

**Collège Coopératif Provence Alpes Méditerranée**

**LE SERVICE SOCIAL HOSPITALIER,  
ENTRE RECHERCHE D'EFFICIENCE ET PRISE EN CHARGE  
GLOBALE DU PATIENT,  
UNE PLACE A CONFORTER  
  
EXPERTISE TECHNIQUE**

**LEFEVRE ép.MONTREDON Lucie  
CAFERUIS 12 (2016-2018)**

# SOMMAIRE

<b><u>CONTEXTE</u></b>	Page 2
<b><u>I/ LES POLITIQUES PUBLIQUES HOSPITALIERES</u></b>	Page 2
1/ UNE NOUVELLE GOUVERNANCE	
2/ UNE PLANIFICATION DE L'OFFRE DE SOINS	
<b><u>II/ LES ACTIONS PUBLIQUES TERRITORIALES</u></b>	Page 3
<b><u>III/ L'HOPITAL NORD</u></b>	Page 3
<b><u>IV/ LE SERVICE SOCIAL HOSPITALIER</u></b>	Page 5
1/ CADRE LEGISLATIF	
2/ ACTIVITE ET ORGANISATION	
<b><u>CONSTATS</u></b>	Page 6
<b><u>I/ LE SERVICE SOCIAL FACE AUX POLITIQUES ET ACTIONS PUBLIQUES</u></b>	
1/ POLITIQUES PUBLIQUES : DE L'HOPITAL HOSPICE A L'HOPITAL ENTREPRISE	
2/ ACTIONS PUBLIQUES ET STRATEGIE DE LA STRUCTURE : VERS UNE REORGANISATION DE L'ACTIVITE	
<b><u>II/ LE SERVICE SOCIAL FACE A SON INSTITUTION : UNE PROFESSION MECONNUE ET UNE RECHERCHE DE REDUCTION DES EFFECTIFS</u></b>	Page 7
<b><u>III/ LE SERVICE SOCIAL FACE A SON PUBLIC : UNE AUGMENTATION DES PROBLEMATIQUES SOCIALES A L'HOPITAL</u></b>	Page 8
1/ L'EVOLUTION DU PUBLIC	Page 8
2/ L'EVOLUTION DE LA PRISE EN CHARGE	Page 8
3/ MANQUE DE REPONSE A L'EXTERIEUR DE L'HOPITAL	Page 9
<b><u>ENJEUX</u></b>	Page 10
<b><u>PRECONISATIONS</u></b>	Page 11
<b><u>INTERNES A L'EQUIPE</u></b>	
<b><u>INTERNES A L'INSTITUTION</u></b>	
<b><u>EXTERNE A L'INSTITUTION</u></b>	
<b><u>RECAPITULATIF DES ANNOTATIONS</u></b>	Page 12
<b><u>ANNEXES</u></b>	Page 14
<b><u>BIBLIOGRAPHIE</u></b>	Page 22

J'exerce la profession d'assistante de service social au sein des urgences adultes de l'Hôpital Nord à Marseille. Je rédige ce travail en me positionnant en tant que cadre socio-éducatif dans ce même établissement. Au travers de cet écrit, je m'emploie à décrire l'environnement dans lequel cette fonction est exercée, c'est-à-dire la structure dans laquelle elle s'inscrit, par son cadre de politiques publiques, son territoire d'intervention et le public auquel elle s'adresse. De cette place, une question s'est imposée à moi : Face aux changements des politiques hospitalières, et notamment la réduction du temps d'hospitalisation et la rationalisation du soin, et à l'augmentation des problématiques sociales à l'hôpital, comment adapter le service social hospitalier ?

## **CONTEXTE**

### **I/ LES POLITIQUES PUBLIQUES HOSPITALIERES**

Le service social hospitalier s'inscrit, comme nous l'avons vu, au sein du service public hospitalier auquel sont consacrées plusieurs politiques sociales. Ainsi, depuis 1991, le législateur tend à rationaliser l'offre de soins et pousse l'hôpital vers une expertise technique tout en mettant le malade au centre de sa prise en charge (voir Annexe 1 : les politiques hospitalières). L'hôpital se situe actuellement dans une recherche d'efficacité du soin, à la fois par une nouvelle gouvernance et par son inscription dans une planification de l'offre de soins.

#### **1/ UNE NOUVELLE GOUVERNANCE**

L'ordonnance n°2005-406 du 2 Mai 2005 <sup>(1)</sup> continue la démarche économique engagée dans les années 70 en instituant une nouvelle gouvernance : une autonomie des établissements est mise en place en passant de la dotation globale décidée en 1991 à la tarification à l'activité (T2A). Ce nouveau mode de tarification est lié au marché : Il privilégie les recettes sur les dépenses, les résultats sur les moyens, en basant le prix d'une hospitalisation, quelle qu'en soit sa durée, sur une classification des pathologies (les Groupes Homogènes de Séjour) et en fonction de leur gravité. A chaque pathologie correspond un nombre de jours d'hospitalisation et un prix. On peut y associer une borne basse (nombre de jours d'hospitalisation minimum) et/ou une borne haute (nombre de jours d'hospitalisation maximum) en fonction desquelles le prix de l'hospitalisation est minoré ou majoré. (voir Annexe 2 : la T2A)

#### **2/ UNE PLANIFICATION DE L'OFFRE DE SOINS**

La Loi n°2009-879 du 21 Juillet 2009 <sup>(2)</sup> dite Loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires place les établissements publics de santé en position de pôles de références et de technicité. Dans le même temps, elle réinscrit, dans les missions de service public assurées par l'hôpital, la lutte

contre l'exclusion sociale en relation avec les autres professions, associations et institutions compétentes dans ce domaine. Les notions de lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé et de cohérence de parcours de soins émergent de façon très importante.

Le parcours de soins devient le pivot central de la loi n°2016-41 du 26 Janvier 2016<sup>(3)</sup> qui tend à l'organiser autour de 4 niveaux, un premier niveau de proximité auquel peut s'ajouter 3 niveaux dits de recours infrarégional, régional et interrégional. Ces trois niveaux de recours se distinguent par les degrés de spécialisation et d'expertise attendus à chaque échelle territoriale compte tenu des besoins sanitaires de la population. Cette loi réaffirme la nécessité d'une collaboration entre les établissements de santé (avec les Groupements Hospitaliers Territoriaux) et entre les secteurs sanitaires et médico-sociaux. Les soins en ambulatoire sont aussi promus par ce texte.

## **II/ LES ACTIONS PUBLIQUES TERRITORIALES**

Les actions publiques déclinent les grandes lignes des politiques publiques sur le plan de la réorganisation de l'offre de soins. Les Agences Régionales de Santé (A.R.S.), organismes de tutelle des secteurs sanitaire et médico-sociaux, ont pour mission de définir le Schéma Régional de l'Offre de Soins (S.R.O.S) qui organise celle-ci en décidant des ouvertures et des fermetures de lits d'hospitalisation conventionnelle ou ambulatoire au regard de l'efficacité et la rationalisation des soins en termes de qualité et de territoire. Elles mettent en place le Répertoire Opérationnel de Ressources et les équipes mobiles au sein et à l'extérieur de l'hôpital.

