



« Admissions aux urgences hospitalières et prise en charge de la population en situation de précarité »

Rapport de recherche

Samia LAOKRI

Sous la direction de Perrine HUMBLET

Mars 2010

Ecole de Santé Publique
Université Libre de Bruxelles



Projet commandité par le Relais Social Urbain Namurois



Avec le soutien du Ministre de la Santé, de l'Action Sociale et de l'Egalité des Chances de la Région Wallonne

Avant-propos

Nous tenons à remercier chaleureusement l'ensemble des membres du comité d'organisation, les prestataires urgentistes et les membres des services sociaux des hôpitaux namurois participants, les travailleurs sociaux du Dispositif d'Urgence Sociale de la ville, les responsables des Gardes médicales bruxelloises visitées qui ont participé au bon déroulement de ce projet. Nous remercions également l'ensemble des personnes interrogées dans le cadre de cette recherche.

Le présent rapport a été rédigé au sein du département des Politiques et Systèmes de santé de l'Ecole de Santé Publique de l'Université Libre de Bruxelles. Ce projet de quatre mois a été commandité et financé par le Relais Social Urbain Namurois avec le soutien de la Région Wallonne.

Le document a été finalisé en mars 2010 et est disponible sur demande auprès de :

Virginie Olivier, Coordinatrice du Relais Social Urbain Namurois (RSUN)
9, Rue d'Harscamp - 5000 Namur - 081/ 337.457 - info@rsunamurois.be

Samia Laokri, Auteur du rapport
Département des Politiques et Systèmes de Santé - slaokri@ulb.ac.be
Ecole de Santé Publique (CP 597) - Université Libre de Bruxelles
Route de Lennik 808 - Campus Erasme - 1070 Bruxelles

Acronymes utilisés :

AS	Assistant social
ASu	Assistant social attaché au service des urgences hospitalières
CHRN	Centre hospitalier régional de Namur
CMSE	Clinique et maternité Sainte Elisabeth
DUS	Dispositif d'urgence sociale
HP	Hospitalisation provisoire
PEC	Prise en charge
RAD	Retour à domicile
RGN	Regroupement des généralistes namurois
RSUN	Relais social urbain namurois
SDF	Sans domicile fixe
St Luc	Clinique Saint Luc à Bouge
UCL	Cliniques universitaires UCL de Mont-Godinne

Sommaire

INTRODUCTION GENERALE.....	8
PARTIE 1 : PHASE EXPLORATOIRE DU PROJET	9
1. ANALYSE SITUATIONNELLE : PRE-ENQUETE PAR INTERVIEW DES RESPONSABLES ET PRESTATAIRES DES SERVICES DES URGENCES ET DES SERVICES SOCIAUX.....	9
1.1. <i>Objectif</i>	9
1.2. <i>Méthode</i>	9
1.3. <i>Résultats</i>	10
1.3.1. <i>Éléments introductifs</i>	10
1.3.2. <i>Fonctionnement du service social et relation aux urgences</i>	10
1.3.3. <i>Nature et volume des interventions du service social</i>	15
1.3.3.1. Introduction.....	15
1.3.3.2. Présentation des spécificités des quatre hôpitaux visités	17
1.3.3.3. Spécificités de St Luc.....	18
1.3.3.4. Spécificités de Mont-Godinne	18
1.3.3.5. Spécificités de la CMSE	19
1.3.3.6. Spécificités du CHRN.....	22
1.3.4. <i>Profils de la patientèle fréquentant les urgences</i>	23
1.3.4.1. Situation décrite à St Luc.....	23
1.3.4.2. Situation décrite à Mont-Godinne.....	24
1.3.4.3. Situation décrite à la CMSE.....	25
1.3.4.4. Situation décrite au CHRN	28
1.4. <i>Synthèse des points importants</i>	31
2. REVUE DE LA LITTÉRATURE	32
2.1. <i>Introduction</i>	32
2.2. <i>Précarité</i>	32
2.2.1. <i>Entre pauvreté et exclusion sociale</i>	32
2.2.2. <i>Éléments conceptuels pour profiler la précarité</i>	35
2.2.3. <i>Catégorisation des profils des populations défavorisées</i>	38
2.2.4. <i>Un arrêt sur la problématique particulière des sans-abri</i>	43
2.2.5. <i>La question de la mobilité sociale</i>	43
2.3. <i>Services d'urgences, santé et précarité</i>	44
2.3.1. <i>Santé et précarité</i>	44

2.3.2.	<i>Urgence et précarité</i>	45
2.3.3.	<i>Mission et phénomène de saturation des services d'urgence</i>	46
2.3.4.	<i>Notion d'urgence non appropriée</i>	47
2.3.5.	<i>Facteurs explicatifs des recours aux services d'urgence</i>	49
2.3.6.	<i>Profils usagers des soins médicaux d'urgence</i>	52
2.3.7.	<i>Volume des recours aux services d'urgences</i>	53
2.4.	Etat des lieux des expériences locales en milieu hospitalier	58
2.4.1.	<i>Au CHRN</i>	58
2.4.2.	<i>A la CMSE</i>	58
2.4.3.	<i>A Mont-Godinne</i>	59
2.5.	Autres expériences en Belgique	59
2.5.1.	<i>Bientôt une cartographie belge du travail social en milieu hospitalier</i>	59
2.5.2.	<i>Projet pilote de régulation de la garde de médecine générale</i>	60
2.5.3.	<i>Le projet SMUR P</i>	60
2.5.4.	<i>La carte santé des CPAS</i>	61
2.5.5.	<i>La Cellule d'appui médico-psychologique SMES</i>	63
2.5.6.	<i>Un répertoire wallon des associations intégrées</i>	63
2.5.7.	<i>Le « baromètre social » bruxellois</i>	64
2.6.	Bibliographie de la revue de la littérature	64
PARTIE 2 : ENQUETES EN MILIEU HOSPITALIER		70
1.	ANALYSE DES RECOURS AUX URGENCES ET DE LA CHARGE DE TRAVAIL INHERENTE AUX SITUATIONS DE PRECARITE	70
1.1.	Objectif	70
1.2.	Méthode	70
1.3.	Résultats	72
1.3.1.	<i>La population d'étude</i>	72
1.3.2.	<i>Les motifs d'admission</i>	74
1.3.3.	<i>Les profils et caractéristiques des patients</i>	76
1.3.3.1.	<i>Logement et origine des patients</i>	76
1.3.3.2.	<i>Modes d'admission</i>	76
1.3.3.3.	<i>Orientation des patients</i>	78
1.3.3.4.	<i>Horaire et rythme de fréquentation des urgences</i>	79
1.3.3.5.	<i>Usagers connus des urgentistes</i>	80
1.3.4.	<i>La charge de travail additionnelle générée par la présence de problèmes sociaux</i>	81
1.3.5.	<i>La nature du besoin d'appui social et utilisation des structures existantes</i>	84

1.3.6.	<i>Une synthèse de la situation pour les personnes SDF</i>	85
1.4.	Conclusion	86
2.	MOTIVATIONS DES RECOURS DES USAGERS DES URGENCES ET SITUATIONS DE PRECARITE	87
2.1.	Objectif	87
2.2.	Méthode	87
2.3.	Résultats	89
2.3.1.	<i>La description de l'échantillon</i>	89
2.3.2.	<i>La démarche des patients face au recours aux soins hospitaliers d'urgence</i>	90
2.3.2.1.	Mode d'arrivée aux urgences et démarches préalables	90
2.3.2.2.	Facteurs explicatifs du choix du recours.....	91
2.3.2.3.	Consommation de soins et satisfaction	94
2.3.2.4.	Situations de précarité.....	96
2.3.3.	<i>Les encadrés patients</i>	98
2.4.	Conclusion	102
PARTIE 3 : ANALYSE DES ACTEURS POTENTIELLEMENT IMPLIQUES DANS LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES EN SITUATION DE PRECARITE		103
1.	LE DISPOSITIF D'URGENCE SOCIALE (DUS)	103
1.1.	Introduction	103
1.2.	Résultats	104
1.2.1.	<i>Informations générales</i>	104
1.2.2.	<i>Fonctionnement et composition de l'équipe</i>	104
1.2.3.	<i>Spécificités des services offerts</i>	105
1.2.4.	<i>Activités du DUS</i>	106
1.2.4.1.	Quatre types d'interventions.....	106
1.2.4.2.	Sept principales problématiques.....	107
1.2.5.	<i>Analyse de l'utilisation du DUS</i>	109
1.2.5.1.	Profils des usagers.....	109
1.2.5.2.	Origine des demandes d'interventions.....	110
1.3.	Conclusion	111
2.	LA POLICE	112
2.1.	Procédures et habitudes de prise en charge	112
2.1.1.	<i>Au niveau des institutions et services</i>	112
2.1.1.1.	L'abri de nuit.....	112

2.1.1.2.	Le service 100.....	113
2.1.1.3.	Le dispositif d'aide sociale (DUS)	113
2.1.1.4.	Les urgences hospitalières	113
2.1.2.	<i>Les Fêtes de Wallonie</i>	113
2.1.3.	<i>Au niveau de la population</i>	114
2.1.3.1.	Les personnes SDF	114
2.1.3.2.	Les personnes en mendicité.....	114
2.1.3.3.	Les personnes en état d'ébriété.....	114
2.1.3.4.	Les personnes victimes de violences intra- familiales (VIF).....	115
2.2.	Conclusion	115
3.	LA GARDE MEDICALE	116
3.1.	Introduction	116
3.2.	Résultats	117
3.2.1.	<i>Contexte juridique</i>	117
3.2.2.	<i>Origine et présentation des postes de garde médicale (PMG)</i>	117
3.2.3.	<i>Les usagers</i>	120
3.2.4.	<i>Caractéristiques des postes visités</i>	120
3.2.4.1.	Le CMGU (hôpital St Luc à Bruxelles).....	120
3.2.4.2.	Le poste Athéna (hôpital César de Paepe et St Pierre).....	121
3.3.	Discussion	122
3.3.1.	<i>Points de convergence entre les postes visités</i>	122
3.3.1.1.	Localisation à proximité des urgences.....	122
3.3.1.2.	Accessibilité en dehors des heures dites ouvrables.....	122
3.3.1.3.	Subsides de l'INAMI.....	123
3.3.1.4.	Sensibilisation à l'échelonnement des soins.....	123
3.3.1.5.	Origine des usagers.....	123
3.3.2.	<i>Points de divergence entre les postes visités</i>	124
3.3.2.1.	Profil de précarité des bénéficiaires	124
3.3.2.2.	Volume de fréquentation	124
3.4.	Conclusion	125
PARTIR 4 : CONCLUSION ET PISTES DE SOLUTIONS ET DE REFLEXION		127
1.	PRINCIPAUX CONSTATS ISSUS DU TERRAIN	127
2.	PISTES ENVISAGEABLES POUR DESENGORGER LES URGENCES ET AMELIORER LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS EN SITUATION DE PRECARITE	129
2.1.	Orientation vers d'autres structures	129

2.1.1.	<i>Les médecins généralistes</i>	129
2.1.2.	<i>Les gardes médicales</i>	130
2.1.3.	<i>Les maisons médicales</i>	133
2.1.4.	<i>Le SMES-B</i>	134
2.2.	<i>Introduction de mesures financières pour limiter les recours inappropriés</i> 134	
2.3.	« <i>Education</i> » des patients	135
2.3.1.	<i>Par une information « passive » aux patients</i>	135
2.3.2.	<i>Par une information « active » aux patients</i>	136
2.4.	<i>La mise en réseau des acteurs namurois</i>	136
2.5.	<i>Changements dans l'offre de services</i>	143
2.5.1.	<i>Action médico-sociale, une approche globale</i>	143
2.5.2.	<i>Mise sur pieds d'une équipe de transition pour une gestion améliorée du service des urgences</i> 145	
2.5.3.	<i>Intégration du travail social aux urgences</i>	145
2.6.	<i>Objectivation des incidents critiques</i>	146
2.6.1.	<i>Consensus sur les situations de précarité</i>	146
2.6.2.	<i>Résumé de passages aux urgences (RPU) pour le repérage de la précarité</i>	148
2.6.3.	<i>Outil de repérage basé sur 5 critères de vulnérabilité sociale (Pascal)</i>	149
2.6.4.	<i>Score de vulnérabilité sociale basé sur quatre dimensions de la précarité (Cambois)</i>	152
2.6.5.	<i>Score individuel de repérage de la précarité (EPICES, Sass)</i>	153
3.	CONCLUSION	155
4.	BIBLIOGRAPHIE COMPLÉMENTAIRE	156

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Cette étude a été commanditée par le Relais Social Urbain Namurois (RSUN) afin d'éclairer la situation des services hospitaliers d'urgence namurois en terme de prise en charge des personnes en situation de précarité avec comme point de départ la problématique de l'engorgement de ces services.

Nous avons souhaité dans ce projet intégrer directement les acteurs locaux et ce à chaque étape du processus. La démarche que nous avons adoptée est dynamique. Après une analyse situationnelle et une revue de la littérature, les premiers constats issus de la phase dite exploratoire ont fait l'objet d'une rencontre-débat tenue le 30 septembre 2009 en présence des parties prenantes (hôpitaux, CPAS, RSUN, relais santé,...). En définissant les populations cibles et les questions de recherche, cette étape a été cruciale dans l'orientation de l'étude. Nous avons ainsi mené plusieurs enquêtes en milieu hospitalier mais également auprès d'acteurs potentiellement impliqués dans la prise en charge de la population dont nous nous occupons. Nous avons complété nos résultats par une revue de la littérature ciblée pour répondre aux questions soulevées par les acteurs. L'ensemble des résultats ont été présenté aux parties prenantes lors d'une journée d'échange, le 12 mai 2010.

La première partie du rapport fait état des résultats de la phase exploratoire, composée d'une part d'une analyse situationnelle des prestataires hospitaliers (médecins et infirmiers urgentistes et travailleurs sociaux) et d'autre part d'une revue de la littérature sur les thèmes de la précarité et de l'utilisation des services de santé. La deuxième partie présente les résultats des enquêtes menées en milieu hospitalier. Elle vise à identifier les incidents critiques qui engorgent les urgences et mieux appréhender le comportement des usagers en situation de précarité. La troisième partie analyse les activités de trois types d'acteurs par rapport à la population en situation de précarité (le Dispositif d'Urgence Sociale, la police et le poste de Garde médicale). Enfin, la quatrième et dernière partie propose, à la lumière de la littérature et des expériences locales, des pistes de solutions et de réflexion pertinentes pour les acteurs namurois.

La présente recherche s'est étendue sur 4 mois (de septembre à décembre 2009) et a été réalisée par Samia Laokri, chercheuse au département des Politiques et Systèmes de santé de l'Ecole de santé Publique de l'Université Libre de Bruxelles sous la direction du Professeur Perrine Humblet, directrice de ce département.

Deux enquêtrices ont collaboré au projet : Laurence Meessen a mené les entretiens qualitatifs auprès des patients en situation de précarité admis aux urgences hospitalières dans l'enquête sur les « motivations des recours des usagers des urgences et les situations de précarité » et Régine Kiasuwa pour les entrevues réalisées auprès du DUS, de la police et des Gardes médicales.

PARTIE 1 : PHASE EXPLORATOIRE DU PROJET

Dans cette première partie sont présentés les résultats de l'analyse situationnelle et de la revue de la littérature.

1. ANALYSE SITUATIONNELLE : PRÉ-ENQUÊTE PAR INTERVIEW DES RESPONSABLES ET PRESTATAIRES DES SERVICES DES URGENCES ET DES SERVICES SOCIAUX

1.1. Objectif

Cette première partie de l'étude constitue la phase exploratoire du projet. Elle vise à mieux comprendre et mettre en évidence les différentes situations et problématiques rencontrées au quotidien par le personnel urgentiste (services des urgences hospitalières) et travailleurs sociaux (service social de l'hôpital) face au recours aux soins des personnes en situation de précarité.

1.2. Méthode

Cette phase exploratoire (réalisée durant le mois de septembre 2009) se fonde sur une analyse situationnelle des services d'urgences et services sociaux documentée par l'observation des quatre institutions impliquées dans le projet, à savoir le Centre Hospitalier Régional Namurois (CHRN), la Clinique et Maternité Ste Elisabeth (CMSE), les Cliniques Universitaires de Mont-Godinne (UCL) et la clinique St Luc à Bouges (St Luc).

Lors de ces visites, nous avons rencontré au service des urgences respectivement les médecins chefs des urgences et les infirmiers en chef et au service social les responsables du service et l'assistant social affecté à la prise en charge des patients admis aux urgences. Les entretiens des personnes précitées se sont réalisés sur base d'une grille d'entretien établie au préalable et portaient sur les thèmes suivant : l'organisation et le fonctionnement des services, l'identification et l'évolution des profils de précarité de la patientèle, et les difficultés rencontrées au quotidien par les acteurs.

En parallèle à l'observation du terrain, nous avons mené une revue de la littérature dont les résultats sont présentés au chapitre suivant.

A l'issue de ce premier mois d'étude, les informations collectées sur le terrain et les résultats préliminaires de l'état des connaissances sur le sujet ont été présentés lors d'une journée d'étude¹ organisée par le RSUN, en présence des intéressés. En clôture des débats, les populations cibles et les orientations pour la suite de l'étude ont été définies.

1.3. Résultats

1.3.1. Eléments introductifs

Les quatre hôpitaux impliqués dans l'étude ont été visités durant le mois de septembre 2009, mois de lancement du projet. Nous avons au total interrogés onze personnes, à savoir deux médecins chef de service, deux infirmiers en chef, trois responsables du service social et trois assistants sociaux.

Avant de s'intéresser au fonctionnement de ces services, voici un aperçu du volume d'activités des quatre services d'urgence. C'est au CHRN que le nombre total des admissions aux urgences est le plus important, suivi de St Luc et la CMSE, ensuite des cliniques universitaires UCL de Mont-Godinne (cf tableau 1). Les hôpitaux ont fait face à une augmentation des admissions entre 2007 et 2008. L'ensemble des responsables ont évoqué la saturation de leur service.

Tableau 1 : Estimation de la fréquentation des services d'urgences des hôpitaux namurois

	CHRN	CMSE	UCL	St Luc
Admissions en 2008 (Moyenne mensuelle)	40000 (3333)	17766 (1481)	13000 (1083)	18300 (1525)
Croissance de l'activité p/r 2007	1%	8%	4%	ND
Admissions attendues pour octobre 09	3300	1500	ND	1600

ND : non disponible

1.3.2. Fonctionnement du service social et relation aux urgences

Intégré dans l'hôpital, le service social a pour principale mission de faciliter le séjour du patient hospitalisé. Celui-ci va l'aider à résoudre les problèmes liés à son hospitalisation, mais aussi et certainement l'aider dans ses difficultés antérieures à l'admission et préparer au mieux sa sortie.

¹ En annexe, PV de la réunion du 30 septembre 2001 tenue au CPAS de Jambes.

Le service social² couvre l'ensemble des services hospitaliers et son travail est réparti selon les pathologies des patients (chirurgie, cardiologie, psychiatrie, orthopédie, ...). Le fonctionnement des quatre hôpitaux est fort similaire. Chaque assistant social a donc une affectation à un service hospitalier, dont le service des urgences. Pour faciliter la lecture, nous utiliserons l'acronyme ASu pour qualifier l'assistant social attaché au service des urgences.

Pour couvrir les besoins des patients admis aux urgences, St Luc et Mont-Godinne disposent d'un ASu à temps partiel³ tandis que les deux autres hôpitaux disposent eux d'une personne de référence à temps plein⁴. A St Luc, le service social a la particularité d'être géré et mis sous la responsabilité de la direction des soins infirmiers. Ailleurs le service est géré comme un service à part entière et est dirigé par un responsable du service social.

Pour tous les hôpitaux, l'ASu n'est appelable qu'en semaine et en horaires de jour⁵, aucune permanence n'est organisée pour ce type de service. La règle générale est le travail à la demande. Selon cette pratique, c'est un médecin ou un infirmier qui évalue la nécessité d'un recours au service social pour les patients admis aux urgences. C'est donc à la demande de l'urgentiste, ou éventuellement de la famille ou du patient lui-même, que l'ASu est sollicité.

La demande passe systématiquement par le filtre du personnel urgentiste. Cette pratique peut induire un sous-repérage des personnes à risque de précarité et une non prise en charge des besoins (non exprimés) de ceux-ci. En effet, certains urgentistes sont plus sensibles que d'autres aux difficultés sociales ou psychologiques des patients, ce qui génère des disparités. Des éléments comme la charge de travail du médecin au moment du recours potentiel à l'ASu ou la présence ou non d'une dynamique interdisciplinaire vont également influencer le repérage des personnes en situation de précarité.

Cependant les pratiques s'adaptent et certains ASu vont déroger à cette règle générale et adopter une démarche proactive en effectuant des visites régulières au service des urgences pour détecter les cas qui nécessiteraient une PEC sociale. C'est par exemple le cas de l'ASu du CHRN qui passe

² Son financement est réglementé par le fédéral 2 : la norme d'agrément est de 1 assistant social (AS) par 2000 admissions et un administratif par quatre AS auxquels viennent s'ajouter les conventions INAMI (fatigue, douleur, cancer...) (souvent temps partiels supplémentaires). Avis concernant le service social à l'hôpital (11 01 2001), N/Ref. : CNEH/D/161-5

³ Ce qui équivaut à St Luc à une présence au total de deux jours semaine et à Mont-Godinne à un 0.5 ETP

⁴ A la CMSE, chaque AS est titulaire d'un service, et pour chaque service il y a aujourd'hui 2 suppléants.

⁵ Disponibilités de l'ASu à St Luc : 9-12h et 13-16h les mardis (PM seulement), mercredis et vendredis (AM uniquement).

quotidiennement aux urgences et visite systématiquement tous les patients âgés⁶. Historiquement, dans cet hôpital, ces patients ont toujours fait l'objet d'une consultation sociale. Par ailleurs, l'ASu du CHRN a un statut particulier puisqu'elle est investie d'une mission d'intégration par le RSUN. Dans le cadre d'un projet pilote, elle doit favoriser le repérage des patients précaires et sert de lien avec le RSUN.

Au CHRN, lorsque l'ASu est appelée aux urgences pour un patient, elle procède à un premier entretien individuel avec celui-ci mais souvent par manque de place cet entretien doit se dérouler en chambre commune. Tant à St Luc qu'à la CMSE et au CHRN, les prestataires et ASu ont mentionné le caractère exigü de l'architecture et ont pointé l'impact de cet élément sur leur travail.

Concernant la gestion des dossiers sociaux des patients, les habitudes varient légèrement selon les hôpitaux. Dans deux des quatre hôpitaux (St Luc et Mont-Godinne), le dossier social est informatisé et géré sous le programme *AssSoc (MEDSOC⁷)*. A la CMSE et au CHRN par contre, la formule privilégiée est le dossier « papier ».

Pour les deux premiers, le dossier social informatisé n'est pas relié au dossier médical ou au dossier infirmier, confidentialité des données oblige. Aucune information à caractère social ne figure dans le dossier médical. Actuellement, les dossiers sont donc totalement indépendants. L'essentiel de la transmission des informations à caractère social est donc basée sur le rapport oral.

Le dossier social informatisé encodé sous le logiciel *AssSoc* se présente comme suit :

- Coordonnées patient
 - Etat civil
 - Conjoint
 - Médecin traitant
 - AS en charge du dossier – temps consacré au patient – type de prestation offert
 - Provenance (service)
 - Champ libre destiné aux annotations de l'AS
- + Sélection des activités réalisées parmi une liste d'items

⁶ A l'accueil de la section HP, un tableau d'affichage présente les informations principales sur les patients admis : numéro de chambre, nom, date de naissance, âge, sexe, régime particulier, motif d'admission, examens réalisés, examens à faire, destination du patient. L'ASu a facilement accès à ces informations et peut ainsi identifier les patients de 75 ans et plus.

⁷ Ce logiciel est utilisé par un regroupement d'hôpitaux FNAM – dont Mont-Godinne, StLuc de Bouges, Ottignies, Lennox.

Les données générales du patient peuvent y être encodées, et l'AS dispose d'un espace libre pour présenter son analyse de la situation. Pour compléter ce dossier social, l'AS doit également expliciter son activité via la sélection dans une liste prédéterminée d'items (qualifiant les différentes interventions possibles). Les AS interrogés ont semblé satisfaits de l'outil.

Outre la question individuelle des dossiers, l'application⁸ permet de sortir les statistiques globales de l'activité sociale, mais également le détail des interventions par service hospitalier et par AS.

Nous avons pu examiner les statistiques des interventions du service social de Mont-Godinne pour l'année 2008, pour l'ensemble de l'hôpital et pour les urgences uniquement. En ce qui concerne ces sorties statistiques, nous souhaitons mettre en évidence deux limitations majeures dans l'utilisation de cet outil.

Un premier constat est réalisé à l'analyse des données consolidées : les résultats des interventions aux urgences sont sous-estimés dans les statistiques car pour créer le dossier social d'un patient, il est indispensable que celui-ci ait été enregistré au préalable dans le système central de l'hôpital. Or ce n'est pas toujours le cas en ce qui concerne le service des urgences. En effet, si l'AS veut constituer un dossier social pour un patient qui n'est pas encore dans le système pour son recours aux urgences, un problème se pose. L'AS doit alors chercher une ancienne consultation (si le patient a déjà été admis) et encodera les données sociales pour ce précédent recours au lieu de l'associer à l'admission en cours aux urgences. Des confusions sont ainsi introduites dans le logiciel en ce qui concerne la ventilation des patients entre les services.

Une seconde limitation se situe au niveau de l'utilisation de l'outil dans la sélection des items d'intervention. Elle s'explique certainement du fait de l'absence d'un guide définissant les items de sélection des interventions. En effet, on a vu lors de notre passage que l'interprétation de ces items pouvait varier selon les AS (encodeurs). Par ailleurs, selon l'ASu toutes les situations ne sont pas reprises dans le listing proposé, donc un choix va nécessairement se poser au moment de cocher l'item et ce choix peut différer d'un AS à l'autre. Leur interprétation étant personnelle, chacun encode selon sa pratique, ce qui n'affecte pas la gestion des dossiers patients individuels mais par contre constitue une limite dans l'interprétation des données consolidées.

Cela étant, l'utilisation de ce logiciel au niveau de la pratique a été jugé utile et pertinent dans la gestion des dossiers sociaux des patients.

⁸ Nous avons eu une présentation de ce logiciel et de son application au sein du service social de Mont-Godinne.

A St Luc, un minimum d'information est reporté au dossier infirmier. A Mont-Godinne, aucune donnée sociale ne figure au dossier médical du patient. On y déplore le faible partage au médecin des informations sociales jugées importantes.

Ensuite, à la CMSE, pour chaque patient vu par l'ASu, un dossier papier est constitué. Les dossiers ne sont donc actuellement pas gérés par logiciel. Un listing informatique existe néanmoins mais sert essentiellement à retrouver un ancien patient.

Une réorganisation⁹ des différents dossiers patients est prévue pour 2010 sur base du programme AssSoc. Les AS de la CMSE ont d'ailleurs eu des contacts avec leurs homologues à ce sujet. La nouveauté résidera dans la création d'un dossier médico-infirmier informatisé, avec éventuellement l'intégration d'une information sur la situation sociale ou psycho-sociale du patient. Ce projet a été présenté aux AS qui ont d'ailleurs déjà faits quelques observations. Bien entendu, il n'est pas question par cette innovation de stigmatiser davantage des patients déjà marginalisés. Le service social y veillera. Dans ce souci, aucune fusion des dossiers n'est envisagée. Le détail du dossier social restera confidentiel, et son accès sera limité aux AS. Cependant, dans ce nouveau système, l'idée de prévoir un indicateur - une sorte de clignotant - dans le dossier médical qui permettrait d'attirer l'attention du prestataire réconcilie les parties. Ainsi, quelques éléments très succincts, très précis comme la mention de l'existence d'un dossier social pour ce patient et le nom de l'AS qui le suit sans pour autant dévoiler la situation sociale du patient. Cette adaptation pourrait faire en sorte que l'AS concernée soit directement prévenue de l'admission d'un de ses patients et donc optimiser la PEC globale du patient.

Comme pour les autres hôpitaux, le service social du CHRN privilégie le rapport oral dans la transmission des données à caractère social.

De même qu'à la CMSE, les assistants sociaux du CHRN travaillent sur base de dossiers « papiers ». Là également, la situation est en passe d'évoluer. En effet, il y a de la part de la direction de l'hôpital une volonté d'intégrer les données sociales au dossier médical. Le service social devra pour 2010 compléter un dossier informatisé sous le logiciel OMNIPRO, accessible par tout un réseau de professionnels, et compatible au dossier médical. Comme ailleurs, ce changement imposé génère une crainte au sein des AS en ce qui concerne le risque de stigmatisation des patients¹⁰. Ceux-ci s'opposent à toute fusion des dossiers et tiennent à préserver l'anonymat de leurs patients. En proposant un onglet

⁹ Remarque : Le VAX (ancien système informatique) proposait quelque chose de complètement amoral : il identifiait tout mauvais payeur au moment de l'inscription. C'est un système purement fondé sur une logique administrative visant à repérer les patients ayant un contentieux avec l'hôpital pour une précédente PEC.

¹⁰ Beaucoup d'hypothèses sont en effet avancées par les AS et retranscrites dans les dossiers patients. Ces données doivent rester confidentielles, sans quoi on risque la stigmatisation du patient. Par exemple, si un patient arrive pour un pied cassé et que 2 ans plus tôt il avait consulté le service social pour violence familiale...

administratif et un onglet dossier complet pour le volet social, une réconciliation est possible entre les deux positions. L'onglet « administration » serait lié au dossier médical et ne contiendrait aucune donnée permettant la stigmatisation ni aucune hypothèse faite par l'AS. C'est en tout cas une condition sur laquelle le service social ne fera pas de concession.

1.3.3. Nature et volume des interventions du service social

1.3.3.1. Introduction

Dans les quatre hôpitaux visités, les ASu travaillent en collaboration avec toute une série d'acteurs internes et externes à l'hôpital pour permettre au patient de réintégrer son milieu de vie ou tout autre milieu adapté à ses nouveaux besoins. A un premier rôle d'agent facilitateur de l'accès au soin dans l'institution, s'ajoute celui d'agent de liaison¹¹, partie non négligeable de leur mission. Leur travail consiste avant tout à évaluer les besoins sociaux des patients afin de trouver rapidement la solution la plus adaptée en fonction du contexte socioculturel, familial, économique et professionnel. Les activités des assistants sociaux sont variées et multiples. Les ASu travaillent essentiellement au cas par cas à la recherche des solutions les plus appropriées pour chaque patient rencontré.

Les ASu des quatre institutions ont mis en avant une palette d'interventions comme :

- l'analyse des situations sociales et le travail en réseau (abri de nuit, maisons médicales, hôtel maternel, maisons d'accueil, CPAS, mutuelle, ...),
- la préparation de la sortie de l'hôpital qui va de l'organisation des retours à domicile avec aide ou soins éventuels (repas, aide familiale, matériel médical, infirmière, ...), à la recherche de solutions d'hébergement, en passant par l'organisation des entrées en maison de repos, en maison de repos et de soins, centre de convalescence, service de revalidation, ... ,
- l'aide administrative, éventuellement juridique, la protection, l'orientation, la guidance

De manière générale, la lourdeur du travail de l'assistant social attaché aux urgences réside dans la diversité des tâches à accomplir (toujours une nouveauté), la maîtrise du réseau et de ses (in)disponibilités¹² et certainement l'urgence imposée pour trouver les solutions adaptées. L'intensité des demandes de PEC sociales pour les patients admis aux urgences est particulièrement palpable au CHRN et à la CMSE.

¹¹ Avec d'une part les médecins et infirmiers urgentistes et d'autre part les médecins traitants, les services d'aide à domicile, l'abri de nuit, et bien d'autres structures externes à l'hôpital.

¹² Places et de structures en aval limitées.

La démarche de recherche de places d'accueil prend du temps et par définition est particulièrement difficile à gérer pour les patients admis aux urgences qui restent peu de temps dans les murs de l'hôpital. Une première difficulté à laquelle est confrontée l'ensemble des travailleurs sociaux est la lourdeur des démarches, il n'existe pas de listing des places disponibles. A cela s'ajoutent l'insuffisance de places d'hébergement d'urgence et le manque de structures d'accueil à « bas seuil ».

Certaines populations sont particulièrement visées : Au CHRN est pointée la difficulté de trouver un relais pour certains patients psychiatriques (pour qui la sortie de l'hôpital est encadrée par l'ASu mais une fois dehors le suivi n'est plus possible). A St Luc est particulièrement pointée la difficulté de relais pour les femmes victimes de violence ou les cas de toxicomanie.

Partout où des personnes SDF se présentent (CMSE, CHRN et St Luc), les ASu dénoncent des conditions d'accès à l'abri de nuit trop contraignantes pour une catégorie de personnes en décrochage. Certains patients confient aux ASu leur confrontation à des règles (horaire imposé, sobriété, attitude « positive » à adopter, quota, animaux non admis) jugées trop lourdes. Des règles sont pourtant nécessaires et sans doute essentielles pour assurer un accueil de qualité. Il n'empêche qu'une partie des personnes ayant besoin d'aide n'y trouve pas refuge. Ces personnes en décrochage ont également des difficultés quant il s'agit de recourir aux pharmacies (même avec les horaires de garde).

Un exemple : *« un patient épileptique qui devait prendre des médicaments mais qui avait un mal fou à se présenter aux heures de la consultation pour aller chercher sa prescription et quand bien même il avait la prescription, il devait se présenter dans une pharmacie aux heures d'ouverture de la pharmacie. Et c'était pareil. Ce patient par exemple avait du mal à respecter des horaires, il menait une vie complètement déréglée, c'était plutôt un oiseau de nuit. La pharmacie de garde ne le satisfaisait pas car il devait alors payer ce petit supplément lié à la garde. »* Ce profil de patient « en décrochage » ne comprend pas les contraintes aussi minimes soit-elles.

1.3.3.2. Présentation des spécificités des quatre hôpitaux visités

Les ASu des quatre hôpitaux ont mis en évidence les principaux motifs pour lesquels ils sont sollicités (cf tableau 3).

Tableau 3 : Principaux motifs des recours identifiés par les ASu selon les hôpitaux

St Luc	<ul style="list-style-type: none"> - Retour à domicile (patients âgés, violences familiales, maltraitance) - Solutions d'hébergement (hôtel maternel, maison d'accueil, MR/MRS, ...) - Abri de nuit - Recours au centre de jour (patients âgés)
Mont-Godinne	<ul style="list-style-type: none"> - Intervention lors du décès d'un patient - Transport des patients - Problèmes financiers - Administration de l'hôpital - Assurance maladie invalidité
CMSE	<ul style="list-style-type: none"> - Rôle d'information et d'orientation - Travail d'anticipation de l'hospitalisation - Retour à domicile des patients (problèmes orthopédiques surtout si personne isolée ; problèmes d'hébergement) - Travail d'encadrement de personnes précaires, Patients SDF (cohabitation, comportement) - Malaise social du type « docteur je m'sens pas bien » (patients psychiatriques par exemple) - Visites systématiques pour les patients chroniques, les personnes âgées, les cas de suspicion de maltraitance, les affections orthopédiques, patients SDF, sans revenu ou sans logement
CHRN	<ul style="list-style-type: none"> - Accompagnement social, écoute, accueil - Gestion de l'attente en chambre et de la cohabitation de différentes populations, de l'hospitalisation dont parfois la gestion de la famille qui reste seule quand un proche est hospitalisé et de la post-hospitalisation (orientation des patients, solutions d'hébergement) - Transport des patients - Gestion des assuétudes et de patients peu conciliants, Patients SDF - Visites systématiques des patients âgés (élargissement en cours)

Dans les paragraphes suivants, nous décrivons la nature des interventions réalisées selon les hôpitaux.

1.3.3.3. Spécificités de St Luc

A St Luc, les motifs les plus fréquemment invoqués sont d'une part le problème d'un retour difficile à domicile pour cause de violences familiales ou maltraitance et d'autre part la sortie de patients âgés.

Le service social est plus en contact avec le RSUN, les services d'aide à domicile que les autres hôpitaux. Les AS parlent de la plate-forme de santé mentale qu'ils estiment très active.

Aux urgences de St Luc, le travail social est d'après le service social fort limité car peu de demandes émanent des médecins urgentistes (en moyenne une visite par semaine). Les AS sont plus souvent mobilisés au niveau des services hospitaliers (donc pour les patients hospitalisés plus longtemps). Ceux-ci ressentent fortement la pression sur la réduction des durées de séjour dans leur pratique et soulignent le manque de temps pour trouver rapidement des solutions.

1.3.3.4. Spécificités de Mont-Godinne

A Mont-Godinne, le principal motif de recours mis en évidence par l'ASu est le problème de la sortie pour résoudre les questions de transport du patient ou les questions de financement. Le travail actuel au niveau des urgences est perçu comme relativement succinct par le service social, trop peu d'interventions sont réalisées.

D'après les données de la base *AssSoc* pour 2008, plus de 50 dossiers ont été traités pour les patients admis aux urgences, ce qui représente moins de 2% de l'ensemble des cas vus par l'ensemble des AS du service social (cf tableau 4). Rappelons ici que ce faible pourcentage d'interventions aux urgences peut s'expliquer par d'une part le sous-codage possible (expliqué précédemment) et d'autre part par le sous-repérage possible des personnes à risque de précarité (dont nous fait part le responsable du service social). Le tableau ci-dessous présente le nombre et la nature des interventions réalisées en 2008 (items du logiciel).

Aux urgences, c'est pour la prise en charge des patients décédés et pour les questions liées aux transports que le nombre de mouvements est le plus important, ensuite pour les démarches administratives au sein de l'hôpital. Les autres interventions ont été mises en œuvre au maximum cinq fois sur l'année 2008. Notons tout de même que certaines tâches très spécifiques comme le travail d'information au patient par exemple peut se révéler être largement sous-codé car bien souvent cela se passe au moment où l'ASu fait du soutien au patient et c'est cette principale activité qui est répertoriée au logiciel.

Tableau 4 : Statistiques annuelles des interventions sociales à Mont-Godinne (AssSoc, 2008)

<u>Interventions de l'ensemble du service social</u>	<u>Interventions du service social aux urgences</u>
3110 dossiers sociaux traités avec 3962 mouvements ¹³	56 dossiers sociaux traités avec 57 mouvements
Par ordre décroissant : <ul style="list-style-type: none"> - Anamnèse sociale sans démarche (490) - Gestion de la sortie <ul style="list-style-type: none"> o dont famille (359) o dont réunions de staff (96) o dont contact, relais social (57) - Démarches administratives hospitalières (280) - Patient décédé (280) - Conseil – information (272) - Accompagnement extra-muros (198) - Convalescence mutuelle (183) - Transport (177) - Remboursement soins (174) - Assurance AMI (161) - MRS (152) - Location matériel (150) - Problèmes facturation (101) - ... 	Par ordre décroissant : <ul style="list-style-type: none"> - Patient décédé (14) - Démarches administratives hospitalières (9) - Organisation du transport (7) - Organisation du transport à la sortie (6) - Assurance maladie invalidité (5) - Anamnèse sociale sans démarche (3) - Remboursement de soins (2) - Bénévole (2) - Gestion des objets et linges personnels (2) - Convalescence mutuelle (2) - Contact, relais service social (2) - ... <p><i>NB : Sont listées ici uniquement les activités pour lesquelles au moins 2 occurrences ont été répertoriées.</i></p>

1.3.3.5. Spécificités de la CMSE

La CMSE favorise la relation prestataire-patient dans sa politique de prise en charge des patients. Selon le médecin chef des urgences, il n'est pas inhabituel qu'un patient admis dans le service demande à voir ce qu'il considère comme « son » médecin.

Un patient qui arrive aux urgences, c'est un patient qui vit une cassure de son autonomie. C'est dans ce terrain que se développe le travail de l'ASu, qui propose un accueil, de l'écoute, au total, un soutien pendant la période difficile jusqu'au retour à l'autonomie du patient. La clinique a déjà montré son

¹³ Un mouvement correspond à une activité réalisée, ce qui implique que plusieurs mouvements peuvent être associés à un dossier patient.

efficacité en terme de PEC humaine et médicale nous confient les responsables des services d'urgence et service social. Le rôle de l'AS est également d'informer et réorienter au mieux les patients vers les différents services offerts sur la ville, et de faire en sorte de passer un bon relai au bon service pour assurer la continuité de la PEC sur du plus long terme. Certaines tâches concernent le travail d'anticipation de l'hospitalisation. Nous verrons plus loin, lors de la description des profils de populations précaires qui recourent aux urgences de la clinique, que le travail de l'ASu couvre également l'encadrement complet de personnes précaires.

L'ASu est fréquemment sollicitée pour répondre à des demandes très précises, très ponctuelles et parfois insolites comme illustré par les situations suivantes : « je reste hospitalisé, qui va s'occuper de mon chien ? » ; « qui va s'occuper de mon enfant parce que je suis seul ? », « je suis venu en ambulance, en robe de nuit, j'ai pas d'argent, comment puis-je rentrer ? », « j'ai personne pour venir me chercher (pas de famille...) ? » , « je ne suis plus en ordre de mutuelle (car situation errance), que peut-on faire pour moi ? », « j'ai une prescription pour des médicaments mais je ne peux pas les payer, qui peut m'aider ? », ... autant de situations qui très souvent montrent que la précarité sociale et la précarité financière sont intimement liées.

Le service social est très actif même si ses interventions aux urgences sont peu visibles. Il ne dispose en effet que de très peu (voire pas) de statistiques sur le passage de l'ASu aux urgences car quand le patient est hospitalisé le dossier social du patient est redirigé vers l'assistante sociale concernée. Ce n'est que depuis 2009 que l'ASu fait une copie des demandes (dossiers) pour en garder la trace. Avant cette date, le service social ne dispose pas de données, le dossier était simplement transmis. Il est donc difficile ici d'estimer le nombre de recours au service social au niveau des urgences. Cependant, selon son expérience dans le service, l'ASu estime que le nombre a fortement augmenté ces dernières années, particulièrement depuis 3-4 ans.

Par ailleurs, sur base des contacts patients et sur base des infos relayées par le service contentieux, la proportion de patients en situation de précarité financière prend du volume. Pour les personnes identifiées en situation difficile ou nécessitant un étalement de paiement par le service contentieux, l'AS concernée est directement informé. Au service contentieux, la devise est « plus tôt on prend le patient en charge, au mieux on évite l'escalade dans la difficulté ». Cette vision humaine facilite grandement les relations du contentieux avec le service social.

Nous identifions également les différentes tâches suivantes :

- Recours systématique à l'ASu pour les patients chroniques : Tout nouveau patient avec une affection chronique (oncologie ou dialyse) est vu par l'ASu lors d'un entretien à son admission (parfois simplement une première prise de contact pour présenter les différentes aides que le service social peut offrir, parfois déjà une intervention à mener). De son expérience, l'ASu estime cette patientèle est de plus en plus souvent en situation précaire¹⁴ : « *On voit venir toute une série de patients, qui sans la maladie chronique étaient en équilibre financier précaire et qui à cause de la maladie ne parviennent plus à joindre les deux bouts.* »
- Recours systématique pour les personnes âgées. Pour cette population, l'ASu perçoit également une hausse des situations de précarité mais ne peut se baser sur des données objectives pour confirmer son intuition. NB : Il n'existe pas de service de gériatrie à la CMSE.
- Recours systématique pour les cas de suspicion de maltraitance chez l'enfant
- Recours fréquent pour les patients avec problème orthopédique et recours automatique si la personne est isolée. Pour ces types d'admission, on sait déjà que le retour à domicile va être problématique (anticipation nécessaire de l'hospitalisation¹⁵).
- Recours systématique pour les SDF, patients sans revenu, sans logement. Pour ces admissions, le service social doit évaluer la situation et voir ce qu'il est possible de proposer pour chaque cas. Certains patients arrivent en situation de crise, en état d'ébriété, tantôt « ramassés » sur la rue, tantôt se présentent spontanément (souvent pour une plaie légère).

¹⁴ Offre = aide à domicile, bénévole pour assurer le transport pour venir à la clinique (surtout pour les dialysés : 3x/semaine, les radiothérapies : 5x/semaine). Si le patient a un statut BIM, l'AS va être plus attentif à la situation financière du patient. Ce statut fait office de sonnette d'alarme.

¹⁵ Organiser la sortie du patient est consommateur de temps. En effet, sachant que les services revalidation et les maisons de repos sont relativement saturés, plus tôt la demande est formulée, plus tôt le patient est mis sur la liste d'attente. C'est une démarche qui surprend souvent le patient et/ou ses proches puisque l'intéressé n'est pas encore opéré et il est déjà question de sa sortie. L'AS joue un rôle essentiel d'accompagnement du patient. L'entretien peut être bref, mais parfois l'AS devra gérer toute une palette de situations, par exemple le refus de la part des proches, le dialogue est donc très important. La démarche d'anticipation de la sortie est incontournable pour deux principales raisons : la saturation des places en aval et la pression de l'INAMI sur la diminution des durées de séjour.

