratuits												
	recouvrement des droits												
	dossier MPS												
	aide au retour												
SORTIES													
	CHU												
	CESAME												
	Soins de suite												
	Hospitalisé faute d'hébergement												
	Retour à domicile												
	hébergement dans l'entourage												
	CHRS												
	rue												
	décès												

PERMIS D'IMPRIMER

THÈSE DE Monsieur Vincent JONQUET

**EVALUATION DE L'OUTIL INFORMATIQUE « CLICK PASS » DE
REPERAGE DES PATIENTS EN SITUATION DE PRECARITE AU SAU DU
CHU D'ANGERS**

Vu, le Directeur de thèse

D^r Delou 

Vu, le Président du jury de thèse



Professeur Serge FAMELLO
Médecine Interne et Maladies Infectieuses
C.H.U. ANGERS
49933 ANGERS Cedex 9

**Vu, le Doyen de la
Faculté de Médecine
d'ANGERS**



Professeur I. RICHARD

Vu et permis d'imprimer