En région PACA, La restructuration de l'offre de soins hospitalière régionale doit être orientée sur l'évolution des modes de prises en charge, en optimisant l'offre existante notamment par l'amélioration de la gradation des soins hospitaliers (niveaux de recours) et le développement des modes substitutifs à l'hospitalisation complète.

Dans les Bouches du Rhône, un Groupement Hospitalier Territorial, constitué de treize établissements dont l'AP-HM, est créé le 1er Juillet 2016.

## **III/ L'HOPITAL NORD**

L'hôpital Nord appartient à l'Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille (A.P.-H.M.), troisième groupement hospitalier de France. L'A.P.-H.M. a pour territoire d'intervention sanitaire la commune de Marseille dans sa totalité ainsi que les communes limitrophes. Centre Hospitalier Universitaire de référence de la région Sud-Est, les 14 000 professionnels qui y exercent sont en majorité titulaires ou stagiaires de la fonction publique hospitalière (Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986<sup>(4)</sup>) mais peuvent être aussi contractuels (Décret n°91-155 du 6 février 1991<sup>(5)</sup>). L'AP-HM

est référente régionale dans plusieurs disciplines médicales. Elle est constituée de quatre sites (hôpitaux de Sainte Marguerite, de la Conception, de la Timone et Nord).

L'Hôpital Nord, inauguré en 1964, a connu un essor important à compter de 1990. Il est doté de services de spécialités et de recours de haut niveau, autour d'un plateau technique de pointe et est centre de référence dans de nombreuses spécialités chirurgicales, dans la lutte contre la mucoviscidose, en cancérologie, pour la maternité (niveau 3) et la pédiatrie. C'est un complexe hospitalo-universitaire de dimension régionale qui accueille aussi les situations de détresse vitale (aire d'hélicoptage, réanimation) tout en assurant les urgences de proximité d'une part importante de la métropole marseillaise.

L'Hôpital Nord se situe dans les quartiers nord de Marseille et a pour territoire de compétence les 13<sup>ème</sup>, 14<sup>ème</sup>, 15<sup>ème</sup> et 16<sup>ème</sup> arrondissements ainsi que les communes limitrophes (Septèmes, La Gavotte, Allauch).

Les secteurs au cœur desquels l'hôpital est implanté, les quartiers Nord de Marseille, présentent une population dont 58,9% réside en Zone Urbaine Sensible, zones caractérisées « [notamment] par la présence de grands ensembles ou de quartiers d'habitat dégradé et par un déséquilibre accentué entre l'habitat et l'emploi » (Loi n° 96-987 du 14 11 1996). Ces quartiers sont constitués de nombreux îlots de pauvreté dans lesquels réside une population très précaire. Seuls 37,95% des foyers sont imposables (40% sur Marseille) et 36,68% de la population est non diplômé (25,27% sur Marseille). Le taux de chômage en est très important : 23,20% en 2008 contre 9,7% sur le territoire national (sources : calculs à partir de données INSEE).

A cela se rajoute la présence, sur ce secteur d'intervention, de l'Unité d'Hébergement d'Urgence de la Madrague, du port autonome (passagers, marchandises et croisières), de l'aéroport, de l'Unité d'Hospitalisation Sécurisée Interrégionale et, bientôt, de l'hôpital psychiatrique pénitentiaire régional.

Le public reçu est donc toute personne nécessitant des soins se situant, de façon permanente ou temporaire, ou ayant un accident sur son territoire d'intervention mais aussi tout patient de la région ou des régions voisines dont la prise en charge nécessite son plateau technique. Ce public est donc très hétéroclite (Sans Domicile Fixe, personne en situation irrégulière, personne âgée isolée, enfant, personne ou travailleur étranger, touriste en croisière entre autres).

Les problématiques rencontrées par le service social sont donc très diverses (impossibilité de maintien à domicile de la personne âgée, protection de l'enfance, continuité des soins en soins de suite ou à domicile, accès aux soins pour tous, violences conjugales, rapatriement vers l'étranger de personnes souvent non francophones ou vers une autre région française, éloignement du domicile et bien d'autres encore).

## **IV/ LE SERVICE SOCIAL HOSPITALIER**

### **1/ MISSIONS**

Selon le décret n°2014-101 du 4 Février 2014<sup>(6)</sup> portant statut particulier du corps des assistants socio-éducatifs de la fonction publique hospitalière, ceux-ci ont pour missions « *de conseiller, d'orienter et de soutenir les personnes accueillies et leurs familles (...). Ils (les) (...) aident dans leurs démarches et informent les services dont ils relèvent pour l'instruction d'une mesure d'action sociale. Ils apportent leur concours à toute action susceptible de prévenir les difficultés sociales ou médico-sociales rencontrées par la population ou d'y remédier. Ils assurent, dans l'intérêt de ces personnes, la coordination avec d'autres institutions ou services sociaux ou médico-sociaux* »

### **2/ ACTIVITE ET ORGANISATION**

Le cadre socio-éducatif au sein de l'hôpital Nord encadre un service social placé sous l'autorité du directeur du site (voir Annexe 3 : organigramme) et constitué de quatorze assistantes de service social. Il s'inscrit dans le service social AP-HM, chaque site ayant ainsi un cadre socio-éducatif et une équipe sociale.

En 2015, le service social de l'hôpital Nord a pris en charge 6 474 patients et leur famille. Les actions du service social sont très diverses mais participent toutes à favoriser la poursuite du parcours de soins. Ainsi, en 2015, le service social a mené, entre autres :

- 2954 orientations en maison de rééducation ou de convalescence,
- 243 orientations de personnes en difficulté sociale vers des hébergements d'urgence avec organisation de la poursuite des soins si nécessaire,
- 786 demandes en faveur du maintien à domicile des personnes âgées,
- 1504 actions de protection de personnes vulnérables (292 signalements de personnes âgées vulnérables, 45 demandes de protection à majeurs, 57 accompagnements de personnes subissant des violences conjugales, 977 mineurs suivis par les services de protection de l'enfance, 42 informations préoccupantes et 35 signalements judiciaires),
- 458 ouvertures de droit concernant la prise en charge des soins.

Pour mener ces actions, les assistantes sociales sont chacune référente de plusieurs services de soins (gynéco-obstétrique, cardiologie et pneumologie, réanimation et neurochirurgie, etc...) dans lesquels elles interviennent de façon opérationnelle en collaboration étroite avec différentes équipes pluridisciplinaires (médecins, cadre de santé, infirmières, etc...). Cependant, elles appartiennent toutes à la même équipe sociale avec une culture, des valeurs, une identité, des outils communs et leur référent hiérarchique est le cadre socio-éducatif.

Sur un plan stratégique également, elles font partie d'une même entité organisationnelle : le service social. Ce service intervient ainsi de façon transversale au sein des services médicaux. Chaque assistante sociale développe des spécificités comme des outils ou un réseau propres à leur secteur d'intervention et est autonome dans la prise en charge des patients de ce secteur, ce qui implique une circulation et une mutualisation des informations au sein du service social.