1.3.3.6. Spécificités du CHRN

Interrogée sur son activité, l'ASu du CHRN mentionne d'abord une multitude de tâches très ciblées comme trouver des chaussures pour un patient ou fournir un ticket de bus mais le gros du travail réside assurément dans la gestion des assuétudes (et l'orientation de celui-ci vers le bon service), l'organisation du transport, la recherche de solutions d'hébergement, la gestion de patients peu conciliants, d'un membre de la famille du patient (conjoint, parent, enfant ...) ou même un animal de compagnie laissé seul à la maison a besoin d'une prise en charge rapide. L'ASu doit agir et être performant sur une palette de domaine, ses activités sont très variées. De manière globale, l'ASu situe son activité aux niveaux de l'accompagnement social, de l'écoute et de l'accueil des patients, de la gestion de l'hospitalisation et de la post-hospitalisation.

Comme ailleurs, l'ASu est continuellement confronté à la pression sur la diminution des durées de séjour, ce qui l'amène à devoir anticiper sur l'hospitalisation. Poussé à l'extrême, ce phénomène impose à l'ASu, par exemple, de formuler une demande de revalidation pour un patient avant même que celui-ci ne soit hospitalisé dans le service d'orthopédie ou de cardiologie.

Sur la question de la précarité, en pratique, la détection des personnes en situation de précarité ou à risque de précarité se fait sur base de l'expérience professionnelle et non sur base de critères pré-définis (alors facilement identifiables par un grand nombre)¹⁶. Pour reprendre les propos de l'ASu, « quand on voit un patient précarisé, on ne se pose plus la question, on le sait ! ». Les difficultés générées par les différences culturelles, l'environnement social précaire, les habitudes et comportements des patients, mais aussi leur difficulté dans la gestion des ressources sont autant de facteurs révélateurs des situations de précarité. Sur ce dernier point, l'ASu pointe par exemple le fait que certaines personnes ont nettement plus de difficultés que d'autres dans la gestion de leurs ressources. Selon l'ASu cela est partiellement attribuable à l'environnement culturel et familial.

La démarche de recours à l'abri de nuit est la suivante : l'ASu prend d'abord contact avec l'abri de nuit et présente le patient et son contexte. C'est ensuite au tour du patient lui-même de contacter l'abri pour un « entretien préalable à l'admission », parfois l'ASu doit jouer de persuasion pour convaincre son patient. La démarche est particulièrement Situation difficilement gérable dans un contexte d'urgence.

¹⁶ Les définitions de précarité du RSUN ou de la région wallonne sont pour ainsi dire les définitions de référence par défaut pour l'hôpital. Au service social, on considère la précarité comme la résultante de toute une série de facteurs et certainement pas seulement le facteur financier qui selon leur interprétation est l'indicateur majeur de cette définition.

Gérer la grande précarité ne se limite pas à des démarches en externe comme la recherche d'un logement ou le recours à l'abri de nuit, cela couvre divers éléments en interne comme la gestion de la stigmatisation (principalement pour les patients connus), de comportements inattendus (de la part de patients peu conciliants, agressifs ou simplement qui ont du mal à patienter dans une chambre en attendant leurs soins), et de la cohabitation avec d'autres populations.

Dans sa pratique, l'ASu constate une certaine confusion entre le social et le psychosocial. Il y a aujourd'hui une évolution dans la PEC et les patients avec des affections psychologiques ou psychiatriques ne doivent pas être pris en charge par le service social mais bien par un psychiatre ou un psychologue. Dans la réalité, la limite est souvent floue car le service social est encore aujourd'hui amené à gérer des situations de ce type. La palette des services offerts peut être très large et leur travail se fait presque toujours dans l'urgence.

Ici une mention est faite à propos de l'utilisation du DUS, ce service joue un rôle de liaison. L'exemple qui est donné est le transport de patients vers l'abri de nuit.

1.3.4. Profils de la patientèle fréquentant les urgences

1.3.4.1. Situation décrite à St Luc

Puisque la clinique est privée, la clientèle bourgeoise des environs y a l'habitude de s'y rendre. Les tarifs aux urgences sont fixes¹⁷ mais les hospitalisations sont connues pour y être plus chères. Les personnes âgées constituent une part importante de la patientèle et sont proportionnellement en augmentation. Certains patients précaires, connus des urgentistes (recours répétés, état d'ébriété..), s'y présentent. Ils sont d'abord vus par un psychologue ou par un psychiatre et c'est dans un second temps, et seulement si nécessaire, qu'ils sont vus par un assistant social. La situation géographique (éloignée du centre de Namur) et le caractère privé de la clinique constituent deux éléments dissuasifs pour les patients précaires.

Environ 10% des admissions aux urgences sont comptabilisées comme urgences inappropriées. Par exemple, en janvier 2008, sur 1651 patients admis, 150 cas ont été identifiés comme ne répondant pas à une urgence médicale mais les profils de ces patients ne sont pas analysés.

¹⁷ Les tarifs aux urgences sont réglementés et donc identiques pour tous les hôpitaux. Tarification forfaitaire des services d'urgences réglementée par l'AR du 19 mars 2007 en vigueur depuis le 01/07/07 qui fixe la quote-part patient comme suite : (a) patients se présentant de sa propre initiative = 18.30eur (10.17 pour les BIM) ; (b) patients admis via le médecin généraliste ou le SMUR/service 100 = 4.07 (1.52 pour les BIM)

Les cas référés à l'ASu sont principalement les patients psychiatriques, les patients âgés confus, les personnes souffrant de maltraitance ou violences familiales et les quelques SDF connus du service.

1.3.4.2. Situation décrite à Mont-Godinne

La population cible s'appuie sur un bassin large, il ne s'agit pas d'une patientèle de proximité. Le caractère académique et la situation géographique particulièrement rurale déterminent naturellement la sélection des patients, rendant l'accès difficile à des ménages sans voiture (longueurs des trajets en transport public). Les patients se présentent très majoritairement en ambulance ou en voiture. A la différence du centre ville namurois, la population est issue du monde agricole et fait partie d'un milieu relativement aisé.

Une hausse sensible de recours par des patients âgés, parfois en rupture familiale, est mise en évidence. Il y a en relativement peu de recours par des jeunes. Les situations de précarité rencontrées sont principalement des patients alcooliques désireux de se guérir. Il n'y a pas de cas de toxicomanie et pour ainsi dire pas de SDF. Globalement, les pathologies chroniques sont connues des AS et les patients se présentant de manière répétée à l'hôpital sont répertoriés comme ayant besoin d'une aide sociale. Les patients dont la durée de séjour est très courte (en chirurgie par exemple et par définition aux urgences) sont moins facilement couverts par l'aide sociale. Plus la durée de séjour est courte, moins le patient aura de chance de bénéficier d'une PEC sociale. Typiquement, aux urgences, il faut anticiper les besoins pour pouvoir offrir une PEC sociale.

Les médecins urgentistes sollicitent relativement peu l'ASu, pourtant si on les questionne, ils semblent dire que s'il y a un souci, c'est durant le week-end.

A-t-on réellement très peu de patients en situation précaire ou à risque de précarité ou est-on dans un système qui ne permette pas de repérer de manière optimale ces personnes ? N'y aurait-il pas en milieu rural de personnes désemparées (socialement, personnellement et financièrement ou de personnes se présentant avec un problème médical mineur en espérant (secrètement) bénéficier d'une aide sociale ? Y existerait-il une solidarité particulière qui absorbe les recours aux soins de ces personnes ? La mise en place d'un dispositif de repérage de la précarité pourrait révéler certains besoins sociaux aujourd'hui non rencontrés.

L'inexistence d'une collaboration avec les CPAS des environs (ici pas de carte santé comme à Namur) dessert la mise en place d'une politique de PEC optimale des personnes précaires. La difficulté du

repérage fait en sorte que certains patients qui pourraient bénéficier d'une aide sociale passent au travers des mailles du filet : par exemple, un patient dépendant du CPAS n'est pas identifié d'emblée, ce statut est mis en évidence que si il y a un problème avec le contentieux, donc pas de prévention possible pour l'AS ou encore, un autre exemple, un patient angoissé ou avec manque d'hygiène important, s'il ne génère pas de complications pour son traitement aux urgences, il repartira chez lui sans avoir vu le service social, etc. Il n'existe pour ainsi dire pas de dispositif d'urgence sociale en dehors des CPAS pour ces patients là, c'est pourquoi les CPAS constituent des interlocuteurs ciblés par le service social pour établir une future collaboration.

1.3.4.3. Situation décrite à la CMSE

Quatre catégories de population-type sont spontanément mises en évidence, à savoir la clientèle fidélisée, la clientèle rurale de l'entre Sambre et Meuse, la clientèle locale de Salzinnes et la clientèle SDF. C'est dans ces deux dernières catégories que se situent essentiellement les personnes vivant dans la précarité ou à risque de précarité. Typiquement, on y retrouve les personnes en statut CPAS ou bénéficiant d'allocations d'indemnités (chômage ...), les personnes en défaut de mutuelle, les personnes isolées (en rupture avec leur famille, ou sans environnement social fiable). De manière générale, les patients chroniques sont de plus en plus souvent en situation précaires, soit socialement soit financièrement. L'ASu veille à dépister très tôt ces situations pour éviter qu'elles ne s'enlisent et n'arrivent à un point de « non-retour ».

1) La clientèle habituée et relativement fidélisée (non précarisée)

Il s'agit de patients issus d'une population favorisée. Ce sont principalement des anciens patients (maternité, ...), ce qui n'exclut pas le fait bien entendu qu'ils consultent également ailleurs.

2) La clientèle rurale de l'entre Sambre et Meuse (non précarisée)

L'identité chrétienne de la clinique attire une marge de la population. Certains patients viennent d'Auvélais (alors qu'il y a là un hôpital proche), d'autres de Mettet (notons que le CHRN est à une distance similaire) ou de Chimay (très éloigné).

D'autres patients viennent de plus loin (des voyageurs), par exemple une nouvelle patientèle venant de Liège pour des problèmes de toxicomanie.

3) La clientèle locale de Salzennes

Il s'agit d'une clientèle de proximité, notamment issue des zones précarisées autour de l'hôpital. Les situations de précarité que l'on retrouve fréquemment chez ces patients sont l'absence de travail et/ou un contexte familial difficile (familles recomposées ou familles nombreuses en équilibre précaire, jeunes couples en voie de précarisation,) mais également ayant des problèmes de mobilité. Cette population qui semble oubliée par la prévention ou l'action sociale est pourtant, les prestataires en font le constat, en partie en souffrance sociale. Dans cette catégorie de patients, la clinique admet parfois des personnes en état d'ébriété fréquentant les cafés de Salzennes.

La grande majorité des personnes en situation de précarité sont des habitués. La clinique est le premier geste de recours pour cette clientèle. En trois ans, les urgentistes ont constaté une augmentation palpable du recours de ces patients du quartier. Elle s'accompagne également d'un glissement dans les horaires. En effet, le nombre d'admissions est particulièrement en hausse en dehors des heures ouvrables (entre 21h et minuit voire plus tardivement encore).

Les motivations des recours pendant ces heures inconfortables sont par exemple : *« je vis seul et n'ai personne pour garder mes deux autres enfants, je dois attendre que les premiers soient au lit pour pouvoir aller consulter avec mon troisième »* ou bien *« j'ai attendu trop longtemps au CHRN la dernière fois »*. Des difficultés que rencontreraient les familles monoparentales. Sans surconsommation pour autant, on observerait là une réorientation de patients (anciennement habitués au CHRN, hôpital du CPAS) en demande (évidente) d'une prise en charge de proximité. Ce phénomène n'est pas objectivé en chiffres, mais fait l'objet de débats au sein des équipes de professionnels.

Le médecin chef confie son inquiétude quant à l'évolution sociale de toute la zone de Salzennes. Il explique qu'aujourd'hui on voit de plus en plus des familles nombreuses et/ou des personnes habituées à pas travailler pour lesquelles la gestion des incidents est tout à fait infantile (mauvaise gestion du temps, des moyens, ...).

Sur ce point, l'ASu explique qu'on voit maintenant la seconde génération de personnes en situation de précarité, après l'avoir connue dans l'enfance, ces personnes devenues adultes vivent encore dans la précarité. Elle qualifie cette clientèle de population installée dans un statut d'assisté. Pour ces personnes l'assistantat est devenu un statut. Comme son collègue, l'Asu s'inquiète de l'évolution croissante de la population de Salzennes.

4) La clientèle SDF

Les personnes SDF qui arrivent via le 100 sont systématiquement orientées vers l'hôpital géographique le plus proche. Admis en brancard, l'usage veut qu'ils soient tout de suite pris en charge (règle). Le service 100 distribue en fonction d'un système informatisé *CitySis* qui détermine le parcours le plus rapide. Pour déroger à cette règle, le patient doit convaincre du bien fondé de ce changement. Comme résultat de ce système, c'est à la CMSE que la quasi totalité des SDF ou personnes en troubles du comportement pris en charge par le 100 dans les environs de la gare est dirigée.

Même si cette clientèle n'est pas la plus présente en nombre, étant des habitués, ces personnes recourent fréquemment aux urgences. Les SDF sont bien connus des prestataires de soins. Ils sont la plupart du temps très satisfaits de l'accueil qui leur est fait (nuit, repas et bon accueil).

L'accueil des patients SDF constitue un élément perturbateur dans l'organisation du service des urgences (hygiène limitée). Ils génèrent un inconfort et des crispations au sein de l'équipe soignante. Par ailleurs, la cohabitation avec les autres patients est difficile, d'autant que l'infrastructure est petite. L'hôpital a en effet très peu de moyens pour s'organiser puisque l'espace est réduit (petite salle d'attente) et que les salles sont communes¹⁸.

Situés dans certains quartiers, les personnes SDF vont en toute logique se tourner vers l'hôpital le plus proche. Ce qui semble se confirmer dans la pratique puisque a priori ce ne sont pas les mêmes SDF au CHRN et à la CMSE. Sur ce postulat, une crainte dont nous ont fait part le médecin chef des urgences et la responsable du service social de la CMSE, c'est d'observer un glissement des sites de « villégiatures » guidé par le besoin de proximité d'un hôpital particulièrement accueillant pour les SDF et induisant ainsi une augmentation du volume de cette clientèle. Ce phénomène ne serait pas gérable sans aménagement.

D'emblée les deux types de patients qui viennent aux urgences et qui ne devraient pas (urgences non justifiées) sont d'une part, ceux qui ne savent pas prendre et attendre un rendez-vous chez le médecin généraliste (leur souci de santé étant perçu comme aigu) et d'autre part, ceux qui par le biais des urgences postposent la facturation de l'acte. L'introduction du tarif forfaitaire ne désengorge pas les urgences. D'ailleurs, certains patients refusent d'ailleurs d'être « classés » comme urgence non

¹⁸ Actuellement, le service dispose d'une chambre à 4 lits sans toilette ni évier et de 2 chambres à 2 lits avec toilette et évier. L'infrastructure est amenée à changer et les travaux de la nouvelle aile faciliteront probablement la cohabitation. Après réaménagement de l'espace, l'hôpital disposera de 6 chambres à 1 lit.

justifiée. L'attente que les patients ont des urgences ne coïncide pas parfaitement avec ce que la loi prévoit.

Les déterminants des choix de recours des patients pourraient être attribué à :

- la situation géographique décentrée, éloignée des encombrements du centre ville (facteur explicatif surtout pour la première catégorie citée),
- la qualité de l'accueil où un rôle important est octroyé au relationnel, à la personnalisation des prestations, ou
- la proximité.

1.3.4.4. Situation décrite au CHRN

Nous identifions cinq catégories de population-type pour lesquels l'ASu doit intervenir : la clientèle SDF, « l'autre » clientèle précaire, la clientèle des « nouveaux précarisés », la clientèle ayant des problèmes d'assuétude et/ou psychiatriques et la clientèle des personnes âgées.

1) La clientèle SDF

Certains SDF sont affiliés à une maison médicale mais de manière générale, ces patients ont des recours répétés aux urgences et épuisent l'organisation. De même qu'à la CMSE, les difficultés de cohabitation sont mises en évidence (pour rappel, manque d'hygiène et difficulté à respecter des « règles » simples de la vie en société).

Cette patientèle s'avère relativement stable dans sa fréquentation des urgences. Sur ces dernières années, il n'a pas été observé d'augmentation en volume de leurs interventions. Ces patients semblent maîtriser totalement le réseau social namurois.

2) « L'autre » clientèle précaire

Une grande majorité souffre fortement d'isolement. Il s'agit de personnes en décrochage professionnel, en rupture sociale et/ou familiale. Ces patients ont la particularité de recourir tardivement aux services d'urgences et d'arriver dans un état de santé aggravé. Une partie de ces patients est affiliée à une maison médicale. Cependant, le volume de recours aux urgences est estimé en hausse.

3) La « seconde génération de précarisés »

Il s'agit en fait des enfants issus de familles déjà précarisées, cette patientèle constitue ainsi ce que les professionnels appellent la « seconde génération de précarisés ».

4) La clientèle ayant des problèmes d'assuétude et/ou psychiatriques

Cette patientèle est en partie connue des prestataires hospitaliers. Elle se caractérise par un recours relativement désorganisé aux soins d'urgence. Ces personnes n'ont bien souvent aucun repère temporel (par exemple, recours à « 4h du mat' » comme si c'était en pleine journée) et leur recours aux services de soins de première ligne est très aléatoire.

De plus, ces personnes ont tendance à avoir des difficultés à se plier à des contraintes, même simples et ne satisfont pas aux conditions d'entrées imposées par les structures d'accueil comme l'abri de nuit. Par exemple, pour ces personnes les conditions d'entrée de l'abri de nuit sont perçues comme très restrictives et carrément en inadéquation avec leur contexte de vie. La plage horaire limitée pour se présenter, le fait de devoir être sobre ou de prouver sa bonne volonté sont autant de critères dissuasifs¹⁹ pour ces personnes.

Cette population souffre souvent de solitude et cherche dans ses recours parfois répétés une aide parfois plus large qu'une prise en charge au service d'urgence médicale. Une augmentation sensible de l'utilisation des services d'urgence par cette clientèle est perçue sur le terrain.

Par ailleurs, il semble difficile de trouver un relais pour la prise en charge de certains patients psychiatriques.

5) La clientèle des personnes âgées

Il s'agit de personnes âgées se présentant de façon relativement ponctuelle. Ces patients se retrouvent fréquemment fragilisés par la maladie/accident et en demande d'un accompagnement social pour réintégrer leur milieu de vie ou recherche un environnement plus adapté à leur nouvelle situation.

A l'inverse des catégories précédentes, ces personnes sont presque toujours suivies par un médecin traitant.

¹⁹ En réalité, les règles se veulent peut-être plus souples qu'il n'y paraît et une personne en état d'ébriété se présentant dans une attitude tranquille peut négocier son entrée pour la nuit.

Bien que l'hôpital ait largement évolué, reste dans la pensée collective l'image de Sainte Camille hôpital public (avec des salles communes pour les pauvres). Globalement, les responsables du CHRN cherchent la meilleure prise en charge possible pour cette population et se soucient de la cohabitation parfois difficile de celle-ci avec le reste de sa clientèle.

1.4. Synthèse des points importants

Tableau 5 : Récapitulatif de l'analyse situationnelle des services d'urgences des hôpitaux

	CHRN	CMSE	Mont-Godinne (UCL)	St Luc
<i>Phénomènes mis en évidence (cf légende a) :</i>				
Encombrement des urgences induit par la population précaire	+	++	--	--
Affluence de recours en fin de journée	+	++	--	--
Risque de sous-repérage de la précarité	+	+	++	+
Décalage entre exigences hospitalières et capacités d'accueil en aval	++	++	+	++
Faible visibilité du travail social réalisé aux urgences	+	++	--	--
Travail d'accompagnement social proactif	+	++	--	--
<i>Catégories de personnes précaires ou à risque de précarité présentes aux urgences (cf légende b):</i>				
-Personnes SDF	++	++	-	-
-Personnes isolées, en décrochage social	++	++	-	-
-« Seconde génération » de précarisés	++	++	--	--
-Population de proximité	+	++	--	--
-Problèmes psychologiques/psychiatriques	++	++	--	+
-Personnes en souffrance, profond malaise social	++	++	--	--
-Problèmes liés à l'alcoolisme	++	+	--	-
-Personnes souffrant de maltraitance/violences familiales	-	-	-	++
-Patients psychotiques	+			
-Patients toxicomanes	+	+	--	+
-Personnes âgées fragilisées	-	--	+	+

Légende a

++ : oui, beaucoup

+ : oui, légèrement

-- : non, pas du tout ou pas mentionné

Légende b :

// ++ : oui et c'est problématique

// + : oui, c'est un problème mais on gère

// - : oui, mais ce n'est pas un problème

// -- : non, pas du tout ou pas mentionné

2. REVUE DE LA LITTÉRATURE

2.1. Introduction

En parallèle l'analyse situationnelle, nous avons documentés les thèmes de la précarité, de l'utilisation des services de santé en général et des services hospitaliers d'urgence en particulier. Pour ce faire, nous avons envisagé une revue de la littérature scientifique et de la littérature grise sous deux angles :

- 1) Revue générale de la littérature internationale sur la problématique des populations précaires et sur leur recours aux services d'urgences hospitalières. Nous avons procédé à des recherches par mots clés dans la base de données scientifiques *MEDLINE*. D'autres moteurs de recherche reconnus comme *google* ont été utilisés pour compléter les résultats avec des publications issues de la littérature grise (rapport de recherche, conférence, ...). Par ailleurs, les références pertinentes des articles et autres documents trouvés ont également fait l'objet de notre attention.
- 2) Revue nationale ciblée en vue de faire état des données locales et rapports d'enquêtes nationales. Nous avons prospecté auprès des différentes entités compétentes dans le domaine et auprès des partenaires de ce projet.

Nous présentons ci-après les résultats des différents thèmes documentés (les profils de précarité, l'engorgement des urgences, le lien entre précarité et recours aux soins dont les soins d'urgence, ...), ainsi que les expériences locales dans le domaine

2.2. Précarité

2.2.1. Entre pauvreté et exclusion sociale

La précarité n'est pas un sujet aisé à traiter, tant le domaine est vaste et le risque de stigmatisation sensible. La mondialisation, la crise économique et financière, la précarité dans les contrats de travail ou le chômage sont autant de facteurs pouvant être attribués à l'avancée de la précarité. Celle-ci est souvent résumée à une évaluation de la situation par rapport à l'emploi. Mais qu'en est-il réellement ? L'évolution sociale actuelle, on le constate malheureusement, est marquée par une progression du processus de précarisation de la population et peut dangereusement entraîner une dégradation de l'état de santé de ces populations les plus vulnérables. Le lien entre inégalités sociales et inégalités de santé

n'est aujourd'hui plus à prouver. Vivre avec des ressources limitées constitue certainement une limitation de la liberté et pousse les individus à faire des choix parmi leurs besoins essentiels. Bon nombre de personnes vivant dans la pauvreté ont effectivement des dettes liées à des droits fondamentaux comme l'enseignement, le logement mais également la santé (Service de lutte contre la pauvreté 2004)²⁰.

En France, selon Maric et ses collègues (Maric 2008²¹), le repérage des populations précaires se fonde sur une approche administrative ou situationnelle en distinguant les catégories suivantes : les chômeurs, les bénéficiaires du RMI, les titulaires de contrats aidés, les personnes sans domicile, les jeunes (16-25 ans) exclus du milieu scolaire et engagés dans un processus de réinsertion professionnelle. Selon les auteurs, cette approche devrait être complétée par la prise en compte des trajectoires sociales et professionnelles des personnes. L'évolution des situations et non seulement les situations doivent être repérées : par exemple l'évolution de la composition du ménage, le changement dans le logement, la scolarisation, l'emploi ou les diminutions de revenus. Pour ces auteurs, les événements de rupture peuvent être déclencheurs de la précarité qu'elle soit ponctuelle ou plus durable. Ils parlent de rupture familiale traduite par exemple dans le divorce ou de rupture professionnelle induite par la perte d'un emploi. Les notions de durée et de récurrence de ces ruptures dans les trajectoires des individus sont importantes surtout si l'on souhaite prévenir avant de guérir.

Pour le (HCSP-Haut Comité français de la Santé Publique 1998), la précarité est vue comme un état d'instabilité sociale caractérisée par la perte d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités professionnelles, familiales et sociales et de jouir de leurs droits fondamentaux.

De multiples définitions ré-interprètent le terme de précarité en fonction de contextes changeants. Certains éléments vont différer comme le fait de se limiter à des notions socio-administratives (emploi) mais la notion d'incertitude, d'insécurité est certainement une constante. Nous souhaitons mettre en évidence la définition suivante :

Pour Wresinski (Wresinski 1987), fondateur d'ATD quart-monde et auteur plusieurs livres sur la pauvreté, la précarité se définit par *« l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences*

²⁰ Le Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale propose une série d'indicateurs « de Laeken » pour mesurer la pauvreté : 10 indicateurs primaires et 8 indicateurs secondaires

²¹ Maric (2008), La prise en charge des populations dites précaires dans les établissements de soins, Document de travail de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Série Etudes et Recherches

plus ou moins graves et définitives. Elle conduit le plus souvent à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence qu'elle tend à se prolonger dans le temps et devient persistante, qu'elle compromet gravement les chances de reconquérir ses droits et de ré-assumer ses responsabilités par soi-même dans un avenir prévisible ».

Cette définition est multidimensionnelle et aborde la notion de marginalisation des populations démunies. Pour ces raisons sans doute, elle est régulièrement citée dans la littérature et constitue une référence pour ceux qui traitent le sujet. Par exemple, nous relevons que cette définition a été reprise par les Nations unies, en particulier dans les travaux de la Commission et du Conseil des Droits de l'Homme sur les droits de l'homme et l'extrême pauvreté et est également une définition de référence en France.

Plusieurs organismes nationaux ou réseaux d'associations pointent également la dimension multiple que revêt la notion de précarité (Sommet de Lisbonne en 2000). Gavray et al (Gavray & Ruyters 2007) mettent en évidence la nécessité de compléter les indicateurs de pauvreté monétaire ainsi que les indicateurs relatifs à l'accès aux droits fondamentaux par un palette d'indicateurs qui décrivent de manière plus fine la situation de pauvreté et le vécu des personnes qui y sont confrontées. Moulin ses collègues ont étudié la question et soutiennent également que la précarité est multifactorielle (Moulin *et al.* 2005)²². Dans leur rapport d'étude, ces auteurs ont mené une revue de la littérature (française et anglo-saxonne) qui montre cinq principaux domaines de précarité : la situation socio-économique, le logement, la situation vis-à-vis de l'emploi, les diplômes et l'état de santé.

Des indicateurs de pauvreté sont développés pour étudier cette population précaire mais cette dernière ne contribue pas à l'élaboration de ces outils. Un « baromètre » construit à partir d'un dialogue entre les individus et les professionnels contribuerait à approcher au mieux les préoccupations de ces personnes.

Il n'existe peut-être pas une définition totalement consensuelle de la précarité mais l'on s'accorde aujourd'hui sur l'importance de sa dimension multidimensionnelle. Ces résultats auront permis nous l'espérons de donner un nouvel éclairage à la problématique.

²² L'outil de repérage de la précarité développé par ces auteurs est présenté plus loin dans ce rapport.

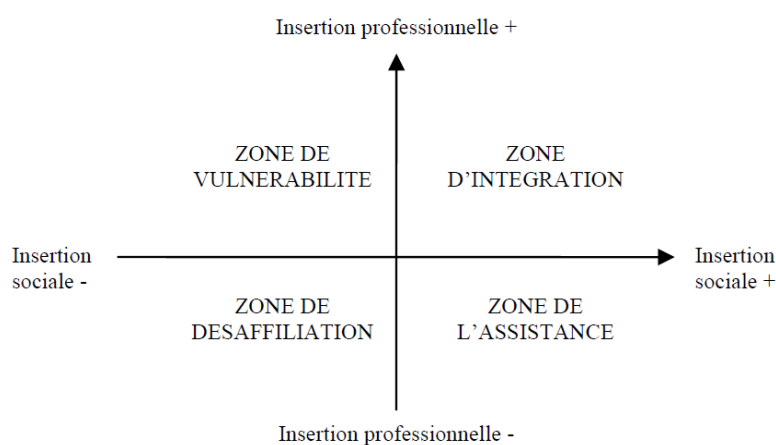
2.2.2. *Éléments conceptuels pour profiler la précarité*

Le caractère multidimensionnel importe dans l'identification des profils de vulnérabilité. On imagine facilement la difficulté d'identification de groupes statistiques pour ces populations vulnérables tant les situations sont multiples. A ce propos, Isabelle Parizot²³ précise que ces personnes ne forment pas une communauté sociale homogène. Au contraire, elles sont confrontées à une multitude de situations instables et génératrices de diverses difficultés et n'ont en commun que leur trajectoire. La pauvreté est envisagée « *non comme un état, mais comme un processus multidimensionnel, susceptible d'écarter toujours davantage de l'activité économique diverses franges de la population, et de conduire à la rupture du lien social.* »

C'est dans l'analyse du processus que plusieurs auteurs ont cherché les points de rassemblement. Tout d'abord, Robert Castel²⁴ qui a étudié la dynamique de l'exclusion sociale. Ensuite, Jean Furtos²⁵ qui a longuement étudié la souffrance psychosociale des individus (in *Les cliniques de la précarité*, Ed. Masson, 2008).

Chez Castel, ce sont l'insertion sociale et l'insertion professionnelle qui sous-tendent sa théorie (cf figure 1). Ces deux axes, établis comme des continuums, révèlent quatre zones de précarité qualifiant les différents états d'*existence sociale* (ou de non existence sociale). Ces états sont en nombre infinis, les deux axes s'influencent et se contaminent créant la multiplicité des situations de précarité que l'on peut catégoriser en quatre zones. Une zone dite de désaffiliation se marque par le double décrochage « *absence de travail et isolement relationnel* ».

Figure 1 : La dynamique de l'exclusion selon Robert Castel (Castel 2005)



²³ Parizot, Chauvin, Firdion, Paugam, Santé, inégalités et ruptures sociales, Inserm et Ined, juin 2003

²⁴ Castel R (1995), Les métamorphoses de la question sociale, Gallimard

²⁵ Expert reconnu dans le domaine de la santé mentale en contexte social.

La notion de précarité est relative, souvent assimilée à la pauvreté, elle est pourtant une question de seuil de culture. Pour Furtos, « *on peut vivre dans une société pauvre sans précarité et on peut vivre précaire dans une société riche* ». Comment alors identifier les populations vulnérables ? Comment mieux comprendre les souffrances des nouveaux patients qui arrivent dans nos hôpitaux ? Sa réponse est la suivante : en observant les pratiques et en travaillant avec les professionnels de terrain.

Furtos revisite le schéma de Castel en fonction de son expérience clinique et définit plusieurs objets sociaux comme le travail, l'argent, le logement, la formation, les diplômes, ... dont la combinaison et l'évolution peuvent générer une série d'insécurités de base amorçant le processus de précarisation. Il propose une analyse intéressante liée à la perte de ceux-ci et raisonne sur base des deux continuums de Castel, à savoir l'axe de l'intégration par le travail et l'axe de l'intégration dans le lien social.

L'objet social est donc plus qu'un fait concret, il est « *quelque chose d'idéalisé dans une société donnée, en rapport avec un système de valeurs (...) il donne un statut, une reconnaissance d'existence, il autorise des relations, on peut jouer avec lui comme une équipe de foot joue avec un ballon ; quelque fois l'objet susceptible d'être perdu est le terrain lui-même, c'est-à-dire l'aire culturelle et alors tout peut basculer* ». Furtos a observé les réactions des individus face à la perte des objets sociaux et propose quatre zones de perte de l'objet social (cf figure 2). Les trajectoires pour passer d'une zone à l'autre sont multiples, et ces zones ne délimitent pas nécessairement des groupes sociaux homogènes.

Une première zone est identifiée comme celle de l'intégration, zone dans laquelle la perte est envisageable. Ici, la précarité est jugée « normale », c'est-à-dire que le sujet peut anticiper positivement la perte possible de l'objet social. Cette pensée s'incarne par le raisonnement suivant : « *personne ne peut vivre seul, en autarcie* », « *quoiqu'il arrive je m'en sortirai* ». Cet état n'exclut pas la souffrance de l'individu mais cette souffrance est tolérable, et n'empêche pas de vivre.

La zone de vulnérabilité traduit une précarité qualifiée d'exacerbée. Ici, est introduite la notion de perte de confiance de l'individu en l'avenir et le sujet présente une vulnérabilité psychique, sans pour autant qu'il y ait perte effective des objets sociaux. Dans cet état de stress, l'individu n'envisage plus qu'un avenir catastrophique et souffre d'un malaise qui affecte sa qualité de vie, malaise illustré par la présence de pré-pathologies ou de pathologies avérées comme les dépressions.

La zone de l'assistance est typiquement celle du chômeur de longue durée, celle d'un individu qui a déjà perdu certains biens sociaux. La perte de ces biens sociaux entraîne un sentiment de honte chez l'individu, accompagné de signes de découragement, et d'inhibition. Cependant, cette catégorie ne

souscrit pas nécessairement au scénario d'avenir catastrophique. Ces personnes peuvent être aidées et, placées dans une relation qui rétablit la confiance et le respect, elles peuvent s'animer pour élaboration un projet d'avenir. Grâce à l'assistance, grâce à l'insertion, les symptômes psychiques comme l'a honte, le découragement et l'inhibition sont réversibles.

Une dernière zone dite de désaffiliation illustre les situations de précarité avec exclusion. « *Le problème pour ne plus souffrir certaines souffrances extrêmes (terreur, désespoir, effondrement, agonie psychique), c'est que l'on est obligé de s'exclure de soi-même (...)* A ce stade, l'exclusion sociale se double d'une auto-exclusion psychique qui doit être considérée comme une aliénation (...) ». Dans cette dernière catégorie, le processus de souffrance est avancé et difficilement réversible.

Figure 2 : Les quatre zones de la perte d'objet social selon Jean Furtos (Prévost, 2009²⁶)

Intégration par le travail		+	-
+	Intégration	<ul style="list-style-type: none"> - Précarité « normale » - Désillusion et deuil non catastrophiques - L'anticipation de la perte ne ferme pas l'avenir <p style="text-align: center;">(Souffrance qui permet de vivre)</p>	<p style="text-align: center;">Assistance</p> <ul style="list-style-type: none"> - Précarité compensée par des objets sociaux substitutifs - Symptômes psychiques réversibles (honte, découragement, inhibition, etc.) - Anticipation « ouverte » (souffrance qui empêche ou permet de vivre), selon l'environnement actuel et l'histoire du sujet. <p style="text-align: center;">Le contrat narcissique tient : bonne santé possible</p>
	Vulnérabilité	<ul style="list-style-type: none"> - Précarité exacerbée - Désillusion et deuil problématiques - Anticipation catastrophique de la perte, peur de l'effondrement <p style="text-align: center;">(Souffrance qui empêche de vivre, « stress », mélancolisation)</p>	<p style="text-align: center;">Désaffiliation (exclusion)</p> <p style="text-align: center;">Auto exclusion de soi-même</p> <ul style="list-style-type: none"> → désubjectivation → troubles des comportements <p style="text-align: center;">Réversibilité problématique</p> <p style="text-align: center;">Narcissisme négatif</p> <p style="text-align: center;">Souffrance qui empêche de souffrir</p> <p style="text-align: center;">Clinique « de la casse »</p>
Insertion dans le lien social			

²⁶ Prévost M (2009), La souffrance psycho-sociale : regards de Jean Furtos, Santé Conjuguée, Avril 2009. Dans le même numéro, Furtos développe la question du syndrome de l'auto-exclusion : Furtos J (2009), Quelques aspects de la santé mentale concernant l'habitat dans l'accompagnement des personnes précaires, Santé conjugué, Avril 2009.

2.2.3. Catégorisation des profils des populations défavorisées

Dans la récente publication de Albrecht et al (Albrecht & Martin 2009), les auteurs se sont intéressés au taux de risque de pauvreté en Belgique. En moyenne, le pourcentage est plus important en Wallonie et plus particulièrement chez les femmes (cf tableau 1).

Ces auteurs ont également mesuré la part de personnes vivant dans des ménages dont le revenu total est inférieur à 60% du revenu médian national équivalent, soit la « ligne de pauvreté ». Ces derniers chiffrent le seuil de pauvreté à 878€ par mois pour une personne isolée et à 1.844€ par mois pour un ménage composé de deux adultes et deux enfants.

Tableau 1 : Taux de risque de pauvreté (%), 2004-2006

	Belgique			Région flamande			Région wallonne		
	Total	F ⁽¹⁾	H ⁽¹⁾	Total	F	H	Total	F	H
2004	14,3	15,2	13,5	10,8	11,6	9,9	17	17,8	16,2
2005	14,8	15,5	14,1	11,3	11,9	10,7	16,8	17,9	15,7
2006	14,7	15,6	13,7	11,4	12,3	10,5	17,1	17,9	16,2
2007 ⁽²⁾	15,2	-	-	11	-	-	18	-	-

(1) F=Femmes ; H=Hommes. (2) Les chiffres pour 2007 sont issus d'un communiqué de presse où seuls les taux totaux sont dévoilés.
Source du tableau: Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale.

Un récent rapport de l'Institut Wallon de l'évaluation, de la prospective et de la statistique (IWEPS 2008) démontre que le risque de pauvreté (monétaire) est accru chez les jeunes de moins de 25 ans, les ménages isolés, les ménages isolés avec enfants, les personnes d'origine étrangère, les personnes âgées et les femmes. Notons que la situation critique des personnes âgées n'est pas nouvelle mais risque de se détériorer.

Dans ce rapport, est considéré comme bas salaire, un salaire journalier brut inférieur à 70 euros²⁷. Un autre seuil de 80 euros est identifié et correspond au salaire journalier maximum qui donne droit à des réductions sociales patronales pour les bas salaires. 25% des wallons se trouvent en dessous du seuil de 80 euros et 13% en dessous du seuil de 70 euros. Pour évaluer la pauvreté subjective, les auteurs ont étudié le fait de ne pas pouvoir « nouer les deux bouts ».

²⁷ Le seuil de 70 euros correspond au salaire moyen du premier quartile de la distribution des travailleurs wallons temps plein, et correspond également au deux tiers de la médiane de la distribution.

La pauvreté, nous l'avons vu n'est qu'une des dimensions de la précarité. Ce rapport présente d'ailleurs une photographie de la précarité en Wallonie présentant la population sous plusieurs angles. En plus des questions relatives aux revenus et à la pauvreté, d'autres questions comme le niveau d'instruction et l'orientation scolaire, l'accès à l'emploi, le logement, la situation familiale, la santé, la violence conjugale sont également traitées et dépeintes. La notion de précarité utilisée par l'IWEPS est bien multidimensionnelle et renvoie aux concepts d'incertitude, d'insécurité et de vulnérabilité. Est également introduite dans ce portrait la question d'avoir ou non un capital social. La notion de capital social couvre l'ensemble de liens et des réseaux qui unissent les groupes et les personnes au sein d'une communauté, les normes et les valeurs qu'ils partagent.

Dans une étude sur la précarité sociale et la marginalisation, Schiltz et ses collègues (Schiltz *et al.* 2007) distinguent différents groupes de sujets en rupture de projet de vie : les chômeurs longue durée, les SDF, les réfugiés et demandeurs d'asile, les personnes sortant de prison, et les toxicomanes.

Les auteurs ont entre autre exploité l'échelle de dépression HAD²⁸, un auto-questionnaire structuré qui a été développé par Zigmond et Snaith afin de dépister des manifestations psychopathologiques courantes. L'objectif essentiel de cette échelle est d'évaluer le niveau actuel de la symptomatologie dépressive et anxieuse en éliminant les symptômes somatiques. Cette étude a mis en évidence l'existence de profils de personnalité distincts au sein des exclus qui imposent dès lors la mise en œuvre de mesures thérapeutiques différentielles.

Dans une autre étude de l'IWEPS, Gavray et ses collègues (Gavray & Ruyters 2007) ont analysé, sur base des données du Panel Study on Belgian Household (PSBH)²⁹, les relations entre différents facteurs de précarité. L'échantillon de cette étude particulière se réfère à la population wallonne ayant 16 ans ou plus en 2002 et compte près de 2000 personnes. Les auteurs ont tenté par cette démarche de décrypter les facteurs fragilisants au sein de la population wallonne. Pour la période étudiée, allant de 1994 à 2002, l'étude conclut à l'aggravation du risque encouru pour l'ensemble des facteurs de précarité analysés.

Les différents facteurs de fragilisation étudiés sont :

- la situation familiale (personnes isolées ou en situation monoparentale),
- la qualité de l'environnement (mauvais état du logement, nuisances sonores, manque d'intimité par rapport aux voisins, environnement pollué, dégradé ou malodorant, vandalisme, insécurité),

²⁸ HAD = Hospital Anxiety and Depression Scale. Elle vise à dépister une tendance dépressive chez un patient (Dépression et syndromes anxio-dépressifs, J-D Guelfi et Coll, Ardix Medical)

²⁹ Le PSBH est représentatif de la Belgique et de ses trois régions.

- la pauvreté objective (basée sur le revenu du ménage)
- la pauvreté subjective (basée sur l'appréciation des personnes),
- l'environnement professionnel (pas de travail ou situations incertaines)
- le réseau social et culturel,
- la santé physique et psychologique et également en terme de
- satisfaction des conditions de vie.

Un travail de regroupement selon les divers facteurs de précarité permet aux auteurs de mettre en évidence trois catégories (cluster) qui identifient au mieux le vécu de ces wallons. Ils proposent la typologie suivante :

- 1) *Premier cluster* articulant le fait de vivre seul et d'avoir des problèmes de santé physique (correspond à 30% de la population wallonne en situation de précarité)
- 2) *Deuxième cluster* comprenant le logement sans confort, la pauvreté objective, la monoparentalité et le haut degré d'insatisfaction des conditions de vie (12%)
- 3) *Troisième cluster* témoignant des fragilités contemporaines telles que les fragilités d'ordre subjectif et de santé psychosociale (dépression) ou les dégradations de l'environnement (58%)

C'est le troisième cluster qui numériquement parlant est le plus proche de la situation des wallons en situation de précarité. On y retrouve une majorité de personnes (hommes et femmes) entre 30 et 49 ans avec une vie active professionnelle et parentale. Cette population active peut apparaître comme plus privilégiée mais il n'en est rien, le rapport attire l'attention sur le fait qu'elle est lourdement soumise aux facteurs de risques (fragilisation des couples et ruptures familiales). Le second cluster rassemble de manière plus marquante des femmes entre 30 et 49 ans et identifie sans doute le cœur de la précarité. Et c'est dans le premier que l'on retrouve une majorité de personnes âgées de 65 ans et plus et surtout des femmes.

Les auteurs pointent des situations particulièrement sensibles et problématiques comme, par exemple, chez les jeunes, le fait de vivre seul induit une plus grande détresse psychologique ou, chez les personnes âgées où l'on associe les problèmes de santé physique et l'isolement familial.

Les tableaux 2a et 2b présentent le pourcentage de sujets touchés par chaque facteur de risque de précarité dans la population wallonne et la probabilité pour ces derniers d'être affecté par une seconde précarité. Pour chaque cellule, les sous-groupes à risques sont également identifiés. Globalement, il en ressort que les sous-groupes particulièrement vulnérables face au risque de précarité sont essentiellement les femmes (30-49 ans), les jeunes (< 30 ans) et les personnes âgées (65 ans et plus).

