



RAPPORT D'ACTIVITE

ANNEE 2013

SERVICE Maladies Infectieuses

GILOIS Pascal/ASE CHU RENNES

❖ PRESENTATION DU SERVICE

➤ **Pôle :**

Médecine et soins de support

➤ **UF des unités du service :**

4201 : Hospitalisation complète Claude Bernard

4203 : Consultations CISIH

4204 : Hôpital de Jour CISIH

4207 : HSC (soins continus)

4209 : Consultations externes Maladies Infectieuses

➤ **Nombre de lits :**

Hospitalisation complète Claude Bernard : 22

Hospitalisation de jour CISIH : 5

Total de 27 lits

➤ **PRESENTATION DES EQUIPES MEDICALES ET SOIGNANTES**

➤ **Nom du chef de service :**

Professeur Christian MICHELET

➤ **Nom du cadre supérieur de santé :**

Mme Christiane ROUAUD

➤ **Nom des cadres de santé**

Mme Elisabeth BOUGEARD

INTRODUCTION

Le service des maladies infectieuses se compose de la façon suivante :

- Hospitalisation complète,
- Hôpital de jour,
- Consultations externes,
- Centre de dépistage anonyme et gratuit.

Concernant les patients en hospitalisation complète je peux être sollicité :

- soit durant le staff pluridisciplinaire hebdomadaire du service où les situations des patients sont présentées ;
- soit sur sollicitations directes des patients ou de leur famille, via l'équipe soignante du service ;
- et enfin sur sollicitations du bureau des entrées qui me signale les situations présentant une problématique de protection sociale (absence droits sécurité sociale ou absence complémentaire santé ...).

Pour les situations rencontrées dans le cadre des consultations externes et de l'hôpital de jour :
Des permanences quotidiennes sont assurées tous les matins (de 10h à 13h). Je suis, là aussi, sollicité soit directement par les patients (prise de rendez-vous auprès du secrétariat du service social ou du secrétariat médical du service), soit sur orientation des médecins qui suivent les patients. Les situations des patients nécessitant une intervention sociale sont également présentées lors d'un staff pluridisciplinaire hebdomadaire.

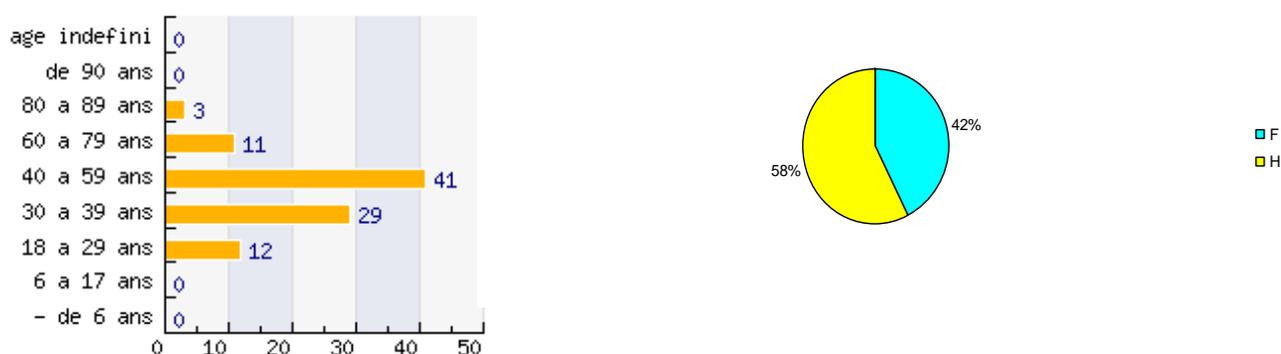
Les interventions sociales et les accompagnements réalisés auprès des patients suivis en consultations externes ou dans le cadre des hôpitaux de jour représentent la charge de travail la plus importante de mon activité au sein du service des Maladies Infectieuses. En 2013, sur les 497 prises en charge sociales réalisées (soit 304 patients), 378 l'ont été dans le cadre des consultations externes et des Hôpitaux De Jour (soit 76%).

Cela peut s'expliquer par la chronicité des pathologies rencontrées qui impliquent un accompagnement social sur le long terme, notamment pour les patients VIH qui représentent environ 84% de ces 378 prises en charge.

Dans le cadre des diagnostics de « découverte récente VIH », un entretien avec l'assistant social est systématiquement proposé au patient. Cet entretien permet, par un premier contact, d'informer la personne principalement sur l'accès aux soins et l'ouverture de droits. Cette démarche est le fruit d'une réflexion engagée par les différents intervenants du service (médecins, infirmières, psychologues et assistant social), en vue d'une meilleure prise en charge.

❖ CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUE

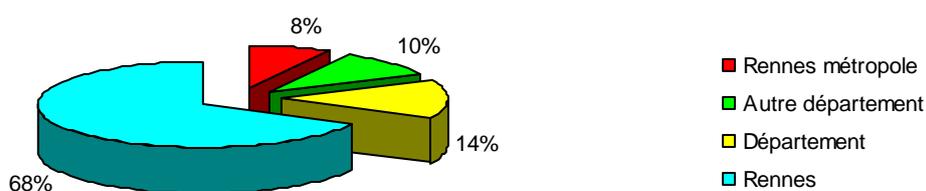
➤ REPARTITION PAR AGE ET SEXE



La population rencontrée reste une population jeune et se situe principalement dans une tranche d'âge allant de 30 à 59 ans (soit 70% de la population rencontrée). Pour les 14% des personnes de plus de 60 ans, il s'agit, pour l'essentiel, de patients ayant bénéficié d'une intervention sociale au cours d'une hospitalisation complète.