## **CONSTATS**

### **I/ LE SERVICE SOCIAL FACE AUX POLITIQUES ET ACTIONS PUBLIQUES**

#### **1/ POLITIQUES PUBLIQUES : DE L'HOPITAL HOSPICE A L'HOPITAL ENTREPRISE**

Les politiques publiques, de 1970 à nos jours, ont eu pour but, dans un premier temps, de réduire la durée moyenne de séjour à l'hôpital et le nombre de lits. Cela entraîne une évolution des missions du service social hospitalier vers une augmentation de la mission d'orientation au détriment de l'accompagnement social. Il s'affirme alors comme lien et interface avec l'extérieur de l'institution hospitalière. L'assistante sociale hospitalière est amenée de plus en plus à travailler la sortie du patient dès son admission, voire même avant avec le développement des procédures de préadmission dans les hospitalisations programmées.

Le deuxième objectif des politiques publiques a été de réorganiser l'offre de soins en pôles médicaux soumis à une nouvelle tarification du soin dans une recherche d'efficacité (T2A) mais, dans le même temps, de lutter contre les inégalités sociales et territoriales face aux soins (loi HSPT). L'hôpital et les personnels qui y exercent se retrouvent alors confrontés à un paradoxe : prendre en charge des patients dans leur globalité et leur complexité dans un temps très court, défini uniquement par leur pathologie. La T2A peut amener certains chefs de pôle à devenir des comptables, faisant subir au service social hospitalier une pression liée à la sortie du patient, quelles qu'en soient les conditions. Les missions de l'assistante sociale hospitalière peuvent alors dériver vers une réponse à une demande de rentabilité pour le pôle au dépend le parcours de soins et de l'inscription de l'hospitalisation dans un contexte global.

#### **2/ ACTIONS PUBLIQUES ET STRATEGIE DE LA STRUCTURE : VERS UNE REORGANISATION DE L'ACTIVITE**

La réorganisation de l'hôpital public autour de pôles de référence au détriment de services hospitaliers de proximité entraîne une technicisation de l'hôpital public. En effet, celui-ci va tendre vers une prise en charge très pointue des pathologies avec le risque d'exclure la dimension sociale du patient, s'éloignant ainsi d'une prise en charge globale du malade. Cela induit la nécessité d'un repositionnement du service social hospitalier dans son expertise et sa

transversalité, position dans laquelle il doit préserver la vision du patient dans sa globalité et sa complexité afin d'assurer une bonne continuité des soins au sortir de l'hospitalisation.

De plus, comme nous l'avons vu, chaque assistante sociale s'inscrit dans une spécificité, une expertise particulière liée à l'activité de son service médical. Cela peut être une force dans le sens où chacune a une connaissance approfondie de son domaine mais partage et mutualise ses compétences, son information lorsque cela est nécessaire. Cela nécessite alors que l'encadrant entretienne ou instaure une véritable cohésion d'équipe. Dans le cas contraire, cela peut induire un risque d'isolement du professionnel par méconnaissance de l'activité et des pratiques de ses pairs et une perte de l'information.

L'autonomie opérationnelle de l'assistante sociale au sein des services médicaux ne doit pas devenir un sentiment d'appartenance à ce dernier et non plus au service social. La fonction d'assistante sociale pourrait être alors absorbée par le pôle médical dont elle dépend, chaque chef de service voulant rattacher « son » assistante sociale à son pôle, mettant en péril l'existence même de l'entité service social.

## **II/ LE SERVICE SOCIAL FACE A SON INSTITUTION : UNE PROFESSION MECONNUE ET UNE RECHERCHE DE REDUCTION DES EFFECTIFS**

La première constatation notable est que le service social n'est pas présent dans le projet d'établissement de l'AP-HM jusqu'à ce jour. Il n'est souvent perçu par la direction que comme un outil d'économie (ouverture des droits pour un remboursement des soins, organisation d'une sortie rapide pour « vider des lits »). Les rapports d'activité ne font l'objet d'aucun retour de la part de la direction. Cela entraîne une démotivation de l'équipe quant au rendu d'écrit et de statistiques objectivant son activité.

Le service social de la Timone subit depuis plusieurs mois des absences prolongées de plusieurs de ses agents entraînant une souffrance professionnelle de l'équipe jusqu'à l'épuisement. Plusieurs réunions ont été initiées par le service social avec la direction ne donnant lieu à aucune réponse ni aucun soutien de la part de celle-ci, ni des services médicaux. Il a fallu l'exercice d'un droit de retrait pour qu'un recrutement (deux postes) ait lieu. (voir Annexe 4 : dossier de presse). Cet état de fait montre que les difficultés rencontrées par le service social hospitalier sont méconnues voir ignorées par les dirigeants de l'institution et les équipes médicales. Les premiers ne voient le service social que comme des administratifs permettant un recouvrement de dette et les seconds comme des professionnels permettant une sortie rapide du patient.

De plus, l'AP-HM évolue dans un contexte financier difficile avec une obligation de retour à l'équilibre alors que son déficit actuel est de 15 millions d'euros. Cela l'oblige à une recherche

de diminution des effectifs (recommandé par l'I.G.A.S. dans son rapport 2015<sup>(7)</sup>).

Par ailleurs, un audit réalisé par des intervenants externes, cadres socio-éducatifs, en début 2015 pointait la nécessité de « *redonner sa place au service social au sein de l'institution* »<sup>(8)</sup>. Cet audit est resté lettre morte jusqu'à cette année où il a été repris par la direction générale. Celle-ci en a initié un nouveau, exécuté par les services qualités AP-HM, dans le but avoué de « réorganiser » les effectifs.

### **III/ LE SERVICE SOCIAL FACE A SON PUBLIC : UNE AUGMENTATION DES PROBLEMATIQUES SOCIALES A L'HOPITAL**

#### **1/ L'EVOLUTION DU PUBLIC**

Le Rapport sur l'état de santé de la population en France établi en 2015 par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques du Ministère des Affaires Sociales et de la Santé (DREES) pointe un vieillissement de la population française, une augmentation du nombre de personnes atteintes de pathologies chroniques et d'incapacité fonctionnelle. De la même façon, il met en exergue que « *ce sont souvent les (...) populations les moins favorisées (faibles revenus, peu diplômées) qui cumulent les expositions aux différents facteurs de risque pour la santé* »<sup>(9)</sup>. Or, comme nous l'avons vu précédemment, plus d'un tiers de la population présente sur le secteur de l'hôpital Nord est dans ce cas. Le PRAPS PACA 2012-2016 aborde la spécificité de la population vieillissante immigrée, précaire et très isolée, et note une augmentation de la population sans domicile fixe.

Le vieillissement, l'isolement et la précarisation de plus en plus forte des patients rendent leurs situations sociales plus complexes, leur accès aux soins moins aisé. Leur parcours de soins est plus difficile à maintenir, ce qui influe sur le temps d'hospitalisation, une solution de sortie n'étant pas évidente. Cela a été confirmé par l'enquête<sup>(10)</sup> menée par la DREES et l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH) en 2008 (8,1 jours pour les populations précaires contre 6,5 pour les populations non précaires).