Tableau 2a : Tableau synthétique des interactions entre les facteurs de précarité de
dans la population wallonne (PSBH) (Gavray & Ruyters 2007)

Tableau 7.1. : Regard sur une approche multidimensionnelle de la pauvreté en Région wallonne (11ème vague du PSBH)

POPULATION DE REFERENCE : LA POPULATION TOTALE WALLONNE AGEE DE PLUS DE 16 ANS (n1) effectifs non pondérés = 1 793 (n2) effectifs pondérés = 2 820	UN SEUL FACTEUR DE PRECARITE % de sujets touchés par un facteur de précarité dans l'échantillon wallon des 16 ans et + (16-65 ans pour les facteurs d'insertion professionnelle) Détermination des groupes à risques supérieurs ou protégés par rapport au groupe de référence	% de sujets concernés par une précarité donnée (en abscisse) et qui cumulent avec chaque autre préc				RESSOURCES ECONOMIQUES DU Appartenant à un ménage pauvre selon seuil de pauvreté de 60% du revenu médian des ménages wallons
		RESSOURCES FAMILIALES		ETAT DU LOGEMENT		
		Personnes isolées	Sujets en situation monoparentale (groupe de réf.= F 30-49 ans)	Problèmes de qualité du logement	Environnement avec nuisances	
RESSOURCES FAMILIALES						
Personnes isolées n1 = 278 n2 = 524	18,6%			3,9% [0,6]	8,0% n.s.	12,9% 0,7
sujets en situation monoparentale n1 = 106 n2 = 140	5,1% (6,2% parmi les 16-65 ans)			19,2% 3,4	27,2% 3,0	58,2% 3,5
ETAT DU LOGEMENT						
problèmes de qualité du logement n1 = 113 n2 = 176	6,2%	11,4% [0,6]	15,3% 3,5		31,8% 3,8	35,2% 2,0
Environnement avec nuisances n1 = 163 n2 = 277	9,8%	15,2% n.s.	14,0% 3,4	20,2% 4,3		39,6% 2,4
RESSOURCES ECONOMIQUES DU MENAGE D'APPARTENANCE						
appartenant à un ménage pauvre, selon seuil de pauvreté fixé à 60 % du revenu médian des ménages wallons n1 = 330 n2 = 517	18,8%	12,5% 0,6	16,0% 6,0	12,0% 2,4	20,7% 2,8	
appartenant à un ménage pauvre selon une appréciation subjective des personnes n1 = 625 n2 = 1 027	36,5%	23,0% 1,5	8,5% 2,7	12,3% 4,9	14,0% 1,9	37,1% 4,5
NIVEAU DE QUALIFICATION						
Personnes peu qualifiées (ens. sec. inf. max.) n1 = 638 n2 = 1 130	40,6%	20,8% [1,2]	6,7% 1,6	9,1% 2,3	10,5% n.s.	23,1% 1,5
INSERTION PROFESSIONNELLE						
Non travailleurs (concerne les 16-64 ans, y compris les étudiants) n1 = 513 (sur 1 427) n2 = 813 (sur 2 092)	38,9%	13,0% [1,3]	7,4% n.s.	8,8% [1,4]	15,3% 1,8	34,3% 2,2
insertion profes. insécure (concerne les travailleurs 16-64 ans) n1 = 233 (sur 914) n2 = 319 (sur 1 279)	25,0%	13,1% [1,5]	7,7% [1,7]	6,3% n.s.	8,9% n.s.	21,4% 1,6
RESEAU SOCIAL						
Faible réseau social et culturel n1 = 652 n2 = 1 103	39,8%	20,8% 1,3	6,9% 1,7	6,0% n.s.	10,3% n.s.	22,8% 1,4
NIVEAU DE BIEN-ETRE						
Santé physique défaillante n1 = 316 n2 = 555	19,8%	27,5% 1,7	4,2% n.s.	6,4% n.s.	10,0% n.s.	13,8% 0,7
Santé psychologique fragile n1 = 578 n2 = 907	33,1%	19,4% n.s.	8,1% 2,2	8,6% 1,7	13,0% 1,5	23,8% 1,4
Insatisfaction en terme de qualité de vie n1 = 255 n2 = 397	15,0%	17,7% n.s.	9,4% 2,2	12,4% 2,7	20,7% 2,6	36,3% 2,3

Source : PSBH 11ème vague - 2002

n.s. = non significatif

[] : valeur limite en termes de significativité

Tableau 2b : Tableau synthétique (suite)

DEUX FACTEURS DE PRECARITE
 ité (en ordonnée). Visualisation des groupes à risques ou protégés par rapport au groupe de référence (H 30-49 ans sauf en ce qui concerne la monoparentalité -ref= F 30 à 49 ans ici -)

MENAGE D'APPARTENANCE	NIVEAU DE QUALIFICATION		INSERTION PROFESSIONNELLE	INSERTION PROF INSECURE	RESEAU SOCIAL	NIVEAU DE BIEN-ETRE		QUALITE DE VIE
Appartenant à un ménage pauvre selon une appréciation subjective des personnes	Personnes diplômées au maximum de l'enseign. sec. Inf.		Non travailleurs (concerne les 16-64 ans, y compris étudiants)	Travailleurs insécures concerne les travailleurs de 16-64 ans	Faible réseau social et culturel	Santé physique défailante	Santé psychologique fragile	Insatisfaction en terme de qualité de vie
45,6% 1,3	45,6% [1,1]		46,0% [1,2]	33,9% [1,4]	45,2% 1,2	29,5% 1,7	34,3% n.s.	14,8% n.s.
	groupe protégé F 30-49		groupe à risque sup. F 50-64		groupe protégé F 65+		groupe à risque sup. F 30-64	groupes protégés H 65+ F 65+
60,8% 1,7	51,2% 1,3		45,0% n.s.	35,4% [1,4]	53,3% 1,4	16,4% n.s.	52,3% 1,6	28,6% 2,0
groupe protégé F 65+ n.s. pour les hommes								
73,6% 2,2	60,7% 1,5		47,7% [1,3]	25,7% n.s.	37,4% n.s.	20,7% n.s.	45,4% 1,4	31,8% 2,3
groupes protégés H 50-64 ans F 50-64 ans	groupes à risque sup. H 50-64 H 65+		groupes à risque sup. tous les autres groupes que le groupe de référence		groupe protégé F 30-49			
52,0% 1,5	43,4% n.s.		53,6% 1,5	26,3% n.s.	42,1% n.s.	20,1% n.s.	42,8% 1,3	31,7% 2,4
groupes protégés H 50-64 F 50-64			groupes à risque sup H 16-29 F 16-29	groupe à risque sup. F 16-29	groupe protégé H 16-29	groupe à risque sup. H 65+		groupe protégé F 65+
72,1% 2,5	50,2% 1,3		58,4% 1,8	33,9% 1,5	48,4% 1,3	14,7% 0,7	41,3% 1,3	29,1% 2,5
	groupes à risque sup H 65+ F 65+		groupes à risque sup. H 16-29 F 16-64	groupe à risque sup F 30-49	groupe protégé : H 16-29 groupe à risque sup F 65+		groupe protégé H 16-29	groupe protégé F 16-29
		54,4% 1,7	50,5% 1,6	27,8% n.s.	48,3% 1,4	24,2% 1,4	45,5% 1,8	27,5% 3,5
	groupes protégés F 50-64 HF 65+		groupes à risque sup. tous les autres groupes que le groupe de référence	groupe à risque sup. F 16-29	groupes protégés HF 16-29 groupe à risque sup. F 65+	groupes à risque sup. H 50-64 HF 65+ groupes protégés H 16-29 F 16-29	groupes à risque sup. F tous âges groupe protégé H 16-29	groupes protégés H 16-29 F 16-29 F 50-64 HF 65+
48,7% 1,8			43,7% 1,9	27,9% n.s.	51,9% 1,7	27,1% 1,8	34,7% n.s.	16,1% n.s.
groupes protégés H 50-64 HF 65+			groupes à risque sup. tous les autres groupes que le groupe de référence		groupes à risque sup. F 30-49 HF 65+	groupes à risque sup. HF 65+ groupes protégés HF 16-29	groupe à risque sup. F 50-64 groupe protégé H 16-29	groupes protégés HF 16-29 HF 50-64 HF 65+
49,6% 1,6	48,6% 2,0				39,2% 1,3	20,1% 2,0	39,9% 1,2	21,2% 1,3
groupes protégés HF 16-29 H 50-64					groupes protégés HF 16-29	groupes protégés HF 16-29	groupe protégé H 16-29	groupes protégés tous les autres groupes que le groupe de référence
34,3% n.s.	26,6% n.s.				35,5% [1,2]	11,0% n.s.	37,1% n.s.	13,8% n.s.
groupe protégé F 16-29					groupe à risque sup. F 30-49 groupe protégé : H 16-29		groupe à risque sup. F 30-49	
44,2% 1,4	52,9% 1,6		44,3% 1,2	28,3% n.s.		28,2% 2,0	34,2% n.s.	17,6% 1,3
groupe protégé H 65+	groupes à risque sup. H 50-64 HF 65+		groupes à risque sup. tous les autres groupes que le groupe de référence	groupe à risque sup. F 16-64		groupes à risque sup. H 50-64 HF 65+	groupe à risque sup. F 16-49	groupes protégés F 16-29 HF 50-64 HF 65+
44,4% 1,3	55,3% 1,5		55,8% 1,6	27,1% n.s.	57,3% 1,6		45,1% 1,5	15,7% n.s.
	groupes à risque sup. F 50-64 F 65+		groupes à risque sup. F 16-49 HF 50-64		groupes à risque sup. F 30-49 F 65+		groupe à risque sup. F 30-64	groupes protégés F 50-64 HF 65+
50,0% 1,7	41,6% n.s.		43,3% 1,2	27,6% n.s.	40,7% n.s.	26,4% 1,7		24,0% 2,3
	groupes à risque sup. F 50-64 HF 65+ groupes protégés H 16-29 F 30-49		groupes à risque sup. F 16-29 HF 50-64		groupes à risque sup. F 30-49 HF 65+	groupes à risque sup. H 50-64 HF 65+ groupe protégé F 16-29		groupe protégé F 16-65+
66,8% 2,1	42,8% n.s.		44,0% 1,2	21,5% n.s.	47,1% 1,2	20,1% n.s.	53,2% 1,8	
	groupes protégés F 30-49 F 65+		groupes à risque sup. F 16-29 F 50-64	groupe à risque sup. H 16-29		groupes à risque sup. HF 65+		

Guide de lecture de la matrice :

La première colonne de la matrice mentionne les indicateurs de précarité ainsi que le nombre de sujets, non pondérés (n1) et pondérés (n2), concernés par chacun d'eux. La deuxième colonne donne le pourcentage des personnes de l'échantillon wallon, après pondération, concernées par chaque 'précarité'.

Les colonnes 3 à 15 renseignent tour à tour sur : (1) le pourcentage de sujets concernés par une seconde précarité étant donné la première (celle renseignée en première colonne de la ligne) ; (2) l'intensité du risque de subir cette seconde précarité comparativement à celui encouru en l'absence de la première précarité (un indice de 1 équivaut à un risque identique, un indice inférieur à 1 équivaut à un risque inférieur et un indice supérieur à 1 équivaut à un risque supérieur) ; (3) les groupes démographiques qui ressortent, de façon significative, comme plus protégés ou, au contraire, plus à risque que le groupe de référence.

Exemple de lecture – première ligne du tableau : sur l'ensemble des personnes de notre échantillon, 278 individus sont isolés. On en déduit un effectif pondéré de 524. En proportion de la population, 18,6% des Wallons sont isolés. Parmi ceux-ci, 3,9% occupent un logement en mauvais état. Le risque d'occuper un logement en mauvais état lorsqu'on est isolé est inférieur de moitié environ (0,6) à celui encouru lorsqu'on n'est pas isolé. Les groupes à risque supérieur d'isolement sont les femmes de 50 ans et plus et les hommes de 65 ans et +.

2.2.4. Un arrêt sur la problématique particulière des sans-abri

Les personnes sans-abri : Qui sont-elles ? Combien sont-elles ? Tout d'abord, nous présentons la définition du sans-abrisme proposée par la Feantsa (Fédération européenne d'associations nationales travaillant avec les Sans-abris). Elle comprend quatre grandes catégories de personnes:

- les personnes sans-abri (vivant à la rue ou hébergées en abri d'urgence),
- les personnes sans logement (hébergées en maison d'accueil),
- les personnes en logement précaire et
- les personnes en logement inadéquat.

En Belgique, une première tentative de dénombrement des personnes sans-abri (limitée aux deux premières catégories identifiées par la Feantsa) a été menée dans la Région de Bruxelles en novembre 2008 par le centre d'appui au secteur bruxellois d'aide aux sans-abri (La Strada 8 A.D.). Il s'agit d'un recensement réalisé pour le 19 novembre 2008 entre 23 et 24h.

545 personnes sont identifiées à la rue, 173 en hébergement gratuit (1 nuit), 49 en hébergement de crise (plusieurs jours), 839 en maison d'accueil agréées (hébergement et accompagnement psycho-social), 105 en maison non agréée et 685 en service d'habitat accompagné. Ce qui fait un total de 2396, soit 2.3/1000 habitants.

Dans une analyse de la pauvreté en Région Bruxelloise, Perdaens et ses collègues³⁰ avaient formulé en 2002 un plaidoyer pour le renforcement l'offre de logements pour les personnes en difficultés.

2.2.5. La question de la mobilité sociale

Dans les entrevues de la phase exploratoire, les professionnels ont identifié une population précaire émergente : la seconde génération de précarisés. La question qui survient est celle de la mobilité sociale pour ces personnes ? Albrecht et al (Albrecht & Martin 2009) ont traité le sujet et insistent sur le caractère de reproduction sociale. La pauvreté fait partie de cet héritage économique, éducatif et familial.

Le sociologue Pierre Bourdieu distingue à ce propos trois formes de capital dont tout individu va hériter : le capital économique, le capital social et le capital culturel. Le premier couvre la notion de

³⁰ Perdaens (2002), 8ème rapport sur l'état de la pauvreté en Région de Bruxelles-Capitale, Observatoire de la Santé et du Social Commission communautaire commune de Bruxelles-Capitale (Lien : <http://www.luttepauvrete.be/publications/BruxellesrapportFR.pdf>)

patrimoine et désigne les biens et revenus des individus. Le second couvre la notion de réseau social mobilisable et se base sur la famille, les relations (professionnelles), les amis, le quartier. Le troisième se rapporte davantage à la question de la marginalité et repose sur l'éducation, les connaissances, les manières d'être, le langage, le mode de vie, les loisirs, le respect des horaires et des contraintes, etc. Dans ce raisonnement, l'individu hérite non seulement du capital économique mais également du capital social et du capital culturel. Les trois « capital » se transmettent de façon « déterministe » à la génération suivante.

2.3. Services d'urgences, santé et précarité

2.3.1. Santé et précarité

Certaines populations sont jugées plus à risque d'exclusion que d'autres de par leur état sanitaire (handicap, alcool, ...), leur situation familiale (famille monoparentale, ...), leur condition de vie (logement insalubre,), etc (Doumont et al. 2000). Quelle est alors la maladie de la précarité ?

Comme mentionné par Bertolotto (Bertolotto 1996), plusieurs études ont analysé l'état de santé des personnes précarisées et ont conclu à une absence de pathologie bien spécifique mais l'existence du cumul de difficultés psychologiques mais aussi biologiques, problèmes souvent exacerbés par une situation de fragilité et de précarité sociale.

« La santé, ce n'est pas seulement les soins. Vivre dans la pauvreté, c'est vivre dans les soucis. Quand tout manque, les parents se sentent humiliés. De plus, la pauvreté attaque la santé : le bruit, la pollution, les mauvais logements, l'humidité, l'inquiétude, tout cela au long des années, ça use le corps et l'esprit » (Arene 1995³¹)

Pas de maladie spécifique mais certainement un cumul de symptômes et des facteurs de risques. On constate une incidence particulière par exemple pour des problèmes ophtalmologiques, dentaires ou pour certaines maladies mentales névrotiques (essentiellement les dépressions).

Bertolotto parle de fracture sociale et pointe l'émergence de recours aux soins d'un nouveau genre auxquels les prestataires de soins doivent faire face et qui renvoient au ressenti du patient et à un sentiment de mal-être de la part de celui-ci, parfois même doublé de comportements d'abandon au

³¹ Arene M., Brix O., et al, Les grandes tendances, In Actualité et dossier en santé publique, n°12, Septembre 1995

niveau de l'hygiène corporelle et de vie, ou encore de comportements à risques comme la toxicomanie ou l'alcoolisme. En cause, les effets de la crise sociale sont marqués par l'affaiblissement des mécanismes de soutien social (isolement, ruptures familiales, ...), et par une souffrance individuelle et collective profonde.

« L'analyse de la demande fait souvent apparaître un sujet en voie de décomposition, ayant perdu (ou ne possédant pas pour les plus jeunes) les repères les plus élémentaires lui permettant de s'adapter de manière logique à sa situation, en discernant clairement ses intérêts (ici il s'agit de santé) et en se situant correctement (Bertoloto 1996) »

Certains problèmes de santé se révèlent bien plus présents auprès des populations en situation précaire, même si l'identification de ces problèmes de santé par les personnes précaires elles-mêmes reste une question importante.

Dans son étude, Maric (sus-cité - 2008) évoque le cumul des désavantages sociaux. Se basant sur les résultats d'une enquête de l'Insee auprès des usagers de centres d'hébergement, il pose le constat selon lequel le cumul des désavantages sociaux tend à réduire les capacités des personnes précaires à prévenir et à gérer les maladies et leurs éventuelles conséquences. Le contexte environnemental de ces personnes, à savoir la faiblesse des liens sociaux ou l'inactivité professionnelle est associé à des risques de santé accrus et en particulier les troubles, états dépressifs (Mesrine 2000³²). De nombreuses recherches pointent le fait que les chômeurs ont davantage de maladies, de symptômes dépressifs. Dans cette population, les facteurs de risques comme l'alcool, le tabac ou la consommation de psychotropes sont également mis en évidence et pointés comme plus fréquents que dans la population générale. D'autres recherches mettent en évidence des phénomènes comme la sous-consommation de soins ou le recours tardif aux soins pour les personnes en situation de précarité.

2.3.2. Urgence et précarité

Concernant la prise en charge aux urgences des problèmes de santé des personnes en situation de précarité, nous soulevons le paradoxe suivant, d'ailleurs également soulevé dans nos entretiens de la phase exploratoire : Sous les termes « urgences » et « précarité » on peut retrouver deux notions à la limite du contradictoire. L'association de ces deux termes implique en effet le règlement rapide de problèmes liés à la détresse physique et sociale qui eux, par définition, ne peuvent se résoudre que sur le long terme.

³² Mesrine, A. La surmortalité des chômeurs : un effet catalyseur du chômage ?, Insee, Economie et Statistique, N°334, 2000

Pourtant, pour les personnes en précarité, les urgences hospitalières apparaissent comme le seul recours possible (Vallejo *et al.* 2007). Et l'hôpital constitue un lieu de recours privilégié pour les personnes médicalement et socialement vulnérables, ce qui lui confère d'ailleurs une mission de prise en charge de cette détresse physique et/ou sociale et ce dès l'accueil. Les recours de ces personnes peuvent s'avérer répétés et coutumiers.

2.3.3. *Mission et phénomène de saturation des services d'urgence*

Pour le conseil de l'Europe (Claessens *et al.* 2007), la mission première de ces services hospitaliers se situe dans la prise en charge des urgences désignées comme prioritaires dont le top 5 est : l'arrêt cardio-respiratoire, le polytraumatisé grave, l'infarctus aigu du myocarde, l'AVC et les dyspnées aiguës sévères. La population problématique dont nous nous occupons ne se situe pas dans ces priorités.

Du côté de l'offre, on fait face à des changements. En Belgique, les hôpitaux sont par exemple sous pression pour limiter les durées des séjours hospitaliers, ce qui les a poussés à développer des stratégies d'adaptation qui ont modifié l'organisation entre les services. Une part de la pression reposerait sur les urgences qui semblent faire face à un nombre plus important d'examen (auparavant réalisés pendant le séjour en hospitalisation du patient). Dans ce raisonnement, les urgences effectuent ainsi un travail de dégrossissement. La demande se modifie également et a tendance à évoluer en fonction des exigences sans cesse grandissantes des patients (en terme de consommation de soins de qualité, d'accessibilité immédiate, d'impatience, etc.).

En illustration de ce propos, « *La médecine hospitalière moderne se caractérise de plus en plus par un fonctionnement pluridisciplinaire et multidisciplinaire, où le service social occupe une place de plus en plus importante. La pression pour renvoyer les patients de plus en plus tôt à leur domicile va toujours croissant. Comme l'état de beaucoup de patients n'est certainement pas encore fort stable à leur sortie, bien préparer celle-ci constitue une tâche toujours plus importante pour le travailleur social (assistant social ou infirmière sociale). Si l'hôpital veut travailler dans une perspective d'avenir, son service social doit également être associé à la dispensation de soins aux patients en polyclinique, en hôpital de jour et en service des urgences.* ³³ » (Extrait de l'avis coordonné relatif au service social à l'hôpital).

³³ Avis coordonné relatif au service social de l'hôpital (03 2001), N/Réf. : CNEH/D/191-1

Le constat de saturation « générale » des services hospitaliers d'urgence a été mis en avant dans l'appel d'offre pour ce projet. Selon McGee 2007 (McGee & Kaplan 7 A.D.), le problème peut se définir comme toute situation pour laquelle la demande de soins d'urgences excède la capacité du service à offrir des soins de qualité dans un délai acceptable. Les définitions existantes identifient les cas suivants :

- des lits occupés pour plus de six heures,
- des patients installés dans les couloirs,
- une salle d'attente remplie pour six heures ou plus sur la journée,
- un sentiment de rush chez les urgentistes pendant six heures ou plus sur la journée,
- des patients atteints d'affection aiguë qui attendent pendant six heures ou plus avant d'être vus par un médecin.

L'engorgement des urgences est largement traité dans la littérature, nous n'approfondirons pas davantage le sujet.

Quelques publications récentes sur la gestion de la saturation des services d'urgence

Holroyd BR, Bullard MJ, Latoszek K, Gordon D, Allen S, Tam S, Blitz S, Yoon P, Rowe BH. Impact of a triage liaison physician on emergency department overcrowding and throughput: a randomized controlled trial. Acad Emerg Med. 2007 Aug;14(8):702-8.

Exadaktylos AK, Evangelopoulos DS, Wullschlegler M, Bürki L, Zimmermann H. Strategic emergency department design: An approach to capacity planning in healthcare provision in overcrowded emergency rooms. J Trauma Manag Outcomes. 2008 Nov 17;2(1):11. PMID: 19014621

Howell E, Bessman E, Kravet S, Kolodner K, Marshall R, Wright S. Active bed management by hospitalists and emergency department throughput. Ann Intern Med. 2008 Dec 2;149(11):804-11. PMID: 19047027

Weiss SJ, Ernst AA, Nick TG. Comparison of the National Emergency Department Overcrowding Scale and the Emergency Department Work Index for quantifying emergency department crowding. Acad Emerg Med. 2006 May;13(5):513-8. Epub 2006 Mar 21.

Salvi F, Morichi V, Grilli A, Giorgi R, De Tommaso G, Dessì-Fulgheri P. The elderly in the emergency department: a critical review of problems and solutions. Intern Emerg Med. 2007 Dec;2(4):292-301. Epub 2007 Nov 28. Review.

2.3.4. Notion d'urgence non appropriée

Bien qu'une littérature abondante existe sur le sujet, la nature appropriée ou non d'un recours aux services d'urgence reste difficile à définir. De sa revue de la littérature, Sanders (Sanders 2000) n'a

pas trouvé de définition universelle mais relève néanmoins trois thèmes pouvant suggérer qu'il y a recours inapproprié :

- les « non-accidents » ou « non-urgences »,
- les plaintes dont les symptômes existent depuis plus de 24h (parfois 48h),
- les plaintes qui auraient pu être traitées par un généraliste.

Selon Shetgen (Shetgen 2004), en Belgique, le nombre de patients n'ayant pas leur place aux urgences hospitalières est évalué entre 20 et 30%. Cependant, la perspective depuis laquelle on juge la raison de la consultation influence toute tentative de définition. En effet, selon qu'on se positionne du point de vue du patient, du médecin ou du système de santé les perspectives changent (Gourbin C 2005). La perception de recours injustifié du jeune infirmier ou d'un infirmier expérimenté peut fortement varier (Sanders 2000). Il est donc difficile de vouloir comparer les taux de recours inappropriés mentionnés dans différentes études.

Diverses alternatives sont explorées pour limiter les urgences non appropriées. Pour Gourbin et al les alternatives comme le cost-sharing, le triage téléphonique, le triage, les consultations par téléphone ou la télémédecine n'ont que très peu d'impact sur la fréquentation des urgences (Gourbin C 2005). D'autres auteurs présentent des expériences intéressantes, où l'on observe une réduction de la charge de travail aux urgences quand le service de médecine générale se situe à côté du service des urgences (Collard *et al.* 2009). Cette question est développée dans le chapitre consacré aux Gardes médicales.

En Belgique, le gouvernement fédéral a développé différentes mesures pour tenter de désengorger les services d'urgence. Depuis 2003, il a notamment mis en place les cercles de médecins généralistes³⁴ responsables entre autres de l'organisation des gardes sur des zones géographiques couvrant au minimum 30000 habitants par cercle. Des frais d'organisation et des indemnités de disponibilité sont prévus dans ce nouveau système (Shetgen 2004). Il existe d'ailleurs plusieurs fonds d'impulsion³⁵ pour le développement de la médecine générale : ImpulseoI pour le soutien au médecin généraliste débutant sous forme de prime d'installation et prêts sans intérêts pour ceux qui s'installent dans une zone à faible densité, ImpulseoII pour le soutien administratif aux médecins généralistes qui ont une pratique groupée et ImpulseoIII (en cours d'élaboration) pour les pratiques en solo.

³⁴ 28/11/2008, AR portant octroi d'un subside aux cercles de médecins généralistes agréés

³⁵ Lien web : <http://www.dekamer.be/doc/CCRI/pdf/52/ic458x.pdf>

2.3.5. *Facteurs explicatifs des recours aux services d'urgence*

Nous penchons dans cette section sur le rapport aux soins ou au système de santé des patients et étudions les déterminants des recours comme l'importance de l'aspect financier, le fait d'avoir un médecin traitant, la notion d'urgence ressentie par le patient, la proximité, l'accessibilité aux soins, les profils des usagers...

Une des mesures pour désengorger les urgences hospitalières prises par le gouvernement belge a été celle de l'instauration d'honoraires supplémentaires pour les urgences non justifiées (12,5EUR) (Shetgen 2004). Une étude empirique du KCE menée sur les grandes villes belges – Anvers, Gand, Bruxelles et Charleroi – et publiée en 2005 (Gourbin C *et al.* 2005) a évalué la question. L'étude n'a pu démontrer l'efficacité de la mesure. Les auteurs ajoutent d'ailleurs qu'à ce stade, aucune étude ne peut se prononcer de manière ferme quant à l'effet d'un co-paiement forfaitaire sur l'utilisation des services d'urgences. Les usagers ne semblent donc pas intégrer cet élément dans le choix de recours aux urgences.

Les résultats du KCE ne permettent pas de conclure que le paiement d'une contribution personnelle forfaitaire influence le comportement de consommation (différer ou renoncer à un recours justifié). Une première explication avancée est la méconnaissance du système. Seuls 32% des patients ont connaissance du forfait, les autres s'attendent à une prise en charge (partielle) de l'assurance maladie. Trois catégories de patients (les personnes âgées, les inactifs et les personnes sans diplôme secondaire supérieur) sont encore moins informées. Ces résultats mettent clairement en évidence le fait que les déterminants de recours aux urgences ne sont pas uniquement d'ordre financier.

Une étude menée en 2009 au CHRN de Namur (Collard *et al.* 2009) a montré qu'une part négligeable (1%) des 255 patients interrogés a mentionné l'aspect financier comme déterminant de leur recours aux services d'urgence. Ceci rejoint le constat établi par le KCE.

Selon Shetgen (Shetgen 2004), plusieurs motifs amènent les citoyens à se rendre directement aux urgences. L'une des raisons est la conviction d'avoir besoin d'actes techniques pour le diagnostic. Il y a également le souhait d'être examiné par un spécialiste (les compétences du généraliste étant parfois mal connues) ainsi que le manque de disponibilité (réel ou supposé) des médecins de famille en cas d'urgence.

Les caractéristiques associées au fait d'avoir ou pas un médecin traitant ont été étudiée par Gourdin (Gourbin C *et al.* 2005). Moins de 20% des patients interrogés aux urgences avaient été référés par un

médecin. Le fait d'avoir un médecin traitant ou non influence le comportement des usagers, et donc nécessairement le recours aux soins d'urgences. Les patients sans médecin traitant sont identifiés comme étant les parents d'enfants de moins de 4 ans, les non-belges, les personnes vivant seules et les personnes ayant un niveau d'instruction plus élevé. Parmi les patients qui consultent un médecin généraliste, 75% ont connaissance de la mesure tarifaire (contre 32% dans la population générale).

Selon Sanders (Sanders 2000), la hausse des admissions aux urgences en Angleterre et au pays de Galle provient de l'augmentation du recours pour des «problèmes mineurs». L'auteur met en évidence le fait que les patients qui recourent aux urgences le font pour bénéficier rapidement des meilleurs soins médicaux, et très rarement par commodité (Walsh 1995). Deux auteurs ont montré que c'est l'ignorance des patients qui génère un recours non justifié aux urgences (Myers 1982, Davison 1983). Pour d'autres c'est l'incertitude face à la sévérité de plainte qui génère de l'anxiété et justifie le recours (Lewis 1982). En 1995, Walsh a montré que 30% des plaintes mineures avaient été classées niveau 4 ou niveau 5 - le maximum - par les patients. Ce qui signifie que la majorité des patients qui utilisent les urgences à mauvais escient estiment leur recours tout à fait justifié. Selon plusieurs de ces auteurs les patients ne sont pas à même de faire un auto-diagnostic. A ce propos, gardons en tête que cette catégorie ne peut être sanctionnée puisque le patient n'a pas la connaissance médicale pour juger de la gravité de son état. Décourager cette patientèle pourrait devenir potentiellement dangereux.

De plus, le recours aux urgences se base sur une attente de services de la part de l'hôpital, certains patients anticipent déjà le fait que des examens seront nécessaires : par exemple Murphy (1993) montre que 47% des patients anticipent des radiographies, ... D'autre part, certaines activités des médecins généralistes sont méconnues (enlever les fils après une suture, ...).

En France, Gentile étudie la perception de l'urgence et le comportement de recours au service hospitalier d'urgence chez plus de 200 patients adultes³⁶ (Gentile 2004). L'enquête est menée en 2002 sur une zone d'attraction des usagers, proche d'un hôpital de Marseille. L'auteur relève que ses résultats sont conformes avec ceux obtenus dans d'autres études du DREES publiées à la même époque. Dans une situation où le médecin généraliste est indisponible, l'auteur identifie des comportements de recours différents selon que l'urgence soit ressentie ou non :

- Tout d'abord, dans une situation ressentie comme non urgente, le recours aux soins va différer selon le moment de la journée ou de la semaine. En journée et en semaine, une grande

³⁶ Dans cet échantillon de patients, près de la moitié sont inactifs (dont 34% sans profession, 4% d'étudiants, 4% de retraités, 1.6% de mères au foyer).

majorité des personnes (soit 87%) se tournera quand même vers un médecin généraliste (et attendra son rendez-vous). Seules 8% des personnes vont recourir aux services d'urgences. Pour les autres, 62% vont contacter SOS médecin, 26% attendront que leur médecin généraliste soit disponible, et le reste ne cherchera pas de recours aux soins. Par contre, en dehors des horaires d'ouverture des médecins généralistes le pourcentage des personnes qui se tournent vers les urgences ou appellent le service SAMU monte à 25% (soit 3 fois plus). Il reste quand même la majorité soit 46% qui cherchent un service ambulatoire (SOS médecin, médecine de garde), et les derniers soit 33% des personnes vont patienter et contacter un médecin généraliste le lendemain.

- Ensuite, toujours en cas d'indisponibilité du généraliste mais cette fois dans une situation ressentie comme urgente, 71% des patients vont recourir aux urgences hospitalières ou au SAMU. Seuls 28% auront recours au service de médecine de garde ou médecin généraliste.

Une des conclusions avancées est celle de recours plus fréquents dès que l'on se trouve dans des heures non-ouvrables des cabinets médicaux (nuits et week-ends) et ce même si la plainte est mineure (non ressentie comme urgente). La facilité d'accès (24h/24) joue fortement dans le choix de ce recours. Un autre élément majeur est la présence du plateau technique des urgences qui est le principal moteur du choix de recours dans environ 40% des situations. Ces éléments laissent à penser que le patient fait un choix rationnel, il consomme des soins d'urgence alors qu'il en ressent le besoin, il consomme là où l'expertise se trouve et là où le service est accessible en permanence.

Toujours selon Gentile, il y a méconnaissance du système de soins. C'est ainsi au manque de visibilité des solutions alternatives appropriés que l'on peut en partie attribuer la saturation des services d'urgences. En effet, les résultats montrent que 57% des patients qui ont un médecin traitant ne savent pas si celui-ci a des gardes. Très peu vont rechercher cette information s'ils ne l'ont pas³⁷.

En Belgique, dans l'enquête santé par interview de 2004 (Enquête santé 2004, 2006e), parmi l'ensemble des usagers des urgences, 11% ont consulté aux urgences de leur propre initiative. Chez ces personnes, les trois principales motivations de recours aux urgences plutôt qu'à un médecin généraliste ou à un spécialiste sont dans l'ordre décroissant d'importance, l'accessibilité, la notion d'urgence ressentie, le fait d'avoir une prise en charge complète directe (cf tableau 3).

³⁷ Seuls 15% vont dans l'annuaire, 12% seulement appellent les renseignements et 8% sont informés via les journaux.

Tableau 3 : Motivations des recours aux urgences en Belgique (Enquête santé 2004, 2006e)

Raisons pour lesquelles un service des urgences a été contacté plutôt qu'un généraliste ou un spécialiste, Enquête de santé, Belgique, 2004

Raisons	%
Urgences ouvertes 24h/24	51,7
Il s'agissait d'un problème urgent et/ou sérieux	37,1
Tous les examens peuvent être réalisés au même moment	18,1
Pas de frais de consultation immédiats	9,7
Parce que l'hôpital est situé dans le voisinage	6,0
Meilleur traitement possible	3,3
Autre raison	1,9

2.3.6. Profils usagers des soins médicaux d'urgence

La littérature montre que les services d'urgence hospitaliers jouent un rôle de première ligne pour les groupes socio-économiquement défavorisés (Vallejo 2007 ; Gourbin 2005). A ce sujet, comparés aux patients en médecine générale, les patients recourant à un service d'urgence hospitalière sont plus fréquemment de nationalité non-belge et présentent des caractéristiques socio-économiques qui peuvent entraîner des situations de précarité plus grande (Gourbin 2005).

En Belgique, une recherche de 2005 financée par l'INAMI a analysé le profil des patients bruxellois fréquentant en urgences deux filières de soins : les gardes hospitalières et la médecine générale (INAMI 2005³⁸). Cette analyse avait pour but de définir les groupes à cibler de manière privilégiée pour des actions de sensibilisation. Le rapport présente ainsi la patientèle urgente des médecins généralistes (en distinguant s'ils travaillent seuls ou dans des maisons médicales) ainsi que celle des services de garde de deux hôpitaux bruxellois (CHU St Pierre et Centre hospitalier Etterbeek-Ixelles). Des profils d'usagers se distinguent selon les pratiques de recours aux soins médicaux d'urgences :

- Les usagers ayant recours aux médecins généralistes pratiquant en « solo »,
- Les usagers ayant recours aux médecins généralistes des maisons médicales,
- Les usagers ayant recours à la garde de l'hôpital St Pierre, et
- Les usagers ayant recours à la garde de l'hôpital du Centre hospitalier Etterbeek-Ixelles

Les premiers usagers sont davantage représentés par des patients plus âgés, des femmes et le plus souvent belges. Très peu de patients sont identifiés comme précaires, donc peu de patients dépendant du CPAS, peu de patients illégaux, peu de réfugiés ou de personnes SDF. Dans plus de 80% l'étude montre que les actes médicaux sont honorés.

³⁸ « Rapport de l'analyse du profil de patients bruxellois fréquentant en urgences deux filières de soins : gardes médicales et médecin générale. Etude financée par le comité de l'assurance de l'INAMI », Nathan Clumeck, Rapporteur et Directeur Général Médical iris, Janvier 2005

Le profil des usagers des maisons médicales (deuxième catégorie) est au contraire plus jeune (notamment des étudiants) et le plus souvent des non-belges comparativement à ce que nous venons de décrire, mais reste majoritairement féminin. Une part plus importante de personnes en situation de précarité est identifiée dans ce groupe. Pour cette catégorie, moins de la moitié ont honorés les actes médicaux.

Pour la troisième population d'usagers, les auteurs pointent l'importance des personnes non-belges, des personnes ayant des difficultés de compréhension des langues nationales et des personnes en situation de précarité. Dans ce groupe, 20% des personnes sont sans assurance de soins de santé (chiffre important comparé aux 7% relevés dans les maisons médicales) et parmi elles, 30% sont pris en charge par le CPAS (ou l'AMU).

A l'hôpital du Centre hospitalier Etterbeek-Ixelles, troisième catégorie, les usagers semblent être globalement plus âgés qu'à St Pierre ou dans les maisons médicales mais comprend une part non négligeable d'étudiants (probablement expliquée par la situation proche de l'ULB). Par rapport à St Pierre, moins de personnes en situation de précarité y sont identifiées. Les auteurs pointent la présence d'une maison médicale dans l'environnement proche de l'hôpital qui attirerait cette population.

De manière générale, les auteurs évoquent les spécialités des hôpitaux comme un des déterminants du choix de recours. Le fait pour St Pierre par exemple d'organiser une garde de dentisterie va drainer une partie de ces plaintes. En effet, l'étude montre que le troisième motif d'admission à St Pierre est lié à des problèmes dentaires. Un autre élément important dans le choix des recours que ces auteurs ont identifié c'est la qualité de service de proximité, particulièrement présent à St Pierre.

Les auteurs cibleraient davantage les usagers des maisons médicales et de St Pierre pour mener des actions de sensibilisation à l'échelonnement des soins, des personnes sans médecin traitant, plutôt les jeunes, les non-belges, les personnes sans couverture sociale, dépendant du CPAS ou les personnes SDF.

2.3.7. Volume des recours aux services d'urgences

Dans l'étude de Gentile menée à Marseille que nous avons déjà évoqué (Gentile 2004), 75% de l'échantillon a eu au moins un recours aux urgences hospitalières dans les cinq dernières années (dont $\frac{3}{4}$ l'année précédente). En moyenne, les usagers y ont recouru quatre fois. Parmi ceux qui ont recouru plus d'une fois, la moyenne passe à six recours. Parmi ceux qui n'ont pas de médecins traitants, la moyenne monte à huit fois (exactement le double recours en comparaison à ceux qui ont un médecin

traitant). Les ¾ des patients se sont présentés sans être passé au préalable par un médecin généraliste. Lors de leur dernier recours, plus de la moitié se sont présentés en dehors des heures non-ouvrables des cabinets médicaux, soit 31% durant le week-end et 21% durant la nuit en semaine.

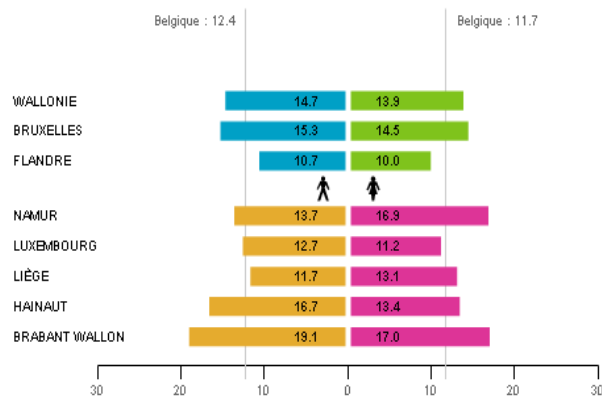
En Belgique, l'institut scientifique de santé publique a publié des statistiques de recours aux urgences (Enquête santé par interview 2004, 2006d). La majorité des belges interrogés ne s'est encore jamais rendue aux urgences. Seuls 12% de la population a eu un contact avec un service d'urgence l'année écoulée et 38% si l'on remonte plus loin dans le temps. Selon le *tableau de bord de la Région wallonne* (cf tableau 4), le pourcentage de personnes ayant eu un contact dans l'année est important en Wallonie (14%), avec à Namur, 16.9% chez les femmes et 13.7% chez les hommes.

Tableau 4 : L'utilisation des services d'urgence selon le sexe, en Belgique ³⁹

Contacts avec les services d'urgences

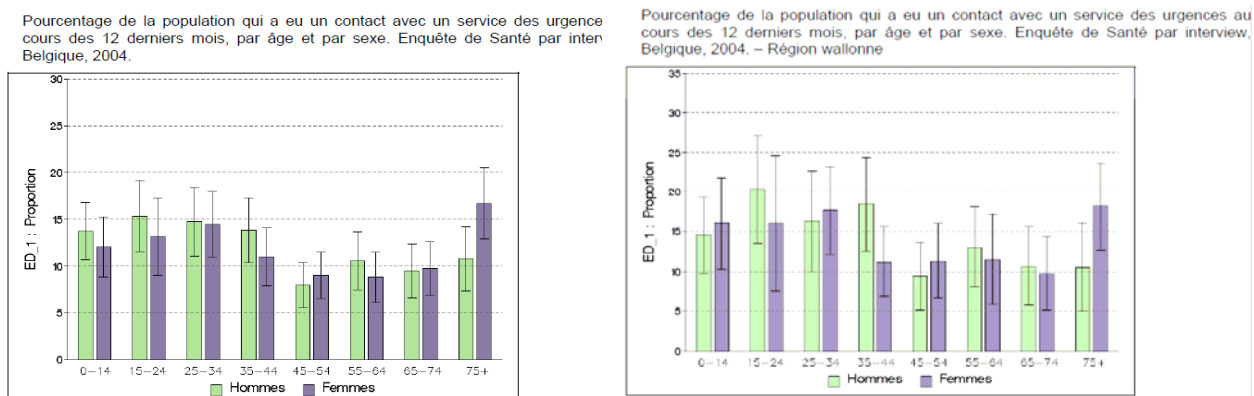
Proportion de personnes déclarant avoir eu un contact avec un service d'urgence de l'année précédant l'enquête (%)

Source : HIS 2004 INSTITUT SCIENTIFIQUE DE SANTE PUBLIQUE, Bruxelles



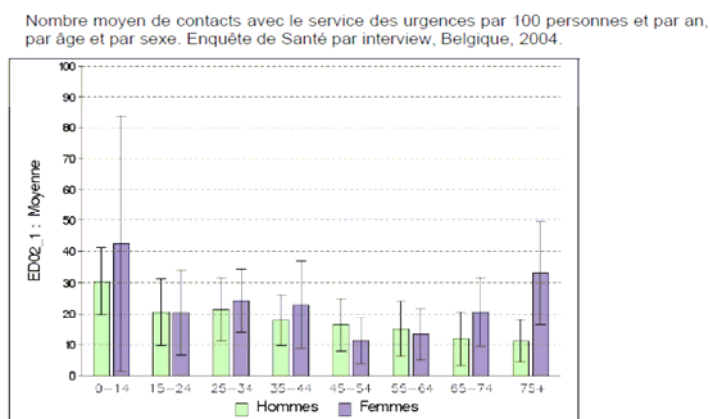
³⁹ Source : http://socialsante.wallonie.be/tableaubordsante/pages/atlassante.php?variable=ED_1

Tableau 5 : L'utilisation des services d'urgences selon l'âge et le sexe, pourcentages en Belgique et en Région wallonne (Enquête santé 2004, 2006e)



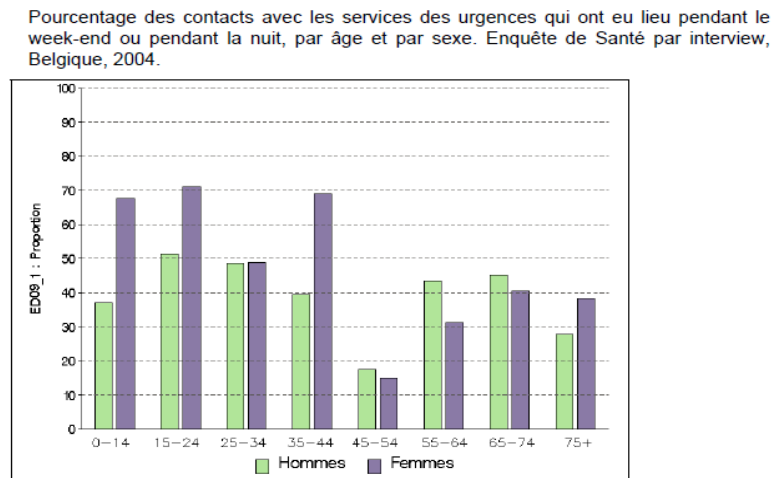
Les belges ont en moyenne 22 contacts aux urgences pour 100 habitants et par an, sans hospitalisation par la suite. Il n'y a pas d'augmentation du chiffre par rapport à l'enquête santé 2001. Il n'y a pas de différence significative entre les hommes et les femmes (cf tableau 6). Par contre, selon l'âge la moyenne varie significativement. Le nombre moyen de contacts diminue fortement chez les 45-64 ans (14 contacts). Chez les jeunes (moins de 45 ans) et chez les personnes âgées (65 ans et plus) la moyenne monte à 20 contacts. Les analyses quant à l'influence du niveau d'éducation ne permettent pas d'affirmer que l'utilisation est plus importante pour les personnes à niveau d'éducation plus faible (différence statistiquement non significative).

Tableau 6 : Fréquence des contacts aux urgences pour la Belgique, selon l'âge et le sexe (Enquête santé 2004, 2006e)



Globalement, près de la moitié (47%) des contacts aux urgences ont eu lieu en horaires décalés (nuits et week-ends). Le nombre de contact est significativement plus important chez les femmes chez les jeunes (cf tableau 7). Chez les jeunes femmes (moins de 45 ans), le pourcentage atteint les 70%.

Tableau 7 : Recours aux services d'urgences en dehors des heures ouvrables pour la Belgique, selon l'âge et le sexe (Enquête santé 2004, 2006e)



Pour l'ensemble de la Belgique, près de 2% des personnes ayant visités les urgences ont déclaré ne pas avoir consulté de médecin généraliste pendant la même période. Donc, la quasi totalité (98%) des usagers des urgences a aussi recouru au médecin généraliste dans l'année écoulée.

