

Indicateur	Précarité	GHS
Handicap social	Surcoût	DMS
Santé publique	Coût	T2A
Hôpital	PMSI	

Didier CASTIEL

Économiste de la santé, université Paris-Nord

Pierre-Henri BRÉCHAT

*Praticien hospitalier, service de santé publique et économie de la santé, groupe hospitalier Lariboisière Fernand-Widal (AP-HP)
Chercheur associé du laboratoire d'analyse des politiques sociales et sanitaires, EHESP, Rennes, et du laboratoire de droit médical et de la santé, Paris-8*

Roland RYMER

Professeur des universités, chef de service de radiologie viscérale, groupe hospitalier Lariboisière Fernand-Widal (AP-HP)

Marie-Christine GRENOUILLEAU

Directeur, groupe hospitalier Lariboisière Fernand-Widal (AP-HP)

Handicap social et hôpitaux publics Il est temps de penser à un GHS «social-isable»

Des indicateurs de précarité et/ou d'inégalités associés au programme de médicalisation du système d'information permettent de connaître les handicaps sociaux de la population prise en charge dans un établissement public de santé, et ce que cela implique pour ce dernier. Un modèle de mesure peut ainsi être utilisé pour repérer les personnes concernées dès leur admission, afin de leur proposer des aides spécifiques et diminuer la durée moyenne de séjour. Un procédé qui peut entraîner l'allocation de ressources supplémentaires sous forme d'un «forfait social» en plus de la recette du groupe homogène de malades correspondant à l'hospitalisation du patient.

la population prise en charge dans un établissement public de santé ainsi que ce que cela implique pour ce dernier (allongement de la durée moyenne de séjour [DMS], journées d'hospitalisation mobilisées) : un tiers de la population prise en charge ne présentait aucun handicap social, un quart en présentait un très sérieux et 42% en présentait un moyen. L'état de santé plus dégradé n'était pas la particularité des patients les plus handicapés sociaux et n'entraînait pas de réelle surconsommation médicale. Ces patients restaient cependant hospitalisés plus d'un jour de plus en moyenne ; des prises en charge qui donnaient un surcoût hospitalier imputable au handicap social et exprimé en termes de journées supplémentaires d'hospitalisation de 11,4%. Si cet établissement public de santé n'avait pas cette mission d'intérêt général et ne prenait pas en charge ces populations avec des handicaps sociaux, il pourrait voir sa capacité productive augmenter d'autant, ainsi que ses recettes issues de la tarification à l'activité (T2A)⁽¹⁾.

La T2A finance chaque séjour hospitalier à travers un groupe homogène de séjours (GHS) de la même façon dans tous les établissements de santé français. Chaque acte pourra être aléatoirement plus rémunérateur quand sont pris en compte pour chacun les diagnostics associés. Il n'est toujours pas prévu que le PMSI puisse financièrement prendre en considération la dimension sociale de l'usager malade et permettre ainsi la détermination d'un budget discrétionnaire nécessaire à la réponse à ces besoins spécifiques. C'est pourquoi les indicateurs de précarité ou plus généralement ceux d'inégalités en lien avec le PMSI ont été interrogés. Les codes de la classification internationale des maladies (CIM) ne peuvent actuellement pas suffire. Prendre en compte l'éventuel surcoût associé à la précarité ou au handicap social nécessite au préalable d'identifier dans l'établissement chaque patient ayant des handicaps sociaux et, le cas échéant, le supplément de besoins que sa pathologie (parfois multiple) nécessite.

note

(1) D. Castiel, P.-H. Bréchat, C. Segouin, M.-C. Grenouilleau, D. Bertrand, «Hôpitaux publics, T2A et handicap social», *Gestions hospitalières* n° 457, juin/juillet 2006, pp. 241-45.

En 2005, un questionnaire de handicap social associé au programme de médicalisation du système d'information (PMSI) a permis de connaître les handicaps sociaux de

Méthode

Définir le handicap social

La précarité représente un ensemble de situations dont les limites restent le plus souvent difficiles à appréhender. Depuis les années 1970, des études principalement anglo-saxonnes ont montré que l'augmentation des inégalités sociales était à l'origine de l'aggravation des inégalités de santé. Inégalités sociales et inégalités de santé se conjuguent au pluriel. L'accroissement de la précarité en France n'est donc pas sans avoir des effets négatifs sur la santé. L'extension de la pauvreté, le corollaire de la précarité, rend plus difficile l'accès aux droits sociaux fondamentaux, notamment l'accès à la santé, du moins *a priori*. La pauvreté reste plus facile à appréhender dans ses dimensions comptables; c'est ainsi que les mesures de la précarité prennent comme fondements des indicateurs de pauvreté monétaire. La perception de «minima sociaux», ou encore le revenu monétaire en sont les principaux indicateurs. Les marqueurs d'une situation de précarité ou de défaveur dans notre société sont le revenu, l'environnement social (conditions de vie, de travail, soutien social), le statut social et les marqueurs sociodémographiques (lieu de résidence, genre, etc.).

