



Direction générale de l'offre de soins

La précarité « invisible » dans les parcours de soins

Nadine SANNINO (EFFECT)

Elise PICON (ITINERE Conseil)

Commanditaire de l'étude:

Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), bureau R4

Congrès de la SFSP: « Les déterminants sociaux de la santé » Tours, 4-6 novembre 2015



La précarité « invisible » dans les parcours de soins : un sujet qui prend sens dans une étude commandée par la DGOS en 2013



Le sujet de l'étude

- Objectiver le caractère « complexe » de l'accès aux soins des personnes en situation de précarité
- Disposer d'une vision d'ensemble du sujet pour réfléchir aux solutions organisationnelles avec équité

Les orientations spécifiques de l'étude

- Après une longue phase préparatoire (analyse bibliographique, entretiens de cadrage et visites exploratoires)
- Prise de décision collégiale en comité de suivi élargi (4 directions du ministère, DREES, SGARS, MDM, Acteurs du champ.....)
- Focus sur les parcours des personnes **en dehors de la grande précarité**
- Approche privilégiant **le point de vue du patient** dans son rapport au système de soins, en particulier dans l'accès secondaire aux soins (1)

Les applications de l'étude

- Contribuer à la détermination des orientations politiques à partir de l'analyse de parcours de soins, et de l'expertise d'usage des patients.

(1) Hypothèses développées par P. Lombrail

Etude menée entre Septembre 2013 et Mai 2015



Critères d'éligibilité

- Des patients principalement repérés en fonction de caractéristiques socioprofessionnelles ou ayant une protection sociale inadaptée
- Des personnes souffrant d'une pathologie chronique ou des femmes enceintes

Mesure de la précarité

- Une mesure de la précarité individuelle au moyen de deux grilles connues: EPICES et de PASCAL (modifiée par l'intégration de la prévoyance)
- Une mesure réalisée en fin d'entretien, donnant la possibilité de construire un groupe de patients «non précaires » au sens des grilles

Méthodologie de l'étude

- Etude qualitative transversale descriptive et comparative
- Choix raisonné des sites d'investigations: 8 régions et 13 services hospitaliers
- Entretiens semi-directifs:
 - Avec 92 patients admis pour un motif en lien avec une pathologie chronique ou une grossesse
 - Avec 55 professionnels de profils variés (Médecins, infirmiers, sages-femmes, travailleurs sociaux,...)

Analyse

- Reconstitution des parcours de soins, typologie et analyse (Modèle Pathway de la CDS de l'OMS, 2008)
- Elaboration des conclusions et propositions d'amélioration de l'organisation

Résultats: les points clés
selon 3 angles de vue...



...celui des professionnels sur le terrain et dans les institutions

Un décalage entre la manière de concevoir la précarité et celle de répondre aux difficultés d'accès aux soins qui s'y associent

- Le discours témoigne:
 - De la compréhension d'une notion large et pluridimensionnelle de la précarité (« absence ou perte d'une ou plusieurs sécurités... » définition du CSE- J.Wresinski)
 - De la volonté de ne pas faire d'amalgame entre précarité et exclusion (ou situations « extrêmes »)
- **Mais** les représentations tendent à réduire la notion de précarité à la (grande) pauvreté ou à l'absence de couverture assurantielle et les pratiques s'y adossent

Une perception de freins pour se soigner relevant majoritairement du patient

- Des freins propres aux patients: manque d'information, de compréhension de la maladie, manque d'observance
- Mais parfois sont cités des freins organisationnels: accès aux droits, complexité administrative, éloignement géographique de l'offre

Une adaptation des pratiques professionnelles dépendante de la personne ou de la structure

- Les modalités de repérage de la précarité ne sont ni formalisées, ni systématiques
- La principale réponse donnée consiste à mettre en lien avec le travailleur social

...celui des outils

Des outils d'apparence
proche mais non
concordants

- Il n'existe que 3 outils de mesure de la précarité individuelle dont un (score de Handicap Social) n'est pas utilisable en pratique (111 items)
- Aucun n'est validé au sens statistique du terme
- Leur concordance n'est pas suffisante pour les utiliser indifféremment
- Par exemple dans notre étude, le coefficient Kappa de concordance = 0,08 entre la grille EPICES et celle de PASCAL