Dans 82% des cas, les admissions n'ont pourtant pas été référées par un médecin généraliste. Le fait d'être référé ou pas est influencé par l'âge des personnes. Les moins de 45 ans et les enfants passent plus souvent aux urgences sans renvoi par un généraliste et les personnes âgées de 75 ans et plus sont pour la moitié référées par un médecin généraliste. Sur cet indicateur, l'étude ne met pas d'association en évidence en ce qui concerne le niveau d'éducation ou le milieu rural/urbain et l'utilisation des urgences.

Une étude récente de l'IRDES (Dourgnon *et al.* 2009) s'est penchée sur la question du recours aux soins de ville des immigrés. Elle montre que le recours au généraliste, comme au spécialiste d'ailleurs, y est plus bas que pour le reste de la population française. Ce taux de recours plus faible est essentiellement attribué au fait que cette population vit en situation sociale défavorisée.

Gourbin (Gourbin 2005) montre que la présence de maladies chroniques, psychiatriques ou d'assuétudes chez les patients augmentent le nombre de recours aux urgences et que ces patients sont par ailleurs des consommateurs de soins en général. Byrne (Byrne *et al.* 2003) abonde dans ce sens en montrant que les utilisateurs fréquents des urgences sont également de grands consommateurs de services de première ligne ainsi que d'autres services hospitaliers (tant en nombre de recours et qu'en durée de séjour). De même que dans d'autres études, Byrne met en évidence le rôle joué par les facteurs socio-économiques dans ces répétitions, même si cet élément n'a pu clairement être mis en

évidence dans l'enquête santé 2004 en ce qui concerne le recours aux urgences. Par contre, en ce qui concerne la relation médecin-patient, l'enquête belge a montré que le niveau d'instruction comme le statut socio-économique influençait l'utilisation (2006b) : un nombre plus important de visites à domicile sont répertoriées dans les populations défavorisées et une charge plus importante est identifiée lors et autour de la consultation chez le médecin généraliste. Les auteurs mettent en évidence cette notion selon laquelle la dimension sociale du patient est consommatrice de temps pour le médecin et soulignent l'importance de reconnaître ce rôle de manière formelle et de le valoriser.

De manière plus particulière, concernant la population des sans-papiers, *« une caractéristique constatée partout en Europe est que les prestataires de soins médicaux qui sont plus « amicaux envers les sans-papiers » (désireux de rendre service aux sans-papiers) ont tendance à devenir surchargés (PICUM 2007) »*. En 2002, le rapport annuel de la ville de Liège fait le constat suivant : les urgences hospitalières et les maisons médicales sont surchargées alors que les médecins généralistes sont nombreux et disponibles. La ville mentionne qu'un projet de coordination Santé-Précarité a été élaboré.

La question d'avoir ou non un médecin généraliste attitré est également discutée lors d'une séance au sénat consacrée aux « Soins de première ligne - Promotion du médecin généraliste auprès des allochtones » en juillet 2005. L'étude qui y est présentée fait état, dans le contexte bruxellois, du lien entre la précarité et absence de médecin généraliste attitré ou entre « origine culturelle » et comportement de recours aux soins. Il est rapporté que *« 75 % des Belges interrogés (...) qui se présentent au service des urgences d'un hôpital déclarent avoir un médecin généraliste attitré. Ce pourcentage est de 50 % chez les non-Belges et de 18 % seulement chez les sans-abri. (...) les personnes qui vivent dans la précarité et qui n'ont pas de médecin généraliste attitré ont plutôt tendance à opter pour les urgences (...). Afin de lutter contre le recours excessif aux services des urgences, il est donc essentiel d'inciter les personnes à avoir leur médecin généraliste attitré. (...) en Turquie, nous avons d'ailleurs également pu constater que les hôpitaux interviennent plutôt en première ligne parce qu'il n'y a pas, dans ce pays, de réseau très développé de médecins généralistes. Cette habitude est peut-être aussi à l'origine du fait que les allochtones sont plus nombreux à se rendre directement dans un service des urgences. »*

2.4. Etat des lieux des expériences locales en milieu hospitalier

2.4.1. Au CHRN

Une recherche sur « l'analyse des motivations des patients se présentant spontanément aux urgences du CHRN » a été réalisée en 2009 par des étudiants de l'ULB dans le cadre d'un séminaire de management public à l'Ecole de Commerce Solvay⁴⁰. Dans ce travail, plusieurs pistes pour désengorger le service des urgences sont envisagées : la rééducation de la patientèle, la revalorisation des professions médicales (médecins généralistes et urgentistes) et la garde de médecine générale comme alternative de recours pertinente. Concernant ce dernier point, les auteurs proposent un scénario de simulation de la mise en place d'une consultation de médecine générale d'urgence à proximité directe des urgences du CHRN (dont une projection financière de cette activité).

2.4.2. A la CMSE

Partant de l'hypothèse d'un changement dans la population des usagers des urgences. Il a été question à la CMSE de mettre en évidence le lien entre la croissance des admissions et la précarité (basée sur le niveau de rémunération).

Nous avons interrogé Monsieur Penet⁴¹, infirmier chef aux urgences, qui souhaitait étudier la relation entre précarité et admissions aux urgences. Le projet n'a finalement pas vu le jour. Notamment parce qu'il est apparu difficile d'enquêter auprès des patients du service et de demander leur niveau de revenu (conflit d'intérêt).

La situation de précarité financière aurait pu être approchée à partir des données du service contentieux. Mais après analyse, il s'avère plus compliqué qu'il n'y paraît d'identifier, dans l'ensemble les personnes, celles en réelle précarité. En effet, une série de patients visiblement tout à fait en mesure de régler leurs dépenses ne paient pourtant pas (ce qui crée un biais). Une autre approche aurait été l'identification des statuts OMNIO sur base de la carte SIS, mais là encore ce ne sont pas seulement les personnes en précarité qui y sont répertoriées. Une piste aurait été de croiser ces

⁴⁰ Référence complète: Collard, S, Graas, M, Naves, E, and Rattinckx, V. « *Analyse de la motivation des patients se présentant spontanément aux urgences du CHRN de Namur* », Séminaire de management public, Solvay Brussels School of Economics and Management, Juin 2009 (non publié).

⁴¹ Par entretien téléphonique.

différentes données avec d'autres facteurs de précarité mais les hospitaliers ne sont pas outillés pour repérer les personnes en précarité.

Par ailleurs, la satisfaction des patients admis aux urgences a été analysée (par des étudiants de l'Ecole de Nursing) mais aucun résultat n'est plus publié.

2.4.3. A Mont-Godinne

Une journée débat sur la responsabilisation sociale de l'hôpital a été organisée à Mont-Godinne en décembre 2008. Dans une logique d'aider le patient à mieux gérer ses difficultés sans le stigmatiser (et c'est bien là tout l'enjeu), la démarche visait à établir une forme de convention entre les parties : assistants sociaux de l'hôpital, CPAS et mutuelles. Une piste serait d'adopter une attitude préventive à l'égard des patients qui ont des difficultés financières. Craignant dans cette démarche une volonté de l'hôpital à couvrir son contentieux, les CPAS ont très majoritairement décliné l'invitation. Il semble qu'il faille sensibiliser les communes et avoir un accord du conseil du CPAS avant d'amorcer quelque discussion.

2.5. Autres expériences en Belgique

2.5.1. Bientôt une cartographie belge du travail social en milieu hospitalier

Nous souhaitons mentionner qu'un travail de cartographie des tâches des services sociaux en milieu hospitalier ainsi qu'une estimation des temps consacrés par les assistants sociaux à leurs différentes activités est actuellement mené en Belgique. L'hôpital universitaire de Gand (UZ Gent⁴²) est à l'initiative de ce vaste projet et est en charge de la recherche pour la partie néerlandophone du pays. Ayant évolué, aujourd'hui le projet est élargi à l'ensemble du territoire belge. Il s'agit d'une commande du ministère fédéral de la santé, qui confie à l'hôpital universitaire Erasme⁴³ l'analyse de la situation au niveau de la partie francophone du pays. Pour cette dernière partie, d'abord lancé dans les hôpitaux universitaires de Liège, St Luc et Erasme, le projet est étendu aux hôpitaux généraux. Certaines données ont déjà été récoltées mais il n'y a pas encore de publication des résultats.

⁴² A l'UZ Gent : Patricia Fruyt, responsable du projet et Griet De Bodt, coordinatrice activités du projet

⁴³ A Erasme : Véronique Van Bever, Coordinatrice et assistante sociale et Tamara Paternostre, assistante sociale

2.5.2. *Projet pilote de régulation de la garde de médecine générale*

L'intégration de la garde de médecine générale par les centres 100 devrait améliorer l'AMU. Pour rappel, l'aide médicale urgences (AMU) en Belgique est un secteur vital qui effectue 3 types de sorties :

- les ambulances du service 100 (qui effectuent les ¾ des sorties),
- les SMUR (équipes hospitalières composées d'un médecin et d'un infirmier urgentistes) et,
- depuis 2007, les projets pilotes PIT « Paramedical Intervention Team » (au nombre de 10, bientôt 16).

Un projet pilote appelé « Etude 1733 » consistant à organiser une régulation de la garde de médecine générale par les centres 100 via un numéro d'appel unique (à 4 chiffres, le 1733) a démarré le début 2009 dans le Hainaut (Mons, Charleroi et La Louvière) et également à Bruges. Après évaluation d'un an, il est normalement prévu d'élargir le système à tout le pays. Ce projet vise à amener les patients souhaitant une aide médicale le week-end ou la nuit à être orientés directement soit vers l'ambulance d'urgence, soit vers la garde hospitalière la plus proche, soit vers le poste de garde avancé, soit vers le généraliste de garde. Pratiquement, en composant le téléphone du service de secours, les patients joignent le dispatching pour les urgences où sont en poste des personnes formées qui pourront détecter si les patients ont besoin d'une ambulance ou si quelques conseils peuvent suffire⁴⁴. « *En cas d'appel à cette garde, par exemple, pour un infarctus du myocarde ou un AVC, on pourra ainsi activer un SMUR, en plus du médecin de garde, et donc réduire le délai de traitement.* Source : Senat.be⁴⁵ »

2.5.3. *Le projet SMUR P*

Le projet SMUR P (avec agrément INAMI) met en évidence le fait qu'un infirmier seul pourrait suffire lors de certaines interventions du SMUR. Le service 100 jouerait un rôle de filtrage précisant s'il y a nécessité ou non qu'un médecin accompagne la sortie, permettant ainsi à médecin d'être plus disponible pour les soins à l'hôpital.

⁴⁴ Source : Question n°2 sur le projet 1733. COMMISSION DE LA SANTE PUBLIQUE, DE L'ENVIRONNEMENT ET DU RENOUVEAU DE LA SOCIETE (16 FEV 2009). Lien :

<http://www.dekamer.be/doc/CCRI/pdf/52/ic458x.pdf> NB: Question N°4 porte sur le statut et la formation des MG et question n° 7 sur la saturation des hôpitaux (Mont-Godinne saturé, vers CHRN ?)

⁴⁵ Source :

<http://www.senate.be/www/?MIval=/publications/viewTBlok&DATUM=%2703/19/2009%27&TYP=handeen&VOLGNR=2&LANG=fr>

2.5.4. La carte santé des CPAS

La carte santé est à l'initiative du ministère de l'intégration sociale (formalisée dans une circulaire de 2005). Elle a pour but de faciliter l'accès aux soins aux populations socio-économiquement défavorisées. C'est au travers d'une convention établie entre l'utilisateur, le prestataire et le CPAS que ce dernier assume la partiellement ou totalement la charge financière engendrée par les dépenses de santé. La zone de compétence du CPAS se limite théoriquement au territoire de la commune où il siège.

Les principaux bénéficiaires de la carte médicale sont les personnes en situation irrégulière, les réfugiés légaux, les bénéficiaires du revenu d'intégration sociale (RIS), les personnes recevant des avances, les personnes ayant des frais médicaux trop élevés par rapport à leurs revenus et les personnes n'étant pas en ordre de mutuelle. Pour bénéficier de la carte, le demandeur fait l'objet d'une enquête sociale et pour activer le service, il doit systématiquement présenter son statut. Les soins couverts par le système sont : les consultations chez un médecin généraliste ou chez un spécialiste, les consultations paramédicales (kinésithérapeute, psychologue, logopède, etc.), les frais pharmaceutiques et les frais hospitaliers.

Médecin Sans Frontière (MSF) dénonçait en 2004 l'absence de définition de ce qui constitue un « acte médical d'urgence », ce qui a entraîné des disparités dans l'organisation et la couverture de la carte santé. *« De simples tâches – comme celles de communiquer les noms des médecins aux patients – ne sont même pas assurées par (certains) CPAS, et certaines méthodes de fonctionnement rappellent les pires cauchemars de Kafka. Dans le cas du CPAS d'Anderlecht (...), le patient doit d'abord produire un certificat médical pour ensuite obtenir les papiers nécessaires pour pouvoir se présenter à une consultation médicale. Le patient est donc obligé d'aller voir un médecin pour prouver qu'il est malade et pouvoir ensuite consulter un médecin qui puisse le soigner. Malheureusement, le cas d'Anderlecht constitue la règle plutôt que l'exception.⁴⁶ »*

À la demande du SPP Intégration sociale, en 2009, l'Université de Liège⁴⁷ a étudié la manière dont les CPAS utilisent la carte médicale. Sur 380 CPAS inclus dans l'étude, seul un quart propose la carte. De nombreux CPAS ignorent encore l'existence de ce projet et ont donc conservés leurs anciennes modalités d'aide.

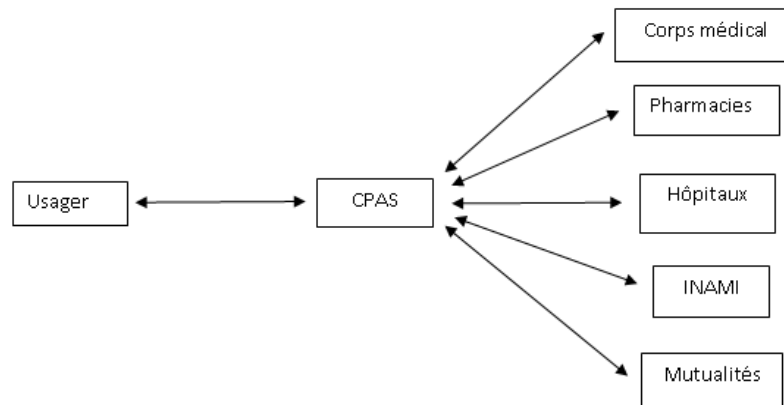
Initialement pensée pour un an, la validité de la carte est en pratique révisée tous les 3 mois. Le CPAS joue un rôle important puisqu'il est l'intermédiaire clé entre l'utilisateur et les prestataires de soins (cf

⁴⁶ Morenville C, Belgique – Accès refusé au système de santé belge, Juillet 2004-MSF.

⁴⁷ Chaoui Mezabi, D. Rapport d'observation des pratiques des CPAS en matière de carte médicale, Etude menée par l'ULG (financement SPP-intégration sociale), 2009

schéma figure 3). Les conditions d'attribution de la carte dépendent de paramètres comme le revenu, l'état de santé de la personne, la composition du ménage et font l'objet d'une enquête sociale réalisée par un assistant social. Ce dossier social est également révisé de façon périodique.

Figure 3 : Rôle clé du CPAS dans le système de la carte santé



Du côté de l'offre, deux principales difficultés sont mises en évidence, à savoir la lourdeur administrative de la gestion du suivi des dossiers et la difficulté de la mise en place des partenariats (en cause les réticences de certains professionnels craignant d'être associés à une étiquette « précarité »).

La « bancontact santé » est proposée au CPAS de Namur, s'inspirant de l'expérience des communes bruxelloises, Avril 2008⁴⁸. Pour accéder aux soins, le futur patient doit se procurer un réquisitoire (qui garanti l'engagement du CPAS pour le remboursement des soins) et dans certaines situations, cette étape relève déjà du parcours du combattant.

Le système proposé varie d'un CPAS à l'autre. A Bruxelles-Ville, par exemple, le CPAS travaille avec une carte de santé valable pour 3 mois. La carte porte le nom du généraliste et du pharmacien avec lesquels le CPAS a signé un accord. Une personne qui a besoin de soins médicaux peut ainsi recevoir des soins primaires et des médicaments, et son dossier est suivi par un médecin si une hospitalisation est requise.

48

http://www.actu24.be/article/regions/provincenamur/infosnam/le_cpas_sort_sa_%C2%ABbancontact_sante%C2%BB/135622.aspx

2.5.5. La Cellule d'appui médico-psychologique SMES

Une Cellule d'appui médico-psychologique d'intersection entre la santé mentale et l'exclusion sociale, appelée SMES-B est active sur la zone de Bruxelles existe depuis la fin des années 90 (Ermans 2005)⁴⁹. La formule est née en France de la rencontre de professionnels des secteurs de la santé mentale et de ceux de la lutte contre l'exclusion sociale. Le SMES-B est subsidié par le public (double subsidiation COCOF et COCOM). L'innovation réside dans la constitution d'une équipe mobile et multidisciplinaire composée d'un psychiatre, d'un psychologue et d'un travailleur social. Leur principale mission est de permettre l'accès aux soins de santé (mentale ou non) pour les personnes en difficulté en les faisant notamment admettre dans les services adéquats.

L'équipe fonctionne sur base d'une permanence téléphonique en semaine assurée par l'ensemble des membres (de lundi à vendredi entre 9 et 17 heures). Par ailleurs, les partenaires du SMES-B (maisons d'accueil, services de santé mentale, gardes psychiatriques, travailleurs de rue, ONG, etc.) ou les institutions de santé publique jouent un rôle de signaleur et renseignent à l'équipe mobile toute personne est en demande d'aide.

Le public cible est toute personne vivant en rue et présentant des troubles mentaux. A Bruxelles, 30% des sans-abris présenteraient des troubles mentaux. Les personnes identifiées sont en grande majorité en rupture profonde de liens sociaux ou en situation de blocage de leur projet social s'ils en ont un.

2.5.6. Un répertoire wallon des associations intégrées

Les associations de santé intégrée constituent un espace de recours important pour les populations défavorisées. Pour son contrat d'avenir, la Wallonie souhaite soutenir le développement d'approches transversales de soins et de coordination entre les différents acteurs socio-sanitaires. En collaboration avec la fédération wallonne des maisons médicales (FWMM), la région wallonne a publié en 2001 une revue présentant l'ensemble des associations de santé intégrée de Wallonie (2001). Ces associations favorisent les pratiques de groupe.

⁴⁹ ERMANS, J.-P., *Recherche qualitative au fonctionnement de la Cellule d'appui médico- psychologique d'intersection entre la santé mentale et l'exclusion sociale. Rapport de recherche*, Observatoire de la santé et du social, Commission Communautaire Commune, Bruxelles, Mars 2005

2.5.7. Le « baromètre social » bruxellois

A Bruxelles, un « Baromètre social »⁵⁰, publié chaque année depuis cinq ans, suit l'évolution de la pauvreté. Il constitue un outil d'aide à la décision politique a pour premier objectif d'alimenter au Parlement bruxellois le débat relatif à la lutte contre la pauvreté en Région bruxelloise.

2.6. Bibliographie de la revue de la littérature

1. Les associations de santé intégrée (maisons médicales) en Région wallonne. Un axe de la politique de soins de santé de proximité. FWMM and Région wallone. 2001.
2. Enquête de santé 2004, Contacts avec le médecin généraliste, Consommation de soins, Livre 5. 2006a. ISP - Institut de Santé Publique. Belgium.
3. Enquête de santé 2004, Contacts avec le médecin généraliste, Consommation de soins, Livre 5. 2006b. ISP - Institut de Santé Publique. Belgium.
4. Enquête de santé 2004, Contacts avec le médecin généraliste, Consommation de soins, Livre 5. 2006c. ISP - Institut de Santé Publique. Belgium.
5. Enquête de santé 2004, Services d'Urgences, Consommation de soins, Livre 5. 2006e. ISP - Institut de Santé Publique. Belgium.
6. Enquête de santé 2004, Services d'Urgences, Consommation de soins, Livre 5. 2006d. ISP - Institut de Santé Publique. Belgium.

⁵⁰ Observatoire de la santé et du social Bruxelles (2009), Baromètre social : Rapport bruxellois sur l'état de la pauvreté 2009 Lien web : <http://www.observatbru.be/documents/news-items/news-1.xml?lang=fr>

7. Albrecht J & Martin I (2009) Pauvreté et mobilité sociale: que doit-on savoir pour mieux agir? *Itinera Institute Memo* **2009/11**.
8. Ballanger, F. Personnes âgées fragilisées: Implication de la précarité sociale et mécanismes décisionnels du recours aux urgences. 2005.
9. Bertolotto F (1996) L'éducation pour la santé face à la "fracture sociale". *Actualité et dossier en santé publique* **16**.
10. Boivin, M and et al. Référentiel de compétences: Infirmier(e) en médecine d'urgence. SFMU (Société Française de Médecine d'Urgence). 2008. SFMU.
11. Byrne M, Murphy AW, Plunkett PK *et al.* (2003) Frequent attenders to an emergency department: a study of primary health care use, medical profile, and psychosocial characteristics. *Ann. Emerg. Med.* **41**, p 309-318.
12. Bywaters P & McLeod E (2003) Social care's impact on emergency medicine: a model to test. *Emerg. Med. J.* **20**, p 134-137.
13. Claessens B, Jacques J, Polikis M *et al.* (2007) Le quintette de la première heure ou les filières de soins des pathologies urgentes les plus fréquentes. *Rev Med Brux* p 241-248.
14. Collard, S, Graas, M, Naves, E, and Rattinckx, V. Analyse de la motivation des patients se présentant spontanément aux urgences du CHRN de Namur. (*Confidentiel*). Séminaire de management public (Solvay) . 2009. Solvay Brussels School of Economics and Management.
15. DHOS. Résumé de Passage aux Urgences (RPU). 2006.
16. DHOS/E3/Mission PMSI. Circulaire relative au projet de mise en oeuvre progressive d'un financement propre aux urgences dans les établissements de santé (n° 2001-433). 10-9-2001.
17. DHOS/E3/Mission PMSI. Information sur le lancement en 2003 du recueil de "résumés de passages aux urgences" (RPU et appel à candidature pour participer au test du RPU en juin 2002. 16-4-2002.

18. Doumont, D, Aujoulat, I, and Deccache, A. L'exclusion de la santé : Comment le processus se construit-il et quels facteurs y contribuent-ils ? 2000.
19. Dourgnon P, Jusot F, Sermet C, & Silva J (2009) Le recours aux soins de ville des immigrés en France.*Questions d'économie de la Santé*.
20. Dumaret A-C & Constantin-Kuntz M (2005) Support médico-social et éducatif: devenir de familles très carencées confrontées à l'alcool.*Pratiques psychologiques* p 85-100.
21. Dumaret, A-C and Titran, M. Synthèse de l'étude sur le devenir des familles précarisées, menée par le CAMSP du CH roubaix. 2004.
22. Ganapathy S & Zwemer FL, Jr. (2003) Coping with a crowded ED: an expanded unique role for midlevel providers.*Am.J.Emerg.Med.* **21**, p 125-128.
23. Gavray C & Ruyters C (2007) Multidimensionnalité des facteurs de précarité - Articulation des risques et fragilités d'existence. In *Rapport sur la cohésion sociale en Région Wallonne. 2007 - réalisé par l'IWEPS*. Direction interdépartementale de l'Intégration Sociale (DIIS) du Ministère de la Région Wallonne edn. IWEPS.
24. Gentile S, Amadei E, Bouvenot J *et al.* (2004) Attitudes et comportement des usagers face à une urgence réelle ou ressentie.*Santé Publique* **Vol. 4**, p 63-74.
25. Gourbin C, du Boullay D, Philips H, Remmen R, Buylaert W, De Paepe P, Moreels R, Van de Voorde C, Kohn L, and Leys M. Evaluation de l'impact d'une contribution personnelle forfaitaire sur le recours au service d'urgences. KCE reports vol.19B. 2005. KCE Belgium.
26. HCSP-Haut Comité français de la Santé Publique (1998) *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*.
27. IWEPS. Les facteurs de précarité. Photographie statistique de la situation des femmes et des hommes en Wallonie. IWEPS. 2008. IWEPS-Institut Wallon de l'évaluation, de la prospective et de la statistique.
28. Joubert M, Chauvin P, Facy F, & Ringa V (2001) *Précarisation, risque et santé*. Paris, Inserm edn. p 474pp.

29. Kirsch, P. Les motivations qui incitent la population à se présenter aux urgences. 2008. ULB - Ecole de Santé Publique. Belgium.
30. La Strada. Résultats et conclusions de la première tentative de dénombrement des personnes sans-abri dans la Région de Bruxelles-Capitale. 19-12-0008.
31. Leclercq C (2003) Détresse psychosociale et maison médicale... une approche pluridisciplinaire.*L'observatoire* **39**.
32. McGee L & Kaplan L (7 A.D.) Factors influencing the decision to use nurse practitioners in the emergency department.*Journal of emergency nursing* p 441-446.
33. Monsuez JJ, Fergelot H, Papon BJ, & Le G, Jr. (1993) Early social intervention in the emergency department.*Eur.J.Med.* **2**, p 489-492.
34. Moulin, J. J., Sass, C., Labbe, E., and Gerbaud, L. Le score EPICES : l'indicateur de précarité des Centres d'examen de santé de l'Assurance Maladie. Rapport d'étude. CETAF. 2005.
35. OECD report. Growing unequal: income distribution and poverty in OECD countries. OECD. 2008. OECD.
36. Pascal, J, Lombrail, P, Agard, C, Quélier, C, and Nguyen, J-M. Identification de la vulnérabilité sociale des usagers des consultations de l'hôpital public. IRDES. 1111.
37. Pascal J, bbey-Huguenin H, Agard C *et al.* (2004) [Development of a tool for the identification of socially vulnerable hospital patients].*Presse Med* **33**, p 710-715.
38. Pascal J, bbey-Huguenin H, Leux C, Lombrail P, & Lert F (2009) Social vulnerability and unmet preventive care needs in outpatients of two French public hospitals.*Eur.J.Public Health* **19**, p 403-411.
39. Pascal J, Laboux O, Paillereau J, Giumelli B, & Lombrail P (2005) [Social vulnerability of out-patients consulting the dentistry service of a public hospital].*Sante Publique* **17**, p 357-369.

40. PICUM. Access to Health Care for Undocumented Migrants in Europe - Accès aux soins pour les sans-papiers en Europe (Etude PICUM 2004-2006). PICUM (plateform for international cooperation on undocumented migrants). 2007. PICUM (plateform for international cooperation on undocumented migrants).
41. Preveil, M. Référentiel des compétences d'un médecin urgentiste. SFMU (Société Française de Médecine d'Urgence). 2004. SFMU.
42. Resweber J-P (1995) *La recherche-action*. PUF - Presses universitaires de France edn. PUF - Presses universitaires de France.
43. Rieffe C, Oosterveld P, Wijkel D, & Wiefferink C (1999) Reasons why patients bypass their GP to visit a hospital emergency department. *Accid. Emerg. Nurs.* **7**, p 217-225.
44. Sanders J (2000) A review of health professional attitudes and patient perceptions on 'inappropriate' accident and emergency attendances. The implications for current minor injury service provision in England and Wales. *J. Adv. Nurs.* **31**, p 1097-1105.
45. Sass C, Belin S, Chatain C *et al.* (2009) [Social vulnerability is more frequent in victims of interpersonal violence: value of the EPICES score]. *Presse Med.* **38**, p 881-892.
46. Sass C, Gueguen R, Moulin JJ *et al.* (2006) [Comparison of the individual deprivation index of the French Health Examination Centres and the administrative definition of deprivation]. *Sante Publique* **18**, p 513-522.
47. Schiltz L, Houbre B, & Martiny C (2007) Précarité sociale, marginalisation et pathologie limite : Etude comparative de plusieurs groupes de sujets en rupture de projet de vie. *L'évolution psychiatrique* **72**, p 453-468.
48. Selasawati HG, Naing L, Wan Aasim WA, Winn T, & Rusli BN (2007) Factors associated with inappropriate utilisation of emergency department services. *Asia Pac. J. Public Health* **19**, p 29-36.
49. Service de lutte contre la pauvreté Ipels (2004) *Une autre approche des indicateurs de pauvreté. Recherche - Action - Formation*. Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme.

50. Shetgen M (2004) Le généraliste face aux services d'urgence hospitaliers.*Hospitals.be* **Volume 2.**
51. Titran, M. Le Centre d'action médico-sociale précoce de Roubaix: 20 ans d'action et de réflexion. 1111.
52. Vallejo R, Granie A, Cannier O, Josset C, & Duval D (2007) Urgences et précarité: tri et gestion de la salle d'attente. In *Urgences 2007*. SFMU edn. (ed. SFMU (Société Française de Médecine d'Urgence)) SFMU.
53. Wresinski J (1987) Grande pauvreté et précarité économique et sociale.*Journal officiel, Paris* p 14.

PARTIE 2 : ENQUETES EN MILIEU HOSPITALIER

Deux enquêtes ont été menées dans les services d'urgences des hôpitaux namurois visant à mieux appréhender la nature et le volume des recours des personnes en situation de précarité ainsi que le type de prise en charge qui en découle.

1. ANALYSE DES RECOURS AUX URGENCES ET DE LA CHARGE DE TRAVAIL INHÉRENTE AUX SITUATIONS DE PRÉCARITÉ

1.1. Objectif

S'inscrivant dans la recherche globale, cette section relative à l'enquête auprès des prestataires de soins des services des urgences hospitalières a pour objectif d'identifier les incidents critiques, sources d'engorgement, survenus durant la période d'observation et ainsi de mettre en évidence :

- les caractéristiques et profils des patients en situation de précarité sociale inclus dans l'étude,
- la charge de travail additionnelle générée par la présence de problèmes sociaux chez ces patients (objectivation en temps et en nature),
- les difficultés des prestataires à pouvoir traiter les problèmes identifiés et les limites auxquelles ils sont confrontés,
- et en particulier la connaissance et l'utilisation de l'offre du service d'appui social de la ville (le DUS) par le personnel urgentiste.

1.2. Méthode

Les quatre hôpitaux namurois participants au projet sont respectivement le Centre Hospitalier Régional Namurois (CHRN), la Clinique et Maternité Ste Elisabeth (CMSE), les Cliniques Universitaires de Mont-Godinne (UCL) et la clinique St Luc à Bouges (St Luc).

La méthodologie qui leur a été soumise était la suivante : Sur base d'une grille d'enquête proposée aux prestataires de soins (cf annexe), l'assistant(e) social(e) attaché(e) aux urgences (ASu) sollicitera les urgentistes après leur garde afin de réaliser un débriefing des admissions du week-end sur minimum quatre semaines consécutives lors d'une réunion multidisciplinaire intégrant médecins et infirmiers urgentistes et assistant social attaché aux urgences.

Dans la pratique, la méthodologie a dû être révisée car il n'a pas été possible pour les hôpitaux d'organiser cette réunion multidisciplinaire. Des échanges individuels entre l'assistant social et les urgentistes ont remplacé la réunion pour l'ensemble des hôpitaux participants. Les urgentistes ont été sensibilisés par l'assistant social sur base des guidelines proposés et les questionnaires ont été mis à leur disposition. Dans certains cas, les responsables sociaux ont directement complété le questionnaire sur base des dossiers d'admission, ceux-ci ont alors interpellé les urgentistes intéressés à la suite de leur garde pour valider et compléter les données récoltées.

La grille d'enquête rassemble une série de questions visant à collecter les données suivantes :

- Données générales des patients inclus dans l'étude
- Données relatives au recours et au parcours des patients
- Données relatives à la prise en charge (PEC) par le service des urgences

Afin d'assurer une harmonie dans la collecte des données, nous avons pris contact et informé chaque responsable social avant le début de l'expérience et à l'issue de la première collecte de données. Les données collectées nous ont été transmises par fax et un système de suivi et d'échanges continus avec les hôpitaux a été mis en place.

L'ensemble des responsables des services des urgences et des services sociaux ont approuvé le protocole.

Faisant suite à la phase exploratoire, la période d'investigation de cette enquête s'est portée sur les mois d'octobre et de novembre 2009. Nous avons concentré l'expérience aux fins de semaine, période particulière où le service des urgences ne peut se reposer sur l'appui du service social de l'hôpital en cas de besoin. Par fin de semaine, nous entendons la période démarrant le vendredi à 18h et se clôturant le lundi à 8h, le week-end. Les quatre hôpitaux participant au projet sont inclus dans cette enquête.

L'investissement demandé pour recueillir l'information sur les fins de semaine uniquement est considérablement important pour le personnel hospitalier. Pour des raisons de faisabilité, il n'a pu être envisagé dans le cadre de ce projet d'étendre l'expérience à la semaine complète. Notons cependant que cela aurait fourni une meilleure vue d'ensemble de la population d'étude et de la surcharge des services.

Tous les patients admis aux urgences durant les périodes d'observation (week-ends) et identifiés par les urgentistes comme ayant causé une surcharge de travail générée par la présence de problèmes sociaux chez le patient ont été inclus dans l'étude.

1.3. Résultats

1.3.1. La population d'étude

Les admissions ayant causé une charge de travail additionnelle essentiellement liée à des problèmes sociaux ont été identifiées, par les quatre institutions participantes, parmi l'ensemble des admissions enregistrées pour la période. Les institutions ont rapporté un total de 44 admissions satisfaisant aux conditions d'inclusion pour l'exercice complet (oct-nov 2009). Environ 80% des patients ont été repérés et inclus dans l'étude par l'infirmier urgentiste au moment du triage, les autres ont été identifiés par le médecin urgentiste au moment de l'anamnèse.

Selon les week-ends, notre population d'étude représentait entre 1 et 5% de la totalité des admissions enregistrées aux urgences. Malgré notre tentative⁵¹, il n'a pas été possible d'identifier la part d'urgences inappropriées dans ce total. Nous savons seulement qu'à St Luc 30% des admissions sont identifiées comme des urgences inappropriées. Cette donnée n'est pas évaluée en routine ailleurs.

La répartition des 44 patients entre les hôpitaux participants est inégale, notamment du fait que ces derniers n'ont pu mettre en œuvre l'expérience sur une période identique. Ce qui fait que nous avons récolté les données respectivement pour cinq périodes à la CMSE, pour quatre périodes au CHRN, et uniquement pour deux périodes à Mont-Godinne et à St Luc (cf tableau 1). Pour des raisons d'organisation interne qui leurs sont propres, Mont-Godinne et St Luc ont dû stopper la collecte après deux week-ends d'observation et le CHRN a décalé le début de son expérience. Par ailleurs, toutes les données recherchées n'ont pu être récoltées. Par exemple, concernant les caractéristiques personnelles des patients (âge, sexe...), seuls le CHRN et Mont-Godinne ont pu compléter les fiches. Ces aléas n'ont par contre pas desservi notre propos.

⁵¹ Cf Question n°2 de la grille d'enquête : Combien de patients jugez-vous avoir recouru aux urgences alors qu'un médecin généraliste aurait pu prendre en charge leur plainte sans perte de qualité (urgence non appropriée) ?

Tableau 1 : Patients inclus dans l'étude par institution et par week-end d'observation

	WE1	WE2	WE3	WE4	WE5	Nbre total de patients	Nbre moyen de patients par WE
CHRN	6	4	8	6		24	6
CMSE	4	1	4	1	7	17	3.4
Mont-Godinne	1	1				2	1
St Luc	1	0				1	0.5
Total						44	3.4

Tout service confondu, en moyenne, 3.4 patients se sont présentés aux urgences chaque week-end (44 cas sur 13 périodes d'observation).

C'est au CHRN, avec une moyenne de 6 cas par période (soit 24 patients repérés sur 4 périodes), que le nombre est le plus important. A la CMSE, la moyenne arrive à 3.4 cas par période (soit 17 patients repérés sur cinq périodes). Se distinguant par une moyenne qui chute à 1 cas par période à Mont-Godinne et à moins d'1 à St Luc, ces services semblent au vu de ces données peu affectés par la prise en charge de patients en situation de précarité.

Ce différentiel dans les résultats est-il le reflet d'une réalité de travail des équipes ou le résultat d'un sous-repérage des patients précaires ? A Mont-Godinne, les assistants sociaux observent actuellement une augmentation des urgences médico-sociales et en particulier des plaintes liées à la perte d'autonomie des patients. Il s'agit de personnes fragilisées par leur plainte et à risque de précarité ponctuelle ou plus durable. Il arrive que la survenir de la plainte les plonge dans des situations où le retour dans l'environnement social habituel devient impossible. Vu la durée réduite de l'expérience menée, nos données ne permettent pas de mettre en évidence un phénomène particulier.

!! Note préliminaire à la lecture des résultats qui suivent : Nous avons opté pour une présentation des données brutes maintenant le nombre total de patients repérés par chacun des hôpitaux malgré les différentiels relatifs aux durées d'observation. Nous présenterons donc les résultats pour l'ensemble des patients inclus dans la population d'étude et c'est à titre purement indicatif – et non comparatif – que nous mentionnerons les effectifs par institution. Pour chacune d'elle, par contre, nous détaillerons les tableaux afin de donner la répartition interne des différents items étudiés, proposant ainsi une fréquence des situations au sein de l'hôpital.

Remarque : Pour certains items, toutes les données ne sont pas exploitables (car non valides ou non disponibles). Les résultats sont alors présentés pour les données disponibles. Le total de patients auquel ces résultats font référence sera systématiquement mentionné si celui-ci ne correspond pas au total de la population d'étude.

La population d'étude se compose très majoritairement d'hommes (73%, soit 22 hommes sur 30 pour lesquels la donnée est disponible). L'âge des patients varie entre 19 et 74 ans (pour 26 patients) (cf tableau 2). Au CHRN, l'âge moyen est de 42 ans (médiane = 44) et à Mont-Godinne, il atteint 70 ans.

Tableau 2 : Statistiques descriptives de l'âge (données disponibles)

	CHRN	Mont-Godinne
Nbre Patients	24	2
Age moyen	42	70
Minimum	19	66
Percentile 25*	34	-
Médiane*	44	-
Percentile 75*	49	-
Maximum	69	74

* 25% de la distribution se situe en deçà du percentile 25, 50% en deçà de la médiane (percentile 50), et 75% en deçà du percentile 75.

Une part importante (88%) des patients ont un médecin traitant attitré (soient 22 patients sur les 25 pour lesquels la donnée est disponible). Aucun service n'a mentionné de patients non en ordre de mutuelle, les chiffres montrent que 24 (sur les 25 disponibles) sont effectivement en ordre de mutuelle.

Dans notre population d'étude (soit 44 personnes), 12 patients sont inscrits au CPAS. Tous sont belges hormis 3 patients respectivement d'origine française, algérienne et turque. 10 personnes ont été identifiées comme vivant à la rue.

1.3.2. Les motifs d'admission

Les principales plaintes à l'origine des recours aux urgences (cf tableau 3) relèvent de problèmes liés à l'alcoolisme et aux demandes de sevrage (avec 31.8% des cas). En deuxième position (avec 25% des cas) viennent les plaintes liées à des problèmes psychologiques, en ce compris les demandes de prise en charge émanant de patients dépressifs et les tentatives de suicide (TS). Ces deux séries de plaintes rassemblent la majorité des patients (25 cas).

A ces premiers cas, s'ajoutent 3 patients en décompensation psychotique (6.8%), 3 recours pour crise d'épilepsie (6.8%) et 2 cas de toxicomanie (4.5%).

La dernière catégorie « Autre » rassemble les 20% des plaintes restantes, et non encore reprises dans les catégories précitées. On y retrouve par exemple le cas d'un patient exclu d'un hôpital psychiatrique qui s'est présenté aux urgences dans l'espoir d'être hospitalisé et de recevoir des médicaments. On y retrouve également le cas d'un patient psychotique ayant consulté pour se libérer d'un ensorcellement ou le cas d'un patient admis suite à des prises de médicaments réactionnelles mais sans d'idéations suicidaires. Et puis d'autres plaintes diverses difficiles à classer dans un groupe diagnostique représentatif, comme des problèmes liés au diabète, des douleurs articulaires, des troubles gastriques, etc.

Tableau 3 : Les motifs d'admission aux urgences

	Total	CHRN	CMSE	UCL
Problèmes liés à l'alcoolisme	14	14	0	0
Toxicomanie	2	1	1	0
Problèmes psycho, état dépressif, TS	11	2	9	0
Intoxication médicamenteuse (sans idéation suicidaire)	2	2	0	0
Décompensation psychotique	3	1	2	0
Crises d'épilepsie (ou suspicion)	3	1	2	0
Autre	9	3	4	2
Total	44	24	18	2

Problèmes liés à l'alcoolisme	31,8%	58,3%	0,0%	0,0%
Toxicomanie	4,5%	4,2%	5,6%	0,0%
Problèmes psycho, état dépressif, TS	25,0%	8,3%	50,0%	0,0%
Intoxication médicamenteuse (sans idéation suicidaire)	4,5%	8,3%	0,0%	0,0%
Décompensation psychotique	6,8%	4,2%	11,1%	0,0%
Crises d'épilepsie (ou suspicion)	6,8%	4,2%	11,1%	0,0%
Autre	20,5%	12,5%	22,2%	100,0%

Sans pour autant conclure sur des spécificités par institution, on peut tout de même pointer au CHRN une présence plus importante de problèmes liés d'alcoolisme par rapport aux autres types de plaintes (58% de leurs patients) et à la CMSE, une prépondérance des problèmes d'ordre psychologiques (50% de leurs patients).

A Mont-Godinne, les 2 patients admis ont recouru aux urgences l'un pour soigner un problème lié à son diabète et l'autre dans l'attente de réaliser un bilan neurologique conseillé par son médecin généraliste. Pour ce dernier, l'urgence de la plainte a été jugée non justifiée par les professionnels de garde. Celui-ci aurait idéalement du faire l'objet d'une hospitalisation programmée. En effet, ce dernier patient est en état de dénutrition important depuis plusieurs mois car incapable de cuisiner. Il vit dans un contexte familial difficile (avec une fille alcoolique) et a visiblement des problèmes d'hygiène, de plus, shopping médical aidant, il consomme plusieurs types de médicaments.

1.3.3. Les profils et caractéristiques des patients

1.3.3.1. Logement et origine des patients

Parmi l'ensemble des patients en situation de précarité inclus dans l'étude, 10 patients (23%) vivent à la rue et sont identifiés comme SDF namurois. A la CMSE, ce groupe compte pour 29% des admissions réalisées (soit 5 cas) et au CHRN, il représente 21% des admissions (également 5 cas). Une autre situation est celle du logement supervisé, une personne se trouve dans cette situation.

Quant aux autres patients de notre population, bien que jugés précaires à certains point de vue, ces derniers ont un logement. La plupart ont leur lieu de résidence sur la ville de Namur mais quelques-uns résident en-dehors (trois personnes à Andenne et respectivement une à St Servais, une à Florifloux, une à Gesives, une à Jambes, une à Havelange et une à Corbion).

Nous n'avons pu obtenir une information complète quant à la provenance exacte des patients avant leur admission mais l'on sait que sur les 21 données disponibles, 8 provenaient d'un lieu public ou de la rue et 13 de leur domicile.

1.3.3.2. Modes d'admission

Les modes d'admission ont été classés en cinq catégories distinctes, à savoir les patients se présentant seuls sur leur propre initiative et sans être référé par un médecin généraliste (« a. Admission spontanée sans lettre »), les patients où le recours a été suggéré par un éducateur ou par des proches et qui se présentent en leur compagnie (« d. Admission accompagnée »), les patients se présentant seuls mais sur le conseil de leur médecin généraliste avec une lettre à l'attention du service (« c. Admission spontanée avec lettre »), les patients admis via le service 100 (« b. Admission via le service 100 ») et les patients emmenés par la police (e. Admission via la police). Les résultats sont présentés ci-dessous selon l'ordre décroissant des fréquences de recours (cf tableau 4).

Le mode d'admission le plus observé est l'admission spontanée sans lettre, constatée dans 48% des cas (soit 20 patients). En second lieu, viennent dans 31% des cas (soit 13 patients), les admissions réalisées via le service 100. Les admissions spontanées avec lettre du médecin arrivent elles en troisième position, avec un pourcentage plus faible regroupant 10% des cas (soit 4 patients). Dans 7% des cas les patients ont été conseillés par un éducateur (1 patient) ou par des proches (2 patients) du patient et recourent aux urgences suite à leur influence. Et ce n'est que plus rarement, dans 5% des admissions (2 patients), que la police⁵² a été amenée à conduire des patients aux urgences.