#### **2/ L'EVOLUTION DE LA PRISE EN CHARGE**

L'évolution du public accueilli à l'hôpital a de multiples répercussions sur la prise en charge du service social hospitalier. En effet, les situations que doivent gérer les assistantes sociales sont de plus en plus complexes avec une suite des soins moins évidente et/ou moins rapide. Par exemple, en 2006, le service social de l'hôpital Nord n'avait eu à traiter que dix placements en maison de retraite à partir de l'hôpital, le maintien à domicile étant impossible. En 2015, c'est soixante-quinze patients qui ont été admis en Etablissement pour Personnes Agées Dépendantes après, en moyenne, deux mois d'hospitalisation non nécessaires. De même, les demandes de

protection à majeur auprès du parquet civil sont passées d'une vingtaine en 2006 à quarante-quatre en 2015.

Pour les situations extrêmes, sans aucune solution de sortie d'hospitalisation, comme, par exemple, une personne sans domicile fixe, en situation irrégulière dont l'état de santé ne permet plus un retour vers les foyers d'urgence, une procédure dite de « situation bloquante » a été mise en place par la direction. Son objectif est de faire remonter à la direction, puis à l'A.R.S., via le cadre socio-éducatif et le bed-manager (membre de la direction, gestionnaire de l'ensemble des lits d'hospitalisation) les situations qui ne nécessitent pas une hospitalisation mais qui n'ont aucune solution de sortie à court ou moyen terme. Le service social espérait alors un soutien de la direction et l'interpellation par ce biais d'institution comme la préfecture ou un appui de l'A.R.S. auprès des maisons de retraite sous sa tutelle. Cette procédure n'a finalement pour bénéfice que de faire remonter les difficultés connues par le service social mais ne l'aide pas à accélérer le parcours de prise en charge du patient.

### **3/ LE MANQUE DE REPONSE A L'EXTERIEUR DE L'HOPITAL**

Ces situations dites bloquantes ne sont pas les seules à mettre en exergue les difficultés d'action du service social hospitalier. Celui-ci a de plus en plus de mal à trouver des solutions pérennes permettant de maintenir un parcours de soins. Les délais d'admission en hébergement sont de plus en plus longs : en moyenne deux mois pour une place agréée Aide Sociale en Etablissement pour Personnes Agées Dépendantes, trois semaines un mois pour les Lits Halte Soins Santé, un mois pour un placement d'un mineur sous protection judiciaire sans problématique de santé (cela a pu aller jusqu'à six mois pour un enfant handicapé).

Au problème de la pénurie de places se rajoute la perception que les institutions et les intervenants extérieurs à l'hôpital ont de celui-ci : un dernier recours pour une mise à l'abri des personnes fragiles. Ainsi, il n'est pas rare qu'un médecin traitant adresse un patient aux urgences pour maintien à domicile impossible ou qu'un foyer de l'enfance demande l'hospitalisation d'un enfant qu'il n'arrive plus à gérer mais qui ne présente aucune pathologie psychiatrique. Une fois la personne hospitalisée, les intervenants ne sont plus dans l'urgence et pense avoir beaucoup de temps pour trouver une autre solution de prise en charge. Pour certains, ils se désintéressent de la situation.

Le service social hospitalier se trouve confronté alors à un cloisonnement des différents intervenants extrahospitaliers, les informations circulant peu (Aide Sociale à L'enfance refusant de communiquer leurs écrits ou institutions comme la Sécurité Sociale ou la Caisse d'Allocations Familiales refusant de renseigner les travailleurs sociaux sous prétexte de

confidentialité). L'assistante sociale hospitalière se retrouve ainsi souvent en charge de la coordination des différents acteurs d'une prise en charge comme un Centre Médico-Psychologique qui agit sans concertation avec une équipe de Cohésion Sociale de Conseil Départemental en faveur de la même personne.

L'hospitalisation est alors un révélateur de ces incohérences de prise en charge et de ces cloisonnements ce qui, selon les différentes études menées en 2014 par l'Observatoire National de la Fin de Vie, « nuit tout à la fois au parcours de santé (...) et à la performance du système »<sup>(11)</sup>, c'est-à-dire que cela influe sur le temps d'hospitalisation et réduit ainsi l'efficacité du système.

## **ENJEUX**

Le service social hospitalier se trouve donc dans une position paradoxale, au même titre que tous les personnels médicaux et paramédicaux de l'hôpital :

- une demande institutionnelle et des pouvoirs publics de réduction du temps d'hospitalisation et des coûts qui y sont liés dans un contexte de technicisation de l'hôpital qui tend à exclure la dimension sociale et la prise en charge globale du patient,
- une inscription dans la loi (particulièrement la loi HPST) de la nécessité de réduire les inégalités sociales dans l'accès et le parcours de soins dans un contexte d'augmentation et de complexité des problématiques sociales rencontrées par les patients.

Pour faire face à ces enjeux le service social hospitalier doit avoir une identité affirmée à l'intérieur et à l'extérieur de l'hôpital et une cohésion forte de son équipe afin de conforter le service social dans son cœur de métier, de lui rendre son rôle de coordination entre l'intra et l'extra-hospitalier pour une meilleure prise en charge du patient mais aussi d'éviter la disparition de la dimension collective de ce service.

En effet, la transversalité autour de laquelle le service social est structuré et l'organisation en pôles des services médicaux entraîne un risque d'absorption des assistantes sociales par le pôle dans lequel elles interviennent et donc un risque de délitement du collectif. Pourtant, si cette transversalité est appliquée avec l'adhésion des agents et est accompagnée d'un collectif fort, elle apporte un plus à l'exercice professionnel. Pour cette adhésion, la position hiérarchique du cadre ne suffit pas, elle doit être également managériale. Cette position doit s'ancrer dans la pratique, être définie et repérer dans et hors son institution.

L'enjeu pour le cadre socio-éducatif que je suis est donc de donner corps à la mission du service social et d'organiser la transversalité dans des temps où les agents sont légitimés dans leur service respectif. Il est aussi de repérer l'évolution de l'identité professionnelle de

l'assistante sociale hospitalière afin de la redéfinir et d'accompagner le service social hospitalier dans une nouvelle professionnalisation, renforçant ainsi la notion d'équipe sociale et la place de celle-ci.

## **PRECONISATIONS**

### **INTERNES AU SERVICE**

#### **but : renforcer une cohésion dans la transversalité**

- mise en place d'une analyse des pratiques afin de favoriser l'échange entre professionnels en recréant un collectif service social hospitalier
- construction d'un référentiel commun, en particulier des pratiques et des outils puis de la gestion de l'information.

### **INTERNES A L'INSTITUTION**

#### **but : faire connaître et reconnaître le service social dans l'institution hospitalière**

- travail et communication avec les autres cadres de l'institution hospitalière
- élaboration d'un document explicitant l'activité du service social en développant les contraintes et les forces et la synergie avec les autres services de l'hôpital

### **EXTERNE A L'INSTITUTION**

#### **but : clarifier les missions et les contraintes du service social aux autres intervenants et mettre en place des partenariats pour y remédier**

- mise en place de partenariats avec les institutions comme les Caisses de Retraite, les maisons de la Solidarité du secteur d'intervention de l'hôpital
- inclusion à des réseaux existants (Ateliers Santé Ville)

En conclusion, face à des changements politiques, sociétaux et institutionnels importants, le service social hospitalier se doit de redéfinir son identité. Le cadre socio-éducatif, au travers de ses actions, doit instaurer une cohésion forte et une professionnalité claire de l'ensemble de l'équipe tout en lui donnant une place repérée par son institution et ses partenaires et en favorisant les partenariats. Le travail engagé ici peut trouver des formes de prolongement. A cet effet, il conviendra de s'appuyer notamment sur les travaux de Marcel JAEGGER, Jacques ION et Claude DUBAR, sociologues, sur les notions de service et de professionnalité ainsi que ceux de Bernard RAVON, en particulier le rapport « Usure des travailleurs sociaux et épreuves de professionnalité » qu'il a dirigé en 2008, afin d'affiner au mieux mes préconisations. A plus long terme, il sera envisageable d'élargir ma démarche vers l'ensemble des services sociaux AP-HM.