Aussi, le terme «handicap social» a été retenu (plutôt que «précarité»). La notion de handicap social a été introduite par la loi du 19 novembre 1974⁽²⁾. Le gouvernement recommandait d'adapter aux handicapés sociaux les formes d'accueil offertes aux handicapés physiques et mentaux. Ces orientations n'ont pas été appliquées et, en 1979, une circulaire opère une rupture⁽³⁾: il n'est plus question de handicapés sociaux, mais de «personnes en difficultés sociales». La crise économique et la montée du chômage semblent avoir contraint le politique à renoncer à la problématique du handicap social. De plus, ce terme a été choisi pour éviter toute confusion qui pourrait naître avec le terme «handicap moteur» et/ou «mental», public par ailleurs visé par la loi du 19 novembre

1
tableau
Indicateurs de handicap social par domaines

Domaine	Indicateur	Commentaire
Santé	Morbi	Indicateur de morbidité. Résulte de la sommation des maladies et des symptômes déclarés
	Riski	Indicateur de risque. Est obtenu par la sommation de trois variables : être fumeur, consommer des boissons alcoolisées, association des deux premières
Ressources	Revenu	Indicateur de niveau de vie (revenu des personnes)
	Precat	Indicateur de précarité. Est constitué de quatre variables : difficultés financières (DEF), taux d'aide financière (TAF), présence d'un chômage non indemnisé (Chom) et d'une accumulation des risques de précarité (Prestandett), à savoir une accumulation des prestations sociales et de l'endettement
Insertion culturelle	Scol	Indicateur de scolarisation
	Cultu	Indicateur d'activités culturelles. Porté par trois variables : lecture d'un journal, de livres et d'un indicateur présomptif de handicap d'insertion culturelle
Relations avec autrui	FAM	Indicateur relations familiales
Logement	CI	Indicateur de confort intérieur. Porté par quatre variables : confort sanitaire (DF), équipement en biens durables (EQ), indice de peuplement (IP), équipement complémentaire (EC)
	Loca	Indicateur de localisation du logement. Composé de trois variables : proximité des commodités (DIS), critiques à l'environnement (Crit) et statut d'occupation (L)
Patrimoine	Immo	Indicateur d'actifs immobiliers
	Mobi	Indicateur d'actifs mobiliers

1974. Ce terme correspond bien à l'idée que la précarité ne se limite pas à la seule mesure du revenu et son éventuel caractère aléatoire. Par conséquent, le concept de handicap social retrace le désavantage social, qui peut d'ailleurs n'être qu'une situation temporaire et non pas un stigmate porté à vie, comme peut l'être le handicap physique ou mental. Il n'y a pas nécessairement analogie entre ces trois handicaps.

Mesurer le handicap social

Le tableau 1 répertorie les indicateurs et domaines explorés pour cette étude à l'aide du questionnaire de handicap social issu des travaux de l'enquête «Conditions de

vie» de l'Insee dans sa première version, la plus compétente à ce jour⁽⁴⁾. Le questionnaire intègre, tout en allant plus loin, les critères de précarité des études citées par C. Mathy et col⁽⁵⁾. Le but est d'identifier, sur une population donnée, les patients présentant un handicap social modéré à fort et ceux qui n'en présentent pas. Les indicateurs sont uniques, non redondants. Au total, cent onze items ont été utilisés pour apprécier le degré de handicap social, répartis en onze indicateurs spécifiques, couvrant six domaines d'analyse. Le questionnaire a été réduit par rapport à la première étude: dans le questionnaire d'A. Villeneuve, il y avait un domaine redondant («conditions de travail» se

notes

D. Castiel, P.-H. Bréchat, M.-C. Grenouilleau, «De la nécessité d'un financement supplémentaire pour la prise en charge des patients handicapés sociaux à l'hôpital», *Presse Med* 2007, n° 36, pp. 187-8.
D. Castiel, P.-H. Bréchat, Y. Santini, C. Delalay, C. Segouin, M.-C. Grenouilleau, D. Bertrand, «Un modèle de mesure du handicap social à l'hôpital public: quelles ressources supplémentaires?», *Journal*

d'économie médicale 2006, 24 (7-8), pp. 335-348.
(2) Loi n° 74.955 du 19 novembre 1974 étendant l'aide sociale à de nouvelles catégories de bénéficiaires et modifiant diverses dispositions du code de la famille et de l'aide sociale, du code du travail ainsi que l'article 51 de la loi n° 70.1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.
(3) Circulaire 44, 10 septembre 1979.
(4) J.-L. Borkowski, L. Kasparian,