Tableau 4 : Modes d'admission des patients (ordre décroissant des fréquences)

	Total	CHRN	CMSE	UCL
a. Admission spontanée sans lettre (seul et sans être référé par un médecin généraliste)	20	13	6	1
b. Admission via le service 100	13	5	8	0
c. Admission spontanée avec lettre (seul mais sur conseil du médecin généraliste)	4	1	2	1
d. Admission accompagnée (éducateur ou famille)	3	1	2	0
e. Admission via la police	2	2	0	0
Total	42	22	18	2

a. Admission spontanée sans lettre (seul et sans être référé par un médecin généraliste)	48%	59%	33%	50%
b. Admission via le service 100	31%	23%	44%	0%
c. Admission spontanée avec lettre (seul mais sur conseil du médecin généraliste)	10%	5%	11%	50%
d. Admission accompagnée (éducateur ou famille)	7%	5%	11%	0%
e. Admission via la police	5%	9%	0%	0%

Au CHRN, près de 60% des patients se sont présentés seuls et sans être référés par un médecin généraliste. A la CMSE, ces patients représentent 33% des cas.

Les arrivées via le service 100, second mode d'arrivée aux urgences pour la population d'étude (avec 31% des admissions) et premier pour la CMSE (avec 44% de leurs admissions) ne représente pour le

⁵² La police est directement intervenue pour 2 patients mais notons que parmi les patients arrivés via le 100, certains peuvent théoriquement avoir fait l'objet d'une interpellation par la police avant d'être transporté par le service 100. Ce point a été étudié et est développé dans la 3^{ème} partie de ce rapport.

CHRN que 23% des recours. Proportionnellement aux autres modes d'admission, la part de patients admis via le 100 est plus importante à la CMSE (44% des admissions contre 23% au CHRN).

Concernant les patients admis via la police⁵³, ils étaient tous deux en état d'ébriété au moment des faits. L'un des deux a été interpellé dans le cadre d'une dispute de couple suite à un appel à l'aide de son conjoint. Admis en état d'agitation vers 18h, ce patient quitte l'hôpital accompagné de son épouse après avoir convenu avec le personnel de soins d'un suivi psychiatrique. C'est suite à l'appel d'un tiers, que le second patient est admis à l'hôpital où il est connu des urgentistes pour de précédents recours. Patient non collaborant, refusant les examens proposés, il est mis en cabanon et quitte l'hôpital vers 23h, soit 6h après son arrivée.

1.3.3.3. Orientation des patients

Près de la moitié des patients (47.5% des cas) retournent à domicile après leur consultation aux urgences. Une part importante (40%) est gardée en hospitalisation provisoire. 12.5% sont hospitalisés suite à leur admission aux urgences.

Tableau 5 : Orientation des patients

	Total	CHRN	CMSE	UCL
HP = Hospitalisation provisoire	16	10 *	6	0
Hospitalisation	5	3	1 ^{\$}	1
RAD = retour à domicile	19	9 [#]	9 ^{##}	1
Total	40	22	16	2
HP = Hospitalisation provisoire	40%	45%	38%	0%
Hospitalisation	12.5%	14%	6%	50%
RAD = retour à domicile	47.5%	41%	56%	50%

* dont 2 patients mis en cabanon

\$ patient transféré CHRN (neuropsychiatrie)

dont 5 départs sans prévenir ; ## dont 1 départ sans prévenir

⁵³ Question soulevée lors de la plénière du comité de suivi du projet datant du 30 septembre.

1.3.3.4. Horaire et rythme de fréquentation des urgences

Les 18 patients enregistrés en soirée totalisent 44% des admissions (cf tableau 6). En journée, 17 patients (41%) ont été enregistrés et la nuit 6 patients (15%). Les services d'urgences font ainsi face à une affluence au moins aussi importante en soirée qu'en journée. Ce phénomène est possiblement présent en semaine mais limitée au week-end, cette enquête ne peut l'objectiver. La répartition des patients selon l'horaire diffère selon les hôpitaux. Au CHRN, 65% des patients se sont présentés en journée, 26% en soirée et 9% durant la nuit. A la CMSE, 63% des patients se sont présentés en soirée cette fois, 25% durant la nuit et 13% en journée. A Mont-Godinne, 100% des patients se sont présentés en soirée.

Tableau 6 : Fréquentation des urgences selon l'horaire

	Total	CHRN	CMSE	UCL
Journée (08h-18h)	17	15	2	0
Soirée (18h-24h)	18	6	10	2
Nuit (24h-08h)	6	2	4	0
Total	41	23	16	2
Journée (08h-18h)	41%	65%	13%	0%
Soirée (18h-24h)	44%	26%	63%	100%
Nuit (24h-08h)	15%	9%	25%	0%

Toute institution confondue, l'étude a été menée sur un total de 11 périodes⁵⁴. Partant de là, nous pouvons estimer les rythmes moyens de fréquentation des services d'urgence (cf tableau 7). Pour l'ensemble de notre échantillon, le rythme moyen de recours est respectivement de 1.6 patients par soirée, de 1.5 patients en journée et de 0.5 patient pendant la nuit. De même, au CHRN, 3.8 patients se sont présentés en journée, pour 1.5 en soirée et 0.5 durant la nuit. A la CMSE, en moyenne 2 patients se sont présentés en soirée, 0.8 durant la nuit et 0.4 en journée. A Mont-Godinne, en moyenne 1 patient s'est présenté en soirée.

⁵⁴ St Luc n'a pas fourni les données pour permettre cette analyse. Donc 13 périodes identifiées, nous avons soustrait les deux relatives à St Luc, ce qui laisse un total de 11 périodes pour les trois autres hôpitaux.

Tableau 7 : Rythme moyen des recours en fonction des moments de la journée

	Total (sur 11 WE)	CHRN (4 WE)	CMSE (sur 5 WE)	UCL (sur 2 WE)
Journée (08h-18h)	1.5	3.8	0.4	0.0
Soirée (18h-24h)	1.6	1.5	2.0	1.0
Nuit (24h-08h)	0.5	0.5	0.8	0.0
Total	3.7	5.8	3.2	1.0

1.3.3.5. Usagers connus des urgentistes

Près de 60% des patients sont connus⁵⁵ d'un ou plusieurs services hospitaliers namurois, ce qui correspond à 26 patients sur les 45 inclus dans l'étude (cf tableau 8). Ce pourcentage de patients connus se décline en 41% des cas au CHRN et 18% des cas à la CMSE (soit respectivement 18 et 8 patients). Tous ces patients connus connaissent des situations de précarité sociale importante.

Tableau 8 : Patients connus des services et ayant fréquenté au moins deux fois les services hospitaliers en 2009

	Total	CHRN	CMSE	UCL
Nombre de patients connus	26	18	8	0
% de patients connus	59%	41%	18%	0%

Plus précisément, parmi ces patients connus, la moitié y avait déjà eu recours pour la même plainte dans les deux mois qui précédaient. Il s'agit de 13 patients ayant tous consulté au CHRN, et majoritairement (dans neuf situations) pour des plaintes liées à l'alcoolisme, à savoir des demandes de sevrage, des problèmes liés à un état d'ébriété ou encore des bagarres en ville ou des disputes de couple. Ces recours ont pour la plupart eu lieu en journée le samedi ou le dimanche, aucune admission de nuit et seule une admission après 18h. Les deux tiers se sont présentés spontanément, sans être référés par un médecin traitant, et le tiers restant a été admis via un appel au service 100, aucun n'a été amené par la police.

L'autre moitié des patients, également connus des services, avaient consulté pour des plaintes différentes de celle diagnostiquée lors de ce recours.

⁵⁵ Un patient est considéré comme connu des services hospitaliers s'il a un dossier et s'il a visité au minimum deux fois en 2009, quelque soit la plainte.

Sept des dix SDF recensés sont des patients connus des services hospitaliers namurois. Parmi ces ceux-ci, cinq admissions ont été enregistrées au CHRN et deux à la CMSE. Concernant les premiers, ils étaient connus du CHRN et avaient déjà eu recours pour une plainte similaire dans le même mois. Pour les suivants, aucun des deux n'avait un dossier à la CMSE mais l'un d'eux était connu du CHRN⁵⁶.

1.3.4. La charge de travail additionnelle générée par la présence de problèmes sociaux

Une de nos questions de recherche portait sur l'objectivation de la charge de travail additionnelle (surcharge) générée par la présence de problèmes sociaux dans la prise en charge (PEC) de patients en situation de précarité sociale.

Prise en charge globale du patient oblige, par rapport à des cas similaires mais sans problèmes liés à la précarité, les prestataires ne peuvent négliger une série d'éléments faisant partie intégrante de l'équation. Plusieurs éléments explicatifs d'une surcharge de travail ont été mis en évidence chez ce type de patients. Les prestataires ont notamment pointé, des problèmes de désorientation de certains patients (en perte de tout repère) et des incohérences dans leurs discours, la pauvreté du réseau social, des situations de solitude ressenties par ces patients, l'incompréhension entre professionnel et patient, le refus de traitement ou de PEC, la présence de comportements agressifs, les difficultés liées au sans-abrisme, l'état d'ébriété (d'alcoolisme).

Des efforts et investissements particuliers ont du être déployés tout au long de la PEC par les intervenants successifs (accueillantes, infirmiers et médecins). Que ce soit au niveau du triage au moment de l'admission ou pendant la PEC médicale, différentes activités ou démarches complémentaires ont été mises en œuvre par ces professionnels. Le tableau 9 ci-dessous présente les spécificités relevées par l'ensemble du personnel de garde.

⁵⁶ L'autre avait déjà été admis en 2001 à la CMSE pour une hospitalisation programmée en orthopédie mais n'avait pas fait son suivi là-bas. Ce patient n'avait pas d'ancien dossier.

Tableau 9 : Spécificités de la prise en charge (PEC) de patients en situation de précarité

Tâches particulières, difficultés rencontrées et efforts consentis par les prestataires :
<ul style="list-style-type: none"> • Anamnèse complexe • Travail autour de patients qui ont déjà mis en échec les tentatives proposées par le corps médical lors de précédents recours • Travail de persuasion de l'utilité de la prise en charge • Recherche de solutions provisoires en l'absence du service social, démarches multiples pour offrir une aide psycho-sociale au patient • Travail d'information et de ré-information au patient (sur le système de soins ou sur des services spécifiques comme les Alcooliques Anonymes) • Gestion de patients « surnuméraires » (installés dans le couloir), de files d'attente • Gestion de comportements agressifs, paranoïaques, patients non-collaborant • Gestion de la cohabitation difficile entre les plaintes lourdes et légères • Prise de contacts avec la famille • Mise en HP plus imposée par le contexte du patient que pour un motif strictement médical, parfois uniquement parce que ce dernier attend le passage d'un professionnel spécialisé (psychothérapeute, psychiatre...) • Gestion des sorties spontanées des patients (avec ou sans décharge)

Concernant les difficultés liées à l'anamnèse, celles-ci sont principalement situées au niveau de l'objectivation (compréhension) de la plainte, dans la recherche d'informations sur un éventuel traitement en cours ou encore dans les efforts pour joindre un proche qui permette de calmer ou éclaircir une situation. Au moment du triage, les infirmiers urgentistes ont relevé d'autres difficultés, plus particulièrement au niveau de la gestion de l'agressivité – patients non conciliants –, de la gestion de l'état d'ébriété ou du manque d'hygiène de certains patients.

Le temps total additionnel pour gérer les situations de précarité a été estimé entre 30 minutes et 2 heures par patient. L'exercice d'évaluation en temps de cette surcharge de travail n'a pas été aisé pour les hôpitaux tant celle-ci peut prendre diverses formes, mais tous s'accordent à dire que la PEC est plus lourde et plus longue que pour un patient non précaire.

Dans notre population d'étude, c'est dans 31% des cas (14 patients) que la PEC du patient en situation de précarité a saturé ou aggravé la situation de saturation des urgences hospitalières. A la question « La prise en charge du patient-t-elle créé (ou aggravé) une file d'attente ? », la CMSE a répondu oui pour 11 de ses admissions. Au CHRN, c'est dans 3 situations que le problème s'est posé. La gestion

des admissions a donc été à ce point de vue particulièrement problématique à la CMSE avec une situation de saturation qui s'est présentée dans 65% des cas (pour 13% des cas au CHRN).

Tous les patients ne requièrent pas nécessairement la mise en œuvre d'activités complémentaires ou démarches jugées sortant du domaine de compétence du personnel de garde. Les urgentistes ont estimé avoir du offrir un service qui sort de leur domaine de compétence dans 41% des cas (soit un total de 18 patients). Les domaines « lacunaires » identifiés sont présentés ci-dessous (cf tableau 10).

Tableau 10 : Types de tâches additionnelles identifiées par le personnel urgentiste

	Total	CHRN	CMSE	UCL
Nécessité d'une PEC psychosociale	9	3	6	0
Nécessité d'une PEC psychiatrique	2	0	2	0
Recherche de solutions (réorientation, sortie...)	3	1	2	0
Information et éducation du patient	3	0	2	1
PEC par un généraliste aurait suffi	1	1	0	0
Total (Total population d'étude)	18 (44)	5 (24)	12 (18)	1 (2)

Pourcentage de patients ayant causé une surcharge significative en fonction des différentes tâches

Nécessité d'une PEC psychosociale	50,0%	60,0%	50,0%	0,0%
Nécessité d'une PEC psychiatrique	11,1%	0,0%	16,7%	0,0%
Recherche de solutions (réorientation, sortie...)	16,7%	20,0%	16,7%	0,0%
Information et éducation du patient	16,7%	0,0%	16,7%	100,0%
PEC par un généraliste aurait suffi	5,6%	20,0%	0,0%	0,0%

Nous avons observé qu'une part importante de la surcharge de travail identifiée par les professionnels de soins relevait du domaine psychosocial. En effet, plus accessible en semaine lors des permanences du service social de l'hôpital, la nécessité de ce type de PEC a été rencontré dans 50% des situations (9 patients). A trois occasions, la surcharge de travail est attribuée à la nécessité de réaliser des démarches de recherche d'information ou de solutions (16.7%). A trois autres occasions, celle-ci est générée par un travail d'information au patient (sur le fonctionnement du système de soins belge en général ou sur certains services spécifiques comme les réunions des alcooliques anonymes). Dans deux cas, la charge de travail est induite par le fait de devoir garder dans le service un patient qui attend le passage du psychiatre et dans un dernier cas par le fait de traiter un patient pour qui une consultation chez un médecin généraliste aurait suffi.

1.3.5. *La nature du besoin d'appui social et utilisation des structures existantes*

Nous avons cherché à comprendre dans quelle mesure et en quoi l'appui du service social (uniquement présent dans l'hôpital en horaire de semaine) aurait pu, de manière significative, alléger le travail des urgentistes pendant leurs gardes. A cette première question, les hôpitaux ont répondu qu'ils auraient fait appel au service social s'il avait été de permanence et que cela aurait allégé leur travail dans 39% des situations, c'est-à-dire dans la PEC de 18 patients précaires. Au CHRN, ce besoin de recours au service social a été objectivé pour 21% de leurs admissions (soit 5 patients). Avec plus des $\frac{3}{4}$ (76%) des admissions concernées (soit 13 patients), c'est à la CMSE que ce besoin s'est particulièrement fait ressentir. A Mont-Godinne, pour une des 2 admissions, le personnel de garde aurait fait appel à l'assistante du service social si elle avait été disponible.

A la seconde question, à savoir *en quoi l'appui l'assistante du service social aurait-il pu aider ?*, les urgentistes ont identifiés différents types d'appui résumés dans le tableau ci-dessous (cf tableau 11).

Tableau 11 : *Nature de l'appui social recherché*

Situations où le recours à un service social aurait pu alléger le travail des urgentistes :
<ul style="list-style-type: none">• Travail d'écoute du patient (parfois ne fut-ce que pour connaître son identité)• Travail de recherche d'informations et organisation du transfert du patient, de pistes de solutions aux problèmes vécus par le patient que ce soit pour son orientation du patient vers des structures ad hoc ou dans la prise de contact avec la famille• Travail d'information sur des services de consultations psychologiques ou sur les réunions des alcooliques anonymes• Répondre à une demande explicite du patient à rencontrer un assistant social• Préparation du retour à domicile (RAD)• Appui d'un assistant de justice jugé important par le personnel urgentiste, situation où le patient n'est pas demandeur• Reprise de contact pour gestion du problème financier global du patient, et du contentieux avec la clinique en particulier• Prise en charge de la problématique du logement et actualisation des démarches

Nous avons également enquêté sur l'utilisation par le personnel des urgences du dispositif d'urgence sociale de la ville de Namur, le DUS. Le personnel de garde a ainsi identifié une demande sociale non satisfaite, il aurait fait appel à l'assistante sociale de l'hôpital si cela avait été possible. Certaines

situations auraient pu faire l'objet d'un appel à la permanence sociale du Dispositif d'Urgence Sociale (DUS). Typiquement le cas du patient qui recourt de manière habituelle aux services d'urgences hospitalières toujours à la recherche de solutions pour trouver un emploi, arrêter de boire et se réconcilier avec sa famille.

Pourtant, bien qu'ayant identifié ces besoins d'ordre psycho-social dans la prise en charge des patients en situation de précarité aux urgences, les prestataires ont pour la plupart du temps jugé inutile de faire intervenir le DUS. Nous n'avons observé que deux situations⁵⁷ pour lesquelles le recours avait été envisagé par les prestataires et proposé au patient. Dans ces deux cas l'offre a été déclinée par le patient. Au final, aucun recours au DUS n'a été réalisé.

Les raisons invoquées pour ne pas avoir jugé pertinent de recourir au DUS sont diverses. L'heure tardive ou le fait d'être en période de week-end sont invoqués à deux reprises. Pour 4 patients, le personnel de garde a jugé leur intervention non pertinente compte tenu de la plainte du patient : soit parce que le patient passera la nuit à l'hôpital avant de rentrer à son domicile, parce qu'il sera hospitalisé et probablement pris en charge plus tard. Dans une autre situation, le non-recours au DUS se justifiait par le fait que le patient bénéficiait déjà de l'encadrement de son éducateur, qui d'ailleurs l'hébergeait provisoirement. Une dernière raison invoquée est le fait que l'offre n'ait pu être proposée de fait que le patient ne souhaitait voir personne.

1.3.6. Une synthèse de la situation pour les personnes SDF

Puisque les situations de précarité et notamment celles des personnes vivant à la rue constituent un intérêt particulier dans ce travail, nous proposons une synthèse de leur situation.

Parmi les 10 patients SDF identifiés dans l'étude, 4 ont été admis via le service 100, 4 autres se sont présentés spontanément sans référence et un dernier s'est présenté seul sur recommandation de son médecin traitant (avec lettre). 4 recours ont été enregistrés en soirée, 3 pendant la nuit et 3 en journée. Respectivement 2 personnes SDF ont été admises pour des problèmes liés à l'alcoolisme, catégorie identifiée comme première cause des recours dans notre population d'étude et 4 pour des problèmes d'ordre psychologique, seconde cause des recours. Au total 6 des 10 SDF ont donc consulté pour ces deux principales catégories de plaintes. Un patient SDF a consulté pour une crise d'épilepsie et 1 pour une plainte liée à la toxicomanie.

⁵⁷ Notamment pour un patient qui a évoqué des problèmes liés au logement lors de sa PEC aux urgences.

La moitié des patients a occupé un lit (soit en HP soit en hospitalisation). 6 des 10 SDF étaient connus des services hospitaliers pour avoir consulté au moins une fois depuis octobre. 9 des 10 SDF ont suscité des prises en charge sortant des domaines de compétence des infirmiers et médecins de garde. Pour la moitié des patients, une PEC psychologique est nécessaire, pour 2 autres une PEC psychiatrique est requise et pour 2 autres encore le personnel a dû œuvrer pour rechercher des solutions pour répondre à leur plainte. Dans 6 cas, le patient a contribué à la saturation des services en créant ou aggravant la file d'attente. Un patient a par ailleurs fait des dégâts dans le service. Un appui du service social aurait pu alléger de manière significative le travail des urgentistes dans 8 cas et pour la moitié, le service social de l'hôpital serait intervenu si l'admission avait été enregistrée dans les horaires de la permanence sociale. Aucun recours au DUS n'a pourtant été recherché. Cependant, un des ces patients, apparemment suivi par une des AS du DUS, a pris contact avec son administrateur de bien ainsi qu'avec cette AS.

1.4. Conclusion

Les services d'urgences font face à des admissions médico-sociales (sociales) génératrices d'une charge de travail particulière et additionnelle par rapport à d'autres patients admis pour des plaintes jugées équivalentes du point de vue médical. Les prestataires de soins ont estimé un temps additionnel allant de 30 minutes à 2 heures par patient pris en charge.

Un tiers des admissions a posé des problèmes de saturation des urgences et les services ont mis en évidence l'importance de l'appui d'un service social pour couvrir la demande psychosociale actuellement non rencontrée. Un appui qui aurait été pris en charge par le service social de l'hôpital si le patient avait été admis en semaine. Pourtant aucune intervention du dispositif d'aide sociale de la ville (DUS) n'a été enregistrée.

Sur ce petit échantillon de patients précaires, les profils semblent différer selon les hôpitaux. En se pliant à l'exercice suivant qui est de mettre en évidence une caractéristique dominante pour cette population et pour les différents hôpitaux, voici ce qui ressort : les situations de précarité sont majoritairement présentes dans les services d'urgences du CHRN et de la CMSE.

2. MOTIVATIONS DES RECOURS DES USAGERS DES URGENCES ET SITUATIONS DE PRÉCARITÉ

2.1. Objectif

En complément à la première enquête, celle-ci, menée auprès des bénéficiaires en situation de précarité, visait à faire ressortir les profils des personnes précaires qui se rendent aux services des urgences, les raisons pour lesquelles elles choisissent ce type de recours, ainsi que leur connaissance de l'offre de soins (médicaux et sociaux) du réseau namurois.

2.2. Méthode

Pour atteindre nos objectifs, nous avons observé pendant plusieurs soirées de novembre les recours aux services hospitaliers d'urgence de deux hôpitaux participant au projet. Nous avons procédé, parmi les recours survenus ou patients présents dans le service entre 18h et 24h, à des entrevues avec les patients identifiés comme vivant une ou plusieurs situations de précarité sociale.

Formée à la tâche et sur base sur d'une grille d'analyse réalisée au préalable, l'enquêtrice a interrogé les patients sur les thèmes suivants : leurs profils de précarité, leurs motivations de recours aux urgences, les modes de recours alternatifs connus et/ou envisagés par les patients. Il a été précisé à chacun que les auditions seraient traitées de façon anonyme et tous ont donné leur consentement éclairé pour la participation à l'étude. Par ailleurs les médecins en chef des urgences ont autorisé l'enquête dans leur service.

Le choix de la période et des hôpitaux s'est justifié au vu des résultats préliminaires de la phase exploratoire du projet. En effet, il est apparu, dans les entrevues réalisées auprès des responsables des urgences et des services sociaux des quatre hôpitaux participants que les personnes en situation de précarité étaient davantage présentes en début de soirée. La fréquentation étant moins soutenue au-delà de minuit, nous n'avons pas jugé pertinent pour cette partie d'étendre la période d'observation pendant la nuit. Par ailleurs, lors des discussions de la plénière du 30 septembre, les participants avaient pointé une surcharge de travail particulière durant les week-ends, en partie due à l'absence du support du service social interne (ne travaillant qu'en horaire de semaine). Les soirées (de 18h à minuit) des vendredis et dimanches ont ainsi été identifiées comme plus lourde par les acteurs. D'autre part, couvrant une série de week-end d'octobre et de novembre, l'autre enquête menée en parallèle avait

déjà pu révéler un nombre plus important de personnes en situation de précarité dans deux des quatre hôpitaux observés, à savoir le CHRN et la CMSE. Ces divers constats ont fait porter le choix des entrevues patients présents en soirée dans ces deux structures en vue d'une analyse complémentaire à celle réalisée auprès des prestataires.

Les permanences pour les quatre soirées ont été menées par une même enquêtrice. Les entrevues ont été enregistrées et retranscrites par cette dernière.

Echantillon. L'observation visait les patients ayant recours aux urgences au CHRN et à la CMSE de Namur durant les soirées de week-end. Quatre soirées d'observation du mois de novembre 2009 ont été retenues, à savoir les vendredi 20 et dimanche 22 novembre pour le CHRN et les vendredi 27 et dimanche 29 à la CMSE, aux mêmes horaires afin de garantir une certaine homogénéité dans la collecte des profils, même si l'objet de cette partie de l'étude n'envisage pas de comparaison entre les structures.

Bien entendu, pour être totalement exhaustif et représentatif de la population en situation de précarité sur Namur, il aurait été pertinent et nécessaire d'une part de procéder à la même démarche dans les hôpitaux de Saint Luc et de Mont-Godinne et d'autre part de réaliser la récolte de données sur plus longue période. Cependant, le caractère évolutif de l'approche choisie dans ce projet de recherche et le délai très court dont nous disposions ont rendu la tâche impossible. En effet, dans un premier temps, nous avons écarté l'enquête auprès des patients au profit de l'enquête auprès des prestataires de soins, statuant sur le fait que l'attention que pourraient porter des patients admis aux services des urgences à une enquête serait limité, voire inexploitable.

Critères d'inclusion. Tous les patients en situation de précarité présents dans le service des urgences, en ce compris ceux qui avaient été admis plus tôt dans la journée.

Elaboration de la grille d'entrevue. La grille d'entrevue a été développée à partir de la littérature sur le comportement de recours aux urgences hospitalières des usagers et sur leur profil. Elle se décline en trois parties principales portant sur la situation actuelle d'admission aux urgences, les antécédents du patient en terme de fréquence de recours et types de soins recherchés et les caractéristiques individuelles notamment relatives aux situations de précarité.

La première partie se concentre sur les motivations du patient de recourir aux urgences ce jour-là, le déroulement de sa prise en charge (PEC) et l'anticipation de son suivi à la sortie de l'hôpital. La deuxième met en avant le parcours de soins habituel du patient lorsqu'il est malade et les alternatives médicales (autres que les services d'urgences) qu'il connaît. Et enfin, la troisième section du

questionnaire permet de situer l'état de précarité du patient en posant une série de questions concernant son logement, sa vie social, sa situation professionnelle et les difficultés financières qu'il pourrait rencontrer.

2.3. Résultats

Note préliminaire à la lecture des résultats : Au vu du nombre réduit d'entrevues réalisées (six personnes), il est important de préciser que les résultats de cette enquête de terrain ne sont pas nécessairement représentatifs de l'ensemble des patients en situation de précarité consultants aux deux services d'urgence concernés. Nous ne pouvons donc pas généraliser nos conclusions ni établir de comparaison entre les hôpitaux participants.

Dans les paragraphes suivants sont respectivement présentées les données descriptives liées au patient et à son admission aux urgences, les données relatives à son mode de consommation des soins, ainsi que de sa situation de vulnérabilité sociale. Une dernière partie des résultats est consacrée à la synthèse des situations rencontrées sous forme d'encadré par patient.

2.3.1. La description de l'échantillon

Au total, sur la période d'observation, 11 patients rencontraient les critères d'inclusion de l'étude. Parmi eux, 3 patients présents dans les services d'urgence se trouvaient dans l'incapacité de tenir une entrevue et n'ont pu être interrogés (raisons invoquées : état de désintoxication, phase de mutisme, en train de dormir). Deux autres patients ont quitté l'hôpital au cours de leur prise en charge (PEC), ceux-ci n'ont pu être rencontrés et interrogés.

Réparties également entre les 2 hôpitaux, 6 personnes répondant aux critères d'inclusion et en état de répondre ont été interrogées par l'enquêtrice. Tous les patients ont marqué leur consentement éclairé pour cette enquête.

La moitié des patients interrogés sont des hommes (3 sur 6). Un seul d'entre eux à plus de 60 ans, les 5 autres ont entre 40 et 60 ans. La majorité des patients (4 sur 6) n'habite pas le quartier de l'hôpital. Deux patients ont été admis aux urgences pendant la permanence de l'enquêtrice, c'est-à-dire entre 18h et 24h, et 4 autres encore présents dans le service avaient été admis plus tôt dans la journée.

Les six motifs de recours enregistrés pour nos patients sont respectivement :

- demande d'un bilan de santé,
- crise d'épilepsie avec perte de connaissance,
- recherche d'une aide psychologique pour un patient état d'ivresse,
- côtes cassées suite à une chute en état d'ivresse,
- chute causée par l'état d'ivresse,
- état d'ivresse (2 patients)

Concernant ces recours, nous avons identifié 4 situations où le patient s'est présenté aux urgences pour disposer d'une aide psychologique ou sociale, deux situations où le patient a essentiellement recherché de l'aide pour gérer son état d'ivresse, une autre où le patient a eu recours suite à une chute et une dernière situation où le patient a consulté pour demander un bilan médical. Du point de vue de la prise en charge, 4 patients sont en attente d'un service qui ne leur sera offert que plus tard (par exemple, la visite d'un psychologue annoncée pour le lendemain) et un patient est en attente d'un placement en maison de repos.

2.3.2. La démarche des patients face au recours aux soins hospitaliers d'urgence

2.3.2.1. Mode d'arrivée aux urgences et démarches préalables

Toutes les admissions aux urgences se sont faites via un appel au service 100. Cependant, dans deux situations seulement, le patient a personnellement pris l'initiative et composé le numéro d'urgence. Même si dans quatre cas l'appel a été initié par une personne tierce, aucun des recours ne s'est fait sans l'approbation de la personne concernée. Pour trois patients, c'est un proche qui a été à l'initiative de l'appel, quant au dernier, ce sont des assistantes sociales en visite au domicile du patient qui ont fait appel au service.

Notons que bien que le mode d'admission soit identique pour tous les patients, les démarches de ces derniers face à leur plainte varient selon les cas. Tous les patients ne se tournent pas automatiquement vers les urgences hospitalières. En effet, la moitié des patients a tenté une autre option au préalable. Pour répondre à leur plainte, deux patients ont par exemple eu comme première réaction de faire appel à une prise en charge sociale : un premier a tenté de joindre par téléphone un dispositif social de la gendarmerie, et le second a fait appel à la visite à domicile d'un intervenant social ou médical (le patient ne peut préciser). Un troisième a consulté un proche qui lui a conseillé de se tourner vers les

urgences. Pour les trois autres patients, la démarche de recours aux soins d'urgence résultait du choix direct et individuel du patient⁵⁸.

Illustration : Reprenant les termes assez parlants d'un des patients : « Je ne voulais pas tuer ma femme et commettre l'irréparable », cet individu (cf encadré *Patient n°3*) a utilisé le service 100 faute de réponse à sa tentative auprès d'un service d'aide sociale. Il y a là manifestement une demande de PEC sociale qui ne correspond pas exactement à l'offre de soins que peut fournir un service hospitalier des urgences en période de week-end. Une alternative qui aurait éventuellement pu être envisagée dans ce cas précis est l'appel au DUS pour répondre à l'urgence ressentie par ce patient. Il apparaît cependant que la personne ne connaissait pas l'existence de ce dispositif d'aide.

Aucun patient n'a spécifiquement reconnu avoir recouru aux services d'urgences pour leur expertise ou par sentiment de sécurité dans la prise en charge médicale. Et c'est l'échec de leurs premières tentatives qui, dans deux tiers des situations, les a poussés à recourir aux urgences hospitalières. Cela montre toute l'importance d'une bonne connaissance du réseau d'aide social. Une bonne orientation dans le choix du premier recours permettrait d'offrir aux patients une réponse en meilleure adéquation à leur plainte initiale. Le dispositif d'urgences sociales, actif 24h sur 24, est en mesure de proposer un soutien à ces personnes au moment où elles sont en crise et donc de répondre au moins partiellement à leur plainte par l'écoute ou par l'appui dans les démarches que ces derniers ont entrepris (ex : recours aux alcooliques anonymes (A.A.)). Des initiatives visant à mieux faire connaître le dispositif d'urgences sociales (DUS) déjà expérimenté dans ce domaine permettrait de limiter les situations où ne sachant plus que faire, ces personnes se tournent vers les urgences, services où la prise en charge proposée ne correspond nous l'avons vu dans les illustrations pas nécessairement à la demande formulée, consciemment ou pas, par ces patients.

Les six patients allaient passer la nuit à l'hôpital dans le but final de consulter le prestataire de soins adapté à leur requête lorsque l'hôpital disposerait de ce personnel, c'est-à-dire en horaire de semaine.

2.3.2.2. Facteurs explicatifs du choix du recours

Les motivations des patients derrière leur recours aux urgences hospitalières sont multiples. Une série de facteurs sont en effet à l'origine de leur choix :

⁵⁸ Concernant ces 3 patients, il semble que les motifs des plaintes justifiaient la démarche (chute et côte cassée, suspicion de crise d'épilepsie, ..).

- le besoin d'aide immédiate (spécifié par 5 patients),
- la disponibilité des services d'urgences hospitalières (spécifié par 4 patients),
- l'utilisation des urgences comme porte d'entrée pour l'hôpital (spécifié par 3 patients),
- la peur de déranger pendant le week-end son professionnel de soins habituel (spécifié par 2 patients),
- l'habitude ou le fait que le patient est connu du service (2 patients),
- l'échec face à d'autres types de prises en charge (3 patients)
- l'anticipation d'exams complémentaires (1 patient)

La recherche d'une réponse immédiate à leur plainte (notion d'urgence ressentie) a joué un rôle important pour la quasi totalité des patients (5 sur les 6) et constitue certainement un des facteurs décisifs du choix du patient.

Ce besoin d'aide immédiate couvre en réalité deux types de demande distincte : une nécessité d'aide médicale urgente et une nécessité d'aide sociale (ou psychosociale) urgente. Prenons l'exemple de deux patients pour illustrer ce second type de demande, ceux-ci ont fait part de leur besoin immédiat de se sentir entouré, d'être soutenu socialement et de pouvoir consulter pour l'un, un psychologue/psychiatre afin d'éviter de commettre « l'irréparable », et pour l'autre un neurologue pour empêcher une nouvelle crise d'épilepsie⁵⁹, éléments qui semblent constituer l'ensemble de leur demande. Dans trois autres situations, il s'agissait probablement d'un mixte entre l'urgence sociale et médicale. Derrière sa demande de faire un bilan de santé se cachait pour un des patients le fait de vouloir disposer d'un certificat de l'hôpital pour pouvoir bénéficier de l'aide à domicile⁶⁰. Pour deux autres, derrière leur état d'ivresse « avancé » – dont une a été mise sous oxygène – le besoin de voir un psychologue/psychiatre s'est fait ressentir.

Le fait que le service d'urgence soit disponible 24h/24 a renforcé le choix des patients dans la majorité des cas (4 cas sur 6). Comme un infirmier du personnel urgentiste le précise, « la porte est toujours ouverte ici ». Aussi, le fait que ces personnes arrivent en dehors des horaires de jour et de semaine, oblige le personnel de santé à les prendre en charge, leur fournir un lieu d'accueil et un lit, parfois

⁵⁹ Ces personnes sont venues pour être entourées, rassurées : le patient épileptique avait peur de refaire une crise ce qui fait qu'être entouré par le personnel médical le rassurait. Au cas où il ferait une autre crise, des personnes sont présentes pour l'aider. Pour celui arrivé ivre et qui voulait commettre un acte irréparable, le fait d'être à l'hôpital l'en empêchait.

⁶⁰ Cependant, comme déjà précisé plus tôt, le bilan de santé n'est pas vraiment une urgence. Le fait d'entrer par les urgences permet peut-être d'accéder plus facilement/rapidement à toute une série d'exams. Une autre raison peut-être le fait que ce patient ait été retrouvé dans un état de mauvaise santé (même si cela ne lui a pas été mentionné par son MG) par les A.S. et/ou le MG et que ces personnes aient donc décidé d'agir rapidement.

simplement en attente de la visite d'un spécialiste (psychologue, psychiatre ou neurologue selon les cas rencontrés ici).

Une autre raison majeure dans le choix de leur recours, présente chez 3 des 6 patients, est l'attente d'une prise en charge spécifique que le service peut soit faciliter, soit obtenir rapidement. Ce cas de figure s'est présenté chez trois patients, que ce soit pour obtenir une consultation psychologique, psychiatrique, neurologique ou pour bénéficier d'une PEC en service « post-urgence ». Ces « services » sont perçus comme moins facilement (ou pas du tout) disponibles via une consultation chez le médecin généraliste ou autre alternative connue par le patient.

Nous illustrons ce dernier point, avec l'histoire de trois patients. Tout d'abord, celle d'un des 4 patients admis en état d'ébriété qui, une fois dans le service des urgences, attendait clairement un suivi médical plus poussé au sein du service « post-urgence » afin de sortir définitivement de sa dépendance face à l'alcool. Il avait déjà bénéficié de ce service la dernière fois qu'il était venu (en septembre) et bien qu'ayant rechuté en était sorti tout à fait satisfait. Cependant, dans ce cas précis, il n'est pas possible d'imputer directement au patient cette motivation de recours car l'initiative provenait d'un proche. Ensuite, l'histoire d'un patient épileptique qui connaissait le processus de PEC par cœur étant donné le recours récurrent aux urgences (la dernière fois il y a deux semaines) et qui était, dès lors, dans l'attente de procéder à quelques examens et de voir son neurologue le lendemain. Et enfin, un dernier patient qui pourrait éventuellement être assimilé à cette catégorie de « patients en attente d'un service spécifique » puisque que son compagnon l'a fait admettre dans l'unique but de le faire voir par un psychiatre.

Dans trois situations, les patients ont mentionné la peur de déranger durant le w-e leur médecin généraliste habituel (1 cas) ou leur spécialiste habituel (2 cas).

Le fait que l'hôpital soit un lieu connu des patients et qui plus un espace où le patient est bien connu des prestataires a joué un rôle important dans le choix de deux patients en particulier. Ces deux patients s'étaient déjà tout récemment présentés aux urgences. Deux semaines plus tôt, l'un des deux avait déjà consulté pour le même problème et se vantait de connaître par cœur toute la procédure. Et c'est rassuré de savoir que le personnel de santé connaît son traitement qu'il choisit de les consulter. L'autre patient, admis suite à une chute due à l'alcool, s'était déjà présenté trois fois pendant la semaine.

Un autre élément à mettre en évidence ici est le fait que certains patients ont par avant déjà mis en échec d'autres types de prise en charge. L'un d'eux s'est exprimé sur ses recours auprès de son généraliste et déclare que ce dernier ne comprend pas sa souffrance. Un autre a déclaré qu'il visitait

son médecin généraliste car il était un ami de longue date mais ayant ce statut, ce professionnel de santé passe aux yeux du patient au rang d'ami et donc moins de prestataire pouvant soigner (du moins certaines plaintes). Pour les plaintes liées à l'état d'ivresse, les trois patients ont mentionné connaître et avoir déjà recouru mais sans succès au service des Alcooliques Anonymes.

Un dernier point relevé par un patient peut se lire sous l'angle de l'anticipation à des examens complémentaires. Un patient (cf encadré *Patient n°1*) qui, sans symptômes apparents et sans inquiétude particulière, consulte aux urgences pour réaliser un bilan de santé. Deux motivations sont à l'origine de cette démarche pour cette personne âgée, l'une est le fait de bénéficier d'une PEC complète lors d'une seule visite et l'autre de faire réaliser ce bilan rapidement après en avoir reçu le conseil de la part d'une assistante sociale en visite chez elle.

Une interprétation possible peut être le fait que les professionnels habituellement en charge du patient s'épuisent et souhaitent un relais de la part de l'hôpital. C'est une explication proposée par le personnel de garde des urgences. En effet, selon eux, il est fréquent avec les personnes âgées que le service social en charge, le médecin généraliste ou la famille ne veuillent plus s'occuper de cette personne et laisse ainsi la prise en charge à l'hôpital. Ainsi, ces personnes âgées sont soumises à plusieurs examens qui mettront en évidence certaines faiblesses⁶¹ qui motiveront leur hospitalisation, en attendant un éventuel placement dans une maison de retraite.

2.3.2.3. Consommation de soins et satisfaction

Concernant la fréquentation des services d'urgences, la majorité des patients avaient déjà consulté au moins une fois (et jusqu'à trois fois) en 6 mois. Ces 4 patients dont il est question ici ont déclaré être familiers du service qui les a admis. Parmi eux, 2 patients ont eu des recours particulièrement rapprochés : l'un s'était déjà présenté dans la semaine dans le même hôpital et l'autre dans les 2 semaines qui précédaient ce recours.

Concernant d'autres types de consommation de soins, deux patients ont mentionné bénéficier de visites à domicile régulières d'un infirmier. Tous sont par ailleurs consommateurs de soins de médecine générale. En effet, ces 4 patients ont dit avoir un médecin traitant attitré⁶² qu'ils consultaient de manière régulière (au moins une fois par mois). Ceux-ci ont malgré cet usage intensif déclaré être insatisfaits des consultations auprès de leur médecin généraliste.

⁶¹ Le personnel de santé explique qu'il est toujours possible de trouver un problème chez une personne âgée.

⁶² Prestataire indépendant ou affilié à une maison médicale.

Pour statuer sur ces premiers constats, nous soulignons que ces patients sont consommateurs de soins en général et exploitent déjà le système de soins de diverses manières, en utilisant différents types de services mis à leur disposition, comme la venue régulière d'un infirmier à son domicile, des consultations chez le généralistes, ou chez un spécialiste, ou encore le recours à des thérapies de groupes (comme les réunions des alcooliques anonymes).

Interrogés sur la satisfaction des services reçus à l'hôpital lors de ce recours, particulièrement sur la correspondance entre la prise en charge recherchée et la prise en charge déjà reçue, les patients se sont largement exprimés. Traduisant un sentiment d'incompréhension, quatre des patients ont parlé de l'impossibilité de communiquer avec les médecins ou les infirmières et un cinquième a qualifié l'attitude de ces dernières de désagréable. Un de ces patients a précisé qu'il voyait bien que le personnel urgentiste était débordé et qu'il ne pouvait dès lors pas leur prêter autant d'attention que nécessaire, c'est-à-dire prendre le temps de parler avec eux. Deux patients ont précisé que le seul fait d'avoir été écouté le temps de l'interview leur avait réellement fait du bien. A ce propos, deux médecins de garde ce soir là ont rétorqué que le personnel de soins urgentiste n'était pas là pour « faire du social » mais bien pour s'occuper de problèmes « médicaux » « urgents ». Ainsi, tout ce qui est social est parfois simplement mis de côté par les prestataires. Dans la phase exploratoire les assistants sociaux avaient également mis en évidence le fait que certains médecins ne considèrent pas le caractère social lorsqu'un patient précaire consulte chez lui. Ces patients particulièrement en attente de considération humaine ont dans nos interview confirmé ressentir fortement cette attitude. Il semble ainsi y avoir des difficultés de communication entre les prestataires de soins urgentistes (infirmier et médecin) et certains patients. A cela, ajoutons le fait qu'un des patients s'est plaint du délai d'attente trop important, et deux d'entre eux souhaitaient simplement rentrer chez eux. Ces résultats montrent donc que la prise en charge prévue par le personnel médical urgentiste pour ces patients n'est pas toujours ce que ceux-ci attendent de leur recours à ce service.

Cette communication difficile est sans doute une conséquence de l'affluence des admissions. Elle s'est peut-être installée volontairement de la part de certains prestataires désireux de gagner du temps et de décourager ce type de recours. Deux patients ont parlé de l'importance pour eux d'avoir des proches (frère et sœur, et parents) sur qui ils étaient susceptibles de pouvoir compter en ce qui concerne le soutien moral et l'accompagnement dans la recherche de soins. On peut se demander si, contrairement à cette logique, le fait de parler davantage avec ces patients « précaires » ne permettrait pas justement de gagner du temps : dans le service des urgences, les personnes précaires demanderaient ensuite moins d'attention si un professionnel leur consacrait le temps d'une bonne discussion. Ils se sentiraient mieux compris et donc moralement aidés.

Puisqu'ils étaient en partie insatisfaits par les prestations reçues aux urgences, nous avons cherché à savoir si d'autres options auraient été plus en accord avec les attentes des patients ou avec la nature de leurs besoins. Sur cette question, les patients interrogés ont été quelque peu moins loquaces. Spontanément, ils n'ont mis en évidence aucune autre possibilité de recours. Aucun des patients n'a mentionné le Dispositif d'Urgence Sociale (DUS), ce malgré pour certains (3 patients) la recherche d'un appui psychosocial dans leur recours aux urgences. La garde de médecine générale (RGN) ne semble pas non plus connue de ces patients⁶³.

Après investigation, il ressort qu'au lieu d'avoir recours directement aux urgences hospitalières, 3 patients ont confié qu'ils auraient été satisfaits d'une visite chez leur médecin généraliste et 3 autres d'un rendez-vous chez un psychologue/psychiatre ou chez un neurologue. La notion d'urgence (ressentie, pas toujours objectivée par les prestataires) a donc toute son importance dans le choix des recours.