## RECAPITULATIF DES ANNOTATIONS

- (1) JORF n°102 du 3 mai 2005 page 7626 texte n° 15 - Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé.
- (2) JORF n°0167 du 22 juillet 2009 page 12184 texte n° 1 - Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
- (3) JORF n°0022 du 27 janvier 2016 texte n° 1 - Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.
- (4) JORF du 11 janvier 1986 page 535 - Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.
- (5) JORF n°35 du 9 février 1991 page 2058 - Décret n° 91-155 du 6 février 1991 relatif aux dispositions générales applicables aux agents contractuels des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.
- (6) JORF n°0031 du 6 février 2014 texte n° 10 - Décret n° 2014-101 du 4 février 2014 portant statut particulier du corps des assistants socio-éducatifs de la fonction publique hospitalière.
- (7) Inspection Générale des Affaires Sociales, RAPPORT N°2015-052R, Évaluation de la situation financière et des effectifs de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille (exercices 2013 et 2014), établi par Hubert GARRIGUE-GUYONNAUD, Jean-Yves LAFFONT, Vincent RUO, Membres de l'inspection générale des affaires sociales, Juin 2015
- (8) Audit organisationnel du service social hospitalier commandé par la Direction de la Qualité et de l'Organisation de l'AP-HM auprès de l'Association Professionnelle des Services Sociaux Hospitaliers et de la Santé (AProSSHes). Compte Rendu du 12 Mai 2015- page 36.
- (9) L'état de santé de la population en France - Rapport 2015 Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES). Coordination menée par Thierry Prost (Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation-ATIH) et Sylvie Rey (DREES) Synthèse- page 12.

- (10) Enquête à l'initiative de la DREES et de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) sur la précarité dans les établissements de santé participant à l'étude nationale de coût à méthodologie commune (ENCC) basée sur l'analyse des données du Programme de médicalisation du système d'information (PMSI) en médecine, chirurgie et obstétrique sur les mois de novembre et décembre 2008.
- (11) Observatoire National de la Fin de Vie Rapport 2014 - « Fin de vie et précarités : Six parcours pour mieux connaître la réalité et comprendre les enjeux de la fin de vie des personnes en situation de précarité en France », page 112.

## **ANNEXE 1 : LES POLITIQUES HOSPITALIERES**

Plusieurs politiques sociales, depuis 1991, tendent à rationaliser l'offre de soins et poussent l'hôpital vers une expertise technique tout en mettant le malade au centre de sa prise en charge.

### **1/ LA REDUCTION DU TEMPS D'HOSPITALISATION ET DU NOMBRE DE LITS**

De 1970 à 1991, une politique de planisme hospitalier a commencé à se mettre en place, recentrant les hôpitaux sur le plateau technique au détriment de la mission hôtelière.

Ainsi la Loi n° 78-11 du 04 Janvier 1978 définit des modes de tarifications en plus du prix de Journée et un forfait soins.

La Loi n° 79-1140 du 29 Décembre 1979 décide de suppression de lits par autorité du ministre de la santé.

Loi n°83-25 du 19 janvier 1983 portant diverses mesures relatives à la sécurité sociale (mesures destinées à combler le déficit de la sécurité sociale) et le décret d'application n° 83-744 du 11 Aout 1983 instaure la dotation Globale et le forfait journalier

La loi n°84-5 du 3 Janvier 1984 met l'hôpital sous tutelle financière du préfet département et le soumet à un taux directeur.

La Loi n° 91-748 du 31 Juillet 1991 a pour objectif de réduire le nombre de lits par une planification de l'offre de soins. Elle crée pour cela le Schéma Régional d'Organisation de Soins (S.R.O.S).

L'Ordonnance n°96-346 du 24 Avril 1996 réaffirme cet objectif en rendant le S.R.O.S. opposable. Elle y ajoute la volonté de réduire aussi la durée moyenne de séjour en procédant à une régionalisation du financement et de l'activité des établissements. Pour cela, elle prévoit la création des Agences Régionales d'Hospitalisation.

L'Ordonnance n°2005-406 du 2 Mai 2005 continue la démarche économique engagée en instituant une nouvelle gouvernance, en rendant autonomes les établissements et en passant de la dotation globale décidée en 1991 à la tarification à l'activité (T2A) (voir annexe 2)

## **2/ LA NOTION D'EFICIENCE DANS L'OFFRE DE SOINS**

### **2.1/ planification de l'offre de soins**

La Loi n° 91-748 du 31 Juillet 1991 introduit la notion de projet de service, de projet de soins infirmiers, de projet médical d'établissement et, pour finir, de projet d'établissement apportant la notion de perspectives et d'anticipation

dans l'Ordonnance n°96-346 du 24 Avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, il est décidé par le législateur que les hôpitaux publics doivent s'engager avec les A.R.H. dans un contrat d'objectifs et de moyens.

La Loi n°2009-879 du 21 Juillet 2009 dite Loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires place les établissements publics de santé (qui ne sont plus que les Centres Hospitaliers Régionaux et/ou Universitaires) en position de pôles de références et de technicité. Dans le même temps, elle réinscrit, dans les missions de service public assurées par l'hôpital, la lutte contre l'exclusion sociale en relation avec les autres professions et institutions compétentes dans ce domaine, et les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion et la discrimination. C'est la notion de parcours de soins qui émerge de façon importante.

Cette notion devient le pivot central de la loi n°2016-41 du 26 Janvier 2016 qui tend à organiser le parcours de soins autour de l'offre de soin de premier recours, qui réaffirme la nécessité d'une collaboration entre les établissements de santé (avec les Groupements Hospitaliers Territoriaux) et prône une collaboration entre les secteurs sanitaires et médico-sociaux. Les soins en ambulatoire sont aussi promus par ce texte.

### **2.2/ évaluation de l'activité**

L'Ordonnance n°96-346 du 24 Avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée instaure des procédures d'évaluation et d'analyse de l'activité et lance ainsi les différents processus de certification Mis en place par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (A.N.A.E.S. créée par cette même ordonnance) le dispositif est devenu obligatoire pour tous les établissements de santé. En 2004, par le Décret n° 2004-1139 du 26 octobre 2004 – Article 3 relatif à l'évaluation et la certification des établissements de santé, la Haute Autorité de Santé (HAS) reprend l'intégralité des missions de l'A.N.A.E.S. dont la certification des établissements de santé. Le terme « certification » est également substitué au terme « accréditation » qui désignera désormais la procédure de gestion des risques pour les spécialités à risques.