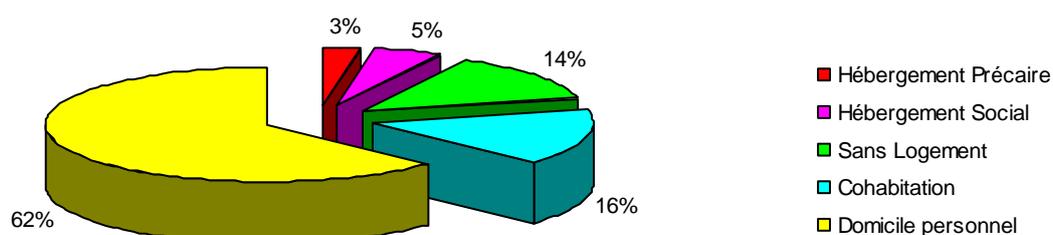
La répartition par sexe : en 2013, nous pouvons noter une légère augmentation de la population masculine 58% contre 42 % de femmes. Les années précédentes, la répartition par sexe était moins marquée. Je n'ai pas d'explication particulière à apporter, simple constat.

➤ ORIGINE GEOGRAPHIQUE



90% des personnes rencontrées sont originaires du département d'Ille et Vilaine (réparties de la façon suivante : 68% Rennes, 8% Rennes Métropole et 16% sur le reste du département). Cette répartition est semblable au constat fait les années précédentes et nous pouvons également noter une forte prédominance urbaine.

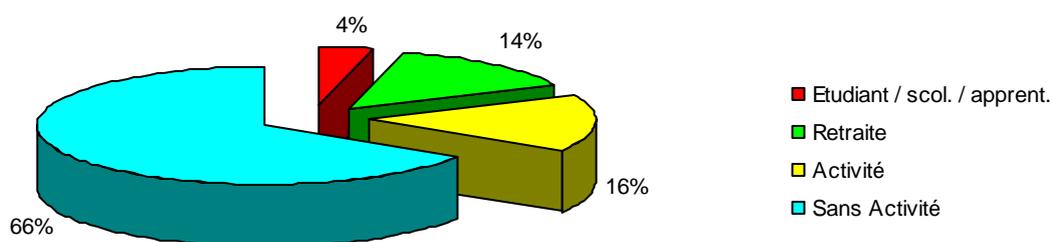
➤ TYPE DE LOGEMENT



Sensiblement dans les mêmes proportions que l'année passée, nous pouvons noter que 62 % des patients rencontrés bénéficient d'un domicile personnel. Je m'attarderai davantage sur les 38 % restants. Comme sur les deux derniers exercices, le constat déjà posé concernant les difficultés liées à la question du logement ou de l'hébergement se confirme. En effet, nous avons noté, en 2012, que pour 30% des personnes rencontrées, la question du logement ou de l'hébergement présentait une difficulté notable (22% en 2011). En 2013, pour 38 % des patients rencontrés, la question de l'absence de logement et/ou de solution d'hébergement précaire est présente. Cette question du logement représente un des critères de fragilité et de précarité du public rencontré dans le cadre des interventions sociales.

Cette question du logement reste une problématique non négligeable dans les accompagnements réalisés, j'indiquerai plus loin dans l'analyse des principaux motifs d'intervention que cela représente 12% des principaux motifs d'intervention (plus 5 points par rapport aux deux précédentes). Cette question du logement peut avoir des répercussions sur la prise en charge globale de la situation : insertion sociale des personnes, mais aussi sur le suivi médical (une observance thérapeutique efficiente et optimale passant, notamment, par une stabilité de la vie sociale et par un logement ou un hébergement pérenne).

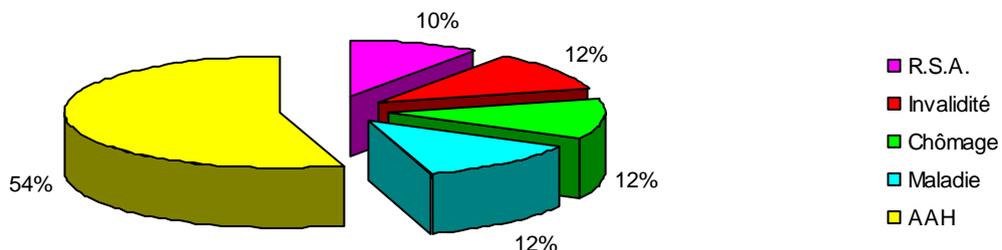
➤ SITUATION SOCIO-PROFESSIONNELLE



La majorité des personnes rencontrées ne sont pas en situation d'activité professionnelle (66%). Cela peut être expliqué par les pathologies chroniques dont souffrent les patients rencontrés et sur les répercussions que ces dernières peuvent impliquer sur l'accès ou le maintien dans l'emploi (fatigabilité importante, effets secondaires en lien avec des thérapeutiques longues et lourdes).

Le pourcentage de personnes retraitées (14% en 2012) correspond, pour l'essentiel, à des personnes vues dans le cadre d'une hospitalisation complète.