«Construire des indicateurs d'inégalités», Étude des conditions de vie, 1986-1987, document de travail F9106, Insee, 1991.
A. Villeneuve, «La mesure des inégalités sous son aspect multidimensionnel» Étude des conditions de vie, 1986-1987, op. cit.
(5) C. Mathy, M. Bensadon, «Le surcoût de l'hospitalisation des patients précaires», *Journal d'économie médicale* n° 20, 2002, pp. 263-78.

tableau

Construction de handicap social (taux de dégradation pour l'indicateur concerné) en fonction des trois classes de handicap social

Ordre	Classe 1	Classe 2	Classe 3
1	Mobi (69,10%)	Rev (96,09%)	Rev Mobi C (100%) (100%) (100%)
2	CI (60,68%)	Mobi (92,19%)	Immo (91,04%)
3	Rev (46,63%)	CI (90,88%)	Cultu (90,30%)
4	Fam (37,08%)	Cultu (74,74%)	Fam (88,81%)
5	Cultu (30,90%)	Immo (72,14%)	Scol (82,09%)
6	Immo (29,22%)	Scol (61,46%)	Precat (70,15%)
7	Scol (21,35%)	Fam (52,87%)	Loca (66,41%)
9	Loca (14,61%)	Precat (35,16%)	Riski (25,38%)
8	Morbi (20,79%)	Loca (48,44%)	Morbi (48,51%)
10	Precat (5,62%)	Morbi (33,33%)	
11	Riski (3,94%)	Riski (10,68%)	

retrouvait en grande partie dans « santé » et trois indicateurs (« conditions de travail », « relations avec les voisins », « incapacité ») pouvaient être abandonnés dans la mesure où ils apportaient peu de supplément d'information sur la construction du handicap social. La traduction du questionnaire en mandarin et en anglais a été réalisée en amont, afin de permettre le recrutement le plus large possible et aussi parce que la précarité des patients est souvent associée à la non-maîtrise du français.

Obtenir les données PMSI

Chaque patient se voit attribuer un numéro d'identification permanent (NIP) lors de sa première admission dans un hôpital de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP). Ce NIP, différent pour chaque hôpital de l'AP-HP, sera le même pour toutes les hospitalisations et consultations tout au long de la vie du patient. Un numéro de dossier administratif (NDA) lui est aussi attribué lors de toute hospitalisation. Il est ainsi possible de retrouver les informations administratives et PMSI de chaque individu par ses NIP et NDA ; c'est ce que nous avons fait pour les usagers de notre échantillon. À partir des numéros d'anonymisation des questionnaires, il a été retrouvé pour chacun les NIP et NDA, eux aussi préalablement rendus anonymes. Les durées

moyennes de séjour (DMS), groupes homogènes de malades et de séjours (GHM, GHS) et les actes réalisés pour chacun ont ainsi été recueillis (PMSI). Une fois les patients de l'échantillon affectés dans les trois classes de handicap social, la DMS et le GHM peuvent être associés. Une analyse par GHM peut être tentée, à condition que l'échantillon le permette en termes de sous-effectifs.

Évaluer le différentiel de coût selon les classes de handicap social

Un différentiel dans la DMS peut être mis en avant en fonction de la classe de handicap social. Il est alors possible d'en déduire un surcoût hospitalier exprimé au travers des écarts constatés dans les DMS de chaque groupe de handicap social. Ces différentiels sont calculés par rapport à l'échelle nationale de coût (ENC) du PMSI pour chaque patient et chaque GHM. Puis une comparaison intergroupe est réalisée pour en déduire un surcoût hospitalier théoriquement imputable au handicap social, surcoût estimé sur la base d'un nombre de journées d'hospitalisation supplémentaires. À charge pour chaque établissement de valoriser monétairement ces journées en fonction de son propre système de comptabilité analytique et de sa propre structure de coûts.

Résultats

L'administration du questionnaire de handicap social a été réalisée du 14 mars au 4 avril 2007 pour les entrées du 13 mars au 1^{er} avril au sein du groupe hospitalier Lariboisière Fernand-Widal (AP-HP). Sur 1475 patients potentiellement éligibles, 696 ont accepté de participer et ont rempli le questionnaire de façon exploitable. Les questionnaires sont remplis de manière quasi exhaustive pour 97 % des patients.