### 3/ LA DEMOCRATIE SANITAIRE

L'Ordonnance n°96-346 du 24 Avril 1996 donne un statut aux malades par la rédaction de la Charte du Patient Hospitalisé.

Cette nouvelle conception du patient va se concrétiser dans la loi n°2002-202 du 4 Mars 2002 relative aux droits des patients qui porte essentiellement sur l'affirmation des droits des malades. Elle permet ainsi l'accès libre et sans intermédiaire à son dossier médical et la nécessité d'une information indispensable au consentement du patient. Elle introduit la notion de « Démocratie Sanitaire » qui avait connu une reconnaissance publique dans le discours de clôture des Etats Généraux de la Santé de L. JOSPIN, alors premier ministre, le 30 Juin 1999 : *« Ces Etats généraux ont jeté les fondements de ce que l'on pourrait appeler une " démocratie sanitaire ". Je souhaite que cette " démocratie " s'épanouisse. Faciliter les échanges, responsabiliser les citoyens en les faisant participer à la réflexion sur l'évolution des techniques et l'avenir de l'homme : telle est l'ambition que nous devons poursuivre ».*

Selon les articles L1114-1 à L1114-4 du Code de la Santé Publique, ce sont les associations agréées (22 en région PACA) qui peuvent siéger dans les instances représentatives et non les usagers individuels. Ainsi, comme le rappelle le Professeur MOQUET-ANGER en 2004, *« ...l'exercice d'une citoyenneté sanitaire ne peut être ici qu'indirecte, par le biais de représentants de malades ou d'usagers »*<sup>1</sup>.

Au niveau national, les associations agréées participent aux conférences nationales de santé et siègent à l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux mis en place par la loi du 4 mars 2002.

A l'échelon régional, elles collaborent aux Conseils Régionaux de Santé (qui remplacent depuis la loi du 4 Mars 2002 les Conférences Régionales de Santé et les Comités Régionaux de l'Organisation Sanitaire).

Au sein de l'hôpital, le Conseil d'Administration comprend des représentants des associations d'usagers, trois dans les hôpitaux publics depuis la loi du 4 Mars 2002, et délibère une fois par an sur la politique de l'établissement concernant le droit des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge.

(1) MOQUET-ANGER M.L. « le malade à l'hôpital public : client, usager et/ou citoyen ? »

Revue générale de droit médical 2004/03 N°12 pages43 à 51

## ANNEXE 2 : LA T2A

La Tarification A l'Activité, TAA ou T2A, est une méthode de financement des établissements de santé mise en place à partir de 2005 dans le cadre du plan « Hôpital 2007 » et associée à une relative autonomie financière des pôles médicaux dans un programme de nouvelle gouvernance. Elle repose sur la mesure et l'évaluation de l'activité effective des établissements. Cela permet de définir les budgets alloués à chaque établissement.

Elle remplace un double système de financement qui distinguait les établissements selon qu'ils étaient publics ou participant au service public (hospitaliers, ils recevaient une dotation globale de financement forfaitaire, sans lien avec l'évolution de l'activité ; privés, ils étaient financés selon un système qui prenait en compte l'activité, mais sur la base de tarifs régionaux variables).

Les ressources des établissements de santé sont désormais calculées à partir d'une mesure de l'activité produite conduisant à une estimation des recettes. Ainsi, le prix de chaque activité en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCOO) est fixé chaque année par le ministre chargé de la santé via le mécanisme des GHS/GHM.

La mesure de l'activité d'un établissement est faite à partir du recueil systématique d'un certain nombre d'informations administratives et médicales auprès des patients hospitalisés en soins de courte durée (en MCOO uniquement, pour l'instant). Cette collecte d'informations se fait au travers du Programme Médicalisé des Systèmes d'Information (PMSI). Lorsque qu'un Diagnostic Principal (DP) est établi, le séjour est classé dans une Catégorie Majeure de Diagnostic (CMD). Ensuite, les actes pratiqués pendant le séjour orientent vers un Groupes Homogènes de Malades (GHM) médical ou chirurgical. En cas de comorbidités associées (CMA), celles-ci sont codées en Diagnostic Associés Significatifs (DAS) définissant la sévérité de l'affection. À partir de ces informations sont déterminés les GHM associés à un (ou plusieurs) Groupe(s) Homogène(s) de Séjour (GHS). Chaque GHS correspond, selon sa gravité, à un nombre de jours d'hospitalisation et à un prix lié à ce nombre de jours fixé par arrêté par le ministre en charge de la santé. Pour certains GHS, on y associe une borne basse ou EXB (nombre de jours d'hospitalisation minimum) et/ou une borne haute ou EXH (nombre de jours d'hospitalisation maximum) en fonction desquelles le prix de l'hospitalisation est minoré ou majoré.

- Borne basse (EXB) :

La valorisation du séjour est la valeur du GHS moins le montant issu du tarif journalier dénommé « tarif EXB » multiplié par le nombre de journées correspondant à la différence entre la borne basse et la durée du séjour (à noter que lorsque la date de sortie du séjour est égale à la date d'entrée, la durée de séjour est remplacée par la valeur 0,5).

Exemple de GHS: le GHS 8757 correspondant au GHM 25M02B “Maladies dues au V.I.H. avec plusieurs complications infectieuses” avec un tarif de 8784,94 €, un seuil bas de 6 jours et un tarif EXB de 1242,84 € (arrêté du 13 Mars 2017). Pour un séjour de 4 jours, on aura donc une valorisation de  $8784,94 - (6 - 4) \times 1242,84$  soit 6299,26 € ce qui correspond à un prix de journée d'environ 1574 €. Pour 2 jours et avec ce même calcul, le prix de journée correspondant est de 1907 €.