Des outils centrés sur
les aspects
« appréhendables » de
la précarité

- La mise en pratique des outils en dehors de l'environnement où ils ont été construits fait apparaître leurs limites:
- EPICES: des items qui n'ont pas de sens pour certains publics et faussent le score
- *Exemple: les personnes âgées en milieu rural sont quasiment toujours propriétaires mais ont des revenus modestes*
- PASCAL: l'appréciation de la protection sociale se fait sans prise en compte de la prévoyance qui est apparue majeure dans certaines CSP pour se soigner

...celui des patients



L'analyse des parcours met en évidence les deux grands types de facteurs qui, **pour les patients**, permettent de circuler de manière adaptée à leurs besoins dans le système de soins:

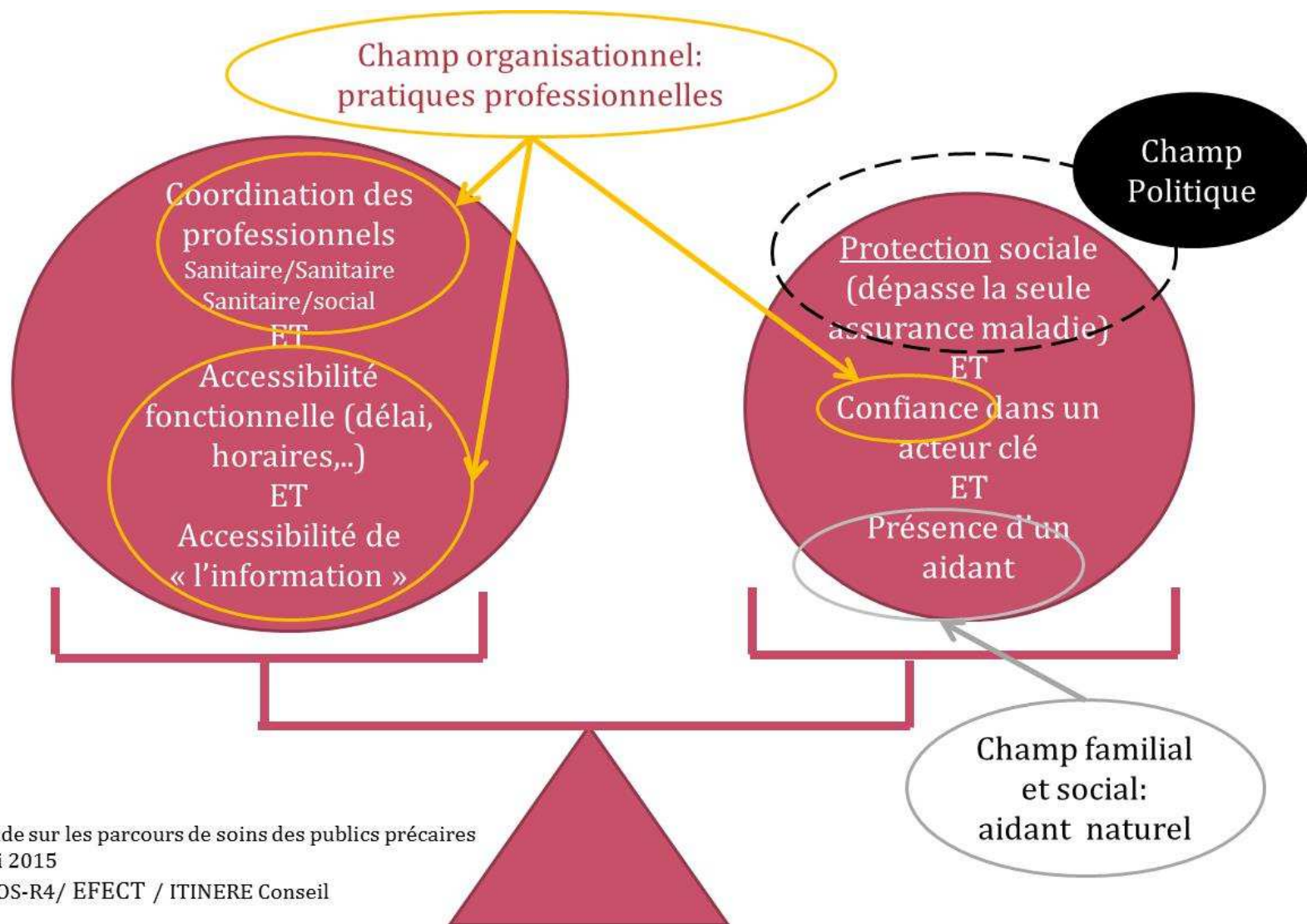
- **En lien avec la « sécurisation » de la personne:**
 - Couverture assurantielle complète, avec complémentaire (qui permet de rembourser les soins), **à laquelle s'ajoute la notion de prévoyance** pour les travailleurs indépendants (qui donne les conditions du soin)
 - **Lien de confiance** « privilégié » avec un acteur clé du système de soins (médecin traitant le plus souvent mais parfois un professionnel paramédical, un service hospitalier, ou un centre de santé). Ce lien se construit à travers le sentiment d'écoute, de disponibilité et de dialogue avec cet acteur
 - Présence d'**aidants naturels**, dans le champ familial ou social **qui neutralise les difficultés liées à l'isolement** (éloignement géographique des lieux de soins..)
- **En lien avec le fonctionnement du système:**
 - Accessibilité **fonctionnelle du système**: accès à la compréhension de la maladie et des soins, accessibilité horaires des consultations, du plateau technique, délais...
 - Coordination des professionnels