2.3.2.4. Situations de précarité

Nous avons également investigué auprès des patients différentes situations de précarité auxquelles ceux-ci font (ou ont déjà du faire) face dans leur vie. Toutes les personnes interrogées font actuellement face à au moins une des précarités suivantes:

- 5 patients ne travaillent pas : un est au chômage, un autre est en congé maladie et deux sont en incapacité de travailler (pour cause, de problèmes liés à la vieillesse ou de handicap suite à un accident de la route), et le dernier mentionne être dans un programme de réinsertion sociale.
- 4 personnes vivent seules et souffrent de cet isolement. Deux d'entre eux n'ont aucun proche (famille ou voisin). Mais pour tous⁶⁴, à l'écoute de leur propos, l'enquêtrice ressent la rupture sociale. Entre les lignes, les 6 personnes ont déclaré ne pas pouvoir bénéficier d'un appui en cas de difficulté de la part d'un réseau social ou familial, même ponctuel.
- 3 personnes font régulièrement face à des difficultés financières mais très peu de détails ont été mis en avant par ces patients à ce sujet⁶⁵.
- Aucune personne ne semble être propriétaire de son logement. Une seule a spécifié être locataire. Pour 3 autres, il s'agissait d'un logement familial soit hérité ou prêté (mais aucune mention d'achat du bien n'a été faite et aucune certitude quant au statut de propriétaire ou non

⁶³ Pour être tout à fait précis, un patient a parlé de la « garde médicale namuroise », mais l'information reste confuse sur ce qu'il entend derrière ce terme.

⁶⁴ Même pour les 2 personnes qui ne vivent pas seules.

⁶⁵ L'enquête n'a pu relever d'information précise concernant la situation de précarité financière des patients.

n'a pu être mise en évidence) (2 personnes), soit partagé avec d'autres membres de la famille⁶⁶ (1 personne). Deux personnes n'ont pas souhaité donner d'informations à ce sujet.

Ces patients précaires sont donc majoritairement des personnes en décrochage professionnel et en rupture sociale et familiale. Outre le fait d'un entourage familial souvent faible, le fait de ne pas avoir de réseau social professionnel accentue le sentiment de solitude et l'isolement de ces personnes. Un des patients l'a d'ailleurs spécifié et l'enquêtrice considère qu'il en est probablement de même chez les autres. Une autre marque de la pauvreté de soutien social peut se lire dans le discours suivant : « à l'hôpital, il y a toujours quelqu'un en cas de besoin, contrairement à chez moi, où je suis seul » (repris par 2 patients). Au total, c'est d'ailleurs dans 4 situations que le retour direct à domicile sans « aménagement/changement » du milieu de vie est perçu par l'individu lui-même mais aussi par le personnel de santé comme difficile.

Pour plusieurs individus les situations de précarité sociale et financière s'additionnent. Même si un seul patient le mentionne clairement, l'instabilité professionnelle constitue inévitablement un facteur de risque face aux difficultés financières.

Et à ces vulnérabilités, viennent encore s'ajouter pour certains des problèmes d'assuétude (4 sont alcooliques). En effet, les quatre patients arrivés aux urgences en état d'ébriété ont toutes mentionné que l'alcool était un problème. Deux ont ajouté que cela avait des conséquences sur leur vie relationnelle. Ces patients ont eu un passé très difficile, un des facteurs qui les a amené à boire de manière excessive.

Pour beaucoup, le problème de santé est grandement lié aux conditions de vie. Tous ces éléments mettent certainement en avant la présence et l'importance de la composante sociale dans la plainte de chacun des patients. Pour une PEC globale de ces personnes en urgences il y a lieu de faire intervenir un professionnel pour traiter l'aspect social. Pour la plupart des patients (4 cas), un suivi psychologique/psychiatrique ou neurologique est prévu, ce qui va dans ce sens. Maintenant, est-ce suffisant ? Lors d'un échange informel avec une infirmière de l'ASBL « Infirmiers de rue »⁶⁷, prendre en compte l'aspect social d'un problème de santé chez les personnes précaires est un grand pas dans l'amélioration du problème de santé de cette personne.

⁶⁶ Cette personne vit en fait en appartement chez ses parents.

⁶⁷ Cette ASBL est chargée de la PEC des sans-abri à Bruxelles (www.infirmiersderue.be).

Par contre, aucun d'entre eux ne connaît la Carte Santé du CPAS. Selon un médecin d'une maison médicale de Namur, rencontré lors d'un passage de l'enquêtrice dans un des deux hôpitaux⁶⁸, pour obtenir cette carte facilitant l'accès financier aux soins (consultations chez le MG) et aux médicaments (dans une pharmacie particulière), le patient doit lui-même faire la demande à son CPAS, qui octroie cette carte Santé selon divers critères. Il est donc entendu que les gens sont sensés avoir intégré cette information. Ce système considère que le patient a l'information nécessaire entre les mains et qu'il est capable de l'utiliser correctement... ce qui n'est peut-être pas toujours le cas. Plus d'investigations à ce sujet pourrait être intéressante.

2.3.3. *Les encadrés patients*

Nous avons souhaité présenter des encadrés patients pour chacune des situations rencontrées. Tout en préservant l'anonymat des individus, à partir de leurs entretiens, les histoires de ces derniers ont été reconstituées en reprenant pour chacun les données d'admission, les particularités et le cheminement du patient dans sa quête de soins ainsi que les éléments de vulnérabilité sociale. Ce travail de synthèse permettra de fournir au lecteur une image globale des spécificités des six profils étudiés et des difficultés rencontrées par ces derniers.

Encadré n°1 :

Le patient n°1 est admis via le service 100 aux urgences en début d'après-midi pour procéder à un bilan de santé. Il s'agit d'une personne âgée vivant seule dans un appartement.

Ce patient a eu la visite d'assistantes sociales (A.S.) durant la matinée. Celles-ci viennent apparemment moins d'une fois par mois pour voir comme le patient va. Elles lui ont apparemment conseillé de recourir aux services d'une aide familiale pour les tâches ménagères (faire ses courses, faire le ménage, faire à manger, etc.) et de faire un bilan de santé. Il semblerait que ce soit elles qui ont appelé le service des urgences, le patient est confus sur ce point. Il ajoute qu'il a également vu son médecin traitant ce même jour dans le but d'être référé vers l'hôpital. Ce dernier lui aurait dit qu'elle n'était pas malade et lui aurait conseillé de boire beaucoup d'eau mais qu'elle devait quand même faire un bilan de santé. Il n'a pas été possible de dire qui le patient a vu en premier, ni de qui provient réellement l'initiative de faire un bilan de santé. Il est également difficile de comprendre dans quel cadre agissent les A.S.

A l'hôpital, le personnel de santé a procédé à plusieurs examens et a ensuite installé le patient dans le couloir sur un brancard. De manière générale, le patient se plaint d'un délai d'attente trop long. Lors de sa prise en charge, il apprend qu'il aura peut-être une place dans une maison de repos (MR). Le patient relève ce point et insiste en

⁶⁸ Il s'agit du même médecin que décrit précédemment. Pour rappel, il était venu accompagner un patient aux urgences car il était de garde.

disant qu'il n'a pas besoin de cela, qu'il ne s'est pas présenté dans ce but. Le patient souhaite être raccompagné à son domicile.

C'est la première fois qu'il vient aux urgences. Son dernier contact avec un hôpital remonte à plus d'un an. Habituellement, lorsqu'il est malade, il appelle son médecin traitant. Le patient ajoute d'ailleurs qu'il le consulte de manière régulière, « moins d'une fois par mois » selon ses dires.

Lorsqu'on le questionne sur sa situation financière, le patient ne mentionne aucune difficulté particulière. En discutant, il révèle cependant s'être fait voler sa carte de banque dernièrement et précise que ce problème doit encore être réglé : « l'ouvrier qui était chez moi a pris ma carte et retire encore de l'argent de mon compte, je dois faire stopper cela ».

Encadré n°2 :

Le patient n°2 a été admis aux urgences suite à une crise d'épilepsie. Le patient a perdu connaissance à son domicile. A son réveil, bave, urine et difficultés à remettre ses idées en place le pousse à faire appel au service 100 pour lui venir en aide.

Le patient dit avoir déjà appelé par anticipation d'une crise d'épilepsie. Sentiment alors renforcé par le fait, vivant seul, de ne pouvoir avertir personne s'il lui arrivait quelque chose. Ce n'est donc pas la première fois qu'il recourt aux services d'urgences de l'hôpital. Le patient rapporte d'ailleurs qu'il passe d'habitude la nuit à l'hôpital, et que le lendemain il subit des examens et qu'ensuite, la neurologue lui dit quand il peut sortir. La dernière fois qu'il s'est présenté aux urgences, c'était il y a deux semaines, pour une anticipation de crise d'épilepsie. Le patient dit être suivi depuis 2 ans pour cette pathologie par cette même neurologue. Il la voit régulièrement (« J'ai des rendez-vous réguliers et aussi après chaque crise »). Afin de ne pas déranger constamment sa neurologue, le patient voit aussi régulièrement son médecin traitant (« je le vois jusqu'à trois fois par semaine ») Et pour éviter d'appeler constamment ce dernier, il recourt aux urgences. Les services de soins sont son unique moyen d'obtenir de l'aide, le patient précise qu'il est seul et qu'il n'a aucun proche ou membre de sa famille sur qui compter. Suite à une cure de désintoxication, le patient s'est engagé dans un programme de réinsertion sociale par le travail.

Le patient mentionne qu'il fait face à des difficultés financières, notamment pour payer certains médicaments. Sa situation financière est confuse mais manifestement ce patient bénéficie actuellement d'allocations de chômage. Il est également en cours de procédure pour une demande de reconnaissance d'incapacité de travail à 32%. Le patient dit être en attente d'un paiement complémentaire pour ce handicap. Il déclare par ailleurs déjà recevoir une allocation pour handicap : « je touche également de l'argent de la Vierge Noire » (dispositif pour personne handicapées).

Encadré n°3 :

Le patient a été admis vers 16h30 aux urgences, via le service 100. Il était en état d'ivresse et à la recherche d'une aide psychologique. L'enquêtrice l'a interrogé 2h après son arrivée à l'hôpital (sans doute encore « légèrement » imbibé).

Le patient explique en longueur toute la souffrance qu'il porte en lui et les multiples obstacles rencontrés durant sa vie. Ces éléments de vie difficile l'ont amené à boire de manière excessive, comme il dit. Récemment quitté par sa femme, il souffre énormément, boit beaucoup et a peur de commettre « l'irréparable », selon son expression, à savoir, tuer sa femme. A la recherche d'un psychologue qui puisse l'aider à éviter le crime, il a joint par téléphone un dispositif d'aide social mais, ce fut sans succès, personne n'était disponible directement pour parler avec lui. Il a alors fait la démarche d'appeler le service 100 qui est venu le chercher. Le patient passera la nuit à l'hôpital, attendant de pouvoir parler à un psychologue le lendemain.

C'est la troisième fois en 6 mois que ce patient se présente aux services d'urgences de l'hôpital pour ce même motif. Concernant sa consommation excessive d'alcool, il dit avoir essayé de faire plusieurs cures (grâce à l'aide notamment des Alcooliques Anonymes – A.A.) mais n'est pas parvenu à se défaire de la boisson. Pour reprendre ses termes, « je ne sais plus quoi faire » ou « à l'hôpital on s'occupe de moi ». Le patient se sent isolé, il dit n'avoir personne à qui parler de ses affaires privées. Lorsqu'il sort de l'hôpital, il insiste sur le fait qu'il se retrouve seul. Le patient ajoute que de manière générale il ne parle à personne, si ce n'est de parfois aux collègues de son boulot mais ne mélangeant pas vie privée et vie professionnelle, cela ne lui apporte aucun soutien. Il ne sait pas comment s'en sortir car, selon ses dires, le personnel de santé auquel il a recours (médecin traitant, psychologue, psychiatre) ne comprend pas la misère qu'il a en lui et du coup, ne parvient pas à l'aider. Le patient explique que son médecin traitant lui aurait dit ne pouvoir rien faire pour alléger son malaise social.

Encadré n°4 :

Le patient n°4 est admis aux urgences en soirée, également pour état d'ivresse. A son domicile, jugeant de l'état d'ébriété du patient, son compagnon a choisi de chercher du secours et de faire appel au service 100. Le patient a été installé sur un brancard dans le couloir mais étant dans un état d'ébriété avancé, l'entrevue n'a pu être menée en profondeur. Cependant quelques informations ressortent tout de même de la discussion. Par exemple, le patient dit ressentir le personnel de soins présent indifférent quant à sa situation, et dit ne pas être informé de la suite de son parcours de soins.

Le patient est conscient que l'alcool est un problème et participe à ce titre aux réunions des alcooliques anonymes pour parler de ses difficultés. C'est la première fois qu'il recourt aux urgences (de cet hôpital) pour un problème d'alcool, il dit être suivi régulièrement par son médecin traitant.

Le patient précise être au chômage depuis un an et ajoute que cela lui pose des difficultés financières. Le retour à domicile lui semblera difficile mais il ne précise pas pourquoi.

Encadré n°5 :

Le patient n°5 est admis aux urgences via le 100 vers 10h du matin suite à une chute alors qu'il était en état d'ivresse. Après examen, il s'avère qu'il a les côtes cassées. Ses parents sont à l'origine de l'appel, le patient n'en est donc pas l'initiateur mais n'a pas contesté ce choix. Celui-ci précise qu'il boit excessivement et que ses jambes ne répondaient plus, chose qu'il a déjà connu.

Il a été soumis à différents examens. Il n'est pas satisfait de la prise en charge reçue aux urgences : « les infirmières ne sont pas agréables », ni délicates et il se plaint d'avoir eu mal et attendu très longtemps. Il pense qu'il va devoir rester plus qu'un jour, il a hâte de rentrer chez lui.

C'est la troisième fois cette semaine qu'il a recours aux urgences. Il a un médecin, traitant mais il ne le voit pas régulièrement. Par contre, il voit un infirmier qui se présente régulièrement à son domicile. Le patient ne précise pas ce qu'il fait réellement, à part lui conseiller de ne plus boire mais selon lui, ça l'aide bien. Le patient mentionne avoir déjà recouru au dispositif des A.A. mais n'en est pas satisfait. Cela ne répond pas à sa demande.

Il y a 10 ans le patient a eu un grave accident de voiture et précise que c'est depuis cet événement qu'il est tombé dans l'alcoolisme. Auparavant, il était musicien de profession mais ne pratique plus depuis son accident car il perd la mémoire. Il vit depuis chez ses parents et bénéficie de l'aide financière d'une pension. Le patient ne précise pas quel type de pension il reçoit ni si cela est suffisant pour couvrir ses dépenses.

Encadré n°6 :

Le patient, en état d'ivresse est admis pour chute en fin de matinée via le service 100. Saoul, il est tombé à plusieurs reprises de son lit et a cherché de l'aide auprès de sa famille (frère et sœur). Celle-ci a, semble-t-il, appelé les urgences qui sont venues le chercher via le 100. Le personnel de santé l'a installé dans une chambre et l'a mis sous oxygène. Le patient dit se sentir mieux car il ne tremble plus et n'a donc plus cette sensation de manque d'alcool.

Il s'est déjà présenté au même service d'urgence en septembre pour un problème similaire, lié à un excès d'alcool. Cette fois précédente, il avait été orienté vers le service « post-urgence » pour une cure de désintoxication qui a duré 4-5 jours. Le patient explique qu'il s'était senti bien après cette expérience, bien que quelques jours après sa sortie, il avait replongé. Même si la prise en charge est très courte, il souhaite avoir l'opportunité de retourner dans ce service pour résoudre son problème de dépendance à l'alcool. Il a déjà essayé de prendre en charge ce problème en participant aux réunions des alcooliques anonymes (A.A.), mais il conclut que ce n'est pas ce qui lui convient. Il dit avoir également un problème de globules rouges qui l'affaiblissent de temps à autre et les médecins ne savent pas dire si cela est lié à son alcoolisme.

Le patient appréhende son retour à domicile mais n'en donne pas les raisons.

Un rendez-vous auprès d'un psychiatre était déjà fixé dans le courant de la semaine, avant son recours aux urgences. Par ailleurs le patient précise qu'il est affilié à une maison médicale et qu'il y consulte régulièrement son médecin traitant ainsi qu'une infirmière sociale. Malgré les consultations répétées, le patient estime que son médecin ne lui vient pas en aide. Il ajoute que sa motivation de recours au généraliste se fonde sur le fait que son médecin traitant est en réalité son ami d'enfance. Lorsque la maison médicale est fermée, il sait qu'il peut contacter le médecin de garde, y ayant déjà recouru, il arrive au même constat, et n'est pas satisfait de la prise en charge de celui-ci.

Le patient est actuellement en congé maladie et bénéficie d'allocations de chômage. Il ne fait pas mention de difficultés financières particulières. Il vit dans la maison de sa mère que celle-ci occupait jusqu'à son déménagement en maison de repos. Le patient dit pouvoir compter sur sa sœur et son ex-femme en cas de difficulté. Un seul de ses enfants vient encore le voir. Le patient mentionne qu'il a vécu une séparation difficile.

2.4. Conclusion

En conclusion, l'enquête auprès des patients précaires admis aux urgences de deux hôpitaux de Namur montre que ces personnes ne se tournent pas de façon systématiquement vers les urgences. Des alternatives sont envisagées par certains et pour qui le choix des urgences est le résultat de l'échec de leurs tentatives de recours auprès d'autres structures. Ces personnes connaissent des alternatives mais celles-ci ne répondent pas toujours à leur(s) besoin(s), ce qui fait qu'elles se tournent finalement vers les urgences.

Les six patients de notre échantillon sont arrivés aux urgences en faisant appel au service 100, soit de leur propre chef soit via un proche. Vu le nombre réduit d'interrogés, il est difficile de généraliser ce fait à l'ensemble des patients en situation de précarité.

Deux motivations communes à la majorité des patients sont de répondre à un besoin urgent de prise en charge et d'utiliser un service connu pour se faciliter l'accès à une prise en charge spécifique. Le profond malaise (mal-être) social de certains patients constitue certainement un élément essentiel du profil de précarité, et est souvent à l'origine même de la plainte et du recours. Ce constat avancé, nous comprenons mieux la plainte du personnel urgentiste quant à la charge additionnelle de la prise en charge par rapport à d'autres patients qui ne requièrent qu'une prise en charge purement médicale. Malgré une offre d'aide sociale urgente accessible 24h/24 (proposée par le DUS), le personnel de santé n'y fait pas appel pour se faciliter la tâche. Nous rejoignons nos précédentes conclusions et nous faisons ce constat de mauvaise compréhension de l'offre de services disponibles.

PARTIE 3 : ANALYSE DES ACTEURS POTENTIELLEMENT IMPLIQUES DANS LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES EN SITUATION DE PRECARITE

Dans cette troisième partie sont présentées les analyses complémentaires mises en œuvre pour répondre aux premiers questionnements. Nous avons identifiés trois acteurs potentiellement impliqués dans la prise en charge des personnes en situation de précarité : le dispositif d'urgence sociale, la police et la garde médicales. Les entrevues réalisées auprès des acteurs namurois mais également auprès de leurs homologues dans d'autres régions ont été envisagées dans l'optique d'une meilleure compréhension des synergies possibles. L'ensemble des entretiens ont été enregistrés et retranscrits par l'enquêtrice.

1. LE DISPOSITIF D'URGENCE SOCIALE (DUS)

1.1. Introduction

Nous souhaitons obtenir une meilleure compréhension des activités du dispositif d'urgence sociale et difficultés rencontrées par les travailleurs sociaux sur le terrain.

Les investigations sur le fonctionnement du dispositif d'urgence sociale (DUS) se basent sur des interviews réalisées en novembre 2009 auprès des coordinatrices des DUS de Namur et de Verviers (par téléphone), ainsi qu'une rencontre avec les travailleurs sociaux du DUS de Namur.

Une grille d'enquête préétablie a servi de base commune à la tenue des différentes interviews.

Ces investigations sont complétées par la lecture des rapports d'activité 2008 des deux DUS (de Verviers et de Namur) ainsi que par celle d'une étude réalisée à la demande de la Région wallonne (Anciaux 1997)⁶⁹.

⁶⁹ ANCIAUX, A., *Urgence sociale 24h/24*, l'Observatoire, n°16, Liège, 1997

1.2. Résultats

1.2.1. Informations générales

L'objectif d'un réseau social est de coordonner, de manière optimale, les différents outils créés en vue de lutter contre toute forme de précarité, de pauvreté et d'exclusion. Pour ce faire, les institutions publiques et le tissu associatif se sont réunis afin de répondre à l'appel à projet de la Région wallonne et ont ainsi constitué le Relais Social urbain Namurois (RSUN)⁷⁰. Pour mener à bien ce projet, le RSUN a la volonté de former un filet social solide qui rencontre les attentes des personnes plus démunies. Un des outils, créé en décembre 1993 est le Dispositif d'Urgence Sociale (DUS). Depuis 1994, suite au transfert des compétences sociales de la Communauté française, la Région wallonne soutient les initiatives particulières en matière d'urgence sociale menées par les centres publics d'aide sociale (CPAS) de Charleroi, Liège, Verviers, La Louvière, Mons et de Namur.

La mise en œuvre d'un DUS doit permettre à toute personne qui se trouve en situation de détresse sociale d'obtenir une aide rapide, sur place si nécessaire, et quel que soit le moment. A cet effet, des permanences 24h/24 sont assurées au sein de chaque organisme⁷¹ par des travailleurs sociaux ayant l'expérience des difficultés de terrain et connaissant bien la dynamique des problèmes sociaux.

1.2.2. Fonctionnement et composition de l'équipe

La mission du DUS namurois est d'être un service de première ligne en matière sociale. Son rôle est de gérer les situations de crise que traversent les demandeurs. Le service est accessible à toutes les personnes adultes se situant en territoire namurois. Le DUS ne s'adresse donc qu'aux adultes (18 ans et plus).

L'équipe compte une coordinatrice et quatre travailleurs sociaux qui proposent un service disponible 24h sur 24 et 7 jours sur 7 (cf tableau ci-dessous). Il s'agit pour eux de prendre en charge les angoisses ponctuelles des demandeurs, le plus souvent des personnes en situation de précarité, et de trouver dans les meilleurs délais les solutions les plus appropriées. La permanence est toujours assurée par un travailleur social qui en principe travaille de façon autonome. Le demandeur n'est donc pas pris en charge par une équipe.

⁷⁰ Le Relais Social Urbain Namurois (RSUN) est constitué sous la forme d'une association régie par le Chapitre XII de la loi du 08 juillet 1976 organique des CPAS.

⁷¹ Depuis le 1er janvier 1986 en ce qui concerne le DUS de Charleroi.

<u>Equipe</u>	<u>Permanence</u>
Nathalie Poupier, Coordinatrice	
Myriame Sabrir, Assistante sociale	Permanence du lundi au vendredi en journée (de 8 à 16h30)
Jacques. Fourneaux, Assistant social Sandra Kirtens, Assistante sociale Marc Dassy, Infirmier en santé communautaire Marie Hellemans, Assistante sociale	En alternance, de 16h00 à 9h00 du lundi au vendredi la nuit et le week-end, et chacun un week-end par mois

Un numéro de téléphone gratuit et unique (0800/ 124 20) est proposé aux demandeurs. Et c'est toujours un des travailleurs sociaux qui prend l'appel. Lorsque celui-ci est sur le terrain, l'appel est dévié sur son GSM.

Pour pouvoir rester un service de première ligne et ne pas entraver le travail des travailleurs sociaux (du CPAS par exemple), le DUS a pour règle interne de ne pas pratiquer l'assistantat. De ce fait, il n'y a pas de dossiers constitués pour chaque demandeur, simplement des rapports d'intervention transmis si nécessaire aux personnes compétentes pour une prise en charge à plus long terme.

Dans leur charte de fonctionnement, la description de leur mission est définie de manière résiduaire, ce qui laisse une marge de manœuvre assez large aux intervenants sociaux.

1.2.3. Spécificités des services offerts

Les services offerts par le DUS se caractérisent par le fait de ne pas avoir de contrainte temporelle, par la volonté de non assistantat des personnes aidées, par la gratuité de leurs services et par la limitation à un territoire circonscrit, à savoir Namur.

Lors de leurs interventions, les travailleurs sociaux ne sont pas soumis à une pression temporelle. Cette première notion est particulièrement importante. En effet, la prise en charge d'une demande peut se résoudre en heure au moyen d'une communication téléphonique, mais elle peut également demander plus d'efforts et se prolonger sur plusieurs heures ou journées. Le temps consacré à chaque usager dépendra uniquement de sa situation et du problème à gérer et non de contingences extérieures. Le temps est donc un allié important pour les travailleurs sociaux du DUS.

La volonté de non assistanat des usagers constitue une règle de bonne conduite à laquelle tous les intervenants s'attachent. Les intervenants proposeront de soutenir le demandeur dans sa démarche et de l'outiller pour qu'il puisse être autonome. Dans chaque activité, les intervenants veilleront à ne pas positionner le demandeur sans une situation de dépendance. Une fois la situation de crise maîtrisée, l'usager doit se prendre en charge et s'il y a lieu être capable d'identifier et de s'adresser à la structure de prise en charge qui réponde à ses attentes.

S'adressant à un public démuné, la gratuité joue un rôle essentiel dans l'offre de ce type de services. Que ce soit l'appel (numéro vert) ou les différentes interventions possibles, tout est gratuit pour l'usager. Il en est de même pour les structures qui y font appel. Si d'aventure des dépenses sont engagées, par exemple pour l'achat de médicaments, celles-ci sont alors transférées vers le CPAS ou la mutuelle concernée pour une prise en charge complète.

Pour garantir une bonne couverture, les services offerts se cantonnent à un territoire à taille humaine. La limitation au territoire de Namur permet de proposer une palette de services adaptés aux demandes spécifiques issues de cette population locale⁷².

1.2.4. Activités du DUS

1.2.4.1. Quatre types d'interventions

Pour répondre aux situations de crises de leurs usagers, quatre types d'interventions sont offerts aux usagers. Dans l'ordre décroissant du volume d'interventions, nous avons la prise en charge (PEC) directe par téléphone, l'entretien de visu du demandeur, l'action sur le terrain et le rôle de médiation.

1) La conversation téléphonique

Les intervenants sociaux traitent déjà une majorité des demandes par téléphone (61% des interventions en 2008). Afin de cerner le ou les problèmes et de trouver avec la personne les pistes de solutions qui lui conviennent, les intervenants passent un temps important à discuter avec l'usager. Chaque appel,

⁷² Une étude sur les bilans globaux des activités des DUS (Anciaux 1997) avait mis en évidence le fait que les demandes locales diffèrent selon les régions couvertes (Charleroi, Liège ou Verviers): caractéristiques propres à chaque centre, liées aux méthodes de travail mais également aux différences socio-économiques de chaque sous-région⁷². Référence complète : ANCIAUX, A., *Urgence sociale 24h/24*, l'Observatoire, n°16, Liège, 1997, page 53

quelle que soit le niveau de demande, est décortiqué avec soin. Une attention particulière est accordée au dialogue dans le traitement des demandes.

2) L'entretien de visu

L'entretien (23% des interventions en 2008) est réalisé au domicile de la personne lors d'un déplacement ou dans une structure sociale du namurois. Lorsqu'une personne a été conduite à l'abri de nuit par exemple, un entretien individuel est systématiquement proposé au lendemain de l'intervention.

3) L'action sur le terrain

Dans 16% des situations, les intervenants agissent sur le terrain. Plusieurs raisons peuvent en effet justifier un déplacement comme aller à la rencontre des personnes en difficulté dans leur environnement mais aussi au sein de structures de soins (hôpitaux,...) ou autres (police, ...), et d'autre part pour l'accompagnement de ces personnes lors de déplacements entre différentes structures publiques .

4) Le rôle de médiation

Dans certaines situations, il apparaît qu'un service (ou une personne) soit plus adapté que le DUS pour répondre à la demande de l'utilisateur. Le rôle du DUS est alors d'identifier et de faciliter la prise de contact avec le tiers, et éventuellement d'amorcer la démarche. La sollicitation par un tiers peut se révéler essentielle pour décoincer certaines situations. Par exemple, dans le recours aux soins hospitaliers des personnes SDF, l'accompagnement par un travailleur social du DUS facilite le contact avec le personnel de soins, et procure à ceux-ci l'assurance d'un encadrement et un sentiment de prise en charge à l'issue de la visite.

1.2.4.2. Sept principales problématiques

Sept problématiques sont mises en évidence et couvrent la plupart des situations rencontrées sur le terrain. Dans l'ordre décroissant de fréquence, elles concernent : le besoin d'écoute, les problèmes liés à l'habitat, le besoin d'aide matérielle ou administrative, les demandes de santé, les problèmes relationnels (de couple) et les demandes liées aux calamités.

1) Le besoin d'écoute

Le besoin d'écoute des usagers, rencontré dans 30% des appels en 2008⁷³ constitue la plus importante des problématiques en terme de volume. Par l'écoute, les travailleurs sociaux prennent en charge des personnes qui souffrent de solitude et qui ont des difficultés à supporter l'isolement, des cas de détresse pour des personnes dépressives parfois même suicidaires. C'est au téléphone, en répondant au besoin de parler et d'être entendu des usagers que les travailleurs sociaux permettent à ces personnes de dépasser leur situation de crise.

2) Les problèmes liés à l'hébergement

La question de l'habitat a fait l'objet de 23% des demandes en 2008. Il s'agissait principalement de demandes d'appui à la recherche d'hébergement d'urgence ou de logement pour des personnes qui ont perdu leur logement, qui sont en rupture familiale, qui n'ont pas assez de revenus, qui sortent de l'hôpital ou de la prison ou encore, suite à une demande de la Police.

3) Le besoin d'appui matériel ou d'aide

La demande d'aide matérielle a également été identifiée dans 23% des demandes en 2008. Dans ce cadre, les usagers ont formulé des demandes liées à la nourriture, aux vêtements et au chauffage, au petit mobilier (en ce compris de la vaisselle) ou la recherche d'un appui pour contacter un tiers (amis, famille, médecin, autre service).

4) Les problèmes d'ordre administratif

Ensuite, en quatrième position, viennent les demandes d'aide administrative, à concurrence de 13% des demandes en 2008. Elles concernaient par exemple l'obtention d'allocations, de primes ou de bourses, la recherche de travail ou un appui relatif aux modes de paiement des taxes, impôts.

5) Les problèmes liés à la santé

Les demandes ayant trait à la santé sont recensées dans 7% des situations. Soit s'agissant de personnes qui ont besoin de soins et qu'il faut conduire à l'hôpital ou pour qui il faut trouver un médecin ou des médicaments ou encore des personnes qui doivent être prises en charge à leur sortie de l'hôpital (ou

⁷³ Tous les chiffres qui seront présentés ici sont issus du Rapport d'activité et d'évaluation 2008 du Relais social urbain namurois.

bien souvent, d'un institut psychiatrique). Les travailleurs sociaux du DUS ont le sentiment de prendre en charge un nombre grandissant de requêtes provenant de personnes atteintes de problèmes psychiatriques et ces personnes nécessitent une attention et des soins spécifiques.

6) Les problèmes familiaux

Les demandes liées au couple ou à la famille ont été rencontrées dans 3% des situations en 2008. Il s'agissait de ruptures familiales ou de problèmes de violences familiales ou de maltraitance.

7) Les problèmes liés à des catastrophes

Finalement, il y a aussi des demandes liées aux calamités qui ont comptés pour près de 2% des situations en 2008. Ces demandes portent sur des problèmes liés à un incendie, un accident, une tempête ou des inondations.

1.2.5. Analyse de l'utilisation du DUS

1.2.5.1. Profils des usagers

60% des usagers sont des hommes. 5% sont des personnes âgées de 60 ans et plus. L'existence d'autres services mis en place pour cette population cible expliquerait ce relativement faible taux de recours. Aucun mineur n'est pris en charge, cela fait partie de règles du DUS. Ceux-ci sont éventuellement conseillés mais certainement directement redirigés vers des services spécialisés dans la prise des jeunes.

Aucun profil social majoritaire ne ressort ni des chiffres du rapport d'activités ni des entretiens avec les travailleurs sociaux. Toutefois, il est bien entendu que ce sont surtout des personnes issues de niveaux socio-économiques défavorisés qui font appel au service. En effet, 88% des demandeurs sont sans emploi et bénéficiaires d'allocations diverses (dont 31% de revenu minimum d'insertion, 25% de chômeurs et 20% de pensionnés). De nombreux demandeurs ont des difficultés financières, parfois en cumul avec des problèmes d'hébergement. Ces personnes sont fréquemment isolées (personnes vivant seules ou mères avec enfants). Les travailleurs sociaux ont mis en évidence l'importance des personnes vivant à la rue et ayant des problèmes mentaux. Cette augmentation pourrait être partiellement attribuée au phénomène de saturation des structures d'accueil existantes (hôpitaux psychiatriques et autres services d'accueil spécialisés).

1.2.5.2. Origine des demandes d'interventions

Dans l'ordre décroissant des fréquences, nous présentons les interventions pour lesquelles une démarche proactive de la part de divers acteurs est à l'origine de l'action. Celles-ci sont regroupées dans : les appels téléphoniques des usagers, les permanences de travailleurs du DUS dans les structures sociales partenaires comme l'abri de nuit, les visites à domicile à l'initiative du DUS et puis celles à la suite d'un appel par un tiers, les demandes des hôpitaux.

54% des interventions réalisées en 2008 provenaient d'appels téléphoniques spontanés de la part des usagers, ce qui constitue l'essentiel des appels pris en charge par téléphone (soit 61% de l'ensemble des interventions, tout type confondu). Ces appels provenaient essentiellement de personnes en situation de détresse ponctuelle désireuse de se confier.

Les permanences du DUS à l'abri de nuit ont été à l'origine de 22% des interventions en 2008 et constituent une part importante dans l'activité des travailleurs sociaux. Réalisant des permanences dans ce lieu, les travailleurs sociaux facilite l'accès au DUS pour ces usagers. Les personnes SDF sont à plusieurs reprises invitées à les consulter.

Les visites au domicile de l'utilisateur représentent 15% des interventions. Elles sont pour deux tiers réalisées à l'initiative du DUS et pour un tiers suite à un appel d'une tierce personne. Parmi les tierces personnes, quelques appels émanent de la police ou des autres cellules du service des Affaires Sociales de la Ville de Namur, mais la plupart émanent de la famille, d'amis ou de passants.

Les appels provenant des hôpitaux représentaient moins de 2% du total des appels en 2008. Sur plus de 3000 demandes d'interventions, 33 émanaient du CHRN, 11 de la CMSE et 4 de St Luc. L'utilisation du DUS par les hôpitaux ne représente qu'une faible part des activités des travailleurs sociaux du DUS.

1.3. Conclusion

Globalement, les travailleurs du dispositif social d'urgence (DUS) pointent une sous-utilisation de leurs compétences et services par les extérieurs, et particulièrement par les hôpitaux. A concurrence de 2% de leurs interventions, l'équipe du DUS a mis en évidence la faible l'utilisation de leurs services par les hôpitaux namurois. De plus, quand il y a recours, ce sont souvent pour des requêtes que l'équipe estime non adéquates ou qui ne faisant pas partie des prérogatives du DUS. Par exemple, le service est régulièrement appelé pour effectuer des déplacements de patients alors que ces derniers ne sont pas en situation de crise (d'urgence sociale), et parfois même pas parfois en situation de précarité.

Pour alimenter le sujet qui nous occupe, à savoir l'état des relations entre le DUS et le milieu hospitalier, nous soulevons la faible des échanges entre ces deux entités. Celles-ci mériteraient à être mieux étudiées. En effet, la méconnaissance de la palette des activités du DUS ou l'inexistante communication entre les acteurs de terrain et prestataires hospitaliers contribuent certainement au faible taux de recours observé. Sachant que le champ d'action des travailleurs du DUS est le social, ces derniers peuvent certainement être mis à contribution pour l'orientation et l'accompagnement des personnes impliquées qui souffrent de blessures psychiques, sociales et affectives⁷⁴.

Puisqu'il est investit dans le RSUN, le CHRN entretient des relations plus construites avec le DUS. La différence d'utilisation entre les hôpitaux, s'il en est se situe par exemple au niveau de la disponibilité des hôpitaux pour accueillir des patients non solvables.

Plus généralement, le DUS met également en évidence la mauvaise utilisation de leurs compétences et la sous-utilisation de leur offre de la part des usagers individuels ou d'autres tiers. Les usagers perçoivent l'offre de services du DUS comme une solution « de dernier recours ». Que ce soit suite à un coup du sort, un évènement prévisible ou une conséquence de la conjoncture économique, l'urgence de ces situations de crise tient au fait qu'elles se présentent en dehors des heures normales d'ouverture des services sociaux.

Ces résultats soulignent l'importance d'une bonne communication⁷⁵ et de campagnes d'information aux usagers, aux partenaires et à l'ensemble des services concernés par les activités du DUS.

⁷⁴ ANCIAUX, A., *Urgence sociale 24h/24*, l'Observatoire, n°16, Liège, 1997, page 37

⁷⁵ Une campagne de publicité est d'ailleurs en gestation.

2. LA POLICE

Le 2 novembre 2009, nous avons rencontré Monsieur Lejeune, commissaire à la Police de Namur⁷⁶. Nous avons abordé lors de l'entretien les procédures mises en place par la police dans le cadre leur mandat.

2.1. Procédures et habitudes de prise en charge

Au niveau de la procédure, il n'existe pas de consignes officielles (ni décret, ni circulaire) précises concernant l'intervention de la police lorsqu'une personne est blessée. Si cette dernière est inanimée, l'officier de police présent doit appliquer les soins de premiers secours.

Dans la pratique, les policiers préfèrent « ne pas toucher » la personne car il peut y avoir des répercussions par après qui risquent d'être imputées à l'officier de police qui aura prodigué les premiers soins. Ce qui arrive alors dans la pratique, c'est que le service 100 est systématiquement appelé pour secourir la personne. En aucun cas, s'il n'y a pas de blessure, une personne ne sera emmenée d'office à l'hôpital.

2.1.1. Au niveau des institutions et services

2.1.1.1. L'abri de nuit

Pour les personnes SDF qui le souhaitent (ce qui est rarement le cas), les officiers de police contactent l'abri de nuit. Cela se fait via *l'assistante de police* qui s'occupe de prendre contact avec l'abri de nuit. En ce début de période hivernale, l'abri de nuit a augmenté sa capacité pour pouvoir accepter plus de personnes nécessiteuses.

Certains SDF sont interdits d'abri de nuit et n'y sont donc plus acceptés car ils ont eu recours à la violence (contre le personnel présent ou les autres SDF). Selon le commissaire, refusant de coopérer ces personnes sont des « *cas désespérés qu'il n'est presque pas possible d'aider* ». Elles sont « connues » des services de police, des services sociaux et hospitaliers de la ville de Namur. La police en dénombre une trentaine dans la ville.

⁷⁶ Poste de la Place du Théâtre, Namur

2.1.1.2. Le service 100

Le service 100, est systématiquement appelé lorsqu'il y a blessure et quelle que soit l'importance de celle-ci. Ces services prennent en charge rapidement le patient et bien souvent sont tenus de l'emmené à l'hôpital pour des examens complémentaires.

Même si la police n'emmène pas directement elle-même des personnes aux urgences, le fait d'appeler presque systématiquement le 100 reviendrait au même, le phénomène étant juste déplacé.

2.1.1.3. Le dispositif d'aide sociale (DUS)

Le Dispositif d'urgence Sociale (DUS), est régulièrement appelé pour s'occuper des urgences sociales. Ce service est particulièrement efficace et fournit de bonnes solutions assez rapidement.

2.1.1.4. Les urgences hospitalières

Les urgences hospitalières sont sollicitées par la police directement uniquement pour obtenir des certificats. Légalement, il est prévu que ces certificats doivent être remis par le médecin traitant. Mais dans la pratique, l'urgence judiciaire ne peut attendre. Ce certificat est nécessaire pour établir un procès verbal valide et/ou obtenir un mandat. L'unique option pour les officiers de police est le recours aux urgences.

Il arrive parfois que ce soient les hôpitaux qui appellent les services de police, lorsque par exemple une personne soignée se montre violente. Si une personne admise aux urgences fait part de ses problèmes sociaux, l'information n'est pas transmise à la police. Ce sera alors soit l'assistante sociale si elle est présente qui s'occupera de la personne, soit alors il revient aux urgences de trouver une solution pour orienter cette personne vers un service adéquat.

2.1.2. Les Fêtes de Wallonie

Durant cette période, il est vrai que les services de police font l'exception et emmènent alors plusieurs personnes directement aux urgences. Le Commissaire précise que pour l'occasion, un poste médical avancé (PMA) est mis en place par CHR et fait office de premier tri. La plupart des « fêtards » sont soignés au PMA et peu d'entre eux sont admis aux urgences pour des examens complémentaires. Ce dispositif fonctionne bien et permet aux urgences de ne pas se retrouver complètement submergées par une pléiade de plaintes mineures (blessures légères, souvent causées par l'alcool).

2.1.3. Au niveau de la population

La ville de Namur compte quelques quartiers difficiles. La police identifie trois catégories de personnes qui peuvent plus particulièrement poser problème : les personnes SDF, les personnes en mendicités et les personnes en état d'ébriété. Une quatrième catégorie de personne a été identifiée, à savoir les personnes victimes de violences intra-familiales (VIF).

2.1.3.1. Les personnes SDF

La police est souvent contactée pour s'occuper de faire déplacer des sans-abri. Ceux-ci savent pertinemment bien qu'ils ne peuvent pas s'installer à certains endroits mais récidivent systématiquement. Il est difficile de les emmener autre part car ils refusent d'être aidés ou alors ne sont plus acceptés à l'abri de nuit car souvent. Parmi ces personnes, certains sont alcooliques et provoquent parfois des bagarres.

2.1.3.2. Les personnes en mendicité

L'abrogation de la loi sur la mendicité ne permet plus aux officiers de police de prendre en charge les mendiants. Aujourd'hui, les officiers de police sont relativement impuissants face au phénomène. L'officier de police se charge de leur rappeler qu'il est interdit de mendier sur la voie publique et les oblige à quitter les lieux.

Auparavant, les personnes en mendicité étaient emmenées dans des centres fermés (le plus important était celui de St Hubert) où elles étaient nourries, logées et soignées le cas échéant, et ce jusqu'à ce que leur situation soit régularisée.

2.1.3.3. Les personnes en état d'ébriété

Lorsque la police est appelée pour s'occuper d'une personne dont l'état d'ébriété « dérange », deux options s'offrent à elle : soit l'individu est directement emmené au poste où il passe la nuit, soit en cas de blessure blessée, si la personne est inanimée ou dans un état qui nécessite des soins, le service 100 est appelé.

Les personnes qui avertissent les services de police sont généralement les concierges d'immeuble, les services de sécurité des immeubles de bureaux ou des banques, les responsables d'établissement, etc.

2.1.3.4. Les personnes victimes de violences intra- familiales (VIF)

Les violences intra- familiales (VIF) constituent une part importante des appels aux services de police. Les personnes victimes de VIF nécessitent une prise en charge rapide et complexe, gestion qui peut avoir des conséquences au long terme.

Les violences conjugales sont réglementées (cf circulaire COL 04/2006). La circulaire contient des instructions précises, à destination des fonctionnaires de police et des magistrats des parquets, concernant la manière de traiter les dossiers de violence dans le couple. La violence conjugale y est définie comme « *toute forme de violence physique, sexuelle, psychologique ou économique entre des époux ou des personnes cohabitant ou ayant cohabité et entretenant ou ayant entretenu une relation affective et sexuelle durable* ». Cette définition se veut large de manière à pouvoir prendre en compte l'extrême diversité qu'englobe la notion de couple dans notre société aujourd'hui (couple marié ou non, hétérosexuel ou homosexuel, auteur des violences masculin ou féminin,...).

Toutefois, selon l'assistante de police au poste de Namur, le cas par cas reste de mise. En effet, la manière dont réagissent les parties peut être très différente et la prise en charge d'enfants si ceux-ci doivent être écartés ou logés nécessite aussi des réactions différentes (la famille peut-elle les prendre en charge, doivent-ils être mis en foyer d'accueil, doivent-ils être emmenés dans un service d'urgence pédiatrique, etc.).

Le problème du suivi des victimes de VIF est aussi compliqué. Dans certains cas, « *l'intervention judiciaire risque de mettre à mal la reconstruction du couple* ». Il est préférable alors de ne pas trop intervenir, même s'il est certain qu'un procès verbal sera fait. L'assistant principal du poste de police concerné prendra contact avec la victime, mais cet assistant ne sera presque jamais présent aux urgences avec la victime.

2.2. Conclusion

Ces résultats mettent en évidence le fait que les dispositifs sociaux organisés par la ville de Namur sont suffisants, accessibles et permettent de gérer presque tous les cas qui se présentent. Si certains ne peuvent pas être aidés, il s'agit de personnes qui refusent d'être aidées. Par ailleurs, le nombre de personnes en situation de précarité ne semble pas avoir augmenté.

D'autre part, n'ayant que peu recours aux urgences, il est difficile d'attribuer à la police l'engorgement et la surcharge de travail pour les services d'urgence.

3. LA GARDE MÉDICALE

3.1. Introduction

Dans cette analyse, l'objectif est de voir dans quelle mesure les Postes de Garde médicale peuvent représenter un outil efficace dans le processus de désengorgement des services d'urgences hospitalières.

Pour ce faire, plusieurs Postes de Garde médicale (PMG) ont été contactés : celui de Namur et quatre autres gardes bruxelloises (Médinuit, Centre de Médecine Générale d'Urgence, Athéna et Terranova). Sur base d'une grille d'entretien prédéterminée, nous avons rencontrés et interrogés trois des responsables.