Handicap social : trois quarts de la population étudiée concernés

Pour 19,2% des patients, il s'agit d'un handicap social fort (classe 3). Ceux de la classe 1 (25,6%) présentent un nombre moyen de handicaps de $3,19 \pm 1,28$; ce nombre passe à $6,34 \pm 1,20$ pour les patients de la classe 2 (55,2%) et à $8,14 \pm 0,98$ pour ceux de la classe 3.

Indicateurs et taux de dégradation

Les taux de dégradation pour chaque indicateur le plus perturbé dans chaque classe de handicap montrent que tous les patients présentent le même classement de handicap et que plus le patient est handicapé social, plus les handicaps se cumulent et plus l'indicateur observé est dégradé (tableau 2). Quelle que soit la classe de handicap, trois indicateurs sont systématiquement présents parmi les indicateurs les plus dégradés : « revenu insuffisant des personnes » (Rev), « actifs mobiliers insuffisants » (Mobi) et « confort intérieur insuffisant » (CI). Ces trois indicateurs sont des déterminants majeurs du handicap social.

Évaluation des ressources supplémentaires

À chaque niveau de dégradation du handicap social correspond une DMS majorée d'un jour et demi en moyenne. Les patients restent moins longtemps que le prévoit l'ENC pour les classes 1 et 2, 0,48 jour de plus pour la classe 3. L'écart de durée de séjour entre les

classes 1 et 3 est significatif ($p = 0,002$). Ces résultats devraient être pondérés par la pathologie ou, à défaut, par le GHM de l'hospitalisation, ce qui n'est pas possible compte tenu de la faiblesse de notre échantillon en termes de représentations différenciées de pathologies : il y a 205 GHM différents en MCO pour 696 séjours étudiés.

Pour l'année 2007, 24818 séjours de plus de vingt-quatre heures (hors CMD 24) ont été recensés pour le groupe hospitalier, soit 193551 journées d'hospitalisations. Si on applique la répartition du handicap social constaté dans notre population à ces séjours, nous pouvons estimer que 13700 séjours (sur les 24818 réalisés) concerneraient des patients de la classe 2 et 4765 séjours des patients de classe 3. Étant donné que les patients de la classe 2 restent 1,06 jour de plus que ceux de la classe 1 et que ceux de la classe 3 restent 2,21 jours de plus, ce serait donc un total de $13700 \times 1,06 + 4765 \times 2,21$, soit 25053 journées supplémentaires d'hospitalisation portées par le handicap social, soit 12,9% du total des journées d'hospitalisation. Pour 2007, la DMS est de 7,80 jours, ce qui revient à dire que ces 25053 journées supplémentaires représenteraient 3212 séjours. Sachant que le coût moyen du séjour est d'environ 3200 euros, ces séjours représentent une enveloppe d'environ 10,3 millions d'euros.

Confirmation des résultats 2005

Le pourcentage de la classe 2 augmente par rapport à l'étude faite en 2005 (42%) dans le même établissement, au détriment des classes 1 et 3 (33,3 et 24,8% respectivement). Le questionnaire de handicap social permet d'identifier les variations de situations dans le temps et certainement dans l'espace : il est donc sensible et reproductible.

Le handicap social, c'est avant tout une construction par accumulation des indicateurs et du taux de dégradation plus important pour chacun. Deux effets se cumulent : un nombre de plus

en plus important de facteurs de handicap social et une dégradation de plus en plus forte pour chacun d'eux. Il y a des facteurs spécifiques à un fort handicap et des facteurs transversaux que nous retrouvons *a minima* pour tous les patients, handicapés sociaux ou non. Les trois facteurs les plus spécifiques au handicap social par ordre décroissant d'importance sont Revenu, Mobi et CI. Les indicateurs Cultu, Immo et FAM se surajoutent aux autres facteurs, sans être pour autant les plus perturbés. L'indicateur Precat disparaît au profit de l'indicateur Immo si on considère les travaux de 2005. Le questionnaire de handicap social permet d'identifier les changements de facteurs qui influent dans le temps dans la constitution du handicap social : il est donc aussi sensible et reproductible pour ces données.