...celui des patients



- Les freins et facteurs clés des parcours **ne sont pas « spécifiques » des patients précaires au sens d'EPICES** (principale grille d'analyse au vu de la non concordance)
- La présence de la part de patients précaires dans la typologie de parcours établie dans l'analyse se démarque dans les parcours « à risque ».
- Les 65/92 patients « précaires » au sens d'EPICES (65%) sont répartis:
 - 28/43 (65%) parcours sans incident (« ni frein ni embuche dans l'enchaînement des recours »)
 - 28/36 (77%) parcours « à risque » (« présentant une fragilité par la présence d'un ou plusieurs freins pour accéder aux soins, personnels ou organisationnels, sans rupture de continuité dans le processus de recours »)
 - 9/13 (69%) parcours avec dysfonctionnement (« présentant une rupture de continuité provoquant une prise en charge inadaptée, et/ou un retard »)

Pour les patients, la réussite du parcours de soins est un équilibre qui implique fortement le système de santé



Etude sur les parcours de soins des publics précaires
Mai 2015
DGOS-R4/ EFECT / ITINERE Conseil

Les points clés des conclusions et des orientations



L'étude interroge le fond et ouvre les réflexions



- **La précarité n'est pas un statut**
 - *La notion est très complexe et traduit le **déséquilibre** d'un processus difficile à rattraper au-delà d'un point de non retour*
- **Notre capacité est faible à repérer cette limite**
 - *Cette complexité nous amène à une mesure centrée sur la partie visible (« contributive » mais non exhaustive du processus) avec les indicateurs « disponibles »*
- **Toute l'action publique s'adosse à cette approche mesurable de la précarité.**
 - *Ceci est vrai à l'échelle de la mesure individuelle mais également territoriale de la précarité*
- **Ce qui crée un enfermement relatif dans les réponses proposées et leurs limites**
 - *Les mesures n'appréhendent pas l'ensemble des déterminants qui interviennent dans l'accès aux soins ni l'ensemble des publics concernés par la précarité et caractérisent les situations de fin de processus*

L'étude interroge le fond et ouvre les réflexions



- **Notre étude argue fortement en faveur du rôle des pratiques professionnelles et de la « protection sociale(*) » (dépassant le remboursement des soins) dans l'accès aux soins**
 - *Peu de travaux considèrent le rôle du système lui-même dans les difficultés rencontrées par les usagers pour accéder aux soins et encore moins celui des pratiques professionnelles (accessibilité **fonctionnelle**)*
- **l'étude apporte des éléments en faveur de l'intérêt à favoriser l'adaptation du système de droit commun à la réalité des personnes**
 - *Sans remettre en question la nécessité d'avoir des dispositifs pour les situations extrêmes,*
 - *Ceci passe par la **modification en profondeur des pratiques professionnelles et institutionnelles, en routine (paradigme)***

- **L'étude apporte des éléments en faveur de l'existence de ce « quelque chose que l'on ne voit pas », que l'on a commencé traiter dans ce travail, et qui contribue peut-être à expliquer les inégalités observées face à la mortalité**
 - *Les inégalités d'espérance de vie à 35 ans, sans incapacité, se présentent sous la forme d'un **gradient** qui sépare de 7 années le haut et le bas de l'échelle sociale*
 - *Parce qu'ils ne sont pas visibles, peut être oublie-t-on de s'attarder sur ceux qui dans leur catégorie socio-professionnelle en constituent le milieu.....**mais le composent.***

Merci de votre attention