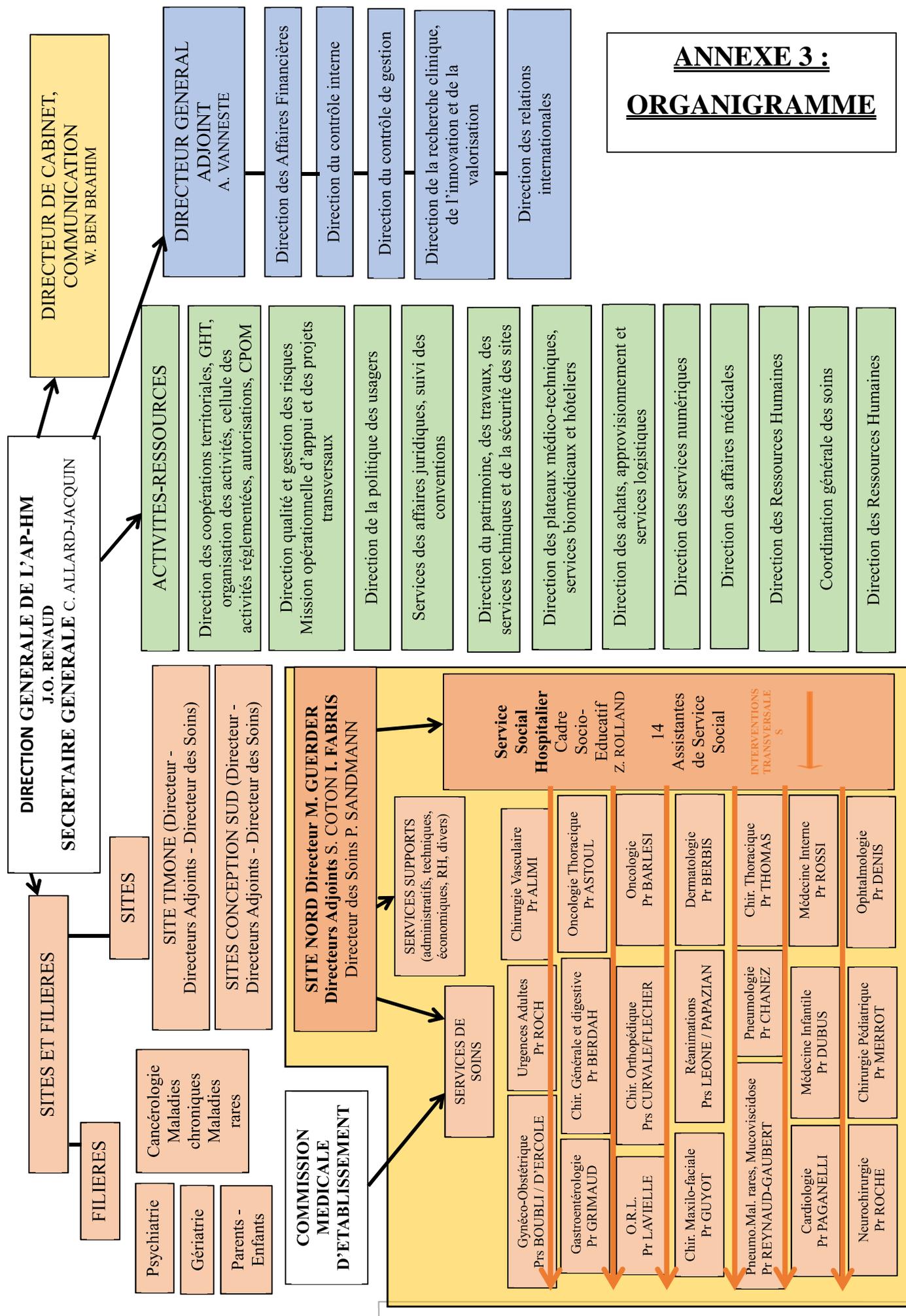
- Borne haute (EXH):

La valorisation du séjour est la valeur du GHS auquel s'ajoute le montant issu du tarif journalier dénommé « tarif EXH » multiplié par le nombre de journées correspondant à la différence entre la durée du séjour et la borne basse.

Exemple de GHS: le GHS 1134 correspondant au GHM 04M031 “Bronchites et asthmes, âge supérieur à 18 ans, niveau 1” avec un tarif de 1482,23 €, un seuil haut de 7 jours et un tarif EXH de 139,41 € (arrêté du 13 Mars 2017).

Pour un séjour de 10 jours, on aura donc une valorisation de  $1482,23 + (10 - 7) \times 139,41$  soit 1900,46 € ce qui correspond à un prix de journée d'environ 190 €. Il est à noter que, pour 7 jours, le prix de journée correspondant est de 212€.

La T2A constitue désormais le mode quasi unique de financement pour les activités de des établissements de santé aussi bien publics que privés. Elle rend la valorisation journalière d'une hospitalisation variable et souvent un séjour plus rentable pour le service si sa durée est plus courte. La T2A est aujourd'hui en cours d'extension aux champs non encore pris en compte : soins de suite et de réadaptation (SSR) ; psychiatrie...



**ANNEXE 3 :**  
**ORGANIGRAMME**

## ANNEXE 4 : DOSSIER DE PRESSE

### LA MARSEILLAISE – Vendredi 03 MARS 2017 (Gérard Lanux)

*« Les assistantes sociales de l'hôpital de la Timone font valoir leur droit de retrait pour s'élever contre des conditions de travail au-delà du soutenable.*

*En perpétuel sous-effectif, malgré de nombreux signaux d'alarme lancés, la direction reste sourde à leur cri.*

*Rigueur budgétaire oblige. Le vécu quotidien des assistantes sociales des hôpitaux enfants et adultes de la Timone est l'illustration parfaite des conséquences des politiques d'austérité dans un secteur aussi sensible que la santé. Ici pas question de marchandises ni de profit immédiat, la seule considération qui vaille est celle de la meilleure assistance possible à des humains en détresse.*

*La détresse justement. Elle se lit dans les yeux de Nicole ou de Brigitte. Et de toutes leurs camarades assistantes sociales qui exercent leur métier au sein de l'hôpital de la Timone, à Marseille. Côté enfants ou côté adultes. « Ce matin, témoigne Brigitte, nous avons fait valoir notre droit de retrait parce que nous sommes désormais incapables de faire face à nos tâches quotidiennes. » Brigitte exerce son métier au sein des deux étages dédiés aux enfants : « En temps normal, nous sommes cinq, nous ne sommes plus aujourd'hui que deux. » Cinq personnes pour orienter, conseiller, démêler l'écheveau des démarches à accomplir à l'extérieur de l'hôpital, faire le lien avec les services juridiques demande plus de temps quand on a à faire à des parents perdus, souvent en situation de précarité. « Ce ne sont pas forcément des migrants, ni des gens très pauvres mais qu'une situation exceptionnelle a fait basculer. »*

*Cette fatigue qui se lit sur les visages*

*A l'hôpital pour adultes, on n'est pas mieux loti. Et Nicole, qui prend la parole au nom de tous ses camarades, a des sanglots dans la voix quand elle évoque les journées de travail supportées par les assistantes sociales et les conséquences sur la qualité du service qu'elles rendent comme sur leur vie personnelle. « On a désormais le sentiment de ne plus faire correctement notre boulot et les gens le ressentent certainement vu la multiplication des comportements agressifs à notre égard », déplore-t-elle. Résultat, des arrêts de travail à répétition, des dépressions, dont les signes se lisent sur les visages. Aucune d'entre ces dix assistantes sociales ne peut aujourd'hui cacher sa fatigue.*

*Leurs doléances sont-elles pour autant entendues par leur direction ? Et celle-ci a-t-elle réellement conscience de la situation vécue par ces jeunes femmes et des problèmes de sous-effectif que tous les hôpitaux de Marseille connaissent. « C'est la même chose à l'hôpital Nord »,*

assure Nadia. Et il n'est pas rare que l'on déshabille un établissement pour en habiller un autre, assure un responsable du syndicat CGT qui soutient le mouvement des salariées.

« La direction de l'AP-HM a commandité des études où sont consignés noir sur blanc les problèmes d'effectifs que traverse la quasi-totalité des établissements. » Mais rien n'y fait. Et le scénario est maintes et maintes fois répété, des « burn out » et des arrêts maladie.