➤ BENEFICIAIRES DE PRESTATIONS



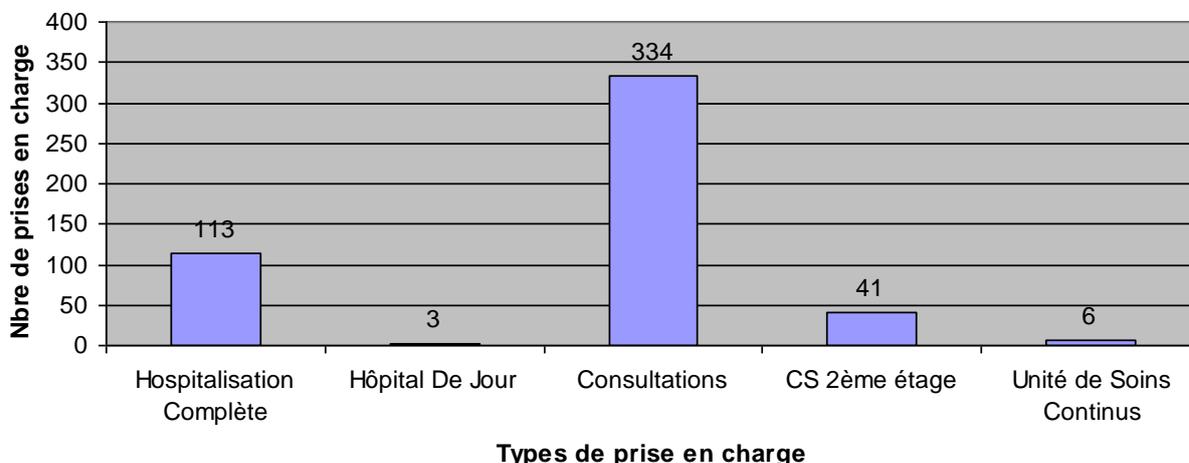
Pour 78% des personnes rencontrées ou ayant fait l'objet d'un accompagnement social régulier, les sources de revenus correspondent à des prestations en lien avec la maladie ou le handicap (pour les patients du service des Maladies Infectieuses, il s'agit plus de maladies invalidantes pouvant aboutir à une situation de handicap). 54% de ces personnes sont bénéficiaires de l'AAH.

En 2013, 22% des patients rencontrés bénéficient de revenus de substitution précaires (soit 13% allocations chômage et 10 % RSA, pourcentages identiques à ceux de 2012).

Ces sources de revenus précédemment citées sont aussi à prendre comme indicateur de fragilité et de précarité du public rencontré.

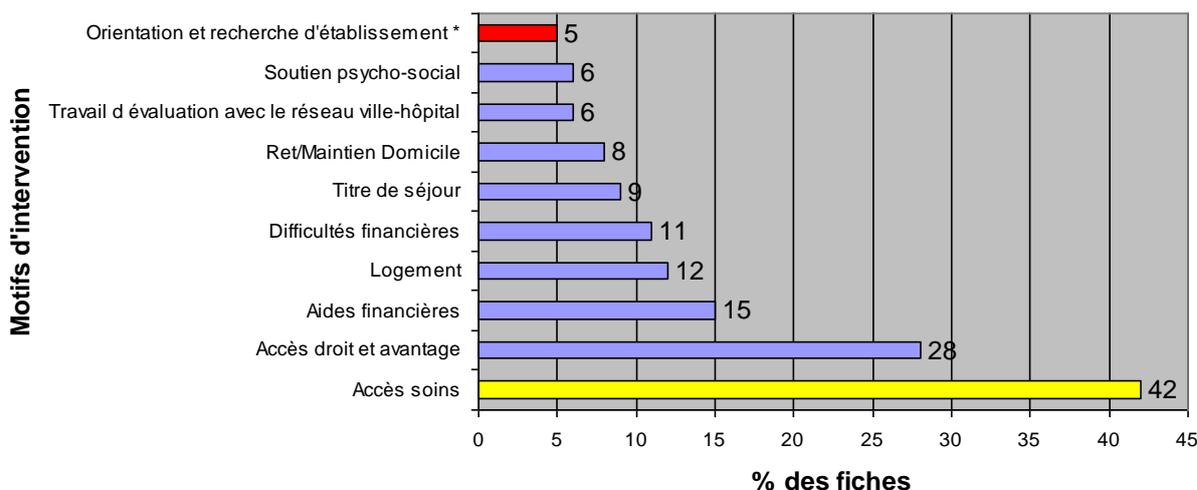
❖ LES PRINCIPAUX MOTIFS D'INTERVENTION

➤ Répartition des prises en charge dans le service des maladies infectieuses



Comme je le mentionnais en introduction de ce rapport, la plus grande part de mon activité professionnelle au sein du service des Maladies Infectieuses est réalisée auprès de patients vus en consultations et/ou en Hôpitaux De Jour (soit environ 76% des patients en 2013). L'explication peut résider dans le caractère chronique des pathologies (plus particulièrement le VIH et co-infection VIH-VHC), mais aussi sur la durée assez longue de certains suivis médicaux (tuberculose par exemple).

➤ Principaux motifs d'intervention



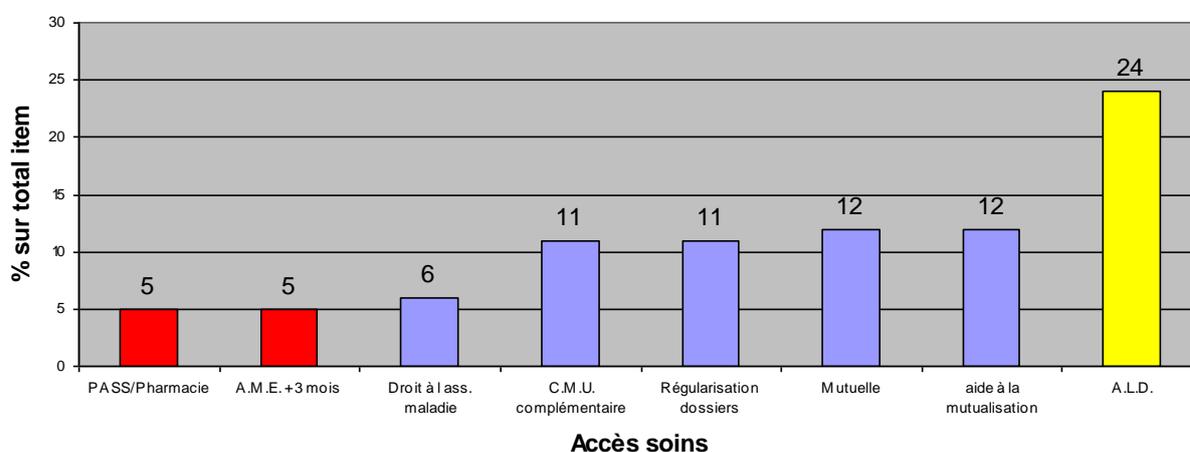
Les principaux motifs d'intervention :