Nous confirmons ici aussi, par notre approche en termes de handicap social, que les patients les moins handicapés sociaux sont plus favorisés en considération de leur état de santé. Toutefois, cet indicateur de morbidité n'est pas moteur dans la constitution du handicap social, dès lors que le regard se pose sur un nombre plus conséquent d'indicateurs. Si la littérature⁽⁶⁾ valide l'hypothèse d'un état de santé dégradé en lien avec la précarité, c'est parce qu'elle prend en considération une définition du handicap social (ou plutôt de la précarité) qui peut apparaître trop étroite, et surtout parce qu'elle n'analyse que la morbidité déclarée isolément, sans prendre en considération tous les autres facteurs, qui apparaissent comme bien plus prédominants que le simple état de santé et/ou les comportements supposés à risques. L'état de santé des personnes handicapées sociales n'est qu'une facette du problème, qui semble être un problème important parce que le regard n'est posé que sur cette facette. Lorsque l'on considère l'ensemble des aspects du problème, la question de l'état de santé reste secondaire.

Selon M.H. Beers et col⁽⁷⁾, la durée moyenne de séjour des patients hospitalisés dans les pays industrialisés était de

10,6 jours en 1996. Nous trouvons de $6,26 \pm 6,31$ pour la classe 1 à $8,47 \pm 8,79$ pour la classe 3. La tendance du corps médical n'est pas à l'allongement de la DMS, y compris pour les patients ayant des handicaps sociaux. Nous pouvons arguer que la mise en œuvre de la T2A change les processus de prise en charge au sein des établissements publics de santé : la DMS est au plus proche de celle de l'ENC au détriment d'une identification et d'une prise en charge des handicaps sociaux. Cette étude montre aussi que les journées supplémentaires imputables au handicap social passe de 1,29 à 0,84 pour la classe 3 en moyenne et de 1,41 à 0,96 pour la classe 2. Il y a de moins en moins de différence de DMS portée par le niveau de handicap social. Les pratiques de prise en charge deviennent de plus en plus homogènes sans considération des situations sociales des patients.

Ces prises en charge donnent en 2007 un surcoût hospitalier imputable au handicap social et exprimé en termes de journées supplémentaires d'hospitalisation de 12,9% en 2007 et de 11,4% en 2005. Ces tendances se rejoignent sur deux ans. Si l'établissement n'avait pas cette mission d'intérêt général et ne prenait pas en charge ces populations avec des handicaps sociaux, il pourrait voir sa capacité productive augmenter d'autant, ainsi que ses recettes T2A.

L'hôpital MCO d'aujourd'hui et de demain, avec une T2A à 100%, deviendra-t-il uniquement un plateau technique dépourvu de mission sociale? Cela veut-il dire que les structures d'aval seront les seules à assurer cette mission d'intérêt général? Et quand leur financement sera en T2A? Ces structures d'aval existent-elles réellement?

notes

(6) J.-P. Ruger, "Ethics and governance of global health inequalities", *Journal of Epidemiology and Community Health* 2006; 60: 998-1002.

(7) M.H. Beers, R. Berkow, *The Merck manual of geriatrics, 3^e édition, Merck Research Laboratories, NJ, Edition Rahway, 2000.*

Vers un GHS «social-isable»

Il est temps d'agir et des solutions existent pour distribuer au mieux des financements supplémentaires qu'il conviendra de prévoir dans le prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS).

notes

(8) **D. Castiel, P.-H. Bréchat, C. Segouin, M.-G. Grenouilleau, D. Bertrand**, «Hôpitaux publics, T2A et handicap social», op. cit.

(9) **J.-P. Mackenbach, W.J. Meerdink, A.E. Kunst**, Economic implications of socio-economic inequalities in health in the European Union, *European commission*, 2007.

Le questionnaire de handicap social a été créé pour cela : il permet de quantifier les handicaps sociaux et les patients ayant ces handicaps ; leur distribution centrée sur la moyenne permet une allocation de ressources supplémentaire qui peut prendre la forme d'un «forfait social» comme il existe un «forfait réanimation». Ce «forfait social» pourrait être attribué en plus de la recette du GHS correspondant à l'hospitalisation du patient, quand il est en classe 2 ou 3. Il pourrait même y avoir un tarif supérieur prévu pour les patients de la classe 3 par rapport à ceux de la classe 2. Ce serait «socialiser» les GHS. Cette solution, patient par patient et qui prend en compte trois niveaux de handicap, semble être plus équitable qu'une dota-

tion supplémentaire d'intérêt général de Migac. L'approche par territoire de santé des schémas régionaux d'organisation sanitaire de troisième génération (Sros III) ou l'approche par des zones prioritaires de santé (ZPS)⁽⁸⁾ semblent des solutions à moyen et long termes.

Conclusion

Prendre en charge les handicaps sociaux est une priorité tant de santé publique qu'économique. Il faut prendre en charge les handicaps sociaux et les inégalités de santé si on ne veut pas augmenter les hospitalisations (moins de visites chez les médecins traitants et de soins ambulatoires) et les dépenses d'assurance maladie⁽⁹⁾. •