A Bruxelles, nous avons pu rencontrer le Dr Duyver, médecin au Centre de Médecine Générale d'Urgence (CMGU) et avec Dr. Oldenhove, présidente de la Garde Athéna. Nos tentatives de contacts n'ont pas donnés de résultats quant aux gardes Médinuit et Terranova (garde néerlandophone). A Namur, après de nombreux essais, nous avons obtenu un entretien téléphonique avec le Dr. Kasongo, responsable du Poste de Garde namurois.

Les postes de garde sont légalement tenus de rentrer des rapports d'activités annuels à l'INAMI. Nous avons donc cherché à les obtenir, et c'est l'INAMI qui, in extremis, nous a permis d'accéder aux rapports actuellement disponibles⁷⁷, à savoir ceux des postes de garde suivants : Médinuit, Athéna, Terranova et CMGU. Malheureusement, nous n'avons pu se procurer celui de la garde namuroise. Aucun rapport pour la Garde namuroise n'a été rendu à l'INAMI depuis l'ouverture de la Garde (2005), malgré que ceux-ci soient obligatoires.

⁷⁷ N'étant pas publics, il ne nous a pas été permis de diffuser tels quels ces rapports d'activité. Les principaux résultats ont été analysés et sont présentés dans ce rapport.

3.2. Résultats

3.2.1. Contexte juridique

Les Postes de Garde Médicale sont constitués sous la forme d'association sans but lucratif. Ces derniers sont complètement indépendants financièrement et administrativement des hôpitaux, aussi proches soient-ils (géographiquement) et même s'ils entretiennent des contacts nombreux et réguliers.

Au niveau légal, l'A.R du 28 novembre 2008⁷⁸ décide d'octroyer un subside aux cercles de médecins généralistes sur la base de principalement trois considérations. La première est celle que l'organisation de la garde de médecine générale et l'accès aux soins non- hospitaliers sont aujourd'hui une priorité fédérale ; que les changements de la démographie des médecins généralistes impliquent une évolution de l'offre de médecine générale en dehors des heures de consultation normales et enfin, que les services d'urgences sont fréquemment utilisés à mauvais escient alors que la réponse optimale est située au niveau de la médecine générale.

3.2.2. Origine et présentation des postes de garde médicale (PMG)

Les PMG ont été créés pour répondre à trois questions : le désengorgement des urgences hospitalières et la sensibilisation de la patientèle au bien fondé de l'échelonnement des soins, la revalorisation de la médecine générale de première ligne, et la sécurisation des gardes pour les médecins prestataires (FAMGB⁷⁹).

Nous présentons les quatre postes de garde médicale (PGM) suivants : le Rassemblement des Généralistes Namurois (PGM Namur), l'ASBL Médinuit (Médinuit), le Centre de Médecine Générale d'Urgence (CMGU), l'ASBL Athéna (cf tableau 1).

En juillet 2005, le Rassemblement des Généralistes Namurois RGN (200 médecins) et la Députation permanente de la Province de Namur créaient à Salzinnes un cabinet de garde médicale, le PGM Namur. Sa création visait à apporter une réponse à la difficulté grandissante des généralistes d'assurer

⁷⁸ Arrêté Royal du 28 novembre 2008 portant sur l'octroi d'un subside aux cercles de médecins généralistes agréés. <http://www.absym.be/mb24-12-08.html>

⁷⁹ Site internet officiel de la Fédération des Associations de Médecins Généralistes Bruxellois, www.famgb.be/index.php?pid=47

la garde médicale, lors des week-ends et des jours fériés et désengorger les urgences hospitalières. Il s'agissait de diminuer la pénibilité des heures de garde en mettant à la disposition des médecins les plus âgés (plus de 50 ans) un local pour les heures de garde.

Ce poste est accessible le samedi de 14 h à 18h et le dimanche (ainsi que les jours fériés) de 10 h à 14 h. Les patients s'y rendent spontanément ou y sont envoyés par la Centrale « Garde médicale » (081/733.633).

En 2002 à Bruxelles, quelques membres de deux associations de médecins généralistes, l'AGEMO (association de médecins généralistes entre Midi et Ouest) et le GGNO (groupement des généralistes du nord-ouest) se sont réunis à l'initiative du Docteur Bacart, pour réfléchir au problème de l'organisation de la garde à Bruxelles et plus particulièrement à Molenbeek et dans les communes avoisinantes. L'idée de base était de créer une nouvelle structure qui mette à la disposition du public, un accueil en médecine générale pour des consultations pendant la nuit, les week-ends et les jours fériés. C'est ainsi que les initiateurs du projet ont constitué l'asbl Médinuit avec le soutien de la FAMGB (Fédération des Associations des Médecins Généralistes de Bruxelles) et le HAK (Brusselse Huisartsenkring).

A Woluwé, le Centre de Médecine Générale d'Urgence (CMGU), proche de l'hôpital universitaire St Luc, a ouvert ses portes en octobre 2006. Lors d'une interview donnée fin 2007 pour le magazine « *En marche* »⁸⁰, le docteur du Boullay dresse une liste des raisons qui ont poussé à la création de ce poste. Il évoque au départ de l'initiative « *la confluence de pensées entre des généralistes de la FAMGB (Fédération des associations de médecins généralistes de Bruxelles), des urgentistes des Cliniques Saint- Luc et de SOS Médecins* ». Il évoque ensuite les gardes, dont les médecins généralistes se passent volontiers (selon lui, 50% des généralistes à Bruxelles, avoueraient ne plus assurer de garde). Il poursuit en expliquant le problème des recours inappropriés aux services d'urgences hospitaliers. Selon lui, entre 8 et 10% des patients se présentant aux urgences pourraient être plutôt orientés vers la médecine générale.

Pour le docteur Duyver, que nous avons interrogé dans le cadre de cette étude, environ 50% des patients proviennent du service des urgences de l'hôpital Saint Luc. La troisième raison serait celle liée au nomadisme des patients. En effet, bon nombre d'entre eux n'ont pas de médecin traitant car ils sont des résidents temporaires.

Aujourd'hui, ils sont ouverts tous les jours de 9 à 23h et reçoivent entre 40 et 60 patients par jour.

⁸⁰ http://www.enmarche.be/Actualite/Echos_actualite/Echos1375.htm

Le PGM Athéna a ouvert ses portes en 2007, dans les locaux de l'hôpital César de Paepe avec pour objectif principal est de désengorger les services d'urgence des hôpitaux des environs (César de Paepe et St Pierre) et offrir une médecine générale de garde de proximité.

Voici ce que leur site Internet propose : « *Il est tard, c'est le Week-end, votre enfant fait de la fièvre, vous vous êtes bloqué le dos, vous vous trouvez dans une situation où vous ne pouvez attendre les heures de consultations normales de votre généraliste, vous n'avez pas envie de passer trop de temps dans un service d'urgence hospitalière, le poste médical de garde est pour vous. Des médecins de famille, dont peut-être le vôtre se sont unis pour faire un poste médical de garde; le soir et le week-end, ils se tiennent à votre disposition. Cette formule comporte de nombreux avantages.* »⁸¹

Tableau 1 : Présentation des PMG

Postes de garde	Garde Médicale de Namur	Médinuit (Bruxelles)	CMGU (Bruxelles)	Athéna (Bruxelles)
Président	Dr. Kasongo	Dr. Bacart	Dr. du Boullay	Dr. G. Oldenhove
Date de création	2005	2002	2006	2007
Site web		www.medinuit.be	www.cmgu.net	www.athenapmg.be
Adresse et téléphone	Rue Bourtonbourt 5000 Namur	Blvd du Jubilé n°93 1080 Bruxelles Tél : 02 427 97 27	Avenue Hippocrate n°10 1200 Bruxelles Tél : 02 762.82.21	Rue des Alexiens n°11 1000 Bruxelles Tél : 02 506 70 37
Horaire semaine	fermé	19 – 24h	9 – 23h	9 – 23h
Horaire week-end et jours fériés	Samedi 14 – 18h Dimanche 10 – 14h	8 – 24h	9 – 23h	9 – 23h
Hôpital le plus proche	Clinique Ste Elisabeth (0,3 km)	Clinique de la Basilique (1,8km) / Clinique Saint Jean (2,6 km)	Hôpital St Luc (0,1 km)	Hôpital César de Paepe (0 km) /Hôpital St Pierre

⁸¹ <http://www.athenapmg.be/index.php?page=about-athena-pg-fr>

Tableau 2 : Fréquentation annuelle des PMG (Rapports d'activités INAMI 2008)

<u>PMG</u>	Athéna	CMGU	Médinuit	Garde Médicale Namur
Nbre de patients en 2008	3364	9512	2721	Non disponible

Les différences en terme d'horaires des différents PMG expliquent notamment les niveaux de fréquentation différents. Le chiffre du PMG Athéna est plus important et similaire à celui du PMG CMGU pour 2009. En effet, ce poste n'offrait pas de consultation en journée en semaine avant janvier 2009.

3.2.3. Les usagers

Dans la plupart des cas, les patients qui se présentent dans les postes de garde n'ont soit pas de médecin traitant, soit ont ressenti une urgence par rapport à leur état de santé ce qui n'est que rarement en concordance avec l'urgence réelle.

Au CMGU et au PGM Athéna, les patients n'ayant pas de médecins traitant seront vivement poussés à en choisir un et une liste leur sera proposée et si nécessaire, un rendez-vous leur sera pris chez celui de leur choix.

Autant pour le CMGU que pour Athéna, ce qui ressort des entretiens avec les médecins respectifs c'est que la prise en charge « sociale » des patients n'est pas prévue. Certains médecins, selon leurs dispositions ou leur sensibilité prendront en compte les difficultés sociales de leur patient. Toutefois, cette prise en compte se limitera aux soins médicaux.

3.2.4. Caractéristiques des postes visités

3.2.4.1. Le CMGU (hôpital St Luc à Bruxelles)

Le Centre de Médecine Générale d'Urgence (CMGU) se situe à une centaine de mètres des Urgences hospitalières de l'hôpital St Luc.

Il s'agit d'un préfabriqué d'environ 60 m2 où les consultations se déroulent de 9 à 23h tous les jours de la semaine, y compris les jours fériés.

A l'ouverture, l'essentiel des patients provenait des urgences hospitalières où ils avaient été redirigés vers la Garde, lorsque ceux-ci se présentaient à tort aux urgences. Environ 15 patients par jour sont réorientés vers le PGM⁸². D'après le Dr. Duyver, cette tendance semble diminuer depuis fin 2007 (un an et demi après l'ouverture). Si la garde reçoit toujours autant de patients redirigés depuis les urgences, les médecins observent un nombre croissant des patients s'adressant directement au CMGU (aujourd'hui 47% proviennent des urgences de St Luc et 32% viennent spontanément⁸³).

3.2.4.2. Le poste Athéna (hôpital César de Paepe et St Pierre)

Le fonctionnement du PMG Athéna nous a été décrit lors d'un entretien avec la présidente, Dr Oldenhove. La garde se situe dans le centre ville, dans les locaux même de l'hôpital César de Paepe. Au départ, elle n'était ouverte qu'en soirée. Mais depuis un an, et suite à la demande de l'hôpital même (César de Paepe), la garde est ouverte aussi en journée. Ce changement a accru considérablement le nombre de visites journalières mais aussi le rendement économique de l'ASBL.

Ici les patients viennent majoritairement spontanément, mais certains sont redirigés et proviennent des urgences des hôpitaux César de Paepe et St Pierre. Leur nombre est variable car il dépend essentiellement du médecin qui est aux urgences de l'hôpital. Si celui-ci connaît la Garde (certains travaillent aux deux endroits), alors la propension de patients réorientés sera plus importante. Une certaine habitude a aussi été constatée, selon le Dr. Oldenhove, de rediriger les patients qui ont des problèmes pour payer leur consultation ou dont les papiers d'identité et/ou de mutuelle ne sont pas en ordre. Cela augmenterait donc pour la Garde Athéna le nombre de personnes issues de niveaux socio-économiques défavorisés et dans l'incapacité de régler leur consultation.

⁸² Entretien avec le Dr. Didier du Boullay, réalisé par Vincent Claes, *Un outil pour rééquilibrer l'offre des soins*, Le Journal du médecin, Bruxelles, 13 octobre 2009

⁸³ Chiffre issus du rapport d'activité du CMGU à l'INAMI pour l'année 2008

3.3. Discussion

3.3.1. Points de convergence entre les postes visités

3.3.1.1. Localisation à proximité des urgences

L'un des points communs des deux PGM visitées est la localisation à proximité d'un hôpital. En effet, le CMGU se situe à quelques mètres de l'hôpital St Luc et Athéna dans les locaux de l'hôpital César de Paepe (et à moins d'un kilomètre de St Pierre). La position de la Garde à proximité d'un hôpital est absolument nécessaire car sachant la Garde proche, les patients accepteront plus facilement de s'y rendre. L'inverse est aussi vrai, si des examens ou soins supplémentaires sont nécessaires (radios, grands plâtres ou sutures compliquées), le déplacement vers l'hôpital sera aisé. La proximité entre les deux structures (hôpital et Garde médicale) va jouer un rôle dans l'utilisation des services.

3.3.1.2. Accessibilité en dehors des heures dites ouvrables

Dans le cas d'Athéna et du CMGU, les heures d'ouverture sont similaires et tous deux proposent une permanence entre 9h et 23h aussi bien en semaine, que pour les week-end et jours fériés.

L'horaire varie pour Médinuit qui a limité ses services en soirée en semaine (ouvert la semaine de 19 à 24h et le week-end et jour fériés de 9 à 24h). Ce choix d'ouverture correspond à une période où les médecins traitants sont habituellement disponibles.

Toutes ces gardes, excepté celle de Namur proposent un service accessible en soirée en semaine.

Pour Athéna, un accord a été passé avec l'hôpital César de Paepe : les patients qui arrivent aux urgences pour des soins qui relèvent de la médecine générale sont systématiquement réorientés vers la Garde. Pour le CMGU, il s'agit d'un choix basé sur la disponibilité de soins d'urgence de médecine générale au courant de toute la semaine, en journée et en soirée afin de pallier les absences et aux congés des médecins généralistes.

Un constat similaire de toutes les Gardes a fait que l'option de rester ouvert la nuit n'a pas été retenue car elle est coûteuse et peu rentable étant donné le nombre réduit de recours.

3.3.1.3. Subsidies de l'INAMI

Tous les postes de garde sont subsidiés de la même manière par l'INAMI. Ce montant s'élève à un montant forfaitaire de près de 300 000 euros par an⁸⁴ et par garde, octroyés pour une période de trois ans, quel que soit le volume d'activité de cette dernière.

Pourtant, on constate que pour certains (comme Athéna, compte tenu de la fréquentation d'une patientèle moins favorisée) il est beaucoup plus difficile de maintenir une situation économique confortable, contrairement au CMGU ou à la Garde de Namur, où d'après les médecins interrogés, les problèmes de paiements sont relativement rares.

3.3.1.4. Sensibilisation à l'échelonnement des soins

Dans les deux Gardes bruxelloises visitées, les médecins de garde proposent aux patients qui n'ont pas de médecin généraliste d'en choisir un parmi une liste qu'ils se procurent via un système informatique et dans laquelle sont repris tous les généralistes d'une certaine commune (celle du patient en question ou la plus proche).

Par contre, à Namur, les médecins du poste de garde ne désirent pas recommander directement l'un de leurs confrères aux patients. S'il le souhaite, le patient doit faire cette démarche individuellement⁸⁵. En effet, le Dr. Kasongo rapporte qu'il a été demandé aux médecins de la Garde de proposer aux patients qui n'ont pas de médecin traitant d'en choisir un, mais ceux-ci ont le choix de le faire ou pas, il ne s'agit pas d'une mission officielle ou obligatoire comme pour les Gardes de Bruxelles.

3.3.1.5. Origine des usagers

Pour deux des Gardes bruxelloises (Médinuit et le CMGU) nous avons pu obtenir, via leur rapport d'activité, l'origine géographique de leurs patients (pour Namur nous n'avons pas de rapport et celui d'Athéna ne fait pas mention de ce critère). Dans les deux cas, on constate que les patients proviennent de la commune même de la Garde ou d'une commune très proche. La proximité semble être donc un critère important dans le choix des patients.

Pour Médinuit (situé dans la commune de Molenbeek), la répartition géographique est la suivante :

⁸⁴ CLAES, V., Entretien avec le Dr. Didier du Boullay, *Un outil pour rééquilibrer l'offre des soins*, Le Journal du médecin, Bruxelles, 13 octobre 2009

⁸⁵ COLLARD, S., GRASS, M., NAYES, E., RATINCKX, V., Solvay Business School, *Analyse de la motivation des patients se présentant spontanément aux urgences du CHRN de Namur*

- Molenbeek : 921 patients (soit 40,5%)
- Jette (commune directement voisine) : 307 patients (soit 13,5%)
- Laeken (commune directement voisine) : 221 patients (soit 9,7%)

Pour les autres communes voisines : Anderlecht : 116 patients (soit 5,1%) ; Koekelberg : 111 patients (soit 4,9%) Berchem St Agathe : 107 patients (soit 4,7%) ; Ganshoren : 69 patients (soit 3%). Ces huit communes représentent en tout 83,4% de la population vue en 2008 à Médinuit, ce qui souligne l'importance de la proximité.

Pour le CMGU (situé sur la commune de Woluwé St Lambert), répartition géographique est la suivante : Woluwé St Lambert (26%), Woluwé St Pierre (14%), Schaerbeek (13%), Evere (11%), Autres communes (29%). Ici à nouveau, on constate que la majorité des patients proviennent de la commune même de la Garde ou de communes avoisinantes. Il faut toutefois préciser ici que le CMGU se situe à une centaine de mètres d'un grand hôpital universitaire (St Luc), très fréquenté, par de nombreux patients provenant de tout Bruxelles.

3.3.2. Points de divergence entre les postes visités

Même si les postes de Gardes possèdent des caractéristiques communes dans leur fonctionnement général, l'organisation de celles-ci varie (en heure et en jours) et il existe des différences importantes dans les difficultés qu'ils rencontrent.

3.3.2.1. Profil de précarité des bénéficiaires

Le plus grand contraste entre les postes de Garde Médicale se situe au niveau du profil des bénéficiaires. Au CMGU et à Namur, très peu de patients sont dans des situations où ils ne peuvent pas payer leur consultation, alors qu'à Athéna le problème se présente de manière récurrente.

3.3.2.2. Volume de fréquentation

Le nombre de prises en charge journalières est aujourd'hui semblable à Athéna et au CMGU (ce qui n'était pas le cas en 2008, lorsqu'Athéna n'ouvrait qu'entre 19 et 23h) alors que les chiffres pour Médinuit, ouvrant uniquement en soirée la semaine et toute la journée le week-end et les jours fériés, sont plus bas. A Namur, les chiffres annuels n'étant pas disponibles, nous serons obligés de l'estimer. D'après ce que rapporte le Dr. Kasongo, la fréquentation moyenne est de 20 patients par jour de prestation (week-end et jours fériés), ce qui nous amène à environ 2000 patients par an, ce qui est en-

dessous des moyennes bruxelloises (voir tableau comparatif ci-dessus). Cela s'explique par les plages horaires moins nombreuses. D'après les médecins de la Garde namuroise, des ouvertures supplémentaires ne sont pas nécessaires, l'offre dépasserait la demande. A cela, ils ajoutent le fait que certains patients viendraient « en dernière minute », ce qui augmenterait inutilement la charge de travail pour les médecins.

Toutefois, à Athéna le nombre de patients précarisés semble être plus important qu'au CMGU (cf interview). Nous n'avons pas pu quantifier cette information, mais lors de notre entretien avec le Dr. Oldenhove, celle-ci précisa que certains de ces patients n'étaient pas seulement envoyés à la Garde parce qu'ils avaient besoin de soins relevant de la médecine générale mais aussi pour des raisons économiques. Certains d'entre eux avaient été repérés par les urgences hospitalières comme de potentiels (ou réels) mauvais payeurs. Il s'agit des chômeurs, des SDF, des sans papiers ou des personnes issues du CPAS. Ce genre de constat ne s'est pas vérifié dans les autres Gardes.

3.4. Conclusion

La principale difficulté rencontrée par les postes de garde est due au fait que certains patients ne sont pas en mesure de payer leur consultation, ce qui pèse sur leurs comptes. La politique de l'INAMI, selon laquelle, tous les postes de Garde perçoivent un même subside forfaitaire (300.000 euros), non lié à leur activité ou leurs usagers, alors que les situations sont différentes, a pour conséquences de défavoriser certaines Gardes. En effet, si les frais afférents au personnel de santé (ainsi que les accueillantes et les secrétaires) sont identiques, les frais dus aux patients mauvais payeurs ne sont pas équitables. Il ressort nettement des entretiens, qu'à la Garde Athéna, les mauvais payeurs et l'envoi récurrent de ceux-ci par les urgences hospitalières pose un problème, alors qu'au CMGU, ces cas ne sont pas courants.

Il faut noter aussi l'absence d'assistance sociale et psychologique dans les Postes de Garde. En effet, pour les personnes rencontrant des difficultés de cet ordre, limiter le soin au problème médical ne suffit pas. Pas seulement pour les questions liées à la difficulté de paiement, mais aussi pour des questions de logement ou à la possibilité de se procurer des médicaments, de s'habiller ou de se nourrir. Pour le moment, les médecins n'ont pas la possibilité de référer ces personnes à un service ou à une personne compétente en la matière et disponible dans de brefs délais, y compris le soir et le week-end. Suite aux entretiens, nous pouvons constater que la prise en charge de ce type de patient se limitera strictement aux soins médicaux. L'évaluation des difficultés sociales et le fait de tenir compte de ceux-ci et de proposer une aide au patient sera liée à la personnalité du prestataire de soin, elle n'est pas obligatoire et donc pas systématique. Il ressort clairement des entretiens que les médecins

n'établissent délibérément pas un profil socio-économique de leurs patients, pour des raisons éthiques. Ils se refusent ainsi de catégoriser les personnes qu'ils soignent préférant offrir des soins de la même manière à tous. Toutefois, il arrive que certaines difficultés sociales soient exprimées par les patients et sont parfois liées (de manière causale ou consécutive) au problème médical. Dans ces cas, la résolution du problème social (ou du moins sa prise en charge) par une personne ou une institution compétente fait partie des soins de la personne.

La crainte d'une forme de concurrence de la part des Gardes Médicales n'est pas fondée en ce qui concerne les médecins généralistes puisque ces Gardes visent à recourir aux soins d'urgence et pour la plupart (à Bruxelles), réorientent les patients vers un médecin généraliste ou au moins les sensibilisent à l'importance de choisir un médecin traitant. En effet, si les patients se rendent aux Gardes, c'est soit parce qu'ils n'ont pas de médecin traitant, soit parce que ce dernier n'est pas disponible.

Il s'agit donc d'une certaine façon de la promotion du travail des médecins généralistes et de la revalorisation de leur métier. Il faudrait mieux informer la population sur le fonctionnement et la spécificité de la Garde de médecine générale d'une part, des services d'urgence de l'autre et des médecins traitants.

Il est important de noter ici, que contrairement aux quatre Gardes de Bruxelles, à Namur les médecins du poste de garde ne désirent pas recommander directement l'un de leurs confrères aux patients. S'il le souhaite, le patient doit faire cette démarche individuellement.

Les rapports entre Gardes médicales et les services hospitaliers d'urgences, diffèrent selon les endroits, mais dans tous les cas, un type de relation est toujours présent et les acteurs jugent ce lien important. Il est nécessaire, dans l'intérêt des patients mais aussi des médecins de la Garde et des urgences. Leur collaboration doit se baser sur le concept de complémentarité⁸⁶. Mieux comprendre le travail des uns et des autres est essentiel pour un rendement optimal à la fois des urgences hospitalières et des Postes de Garde.

A part Médinuit, les Gardes bruxelloises sont toutes en contact plus ou moins régulier avec le service des urgences hospitalières de l'hôpital le plus proche. A Namur, par contre, ces contacts sont inexistantes. Une tentative a été réalisée à l'ouverture, de prendre contact avec les services d'urgences, mais ces tentatives sont restées veines (cf entretien avec le Dr. Kasongo, responsable du poste namurois).

⁸⁶ SCHETGEN, M., *Le généraliste face aux services d'urgence hospitaliers*, Revue Hospitalis.be, www.hospitalis.be/français/n2vol2/article5.html

PARTIR 4 : CONCLUSION ET PISTES DE SOLUTIONS ET DE RÉFLEXION

Après avoir mis en évidence les spécificités et besoins propres aux hôpitaux partenaires namurois, nous avons cherché à répertorier dans la littérature toute expérience originale de mise en œuvre d'intervention qui réponde aux problématiques rencontrées.

Nous présentons dans cette dernière partie une synthèse des constats issus du terrain et en regard des résultats trouvés dans la littérature, nous proposons une série de pratiques innovantes, d'outils d'objectivation des situations de précarité et des pistes d'interventions dont les acteurs namurois pourront assurément s'inspirer.

1. PRINCIPAUX CONSTATS ISSUS DU TERRAIN

Les services d'urgence font face à des exigences multiples. Leur activité se distingue des autres services hospitaliers par un travail irrégulier tant en terme de quantité (rythme) qu'en terme de nature. Les patients recherchent dans ce service une prise en charge médicalisée et directe (c'est-à-dire accessible 24h/24) de leurs plaintes, y compris pour des blessures mineures ou des problèmes essentiellement sociaux ou psychosociaux. Certaines admissions ne relèvent en réalité pas strictement des urgences et contribuent pourtant à la saturation de ces services.

Concernant les profils des usagers en précarité nous avons constaté que les prises en charge problématiques émanaient essentiellement des demandes formulées par:

- A la CHRN et à la CMSE : des personnes SDF, isolées, en décrochage familial et/ou social, de personnes avec des problèmes psychologiques (ou psychiatriques), de personnes en état d'ébriété ayant des problèmes liés à l'alcoolisme, de patients toxicomanes
- Egalement à la CMSE : des usagers de proximité issus de la « seconde génération de précarisés »
- A St Luc : principalement des personnes victimes de violences familiales mais également des personnes avec des problèmes psychiatriques, de patients toxicomanes ou de personnes âgées, des personnes SDF ou en état d'ébriété
- A Mont-Godinne : principalement des personnes âgées

Nous avons mis en évidence une série de difficultés rencontrées par les prestataires hospitaliers dans la prise en charge de la population en situation de précarité au service des urgences. Cinq principales plaintes émergent de notre analyse :

- L'importance d'un accompagnement social proactif
- L'absence de prise en charge (psycho)sociale des patients en dehors des permanences du service social de l'hôpital. La difficulté est accrue à St Luc et à Mont-Godinne où l'assistant social attaché aux urgences ne preste qu'un temps partiel.
- La faible visibilité du travail social réalisé aux urgences (induite par les systèmes de gestion des dossiers). Une objectivation de ce travail permettrait de mieux appréhender la fréquence et la nature des besoins.
- L'évolution croissante des recours non justifiés aux urgences, notamment en dehors des heures ouvrables (donc en débuts de soirée ou durant les nuits et week-ends).
- La charge de travail additionnelle pour le personnel médical et infirmier urgentiste générée par les problèmes sociaux ou psycho-sociaux
- Le décalage entre d'une part les exigences hospitalières et d'autre part les capacités d'accueil extra-hospitalières et les relais extérieurs (comme le Dispositif d'Urgence Sociale - DUS)

Ces constats soulignent l'importance de repenser l'organisation des services d'urgences. Selon Sanders (Sanders 2000), les recommandations invoquées dans la littérature pour faire face aux admissions non justifiées peuvent être classées en deux catégories.

D'une part nous avons : l'orientation vers d'autres structures, la restriction de l'accès aux urgences, l'instauration d'un tarif pour les admissions non justifiées et certainement l'éducation du patient au sein du service des urgences. (aide au patient pour gérer la plainte et le stress, et l'apprentissage pour une gestion plus optimale de la crise médicale).

D'autre part, nous retrouvons : le fait de devoir modifier l'offre de services aux urgences pour pouvoir accueillir ces « nouveaux » patients, par exemple en visant l'amélioration de la communication et des relations de travail entre généralistes et autres services hospitaliers, ou encore en formant le personnel des urgences, ou en prônant la continuité des soins de première ligne en favorisant l'accès aux généralistes depuis le service des urgences.

Nous présentons dans la section suivante l'ensemble de nos propositions de pistes pour désengorger les urgences et améliorer la prise en charge des patients en situation de précarité.

2. PISTES ENVISAGEABLES POUR DÉSENGORGER LES URGENCES ET AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

2.1. Orientation vers d'autres structures

Le développement de solutions alternatives en amont des urgences hospitalières via l'échelonnement des soins en première ligne ou sous la forme d'une prise en charge d'urgence (permanence) constituent des solutions plausibles pour soulager le travail des urgentistes et réduire les urgences non appropriées.

2.1.1. Les médecins généralistes

Favoriser l'échelonnement des soins est certainement une des pistes à travailler d'autant que la médecine générale est en mutation. *« Beaucoup plus que la médecine spécialisée, la médecine générale s'immerge dans la complexité du quotidien (...) La spécificité de la médecine générale est précisément d'intégrer son objet biomédical dans une approche psychodynamique, sociologique et anthropologique qui rencontre globalement les problématiques de santé tant individuelle que publique. D'où la nécessité de construire, au-delà du champ biomédical (...) des outils spécifiques adaptés aux objectifs de santé primaire, élaborés dans un constant aller-retour entre pratique et théorie et traversant les disciplines. »* (Hoffman 2007).

Le docteur Michel Roland, médecin généraliste et scientifique, a publié en mars 2006 une thèse de doctorat en science de la santé publique sur les mutations de la médecine générale en proposant notamment des outils conceptuels et méthodologiques. Il plaide pour un projet de reconstruction d'une médecine générale de qualité, capable de répondre aux nouveaux questionnements sociaux et sanitaires. Il analyse le fonctionnement d'une famille d'origine maghrébine et utilise ce cas pour mettre en évidence la coexistence des différentes dimensions présentes une médecine générale de qualité (Roland 2009⁸⁷).

⁸⁷ Michel Roland (2009), Les dimensions d'une médecine générale de qualité, Santé conjugulée.

D'autres auteurs traitent la question de l'échelonnement des soins, par exemple, Gouyon (2009), *Spécialistes et patients face au parcours de soins coordonnés : comportements et opinions*, Dossiers Solidarités et Santé, DRESS

2.1.2. Les gardes médicales

Ce type d'offre de service a été créé en réponse à la saturation des services d'urgence et pour susciter l'échelonnement des soins auprès des usagers. Un chapitre du présent rapport a été consacré au sujet où nous avons analysé le fonctionnement et le succès (ou l'insuccès) de plusieurs gardes médicales belges : celle de Namur et plusieurs sur Bruxelles.

La Garde de Namur (du Regroupement des Généralistes Namurois) se distingue des gardes bruxelloises notamment par son horaire limité pendant les week-ends⁸⁸ alors qu'à Bruxelles les trois gardes étudiées couvrent les fins de journée en semaine ainsi que les journées entières durant les week-end. Elle se distingue également par son fonctionnement isolé des hôpitaux. A Bruxelles, les gardes entretiennent des relations privilégiées avec le milieu hospitalier (les urgences) tout en préservant leur indépendance. Malgré son emplacement à proximité des urgences de la CMSE, le poste namurois n'entretient pas de contact privilégié avec les prestataires hospitaliers.

Les principaux facteurs de réussite pour une garde sur Namur sont :

- L'accessibilité en dehors des ouvrables (c'est-à-dire en soirée en semaine et en week-ends)
- La proximité physique avec un service d'urgences hospitalières pour d'une part faciliter la réorientation de certains patients et d'autre part être attractif pour les usagers qui assimilent alors les deux offres
- La mise en place (et la communication de l'existence) d'un dispositif de prise de la population en situation de précarité. La Garde doit intégrer dans ses objectifs le ciblage des personnes en précarité sans quoi cette population ne sera pas atteinte.
- Une sensibilisation des visiteurs à l'échelonnement des soins et éventuellement la proposition d'une liste de médecins généralistes (par quartier)

Cette solution est particulièrement intéressante pour décharger les urgences de la CMSE et du CHRN des urgences non justifiées provenant de la population de proximité.

⁸⁸ Uniquement accessible le samedi entre 14-18h et le dimanche entre 10h-14h.

Prenons l'exemple de la patientèle de proximité (de Salzinnes) identifiée à la CMSE, celle-ci a majoritairement un médecin traitant attiré, le plus souvent dans une maison médicale ou à la mutualité socialiste. Et pourtant, ces structures de recours font défaut dans le quartier. De plus elles proposent des consultations de type polyclinique pendant la journée, mais s'arrêtent à une certaine heure. Ces deux éléments constituent pour nos professionnels hospitaliers des barrières non négligeables au recours de première ligne. Rappelons qu'une autre structure de première ligne existe dans le quartier, il s'agit de la garde médicale, située à 200 mètres de l'hôpital dans l'ancienne maternité provinciale (locaux de la ville). Cette structure de garde pourrait jouer un rôle important dans l'accueil de cette population en demande de soins de proximité. Mais l'horaire d'accueil restreint⁸⁹ ne permet pas de décharger les urgences. D'après les hospitaliers, la garde fonctionne bien à ces heures d'ouverture. Puisque l'accessibilité est réduite, peu recourent aux soins de première ligne, même s'ils ont un médecin traitant attiré. La structure mériterait d'être développée. Cette question a d'ailleurs déjà été soulevée en réunion inter-hospitalière. La discussion portait sur l'idée d'un partenariat entre les hôpitaux namurois pour assurer une permanence infirmière et médicale. Des réunions avec le CPAS et la ville ont lieu régulièrement (tous les deux mois), et le développement de la garde médicale semble constituer une piste sérieuse pour ses membres. Cela profiterait autant à la CMSE qu'aux autres hôpitaux namurois.

Par ailleurs, une étude menée en 2009 au CHRN présentait la faisabilité d'une implantation de garde médicale proche et les projections en terme de fréquentation et perspectives financières (Collard 2009). En mettant sur pied, sous la forme d'une ASBL, une consultation de médecine générale d'urgence, accessible entre 9h30 et 21h30 en semaine et entre 10h et 18h en période de week-end et jours fériés, les projections prévoient d'attirer une part importante des patients qui se présentent aux urgences. D'après les données de fréquentation de 2008, jusqu'à 70% des usagers pourraient être concernés par une telle alternative (ce qui ne signifie pas pour autant qu'ils opteraient pour celle-ci).

En 2008, 48% des admissions (soit 17151 patients) se sont présentés aux urgences de leur propre initiative. C'est cette population qui doit être ciblée par la garde médicale. Aux heures d'ouverture proposées dans cette étude, environ 12000 patients seraient concernés. D'après leurs calculs, ces auteurs estiment à un peu moins de 6000 personnes par an qui viendraient spontanément ou après réorientation vers la garde. Ce total équivaldrait à environ 80 patients par semaine et à 30 patients par week-end. Donc, sans un premier temps, un médecin généraliste à la fois pourrait couvrir cette demande.

⁸⁹ Horaire limité, notamment en comparaison de ceux des gardes médicales bruxelloises (cf Partie 3 du présent document).

Pour que ce type de prise en charge convienne également à notre population d'étude, cela doit être inscrit dans les objectifs de la garde et l'organisation de celle-ci doit être soigneusement étudiée. Nous avons vu dans l'analyse situationnelle de la CMSE qu'une part de la patientèle de proximité pourrait être réorientée vers ce type de structure, et là nous suggérons la Garde du regroupement des généralistes namurois (le RGN) déjà existante, qui, en élargissant ses horaires pourrait absorber une part des admissions non justifiées aux urgences.

En France, deux études de l'Ecole Nationale de la Santé publique (ENS, Rennes) se sont intéressées à l'articulation entre gardes médicales⁹⁰ et services des urgences (Martin 2003 et Havez 2005). L'origine de l'enquête menée à St Etienne (Havez 2005) naît du constat de l'augmentation des passages aux urgences qui occasionnent des déséquilibres (files d'attente, multiplication des mécontentements, difficulté de prendre en charge tous les patients, réactions parfois violentes des patients). Emerge de ces constats la question de l'urgence appropriée ou non, quand 80% des admissions aux urgences n'aboutissent pas à une hospitalisation. Les auteurs s'interrogent alors sur l'indisponibilité des structures alternatives aux urgences et pointent l'importance d'une bonne articulation entre les nouveaux modes de gardes (les permanences de médecine générale) et les professionnels hospitaliers. La Garde médicale (Garde) a explicitement été créée dans le but de désengorger les urgences. Cette initiative commune de la part des généralistes et des hospitaliers a grandement facilité la mise en œuvre du projet. La Garde est logée dans l'enceinte du CHU de St Etienne dans des locaux qui lui sont prêtés pour tenir une consultation ambulatoire. Son activité est clairement séparée de celle des urgences mais ses locaux se situent très près de l'accueil de ce service.

Un dispositif de triage a été mis en place pour orienter les patients vers la Garde. Ce rôle est confié aux infirmiers urgentistes formés à la tâche. Près de la moitié des patients proviennent des urgences. De plus, à l'accueil des urgences de l'hôpital, la Garde est renseignée et explicitée. Une affiche présente même les conditions d'accès à savoir, les horaires et honoraires, et également les cas de figure courants de recours injustifiés aux urgences. Par ailleurs, environ un tiers des patients sont orientés via un système de régulation (centrale téléphonique).

Les horaires de la Garde ont été fixés pour répondre à la majeure partie de la demande. Un médecin de garde assure seul la permanence. Pour éviter toute concurrence avec les urgences, la Garde n'est pas habilitée à réaliser de biologie clinique ou de radiologie. Pour ce type d'examens, les patients sont renvoyés aux urgences de l'hôpital.

⁹⁰ Le vocable « maison médicale » est utilisé dans le texte original. Sous cette appellation, il est entendu en France une prise en charge de médecine libérale, ce qui correspond aux Gardes de médecine générale chez nous. Pour éviter d'introduire une confusion nous poursuivons en utilisant le terme garde médicale.

Pour faire de ce type de projet un succès, il est nécessaire de clarifier les missions de différentes parties, de sensibiliser les professionnels de soins et de favoriser les relations interpersonnelle et structurel mais également d'avoir un système de communication (publicité) clair qui mette en confiance les patients. Les principaux atouts de ce type de structure sont la durée d'attente très faible pour les patients et la satisfaction des usagers par rapport à leur prise en charge (confiance dans le service offert).

2.1.3. Les maisons médicales

Fondée sur la multidisciplinarité, les maisons médicales constituent certainement une partie de la réponse à la détresse sociale présente chez les patients de notre population d'étude.

Dans une interview publiée dans L'observatoire, une psychologue d'une maison médicale de Seraing confie sa vision de la prise en charge de la détresse sociale chez les personnes en situation de précarité (Leclercq 2003⁹¹). Il s'agit d'une population qui ne recourt pas spontanément aux services (sociaux) de la maison médicale. Les médecins attribuent à 75% des plaintes formulées des causes psycho-médico-sociales plutôt que purement médicales. Or ce type de patientèle ne va pas spontanément penser à consulter un psychologue ou un assistant social. La maison médicale rassemble par définition différentes disciplines et constitue certainement un lieu favorable à la prise en charge plus globale du patient. Comme le paiement se fait au forfait, dès le moment où la personne est inscrite, elle peut consulter selon ses besoins sans devoir déboursier à chaque consultation. Un patient qui se présente régulièrement pour des « faux » problèmes médicaux pourra se voir suggérer une aide sociale en meilleure adéquation à sa situation

A Namur, nous avons par exemple les maisons médicales de Bomel, des Arsouilles et le Centre Objectifs Santé. Le tableau suivant y présente les services disponibles qui nous concernent plus précisément (source : le livret de présentation des associations de Santé Intégrée de 2001 de la région wallonne).

⁹¹ Leclercq C (2003), Détresse psychosociale et maison médicale...une approche pluridisciplinaire, Article extrait du dossier Détresse sociale, santé mentale – Observatoire n°39/2003

	MM Bomel	Centre Objectif Santé	MM Arsouilles
Consult psychologique	oui	non	oui
Toxicomanie	oui	oui	oui
Guidance sociale	non	oui	non
Consult psycho-sociales	oui	non	oui
Aide psycho et relationnelle	oui	oui	oui
Dispensaire infirmier pour SDF	oui	non	non

2.1.4. Le SMES-B

A l'image de ce qui est proposé par la cellule d'appui médico-psychologique SMES-B (Ermans 2005), il pourrait être intéressant de créer des « infirmeries » dans certaines structures d'accueil.

2.2. Introduction de mesures financières pour limiter les recours inappropriés

Les conditions tarifaires de la consultation aux urgences sont abordables (prix forfaitaire, tiers-payant et facturation différée), ce qui peut en principe jouer un rôle attraction pour notre patientèle en situation de précarité. Cependant, à ce stade, nous n'avons pas identifié, dans notre enquête, ce facteur comme déterminant dans le choix du recours. De même, aujourd'hui, aucune étude ne met en évidence l'efficacité de la mesure des tarifications forfaitaires en terme de réduction des recours inappropriés (Collard 2009 ; Gourbin 2005). Cet échec est principalement attribué à la méconnaissance de la tarification.

Appliqué au CHRN (Collard 2009), le système de tarification immédiate semble inapproprié aux urgences, le médecin n'a matériellement pas le temps de réclamer le paiement de la consultation si le patient ne veut pas. De plus, ce système ne semble pas favoriser la diminution du nombre d'admissions inappropriées. Le non-effet de la mesure est expliqué par sa méconnaissance.

Ceci ne constitue pas une piste de solution dans notre contexte.

2.3. « Education » des patients

Cette démarche est nécessairement complémentaire à d'autres (mécanismes de renforcement de la première ligne ...) et ne pourra toucher l'ensemble des personnes de notre population d'étude mais consiste néanmoins une étape intéressante.

2.3.1. Par une information « passive » aux patients

Des efforts de publicité et de présentation d'alternatives plausibles éventuellement personnalisés selon les différents publics concernés par les recours non appropriés aux urgences contribueraient à les décourager. A l'image de ce qui a été fait en France au CHU St Etienne (Havez 2005), les services d'urgences namurois peuvent chercher à identifier les recours non appropriés les plus courants et les présenter sur une affiche en proposant à ces groupes de patients des alternatives adaptées (comme le la Garde du RGN pour certains patients de proximité de la CMSE notamment).

Les supports possibles sont multiples, par exemple l'exposition d'affiches (dans les salles d'attente des urgences et dans d'autres lieux susceptibles d'être fréquentés par ces patients), la distribution de folders de présentation et la mise en ligne d'une page web qui renseignerait clairement la garde médicale ainsi qu'une liste complète des généralistes namurois (éventuellement avec un moteur de recherche à l'image du site bruxellois).

Une autre solution serait de promouvoir des campagnes de sensibilisation à l'échelonnement des soins. La prévention en amont peut se faire à différents niveau (fédéral, régional) mais également au niveau communal.

Mettre à disposition des patients les outils efficaces et ciblés qui leur permettront d'opérer un choix éclairé de recours aux soins est une étape importante si l'on cherche à réorienter les urgences inappropriées vers d'autres structures. Bien entendu, cette démarche doit s'accompagner d'un renforcement de l'accessibilité des structures de première ligne et de la mise en évidence ou de la création de services répondant à aux besoins des populations. Ce type d'information pourra guider et conforter les personnes qui ont recherché des alternatives préalables à leur recours aux urgences et ainsi toucher une partie de la population concernées par les recours inappropriés.

2.3.2. Par une information « active » aux patients

Une information quant au rôle et à la fonction première des services d'urgences contribuerait nécessairement à contrer la méconnaissance du système de soins et à probablement limiter la mauvaise utilisation qui en découle. Il y a lieu de donner aux patients les outils qu'ils lui permettront de gérer sa plainte médicale et le cas échéant les situations de stress ou de crise qui en découlent.

L'information aux patients admis aux urgences ne touchera fort probablement qu'une partie de la patientèle qui nous occupe. La principale difficulté aux urgences est de pouvoir communiquer avec des personnes peu attentives et peu réceptives. La clé se situe probablement dans un travail collectif d'éducation et d'information au patient. Favoriser l'« éducation » des patients par le biais du personnel soignant est certainement un atout. Il s'agit ici de sensibiliser des personnes par d'autres personnes à la problématique de saturation des urgences et au détournement des ressources qui en découle, aux dépens de cas dont la gravité de la plainte justifie ce recours en urgence.