Motif d'intervention	Effectif	% des fiches	% des patients	% des motifs
Accès soins	208	42	68	16
Accès droit et avantage	141	28	46	11
Aides financières	73	15	24	6
Logement	61	12	20	5
Difficultés financières	55	11	18	4
Titre de séjour	43	9	14	3
Ret/Maintien Domicile	40	8	13	3
Travail d'évaluation avec le réseau ville-hôpital	31	6	10	2
Soutien psycho-social	29	6	10	2
Orientation et recherche d'établissement *	23	5	8	2
Total	1264	251%	411%	100%

* Indicateurs mis en place en 2013

Pour l'exercice 2013, il est possible de mettre en exergue 3 principaux motifs d'intervention à savoir :

→ L'accès aux soins



Dans le détail de cet item, il est possible de noter de façon semblable aux exercices précédents une forte représentation des demandes d'exonération du ticket modérateur au titre de l'ALD (affection longue durée). Ceci est à mettre en lien avec les diagnostics VIH (nouvelles découvertes et quelques demandes de renouvellements quand absence de médecin traitant) et les diagnostics tuberculose.

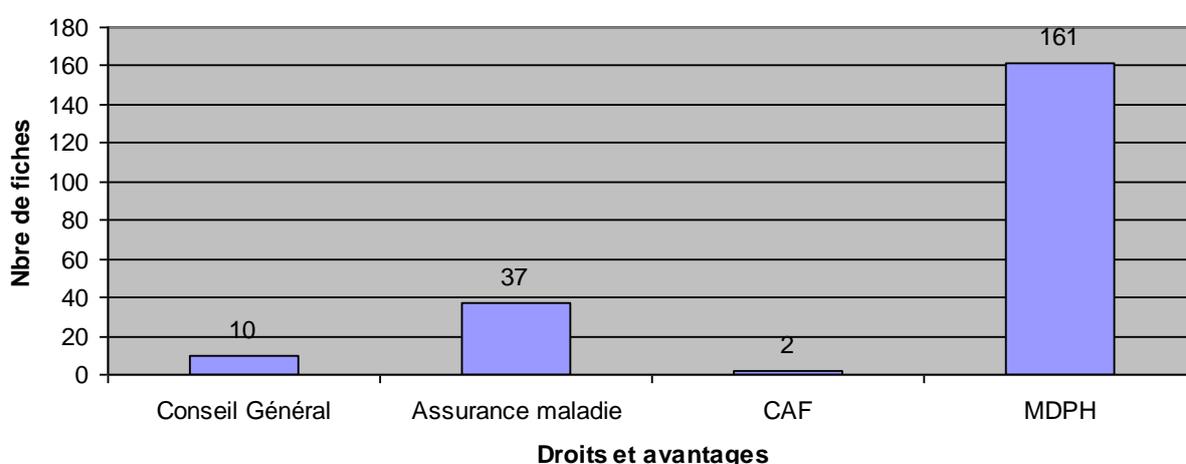
Le défaut de complémentaire santé (mutuelle et CMUC confondues) représente 23% des motifs d'intervention de cet item accès aux soins. Pour 2013, il est possible d'observer une légère augmentation du pourcentage de dossiers d'ACS (aide à la complémentaire santé) passage de 12 % en 2013 contre 9 % en 2012. Cette augmentation tient peut-être son explication par l'appropriation du dispositif par les patients qui en ont déjà bénéficié et pour qui un

renouvellement a été instruit en 2013, et également par une vigilance à faire valoir ce droit. Lors d'une première demande, ces dossiers d'ACS sont généralement associés à une demande d'adhésion à une complémentaire santé.

Comme je l'indiquais déjà en 2012, les recherches de mutuelles et l'instruction des dossiers d'aide à la complémentaire santé (qui, si l'on combine les deux, représentent, pour 2013, 24 % des interventions dans cet item) sont à mettre en lien avec le profil des patients rencontrés qui, pour 54% d'entre eux, sont bénéficiaires de l'AAH (cf. page 5 « bénéficiaires de prestation ») ; les bénéficiaires de l'Allocation Adultes Handicapés dépassant les plafonds de ressources CPAM pour prétendre à la CMU-C.