Et pourtant, face aux locaux de la direction de l'hôpital pour adultes de la Timone, où elles ont tenu à faire part de ce blues profond aux représentants des médias, pas une ne remet en doute le rôle essentiel et indispensable qu'elle joue auprès des familles. Elles expriment avant tout un sentiment d'absence de considération et de gâchis en une époque où les problèmes traversés par les gens ne cessent d'être plus aigus. « Mais en attendant, déplorent-elles, il n'y a plus de service social à l'hôpital de la Timone. »

**LA PROVENCE – Vendredi 03 MARS 2017** (S. Ma) :

**« Toutes les assistantes sociales en "burn-out" »**

« Ce sont des femmes visiblement épuisées, parfois au bord des larmes, qui se sont rendues hier matin à la direction de La Timone, pour déposer leur droit de retrait. La totalité du service social de La Timone (à l'exception des deux CDD). Ou plutôt, ce qu'il en reste... "Chez les adultes, on devrait être 13 et demi, mais entre les congés, les maternités, les maladies, on n'est plus que sept et demi. Chez les enfants, c'est encore pire, nous devrions être cinq, nous ne sommes plus que deux pour 300 lits. Alors qu'à l'hôpital des enfants Necker à Paris, il y a 24 postes pour 400 lits." Tout est dit, ou presque, pour résumer la situation de ce service qui offre un véritable cas d'école d'épuisement professionnel. "Nous sommes souvent obligées de remplacer deux collègues à la fois, c'est-à-dire faire le travail de trois postes, et parfois du secrétariat. Dans ces conditions, comment assurer correctement la prise en charge sociale de familles de plus en plus précaires, de patients sans droits dont le privé ne veut pas, avec tout le volet protection de l'enfance, les gosses maltraités, violés, les bébés secoués ?", interrogent-elles. Toutes se disent "à bout", "épuisées moralement et physiquement", incapables d'assurer une mission qui leur "tient à cœur", confrontées au quotidien "à l'agressivité des familles, mais aussi à celle des médecins et des soignants à qui on ne peut pas apporter de réponses". Dans un contexte économique hospitalier de plus en plus difficile, "la direction nous impose de faire sortir les malades de plus en plus tôt, alors que nous n'avons pas eu les moyens de nous assurer de leur environnement social ou familial", ajoute l'une d'elles. Soutenues par la CGT qui dit avoir rencontré la direction en vain, l'ensemble des assistantes sociales de La Timone a cessé le travail depuis hier. »

## **BIBLIOGRAPHIE**

### **OUVRAGES**

CLEMENT J.M., 2011, *Histoire des réformes hospitalières sous la Ve République*. Editions Les Etudes hospitalières, Bordeaux.

CLEMENT JM., 2009, *La nouvelle loi hôpital patients santé territoires : analyse, critique et perspectives*. Editions Les Etudes hospitalières, Bordeaux.

FERRAGUT E., 2009, *Penser l'hôpital autrement. Qualité de soin et contraintes économiques*. Editions Elsevier-Masson, Issy-les Moulineaux.

### **PROJETS PUBLICS ET INSTITUTIONNELS**

Projet Régional de Santé PACA 2012-2016

Plaquette de présentation Objectif Projet Régional de Santé 2 /2018

(<https://www.paca.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-03/Plaquette-PRS2-2017.pdf>)

Schéma Régional d'Organisation des Soins PACA (composante du PRS) 2012-2016

Projet Territorial de Santé Bouches du Rhône 2012-2016

Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins PACA (composante du PRS) 2012-2016

Projet d'Etablissement Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille 2010-2014

Trajectoire 2016 AP-HM – Objectif Projet d'Etablissement fin 2017-2021

([http://fr.ap-hm.fr/sites/default/files/files/apm\\_trajectoire\\_2016.pdf](http://fr.ap-hm.fr/sites/default/files/files/apm_trajectoire_2016.pdf))

### **ARTICLES DE REVUES**

MOQUET-ANGER M.L. 2004/03 « *le malade à l'hôpital public : client, usager et/ou citoyen ?* », Revue générale de droit médical, N°12, pages 43 à 51.

DESFORGES J.C., Novembre-Décembre 2006, « *Qualité et performance* », Revue hospitalière de France, N°513, pages 26 à 28.

BERTRAND J., HOT F. et TOUTALIANC., Décembre 2016, « *Baromètre social 2015* », Les Cahiers du DROS (Dispositif Régional d'Observation Sociale) Provence Alpes Cote d'Azur, N° 18.

BORGETTO M., ESPER C.B., « *La loi « Hôpital, patients, santé et territoire »* », RDSS, septembre-octobre 2009, n° 5, page 789.

BUDET J.M., « *Les territoires de la loi HPST* », Gestions Hospitalières, octobre 2009, n° 489, page 477.

BUDET J.M., « *Gouvernance hospitalière – Nouveaux repères et constantes* », Gestions Hospitalières, mai 2010, n° 496, p. 341.

## **RAPPORTS**

AUBERTIN A, LEPINE C, COSTE P. 2013, « *L'Hôpital* ». Rapport 2012 de l'Inspection Générale des Affaires sociales. La Documentation Française.

DOMY P. 2014, « *Bilan et évaluation du fonctionnement des pôles dans les établissements de santé* » Rapport des conférences hospitalières, Ministère chargé de la Santé.

MAUSS H. PICARD S. DELNATTE J.C., LAFFONT J.Y., Octobre 2014, « *Contrôle de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille (AP-HM) Tome 1 : rapport définitif* » Rapport 2014 de l'Inspection Générale des Affaires Sociales. I.G.A.S.

Observatoire National de la Fin de Vie (Comité de Pilotage), Rapport 2014 - « *Fin de vie et précarités : Six parcours pour mieux connaître la réalité et comprendre les enjeux de la fin de vie des personnes en situation de précarité en France* ».

Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES). Coordination menée par Thierry Prost (Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation-ATIH) et Sylvie Rey (DREES), Rapport 2015, « *L'état de santé de la population en France* », DREES.

GARRIGUE-GUYONNAUD H., LAFFONT J.Y., RUO V., Septembre 2015, « *Évaluation de la situation financière et des effectifs de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille* » Rapport 2015 de l'Inspection Générale des Affaires Sociales. I.G.A.S.

## **REFERENCES NUMERIQUES**

Textes de loi, décret, circulaire : <https://www.legifrance.gouv.fr>

Calcul des statistiques : <https://www.insee.fr/fr/statistiques>

Assistance Publique- Hôpitaux de Marseille : <https://www.ap-hm.fr>

T2A: <http://www.t2a-conseil.com/blog/sejours-a-ghm-medicaux/>

<http://www.t2a-conseil.com/blog/les-sejours-mco-en-dessous-de-la-borne-basse-ou-seuil-bas/>

<http://www.t2a-conseil.com/blog/sejours-a-ghm-medicaux/>

**LEFEVRE ép.MONTREDON Lucie**

**CAFERUIS 12 (2016-2018)**

**EXPERTISE TECHNIQUE  
LE SERVICE SOCIAL HOSPITALIER,  
ENTRE RECHERCHE D'EFFICIENCE  
ET PRISE EN CHARGE GLOBALE DU PATIENT,  
UNE PLACE A CONFORTER**

**RESUME :** Après une analyse du contexte hospitalier et de la place du Service Social Hospitalier au contact des patients au sein de son institution, et auprès de ses partenaires, quels sont les enjeux pour ce service et son cadre socio-éducatif et comment les relever pour conforter ses missions, ses valeurs, son identité et sa position dans et hors les murs de l'hôpital.

**MOTS CLES :** Hôpital, Efficience, Problématiques sociales des patients, Service Social Hospitalier, Cohésion d'équipe.