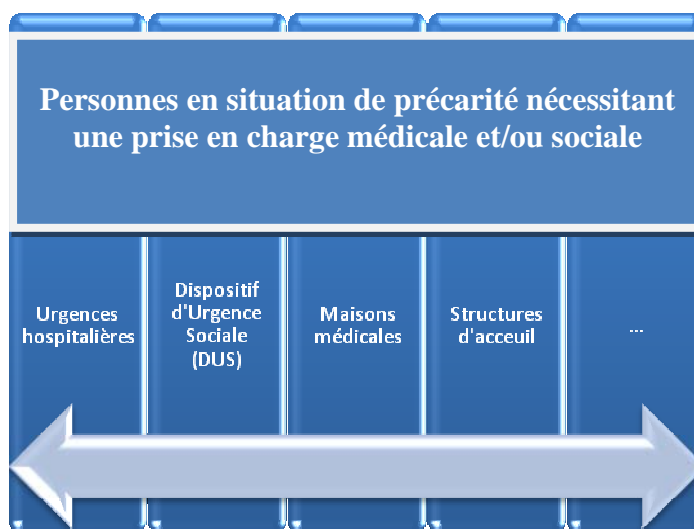
2.4. La mise en réseau des acteurs namurois

A Namur, les urgences hospitalières et le dispositif d'urgence sociale (DUS) constituent deux entités privilégiées vers lesquelles les personnes en situation de précarité vont de tourner. Ces services ont la particularité de pouvoir répondre dans l'immédiateté à des situations de crise, des urgences.

D'autres structures comme la Garde médicale namuroise (RGN) pourraient absorber certains recours mais dans les conditions actuelles d'accessibilité, notre population d'étude n'y recourt pour ainsi dire pas. En amont, nous avons la première ligne, avec notamment les maisons médicales où sont inscrits une partie des patients que nous avons étudiés. En aval, nous avons entre autre les structures d'accueil et d'hébergement.

Nous illustrons (cf figure 1) la situation actuelle des relations entre les acteurs namurois impliqués dans la prise en charge de ces personnes. Tous ces acteurs sont présents dans le paysage namurois et se côtoient échangeant de manière informelle. Chaque personne va construire son propre réseau d'information et de contact en fonction de ses besoins (ex : l'assistant social hospitalier et ses contacts « en aval »).

Figure 1 : Positionnement actuel des acteurs



Dans la situation actuelle, il n'y a pas de réelle mise en réseau de tous ces acteurs impliqués ou potentiellement impliqués dans la prise en charge des personnes en situation de précarité. La rencontre des personnes qui sont directement amenées à travailler en réseau est essentielle pour renforcer et faire vivre un partenariat. Par exemple, l'équipe du DUS avait en son temps rencontré les médecins chefs des urgences, mais au quotidien ce ne sont certainement pas uniquement eux qui prendront le téléphone en cas de contact. La démarche est nécessairement bonne mais il faut aller plus loin pour rendre viable la collaboration (présentation -répétée ?- des travailleurs du DUS aux prestataires hospitaliers). Ces entités offrent des services complémentaires pour lesquels les synergies sont encore aujourd'hui sous-exploitées.

Un bon partenariat se construit dès le moment où chacun prend en compte les compétences et les limites des uns et des autres et les respecte. Le respect de chaque acteur passe inévitablement par la connaissance de ses activités et de son fonctionnement. Une collaboration régulière des travailleurs sociaux et prestataires de soins renforcera leur partenariat et posera les bases des bonnes relations.

De plus, Mariane Prévost (Prévost 2009), sociologue belge, plaide pour un rapprochement entre les professionnels et le public précarisé. Sa réflexion se fonde sur le fait que le dispositif socio-sanitaire est très souvent peu sensibilisé à l'approche des publics précarisés. Selon l'auteur, « *l'espace-temps qui sépare les personnes précaires des dispositifs sanitaires et sociaux peut être très problématique, d'autant plus si la confiance envers les institutions est altérée.* » L'auteur souligne l'importance d'une approche transdisciplinaire impliquant tous les intervenants (travailleurs sociaux, cliniciens, acteurs communautaires...). Un certificat interuniversitaire « Santé mentale en contexte social » soutenu par

l'UCL est proposé pour renforcer les compétences de ces derniers dans une démarche pour le changement social. (Référence : Prévost M (2009), Rapprocher les professionnels et les publics précaires : une approche transdisciplinaire, Santé conjugulée, Avril 2009)

Figure 2 : Positionnement de mise en réseau des acteurs



Le travail en réseau est important pour mieux répondre à la demande des patients dont nous nous occupons. Il implique une bonne connaissance des acteurs investis dans le secteur et un échange construit entre les différents professionnels. Quels sont-ils ces acteurs ?

Hôpital (services des Urgences // Service social)

Dispositif d'Urgence Sociale (DUS)

Garde médicale du RGN

Hôpitaux psychiatriques

Structures d'accueil et d'hébergement en aval (abri de nuit, ...)

RSUN et particulièrement son Relais santé

CPAS

Police (assistante de police ?)

...

Qu'il soit plus formel ou plus informel, pour être efficace, le réseau doit nécessairement passer par la mise en commun de certains objectifs de travail, la création d'espace de rencontres et de partage d'information et une certaine coordination des professionnels.

Une expérience intéressante dont nous pouvons nous inspirer est celle des « SYLOS » – système local de santé – [Référence : Unger JP, Les systèmes locaux de santé. Une démarche de recherche-action pour améliorer la coordination entre l'hôpital et les médecins généralistes, Santé Conjuguée, Octobre 2004]

Plusieurs types d'interventions peuvent être concernés par la pratique en réseau comme l'orientation des patients vers les structures les plus adaptées à leur plainte, le partage des informations relatives aux solutions (places disponibles dans les structures d'accueil en aval des urgences), le recours aux services existants comme le DUS ou la Garde RGN, l'élargissement potentiel de la Garde (horaires, mais aussi permanence sociale), la mise en commun d'informations relatives à certains types de patients (les habitués des services, les cas psychiatriques ...).

Les personnes SDF.

Globalement on peut dire que le personnel hospitalier, les assistants sociaux du DUS et les représentants de l'abri de nuit se côtoient mais ne se connaissent pas suffisamment. Une des raisons pourrait être imputable à la rotation du personnel, au niveau des hôpitaux notamment. En tout cas, nous avons mis en évidence les discours divergents des différentes parties. Par exemple, la méconnaissance des activités du DUS par les urgentistes (traduisant de faibles recours ou des recours inadaptés) et les difficultés que les assistants sociaux ont pour faire accepter certains patients SDF à l'abri de nuit (alors qu'il semble que les conditions d'entrée soient plus conciliantes).

Pour illustrer les situations de blocage, nous présentons deux cas où la plainte du patient ne justifie pas une prise en charge (plus longue) aux urgences :

- Le cas d'un patient SDF admis en état d'ébriété aux urgences hospitalières : Il est apte à sortir mais n'a pas de lieu d'accueil. Etant (momentanément) exclu de l'abri de nuit pour un problème causé à son dernier passage, l'hôpital se trouve dans l'obligation de le garder et cela sans qu'un motif médical vienne le justifier. Les perceptions qu'on les différents acteurs de l'urgence sont différentes : le sanitaire est contraint à une obligation de rendement vécue comme impossible par les acteurs sociaux pour qui le temps et l'écoute sont fondamentaux. Ces positions diamétralement opposées créent des tensions entre des acteurs qui doivent pourtant collaborer.

- Le cas d'un patient SDF qui recoure aux urgences pour bénéficier de soins infirmiers alors qu'une structure de première ligne aurait suffi à sa prise en charge. L'assistant social de l'hôpital va analyser le profil du patient (en ordre de mutuelle, affilié à une maison médicale, ...) et chercher la meilleure solution à proposer. Sachant que certaines maisons médicales proposent des consultations de soins infirmiers, l'AS va tenter de réorienter ce patient vers cette autre structure. Souvent l'AS est mis en échec car le patient ne souhaite pas s'adresser ailleurs pas plus qu'il ne souhaite faire part de ses problèmes (de logement ou autre). Ce type de patient va rester plusieurs heures, une demi-journée, voire une nuit sans que sa prise en charge soit justifiée aux urgences. Une permanence dans une structure de première ligne (maison médicale, garde médicale) pourrait soulager les urgences de ce types de demande. Or il semble que l'accès à ces alternatives soit difficile (maisons médicales saturées, fenêtre d'accès à la Garde limitée). Une autre alternative pourrait être le développement d'infirmiers de rues (cf expérience à Bruxelles⁹²) agissant de manière proactive et allant au devant des personnes SDF. Ce rôle pourrait être confié aux infirmiers du relais santé du RSUN dans un premier temps, en vue d'estimer la demande.

A ce jour, il n'y a pas d'espace qui permette aux protagonistes de dialoguer, se comprendre et convenir d'objectifs communs dans l'intérêt du patient. La création d'une plate-forme d'échange permettrait à chacun de mieux appréhender les difficultés de l'autre et d'ainsi réconcilier le sanitaire et le social.

Nous évoquons ci-après quelques pistes de réflexion pour une mise en réseau optimale.

Patients précaires avec problèmes d'hébergements

Il existe par exemple à Bruxelles une liste des places d'accueil disponibles en aval chaque jour sur tout le réseau bruxellois. Cette liste « dynamique » est diffusée quotidiennement aux hôpitaux afin de faciliter le travail des assistants sociaux.

Patients de proximité.

En ce qui concerne la prise en charge de la patientèle de proximité, une manière de faire démarrer le réseau pourrait être de se faire rencontrer les différents acteurs du ou des quartiers concernés. Il semble qu'à Salzinnes, des réunions de quartier existent mais à ce jour la CMSE n'a jamais été sollicitée. Il y a peut-être une opportunité à prendre de ce côté-là. Par ailleurs, impliquer la Garde RGN dans le

⁹² « Infirmiers de rue » est une association bruxelloise qui rencontre dans la rue des personnes qui ont un logement (appartement, maison d'accueil, home, ...) mais qui présentent un problème d'hygiène important. L'association est aussi sollicitée par des médecins traitants et parfois des hôpitaux, pour le suivi de patients de ce type. (Site web : <http://www.infirmiersderue.be/>)

dialogue serait une manière de rapprocher hospitaliers et généralistes dans une approche centrée sur les besoins des patients.

Patients psychiatriques

Une piste serait de créer une banque de données pour les patients psychiatriques (notamment alimentée par les hôpitaux psychiatriques namurois de Dave et St Servais, St Martin et Beau Vallon) pour partager les données concernant leur traitement de base. En effet, ces patients se présentent souvent aux urgences sans faire part leur traitement ou médication habituelle obligeant ainsi les urgentistes à procéder à un examen plus long. En ce qui concerne la CMSE, des accords existent et permettent le transfert des dossiers médicaux des patients transférés (pour affections organiques, crise d'épilepsie, pneumonie et détresse respiratoire). Cependant la formule actuelle génère un gros travail d'administration car le dossier doit être retapé et la (longue) liste des médicaments retranscrite, ce qui constitue une perte de temps considérable. La constitution d'un outil prévoyant le transfert informatisé des données importantes à qui de droit permettrait d'optimiser le système.

Patients consultants dans plusieurs hôpitaux.

Dans cette idée, le partage systématique des informations entre les services hospitaliers namurois pourrait être étendu à d'autres patients comme les personnes avec des problèmes psychosociaux, les toxicomanes ou les jeunes en situation de décrochage grave. En effet, ces patients peuvent aller d'un hôpital à l'autre, ce qui implique que les professionnels d'un hôpital ne savent pas ce qui a été fait ailleurs et comment la PEC a été gérée. Il existe actuellement entre les urgentistes du CHRN et de la CMSE une collaboration basée principalement sur un partage oral des informations pertinentes. Certaines informations sont parfois faxées, mais pour cela il faut savoir que le patient a déjà fait l'objet d'une intervention dans l'autre hôpital. La formalisation de ces contacts rendrait plus systématique et complète le partage de l'information pour les patients consultants dans plusieurs hôpitaux, et bonifierait la pratique. De même que le courrier informant le médecin généraliste de la PEC réalisée à l'hôpital, on pourrait imaginer de communiquer, par mail, les informations qui mériteraient d'être partagées.

Des tensions d'ordre plus politique ou stratégique pourraient apparaître entre les différents hôpitaux mais au niveau des urgentistes le contact informel actuellement expérimenté est estimé correct et ne faisant pas concurrence à ce niveau là. Au contraire, si l'urgentiste observe que le patient fait du shopping médical, il peut informer celui-ci et lui préciser qu'en changeant d'hôpital il oblige le personnel urgentiste à refaire des examens (radios, ...) alors que tout a déjà été fait et tout aussi bien. Outre le fait que cela a un coût pour la société et que cela est consommateur de temps pour le personnel hospitalier, cela constitue une perte temps pour le patient, cet élément mis en évidence doublé du fait que son shopping médical ne passe plus inaperçu pourrait suffire dans certains cas à

convaincre le patient de limiter ses recours répétés. Certaines catégories de patients (comme la classe moyenne par exemple) peuvent être ainsi conscientisés à la problématique de saturation des urgences et comprendre leur intérêt en modifiant leur démarche.

Collaboration entre CPAS et Hôpital, faisant particulièrement défaut en ce qui concerne Mont-Godinne. Or nous l'avons vu, au travers de divers mécanismes dont la carte santé, le CPAS joue un rôle d'intermédiaire important entre l'utilisateur en situation de précarité et ses recours aux différents prestataires de soins.

Poste médical avancé (PMA) aux Fêtes de Wallonie. Le PMA est une antenne du CHRN. A ce jour, aucune tournante n'a été envisagée pour y faire intervenir d'une manière ou d'une autre les deux autres hôpitaux de la ville. (Par exemple, une réunion de concertation entre les hôpitaux et la centrale 100 au sujet des fêtes de Wallonie.) Or, des cas d'éthylismes, des blessés, des sutures (correspondant à une vingtaine de personnes pour 2009) ont été admis sur le week-end ailleurs qu'au CHRN. C'est bien entendu la centrale 100 qui oriente les patients vers l'hôpital le plus proche, ce n'est pas évidemment le CHRN qui fait le tri.

Médiation interculturelle, un autre acteur à associer ? En Belgique, le service de médiation culturelle dans les hôpitaux a été créé pour étudier les besoins des populations étrangères en matière de soins de santé. Aujourd'hui, ce service joue un rôle d'observatoire social et constitue un réel lieu d'enseignement pour une meilleure compréhension des situations difficiles.

Le CHR de la Citadelle à Liège dispose d'un service de médiation interculturelle connu sous l'appellation *Les "passeuses" de culture*. [Référence : Le service de médiation interculturelle du CHR de la Citadelle à Liège Les "passeuses" de culture, Laboratoire des innovations sociales, Cahier Labiso Périodique N°65. (Lien : www.labiso.be)] Le service intervient (de plus en plus) régulièrement pour des personnes qui n'ont pas de problèmes de compréhension de la langue, et prend en charge les demandes dans le secteur de la santé mentale pour des suivis psychologiques et psychiatriques. Cette expérience intéressante et qui a démontré son intérêt à Liège constitue une solution potentielle pour optimiser la prise en charge de notre population d'étude et soulager les acteurs hospitaliers en place.

Les interventions de médiation concernent, par exemple, un patient qui revient aux urgences pour des douleurs et dont le médecin urgentiste estime qu'il ne souffre d'aucune douleur médicale. Le médecin peut recourir aux services d'un médiateur qui arrive aux urgences. Son intervention permet la traduction de la plainte et la prise en charge.

La médiation facilite la communication entre des patients en difficulté et un personnel urgentiste surchargé et permet ainsi un gain de temps, il facilite également l'accès aux soins pour des personnes

démunies. Et surtout il apporte une contribution dans la gestion de l'utilisation abusive de l'hôpital par de nombreux patients qui recourent systématiquement aux urgences pour des problèmes relevant de la médecine de première ligne.

2.5. *Changements dans l'offre de services*

Les « obstacles » à la maximisation de l'impact du travail social sont d'ordre divers. Dans cette partie, nous souhaitons susciter chez les prestataires hospitaliers des réflexions pour imaginer de nouvelles complémentarités dans l'organisation de l'offre de soins et peut-être initier un renouvellement de leurs pratiques.

Plusieurs configurations existent pour répondre aux besoins sociaux des patients comme l'adoption d'une approche globale de la prise en charge du patient et le renforcement des compétences des prestataires en matière sociale, la mise sur pied d'une équipe multidisciplinaire, le travail d'un assistant social en binôme avec un infirmier ou un médecin, ...

2.5.1. *Action médico-sociale, une approche globale*

Prônant l'action médico-sociale comme approche globale privilégiée, l'expérience du Dr Maurice Titran, ancien pédiatre au Centre Hospitalier de Roubaix, nous a paru fort intéressante. Il tente de répondre à une question importante pour nous à savoir : Comment prendre en charge de manière complète et appropriée les cas sociaux lourds qui se présentent aux services d'urgences (pour des plaintes médicales mineures ou plus sévères) ?

L'analyse situationnelle menée au CH de Roubaix (Titran) a mis en évidence le fait que les professionnels sont chacun mis en échec. La nécessité d'aborder la pratique dans une approche multidisciplinaire centrée sur le patient est devenue une évidence. Le développement d'un réseau d'aide médicale et sociale apparaît alors comme une piste d'amélioration de la prise en charge (PEC) pour ces patients. Il y a lieu de redéfinir les priorités, en accord avec le patient, et de définir un plan pour une PEC continue.

Face à des patients précaires qui mettent en échec le système de santé, le Dr Maurice Titran propose une pratique innovante qui permette d'intégrer les différents contextes en présence dans la prise en

charge pédiatrique. Ces contextes sont la famille, les institutions sociales et les systèmes d'intervention.

Les patients du centre d'action médico-sociale précoce (le CAMSP) sont notamment caractérisés par un grand nombre de vulnérabilités, identifiées sous exclusion, pauvreté, addictions, maladie mentale. Elles sont analysées comme angoisses non contrôlables, difficultés à se structurer dans le temps, rendant les rencontres prévues aléatoires,... Dans certains contextes, et le nôtre en est certainement un autre exemple, il est nécessaire d'inventer de nouvelles stratégies pour répondre à une demande multidimensionnelle. En effet, la PEC de la précarité pour des patients qui se présentent dans les services hospitaliers d'urgences implique une mise en réseau complexe d'acteurs issus de pratiques variées. C'est dans cette démarche originale qu'est créé le CAMSP. Il est destiné à l'accueil en ambulatoire de jeunes enfants victimes de déficiences diverses.

L'action médico-sociale intégrée implique la création d'un réseau et d'une chaîne de soins articulant le savoir faire de différentes structures et de différents professionnels. Celle-ci se fonde sur trois stratégies innovantes, à savoir :

- le diagnostic guidance,
- l'alliance thérapeutique et
- l'émergence des compétences.

La première stratégie consiste à élaborer un diagnostic sur lequel les professionnels pourront s'appuyer pour mener une action concertée (entre différents professionnels et avec les patients) pour atteindre le pronostic fixé. La notion de guidance est fondamentale dans l'expression du diagnostic. Cette première étape doit déboucher sur une forme d'alliance thérapeutique qui offre à la personne aidée un environnement porteur couplé d'une vision positive sur le long terme. Ce processus permet de faire émerger les compétences propres à la personne aidée au travers d'actions de promotion, de stimulation, de négociations et de discussions. Ces trois étapes permettent ensemble de créer un réseau d'acteurs cohérent.

[Lectures complémentaires proposées : (Dumaret & Constantin-Kuntz 2005) et (Dumaret & Titran 2004)]

2.5.2. Mise sur pieds d'une équipe de transition pour une gestion améliorée du service des urgences

La saturation des urgences a de multiples causes y compris le manque d'espace et un staff limité. Ces deux éléments ont particulièrement été mis en évidence à la CMSE.

Les patients « en attente » requièrent des soins et de l'attention en continu de la part des urgentistes. Ganapathy (Ganapathy & Zwemer, Jr. 2003) apporte une réponse managériale à ce problème en renforçant le staff des urgentistes par une équipe dite de transition. Il s'agit d'une expérience menée aux Etats-Unis fin 2000.

Dans cette expérience, la saturation des urgences a été gérée par le développement d'une équipe appelée la « Transition Team Operations (TTO)» qui prend en charge sous certaines conditions une partie des patients admis aux urgences. Elle se compose d'une infirmière et d'un médecin assistant (regroupé sous MLP-midlevel practitioner) et d'une infirmière (registered nurse or licensed practical nurse), tous sous la responsabilité du chef de service.

Après avoir fait l'objet d'une évaluation clinique de leur cas et avant une éventuelle hospitalisation, les patients en attente d'un lit ou d'un examen, sont regroupés et transféré vers l'équipe de transition pour des soins. Les objectifs ciblés sont d'une part réduire la charge de travail des médecins urgentistes et d'autre part améliorer la PEC des patients.

2.5.3. Intégration du travail social aux urgences

En Belgique, les services d'urgences bénéficient déjà d'un accès au service social en journée pendant la semaine pour leurs patients. Nous soulignons -et nos enquêtes le confirment- l'importance de la présence de ce dernier dans le service même des urgences. De plus, l'option d'avoir un travailleur social de Garde (appelable) pendant les périodes les plus chargées des nuits et week-ends (à préciser pour chaque hôpital en fonction de ses besoins) pourrait constituer un appui précieux pour les prestataires hospitaliers urgentistes.

En Angleterre, Bywaters et ses collègues (Bywaters & McLeod 2003) proposent un modèle qui permet de développer le travail social dans les services d'urgence. Notons que par rapport à d'autres pays où le service social est intégré (comme la France, l'Espagne, le Canada ou les Etats-Unis) (Monsuez *et al.* 1993), en Angleterre, Cooke et al montrent que moins d'un tiers des services d'urgences bénéficient

d'un travailleur social attaché au service. Leur hypothèse est que les travailleurs sociaux peuvent contribuer à l'amélioration de l'efficacité et de l'efficience de ces services hospitaliers. Les auteurs ont identifiés cinq manières de produire des gains d'efficience :

- "preventing admission" : réduction des hospitalisations non nécessaires,
- "early diversion" : gestion de la sortie des patients (relais vers d'autres structures),
- "reduces discharged delay" : appui pour une diminution des durées de séjours,
- "reduce reattenance" : rôle clé dans la réduction des réadmissions,
- "saving emergency Department (ED) staff time" : gain de temps pour les urgentistes.

Ces auteurs concluent en affirmant que le fait d'attacher un travailleur social aux urgences a un impact significatif tant pour le staff que pour les usagers et nous abondons dans ce sens.

2.6. Objectivation des incidents critiques

2.6.1. Consensus sur les situations de précarité

Dans de ce projet, nous avons cherché à savoir ce que les différents acteurs entendaient par précarité⁹³. Ce terme est utilisé par bon nombre d'acteurs qui n'identifient pas tous les mêmes éléments sous cette appellation. Nous avons mis en évidence la difficulté de faire référence à une définition. Aucun d'entre eux n'a mis en avant des critères spécifiques, éventuellement partagés au sein d'une équipe (multidisciplinaire) ou d'un service. Il ressort très nettement que les différents travailleurs sociaux ont chacun leur grille de lecture propre basée sur leurs expériences personnelles et que la plupart des médecins, infirmiers urgentistes n'en n'ont pour ainsi dire pas.

En général, la déduction de l'état de précarité se fait (plus ou moins) naturellement, mais certainement en se fondant essentiellement sur les pratiques professionnelles de chacun. Par définition, les assistants sociaux sont mieux armés pour détecter les situations de précarité. Or le fonctionnement actuel du service des urgences hospitalières ne prévoit pas un repérage par les assistants sociaux mais bien par le corps médical lors de l'anamnèse, voire le corps infirmier lors du triage des patients. Dans ce contexte,

⁹³ Nous avons investigué la question de la définition de la précarité : *Comment définiriez-vous la précarité ? Sur base de quels éléments concluez-vous à la précarité d'un patient ? Avez-vous en tête ou utilisez-vous des critères de repérage ?* Ces questions ont été posées à plusieurs acteurs hospitaliers (en particulier, aux assistants sociaux) mais également en dehors de ce secteur (par exemple, à la police, au dispositif d'urgence sociale, aux gardes médicales, ...).

le repérage va dépendre de la sensibilité de chaque acteur à la problématique d'où l'importance d'avoir un consensus sur une définition ou des critères d'identification de la précarité.

Dans une optique de meilleur repérage de la population en situation de précarité aux urgences, la première remarque que nous pourrions faire est de conseiller aux travailleurs sociaux hospitaliers de susciter la sensibilité de tous les urgentistes à la problématique et leur donner les outils pour qu'ils puissent agir. Par exemple, en leur proposant une définition simple et claire à laquelle il pourrait faire référence. L'identification des cas problématiques peut prendre d'autres formes comme, autre exemple, une simple catégorisation des situations de précarité fréquemment rencontrées.

Illustration : Un auteur (Vallejo 2007) distingue par exemple la précarité « visible et urgente » et la précarité « moins visible ». Dans la première catégorie peuvent être identifiées les personnes âgées ou dépendantes se présentant pour une pathologie dont le retour à domicile est perçu comme impossible ou difficile, les personnes en danger (victimes de violences), les toxicomanes ou alcooliques en demande de sevrage et les SDF. Pour la seconde catégorie de patients dont la précarité n'est pas perceptible pendant la prise en charge médicale, des outils de repérage pourront être exploités.

La connaissance partagée du phénomène de précarité est certainement un premier pas vers une meilleure intégration du service social aux urgences et ainsi vers un meilleur repérage des populations vulnérables.

Nous avons observé l'absence d'outils conceptuels d'évaluation des incidents critiques ou de repérage de la précarité à disposition des prestataires hospitaliers et mettons en évidence l'importance de ceux-ci pour une meilleure objectivation des situations de précarité.

Si le problème se situe davantage dans la négligence des prestataires urgentistes à recourir au service social quand il y a déjà un constat de suspicion, il y a lieu de travailler sur l'importance du relai de ce repérage avec les médecins urgentistes et de pointer les intérêts convergents.

Nous présentons ci-après plusieurs outils de collecte de données et de classification des patients admis aux urgences à destination des populations précaires.

2.6.2. Résumé de passages aux urgences (RPU) pour le repérage de la précarité

Depuis 2001, on parle en France de concevoir un financement spécifique des services d'urgence basé sur son volume d'activité et son case-mix (nature de l'activité) (DHOS/E3/Mission PMSI 2001). La classification utilisée est celle des « Groupes de passages aux urgences » basée sur le recueil des « résumés de passages aux urgences » (RPU). Obligatoire depuis 2003, le recueil PMSI se base sur le nouvel outil de codage des actes médicaux (CCAM).

Dans un communiqué du ministère français de l'emploi et de la solidarité datant de 2002 (DHOS/E3/Mission PMSI 2002), un appel à candidature était émis pour tester (en juin 2002) et mettre en place (dès 2003) un outil de repérage de la précarité : le recueil médicalisé de « résumés de passages aux urgences » (RPU). Le test pouvait se faire par un simple recueil « papier » sur une semaine.

L'outil est à destination de l'ensemble des services d'accueil et de traitement des urgences et consiste en un recueil d'informations ayant pour objectif d'intégrer, à terme, la nature de l'activité (« case-mix ») des unités concernées dans les éléments et critères pris en compte pour en moduler le financement.

Le RPU est aujourd'hui imposé, et les unités doivent au minimum recueillir les données suivantes : l'identification du patient, les horaires d'admission et de sortie, la provenance et la destination (avec par exemple le fait de prendre en charge un patient pour des raisons organisationnelles), le mode d'entrée et de sortie (transfert inter/intra-hospitalier, domicile ou décès) et le type de transport (dont admission via la police), l'encadrement médicalisé ou para-médicalisé durant le transport, le motif du recours, la gravité du cas (classification CCMU), les actes médicaux (CCAM), les diagnostics principal et associés (CIM10). L'ensemble de ces items est défini par le DHOS (DHOS 2006). Cet outil fournit un ensemble d'informations essentielles pour les différents dispositifs locaux, régionaux et nationaux.

2.6.3. Outil de repérage basé sur 5 critères de vulnérabilité sociale (Pascal)

Dans une publication de 2001, Pascal et al ont testé la validité d'un instrument de repérage des personnes susceptibles de se trouver en situation de vulnérabilité sociale, cela sur un échantillon de patients admis au service des urgences du CHU de Nantes (Pascal *et al.* 1111). L'origine de la démarche a vu le jour après un constat de besoins non satisfaits chez les patients en situation de précarité d'un hôpital. D'après leur expérience, malgré les inégalités sociales reconnues en santé, peu d'outils de ce type ont été développés.

L'outil proposé par les auteurs est destiné à un usage en routine et fait office de premier repérage parmi un grand nombre de patients. Il ne prétend pas identifier finement la situation de vulnérabilité, travail laissé aux assistantes sociales compétentes dans le domaine, mais permet d'objectiver certaines caractéristiques. Il a été développé par un groupe pluridisciplinaire⁹⁴ français qui a étudié la question d'évaluation du phénomène de vulnérabilité sociale.

Dans ce modèle, les caractéristiques de vulnérabilité sociale du patient sont explorées par auto-questionnaire. Le choix des questions s'est basé des éléments simples, objectivables et divulguables. Celles-ci sont au nombre de cinq et impose au patient de se positionner pour chacune d'elles au moyen de réponses binaires de type oui/non (cf tableau 1).

Tableau 1 : Cinq questions de vulnérabilité sociale (Pascal)

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">1) Avez-vous la couverture maladie universelle (CMU), la CMU complémentaire ou l'Aide Médicale d'Etat (AME)⁹⁵ : hospitalière ou totale ? 0 Oui/ 0Non2) Avez-vous une mutuelle de santé ou une assurance maladie complémentaire ? 0 Oui/ 0Non3) Avez-vous du mal à payer vos médicaments ou vos examens médicaux ? 0 Oui/ 0Non4) Recevez-vous une de ces allocations : le revenu minimum d'insertion (RMI), l'allocation adulte handicapé (AAH), m'allocation parent isolé (API), l'allocation de veuvage, le minimum vieillesse ou l'allocation supplémentaire de vieillesse ? 0 Oui/ 0Non5) Etes-vous à la recherche d'un emploi depuis plus de 6 mois ou d'un 1^{er} emploi ? 0 Oui/ 0Non |
|--|

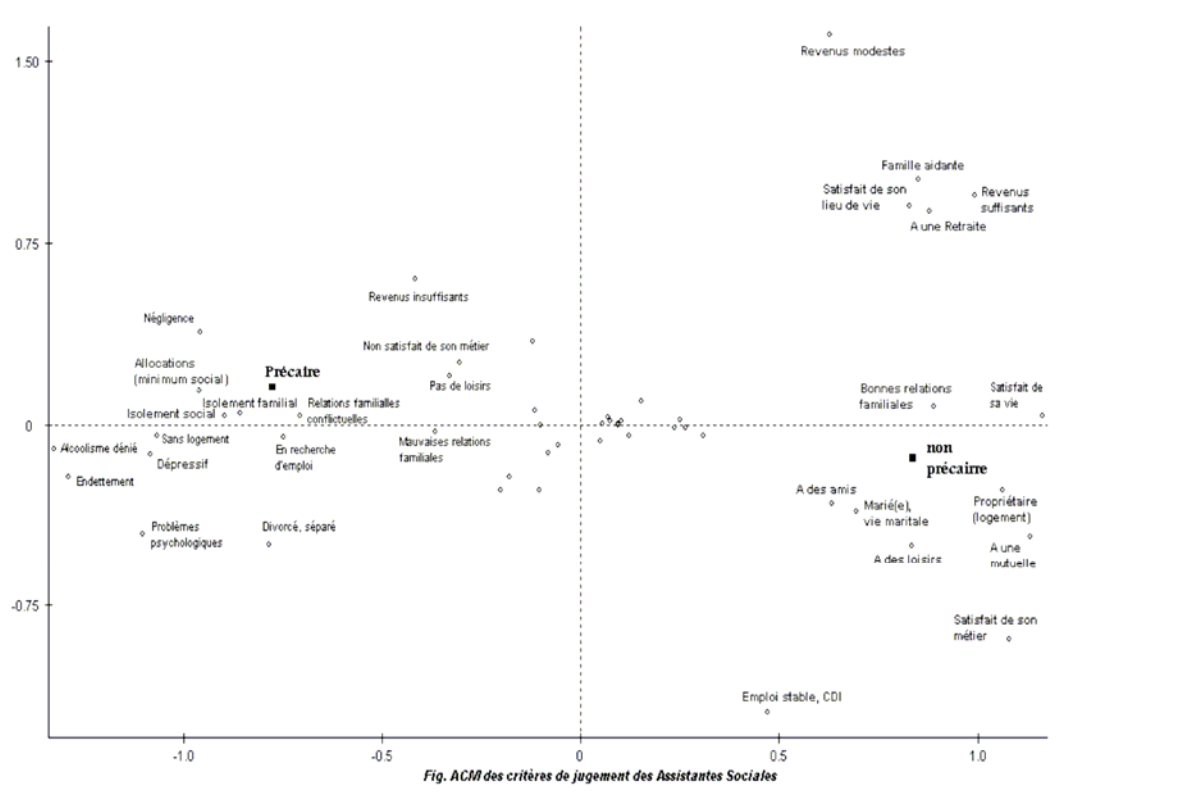
⁹⁴ Regroupant des médecins des urgences, de médecine interne, d'infectiologie, de gastro-entérologie, d'hygiène, d'informatique médicale, et de santé publique mais également des assistants sociaux et un odontologiste (CHU Nantes).

⁹⁵ La couverture maladie universelle (CMU) a été créée en 2000, en plus de l'aide médicale d'état (AME) pour les étrangers sans papiers.

Une règle de décision est définie par les auteurs et permet de conclure au statut précaire ou non précaire du patient. La situation de précarité est objectivée si le patient est concerné par au moins la caractéristique 1 ou la 2, ou par au moins deux caractéristiques parmi 3 à 5.

Dans l'optique de validation de cet outil, les résultats obtenus via l'auto-questionnaire patient ont été confrontés aux résultats d'un entretien du patient avec des assistants sociaux. Pour conclure à l'état de précarité, ces dernières ont basé leur jugement sur plus d'une centaine de critères. Pour gérer l'ensemble, ces critères ont été regroupés en un nombre plus réduit de critères dits principaux. Ces derniers sont par exemple le minimum social, l'isolement social, l'addiction à l'alcool, la négligence physique, la souffrance psychique, l'absence de logement fixe, la faiblesse des revenus, l'endettement, ou la recherche d'un travail. Une matrice des critères de jugements des assistants sociaux a été établie (cf figure 1).

Figure 1 : Matrice des critères de jugements des assistants sociaux (Pascal)



Malgré le nombre limité de critères retenus dans l'outil testé et l'absence manifeste de certaines dimensions de la précarité que l'on retrouve pourtant dans les critères de jugement des assistants sociaux, dans cette étude, les deux approches mises en parallèle ont donné des résultats de concordance satisfaisante et les auteurs concluent à l'efficacité et l'utilité de leur outil de repérage.

Ceux-ci notent cependant dans leur discussion le risque de stigmatisation d'une certaine population dans cet exercice de « discrimination positive » visant à repérer des besoins de soins non satisfaits. Néanmoins, toujours d'après ces derniers, l'instrument donne aux soignants l'option de disposer d'une information objective et rapide sur la situation de précarité de leurs patients et l'utilisation en routine de l'outil induirait une meilleure connaissance du phénomène et fournirait des estimations intéressantes pour envisager des stratégies améliorant les soins et la prise en charge des patients en situation de précarité.

Cet outil de repérage a depuis fait l'objet de plusieurs publications allant dans le même sens, notamment sur son élaboration (Pascal *et al.* 2004), pour une étude de validité dans un contexte de recours aux soins dentaires (Pascal *et al.* 2005), ou pour une analyse de l'association entre mode de recours aux soins (médecine générale et prévention) et besoins non rencontrés (Pascal *et al.* 2009)

2.6.4. Score de vulnérabilité sociale basé sur quatre dimensions de la précarité (Cambois)

Cambois et Jusot (Cambois 2006 ; Cambois 2004) proposent un score de précarité basé sur le positionnement des individus quant à quatre dimensions. Les dimensions couvertes par cet outil de repérage des situations de vulnérabilité sociale concernent la rupture dans l'activité professionnelle (traduit par la notion de période d'inactivité involontaire causées par la maladie ou le chômage), les difficultés financières rencontrées par les individus, les difficultés de logement ou encore les questions d'isolement durable.

<u>Situations observées</u>	<u>Réponses possibles</u>
Inactivité involontaire	Oui, une fois Oui, plusieurs fois Non, jamais Durée moyenne (mois)
Difficultés financières	Oui, sans faire face Oui, a fait face Non Sans objet
Hébergement	Oui, une fois Oui, plusieurs fois Non, jamais Durée moyenne (mois)
→ Si hébergé	Dans l'enfance A l'âge adulte Les deux
Isolement durable	Oui Non
→ Si isolé	Isolement dans l'enfance Isolement à l'âge adulte Les deux

2.6.5. Score individuel de repérage de la précarité (EPICES, Sass)

Le score individuel d'évaluation de la précarité, dit score « EPICES », a été développé en France pour améliorer le repérage des personnes en situation de précarité présentant un risque accru de problèmes de santé. Cet outil intègre le caractère multifactoriel de la précarité et a fait l'objet de plusieurs communications scientifiques (Sass *et al.* 2006; Sass *et al.* 2009; Moulin, Sass, Labbe, & Gerbaud 2005).

Il a été conçu pour repérer dans les Centres d'Examens de Santé (CES)⁹⁶ de l'Assurance Maladie française les personnes qui passaient entre les mailles du filet de la définition socio-administrative de la précarité, jugée restrictive. Le calcul de ce score se fonde sur les réponses à un nombre réduit de questions intégrant à la fois les déterminants matériels et psychosociaux de la précarité.

Pour arriver à un total de 11 questions, les auteurs ont utilisé un questionnaire de 42 questions pour recueillir auprès d'un échantillon de plus de 7000 patients un maximum de données relatives à la précarité. Le rapport de 2005 détaille la méthodologie de l'élaboration de cet outil.

Les 11 questions retenues pour définir le score EPICES appellent à des réponses de type binaire (oui/non) et sont respectivement :

- 1) Rencontrez-vous parfois un travailleur social ?
- 2) Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ?
- 3) Vivez-vous en couple ?
- 4) Etes-vous propriétaire d'un logement ?
- 5) Y a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez des réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, électricité, ...) ?
- 6) Vous est-il arrivé de faire du sport les 12 derniers mois ?
- 7) Etes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois ?
- 8) Etes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?
- 9) Au cours des 6 mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents et vos enfants ?
- 10) En cas de difficultés, y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger en cas de besoin ?
- 11) En cas de difficultés, y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ?

⁹⁶ Le réseau CES couvre environ 650000 examens de santé par an.

Un système de scoring a été développé par les auteurs. Le tableau 1 ci-dessous présente les scores assimilés aux réponses affirmatives et établit un score global pour l'individu.

Tableau 1 : Le score EPICES

Les 11 questions du score Epices		
N° Questions	Oui	Non
1 Rencontrez-vous parfois un travailleur social ?	10,06	0
2 Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ?	-11,83	0
3 Vivez-vous en couple ?	-8,28	0
4 Êtes-vous propriétaire de votre logement ?	-8,28	0
5 Y-a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF...) ?	14,80	0
6 Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?	-6,51	0
7 Êtes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois ?	-7,10	0
8 Êtes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?	-7,10	0
9 Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants ?	-9,47	0
10 En cas de difficultés, il y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ?	-9,47	0
11 En cas de difficultés, il y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ?	-7,10	0
Constante	75,14	

Outre la méthodologie, le rapport de 2005 présente également les résultats de l'évaluation de l'outil basée sur une étude menée auprès de 200.000 patients. Ces résultats ont d'ailleurs été publiés l'année suivante par Sass et ses collègues (2006).

3. CONCLUSION

Les services d'urgences sont sollicités par des demandes non justifiées notamment émanant de populations en situation de précarité. Ces admissions génèrent une charge de travail additionnelle liée à la prise en charge du volet social du patient. Chaque hôpital fait face à une population différente requérant des tâches diverses de la part des intervenants sociaux. Certains des problèmes relevés peuvent directement être réglés par une meilleure organisation et coordination des structures existantes, d'autres peuvent être solutionnés au moyen d'une évolution dans l'offre même de services. Plusieurs pistes ont été avancées dans ce travail, parmi elles nous retiendrons particulièrement l'optimisation des synergies des acteurs existants par la mise en réseau et le développement de Gardes de médecine générale formées pour accueillir des patients nécessitant une prise en charge médicale et sociale d'urgence.

4. BIBLIOGRAPHIE COMPLÉMENTAIRE

- Bywaters P, McLeod E, Cooke M. A diversionary tactic? Social work in an emergency assessment unit. *Nurs.Older.People*. 2002;14:19-21.
- Bywaters P, McLeod E. Social care's impact on emergency medicine: a model to test. *Emerg.Med.J.* 2003; 20:134-7.
- Cambois E. Les personnes en situation sociale difficile et leur santé. Les travaux de l'observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale 2004;2003-2004:101-26.
- Cambois E, Jusot F. Vulnérabilité sociale et santé. In IRDES, ed. Santé, soins et protection sociale en 2004. enquête santé et protection sociale (ESPS), 2006.
- Collard, S, Graas, M, Naves, E, and Rattinckx, V. Analyse de la motivation des patients se présentant spontanément aux urgences du CHRN de Namur. (*Confidentiel*). Séminaire de management public (Solvay) . 2009. Solvay Brussels School of Economics and Management.
- DHOS. Résumé de Passage aux Urgences (RPU). 2006.
- DHOS/E3/Mission PMSI. Circulaire relative au projet de mise en oeuvre progressive d'un financement propre aux urgences dans les établissements de santé (n° 2001-433). 10-9-2001.
- DHOS/E3/Mission PMSI. Information sur le lancement en 2003 du recueil de "résumés de passages aux urgences" (RPU et appel à candidature pour participer au test du RPU en juin 2002. 16-4-2002.
- Dumaret, A-C and Titran, M. Synthèse de l'étude sur le devenir des familles précarisées, menée par le CAMSP du CH roubaix. 2004.
- Dumaret A-C, Constantin-Kuntz M. Support médico-social et éducatif: devenir de familles très carencées confrontées à l'alcool. *Pratiques psychologiques* 2005;85-100.
- Ganapathy S, Zwemer FL, Jr. Coping with a crowded ED: an expanded unique role for midlevel providers. *Am.J.Emerg.Med.* 2003;21:125-8.

- Gourbin C, du Boullay D, Philips H, Remmen R, Buylaert W, De Paepe P, Moreels R, Van de Voorde C, Kohn L, and Leys M. Evaluation de l'impact d'une contribution personnelle forfaitaire sur le recours au service d'urgences. KCE reports vol.19B. 2005. KCE Belgium
- Havez, E. Maisons médicales de garde et hôpital: articulation entre services d'urgence et permanence des soins de ville à Saint Etienne. 2005. ENSP - Ecole Nationale de la Santé Publique. Rennes.
- Leclercq C. Détresse psychosociale et maison médicale... une approche pluridisciplinaire. L'observatoire 2003;39.
- Martin, I. La création des maisons médicales de garde dans la permanence des soins: une réponse à la sur-utilisation des services d'urgences adultes du CHU de Toulouse ? 2004. ENSP - Ecole Nationale de la Santé Publique. Rennes.
- Monsuez JJ, Fergelot H, Papon BJ, Le G, Jr. Early social intervention in the emergency department. Eur.J.Med. 1993;2:489-92.
- Pascal, J, Lombrail, P, Agard, C, Quélier, C, and Nguyen, J-M. Identification de la vulnérabilité sociale des usagers des consultations de l'hôpital public. IRDES. 1111.
- Pascal J, bbey-Huguenin H, Agard C *et al.* (2004) [Development of a tool for the identification of socially vulnerable hospital patients].*Presse Med* **33**, p 710-715.
- Pascal J, bbey-Huguenin H, Leux C, Lombrail P, & Lert F (2009) Social vulnerability and unmet preventive care needs in outpatients of two French public hospitals.*Eur.J.Public Health* **19**, p 403-411.
- Pascal J, Laboux O, Paillereau J, Giumelli B, & Lombrail P (2005) [Social vulnerability of outpatients consulting the dentistry service of a public hospital].*Sante Publique* **17**, p 357-369.
- Preveil, M. Référentiel des compétences d'un médecin urgentiste. SFMU (Société Française de Médecine d'Urgence). 2004. SFMU.
- Roland, M. Les dimensions d'une médecine générale de qualité. *Santé conjugulée*. 2009
- Sanders J (2000) A review of health professional attitudes and patient perceptions on 'inappropriate' accident and emergency attendances. The implications for current minor injury service provision in England and Wales.*J.Adv.Nurs.* **31**, p 1097-1105.

- Sass C, Belin S, Chatain C *et al.* (2009) [Social vulnerability is more frequent in victims of interpersonal violence: value of the EPICES score].*Presse Med.* **38**, p 881-892.
- Sass C, Gueguen R, Moulin JJ *et al.* (2006) [Comparison of the individual deprivation index of the French Health Examination Centres and the administrative definition of deprivation].*Sante Publique* **18**, p 513-522.
- Schiltz L, Houbre B, & Martiny C (2007) Précarité sociale, marginalisation et pathologie limite : Etude comparative de plusieurs groupes de sujets en rupture de projet de vie.*L'évolution psychiatrique* **72**, p 453-468.
- Shetgen M (2004) Le généraliste face aux services d'urgence hospitaliers.*Hospitals.be* **Volume 2**.
- Titran, M. Le Centre d'action médico-sociale précoce de Roubaix: 20 ans d'action et de réflexion.
Unpublished report