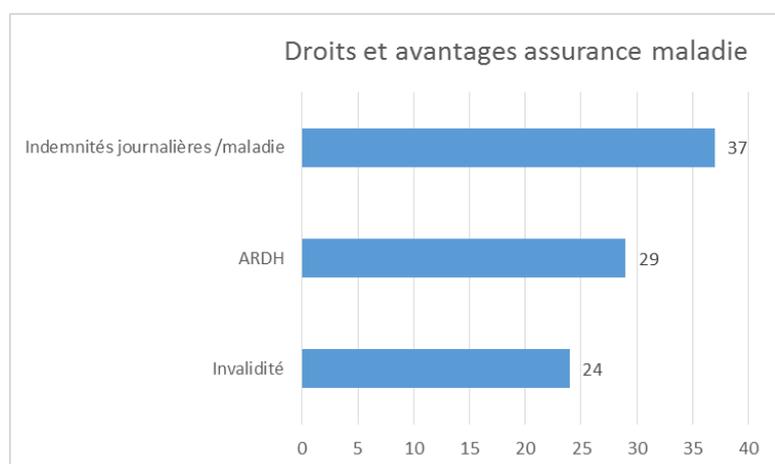
Les demandes d'AME (+ de 3mois) représentent 5% des interventions (soit 15 patients pour 2013 contre 11 en 2012). Si nous ajoutons l'ensemble des interventions correspondant aux dossiers CMU base, CMUC, AME (- ou + 3 mois) et ACS, nous obtenons un total de 28%. Ce pourcentage est à prendre comme un critère de précarité des situations rencontrées.

→ L'accès droits et avantages



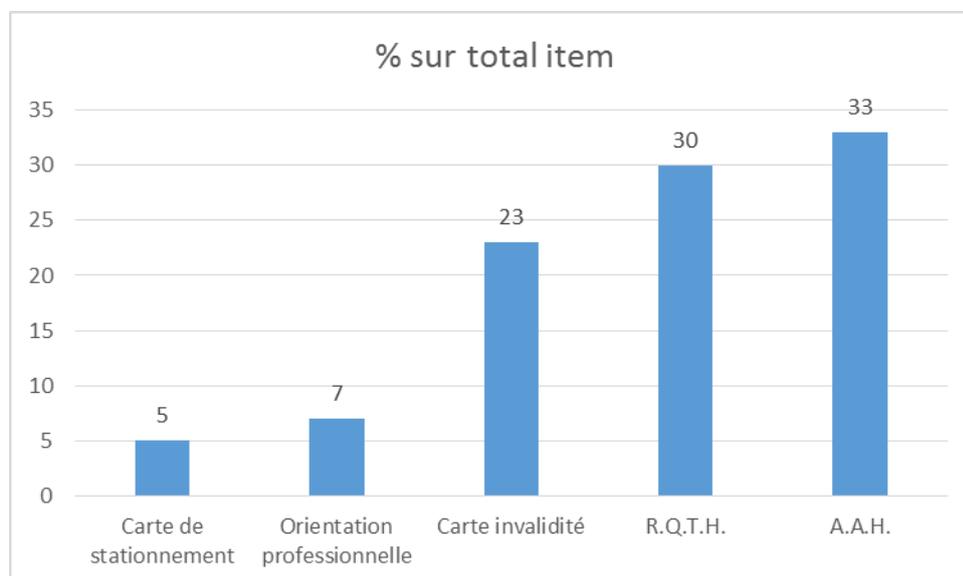
Les interventions d'accès aux droits et avantages auprès du conseil général, 10 prises en charges, correspondent à des demandes d'APA (Allocation Personnalisée à l'Autonomie) et sont réalisées auprès des patients ou leurs familles vus en hospitalisation complète et dans le cadre d'un retour à domicile.

Concernant les interventions en lien avec l'assurance maladie, il faut dissocier les prises en charges concernant l'utilisation du dispositif ARDH qui renvoie essentiellement aux patients vus en hospitalisation complète dans le cadre de l'organisation du retour à domicile.

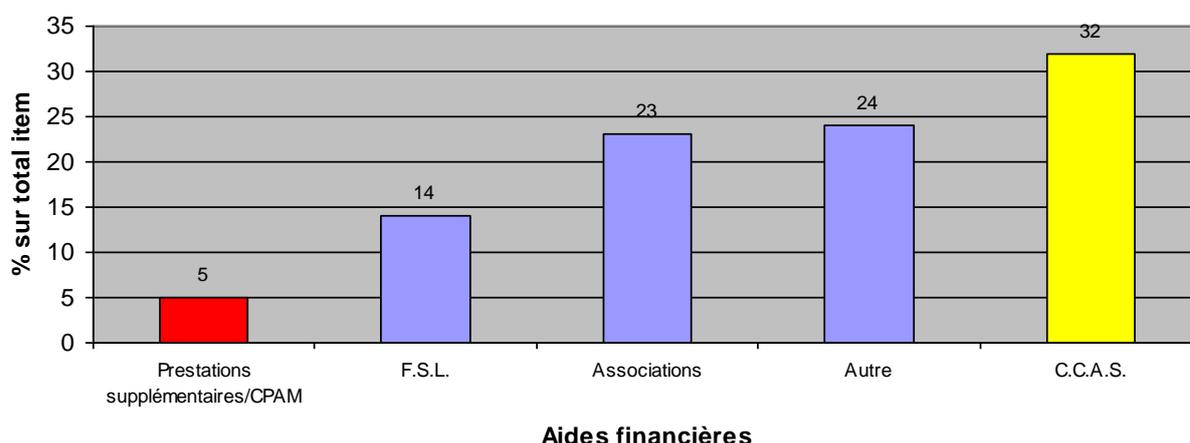


Concernant cet item « accès droits et avantages », la majorité des interventions correspondent aux démarches engagées auprès de la MDPH (161 fiches soit 76% des prises en charge de cet item). Pour l'essentiel, il s'agit des premières demandes ou des renouvellements AAH (33% des demandes), RQTH (30%), carte invalidité (23%) et auprès de la CAF (surtout en lien avec une ouverture de droits avec l'AAH).

Ces pourcentages sont sensiblement identiques à ceux notés en 2012 et dans les mêmes proportions.



→ Aides financières



Les aides financières représentent 15% des motifs d'interventions (augmentation de 3 points par rapport à 2012). Comme je l'avais déjà mentionné l'an dernier, je pense qu'il est important de faire un lien avec l'item « catégorie socio-professionnelle » (page 5), où nous avons pu observer que 66% des personnes rencontrées sont sans activité professionnelle, et bénéficient de minima sociaux (critères de précarité).

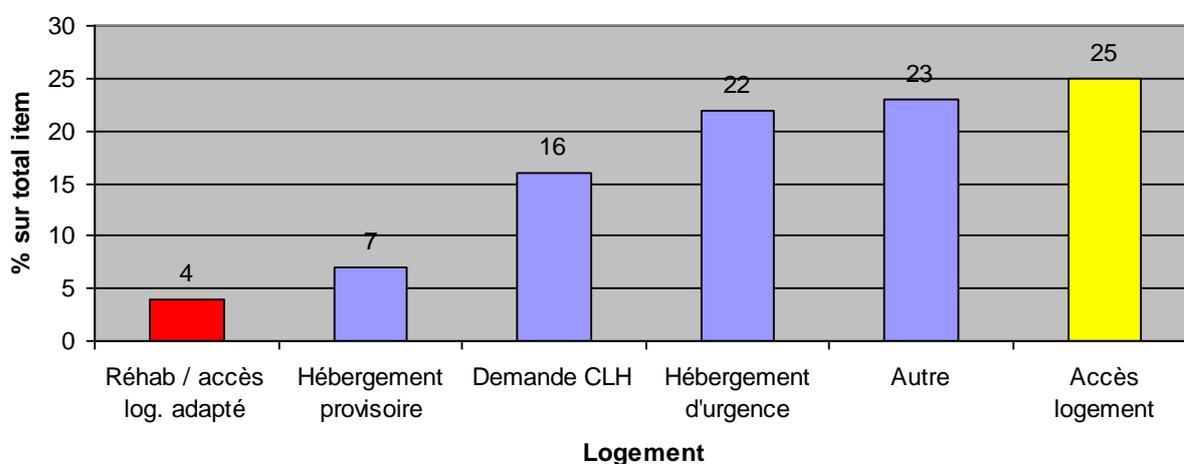
Ces aides financières sont sollicitées auprès des partenaires extérieurs : 23% vers le tissu associatif caritatif (essentiellement secours catholique, secours populaire, restaurant du cœur pour l'essentiel), et 32 % CCAS. Ces demandes d'aides financières correspondent, pour la grande majorité, à des secours d'urgence au titre d'aide alimentaire.

Par rapport à 2012, il est à noter une légère augmentation des demandes de FSL en 2013 (2013 : 14% / 2012 : 11% mais très loin du pic des 23% connus en 2011). Nous sommes plus proches de la situation connue en 2010 et dans les années précédentes (14%). Pour l'essentiel, il s'agit de demandes d'aides financières correspondant à des impayés de loyer et/ou de factures énergie.

La rubrique « autre » de cet item correspond, pour la plupart, à des demandes dérogatoires de gratuités des transports urbains auprès de Rennes métropole.

➤ Autres motifs d'intervention

➔ Le logement



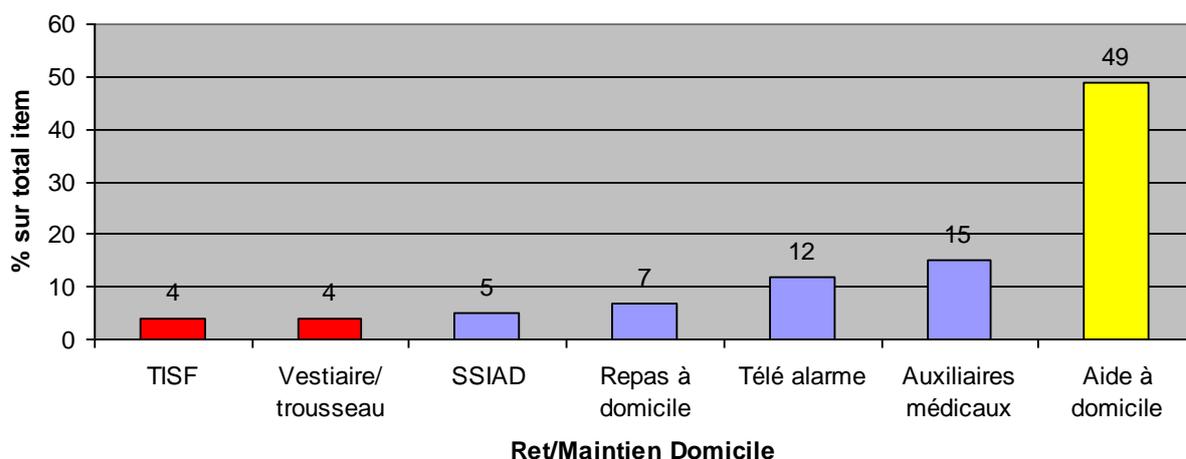
En 2013, contrairement à ce que j'avais pu noter sur les exercices passés, mes interventions concernant la question de l'hébergement et du logement ont connu une augmentation (2013 12% de mes interventions contre 7 % en 2012) et, de ce fait, positionne cet item à la quatrième place des motifs d'intervention. Cette question de l'hébergement, sans même parler de celle du logement, reste un point important, voire crucial, dans la prise en charge médico-sociale des patients suivis. Une observance thérapeutique optimale nécessite souvent une stabilité de la vie sociale, passant notamment par la question d'un logement ou d'un hébergement pérenne.

Les principales difficultés rencontrées concernent l'accès au logement pour le public migrant en situation irrégulière ou ne bénéficiant pas d'un titre de séjour permettant de prétendre aux dispositifs d'attribution de logement social de droit commun : 22% des interventions correspondent à des sollicitations d'hébergement d'urgence (via le dispositif 115).

Concernant l'accès à un logement plus pérenne, les solutions résident pour l'essentiel par un accès au parc locatif public via le dispositif de Relogement Social Prioritaire de la Commission Locale de l'Habitat de Rennes métropole. Bien qu'il n'y ait pas eu de recueil chiffré des refus de la CLH, ni en 2012 ni en 2013, il est possible de noter un accès plus difficile au dispositif de RSP.

Dans la recherche de solutions d'hébergement, un travail de partenariat important se fait avec le centre médical Louis Guilloux via les Appartements de Coordination Thérapeutiques. Les sollicitations auprès du centre médical Louis Guilloux pour les ACT correspondent principalement à des situations de patients suivis pour des pathologies de type tuberculoses nécessitant parfois des traitements sur 12 ou 18 mois.

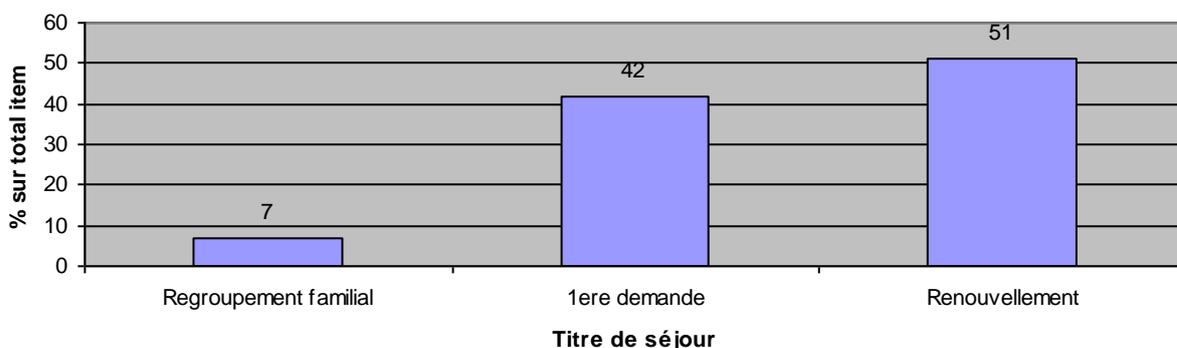
→ Retour/Maintien à domicile



Cet item ne concerne que les interventions réalisées auprès de patients suivis en hospitalisation complète dans le service des Maladies Infectieuses (UF 4201 et 4207). Le taux le plus important, 49%, concerne la mise en place d'aides à domicile (entretien logement, portage repas, aides aux courses...), dans le cadre de la sortie d'hospitalisation. Dans un premier temps, ce sont les complémentaires santé qui sont sollicitées, puis le relais peut être pris via des dispositifs proposés par les partenaires de type service social de la CARSAT (avec le dispositif ARDH) ou les fonds d'action sociale des caisses de retraite.

20% des interventions (diminution de 7 points par rapport à 2012) concernent la mise en place d'auxiliaires médicaux (infirmières libérales ou SSIAD, dans le cadre de la poursuite de soins, d'aide à la toilette, de surveillance de prise de traitement...).

→ Titres de séjour



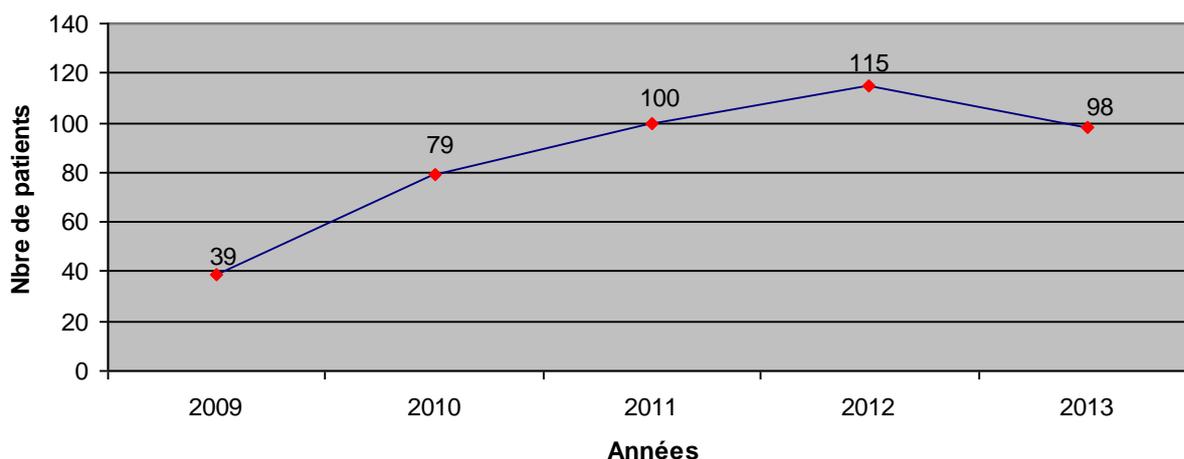
Comme pour le logement, la question du titre de séjour ne représente qu'un pourcentage assez faible (9%) de mes interventions (cf. page 9). Toutefois, c'est peut être l'un des points le plus important et le plus « chronophage » dans les accompagnements réalisés auprès des patients migrants. De cette question de l'obtention d'un titre de séjour (notamment pour raison médicale), découle l'accès à différents dispositifs sociaux (hébergement et ressources par exemple).

L'année 2013 a été la continuité des difficultés déjà notées en 2012 concernant notamment les questions des conditions de délivrance de titre de séjour et des modalités d'application locales. En 2012 déjà, nous avons pu constater un recadrage important des autorités nationales et locales sur ce point : circulaire du 05/01/2012 sur les conditions de délivrance de récépissé demande de titre de séjour + modifications des modalités de demandes auprès de la Préfecture d'Ille-et-Vilaine.

Les interventions concernent principalement des demandes de renouvellement, soit 51% (diminution de 8 points par rapport à 2012). Concernant les premières demandes, le pourcentage est en légère hausse par rapport à l'an passé (42 % en 2013 contre 38% en 2012).

❖ EVOLUTION DEPUIS 2009

Patients d'origine étrangère

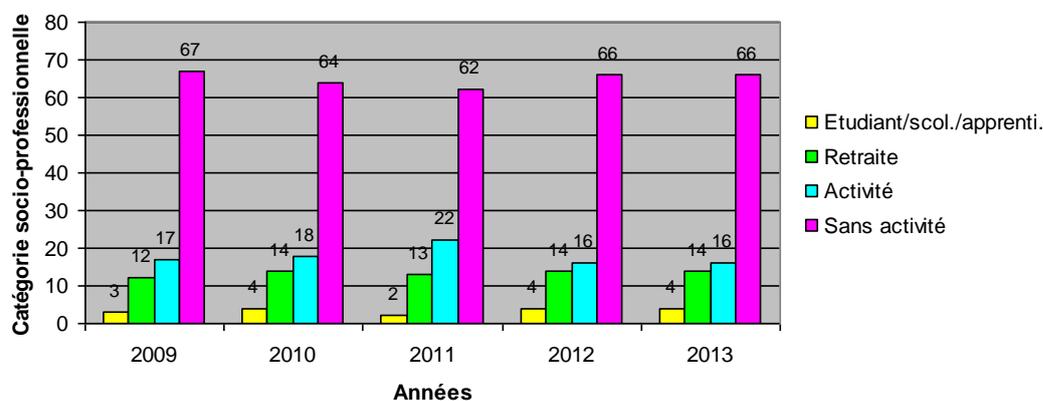


Comme il l'avait été mentionné dans le rapport d'activité précédent, depuis 2009, le nombre de prises en charge de patients d'origine étrangère n'a cessé de progresser. L'hypothèse émise étant la mise en lien avec la politique de régionalisation des prises en charge des populations d'origine étrangère mise en place en 2008, et donc par la présence sur le département d'Ille-et-Vilaine des administrations et des dispositifs d'accueil concernés.

2012 représente le pic de la courbe de croissance que nous pouvons observer depuis 2009 (dans les faits, il est même possible de dire depuis 2008). Pour rappel, nous avons noté, l'an dernier, que le nombre de prises en charge de patients d'origine étrangère a été multiplié par 3 en 5 ans.

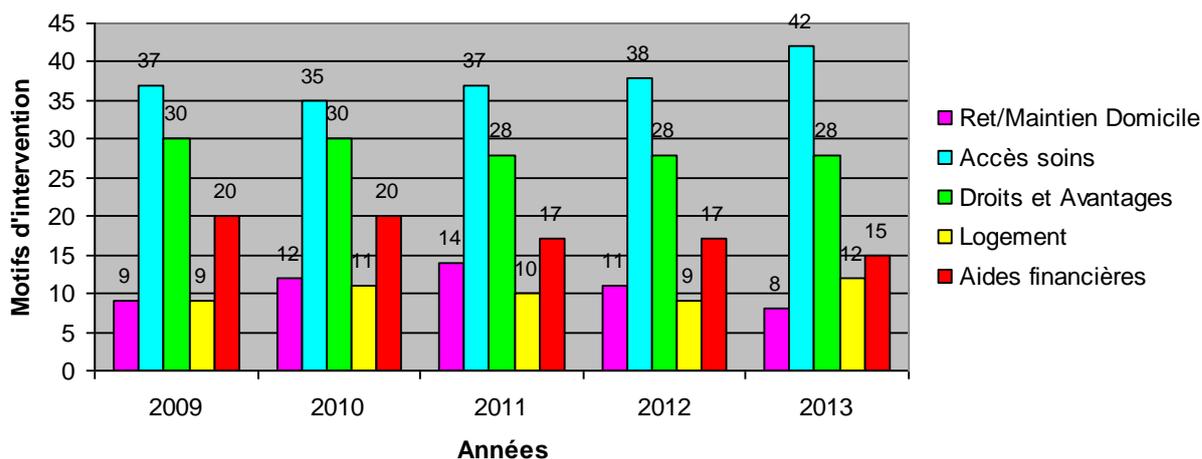
En 2013, nous pouvons constater les premiers signes d'infléchissement de la courbe avec un retour au niveau de ce qui a été connu en 2011. Je n'ai pas d'explication particulière à donner pour expliquer cette inversion de progression.

Catégories socio professionnelles



Même constat que pour les cinq dernières années, nous retrouvons une constance en termes de typologie de catégorie socio-professionnelle, avec une large majorité des personnes rencontrées qui sont, au moment du suivi social, sans activité professionnelle. Les personnes retraitées sont pour l'essentiel des patient(e)s vu(e)s en hospitalisation complète.

Motifs d'intervention



Nous retrouvons, en 2013, ce que nous avons déjà noté l'an passé en analysant ce graphique comparatif des 5 dernières années : constance dans les principaux motifs d'intervention autour de 3 grands axes, à savoir l'accès aux soins, les droits et avantages et les aides financières. L'accès aux soins étant, comme j'ai pu l'évoquer précédemment, le premier motif de mes interventions (ouvertures de droits, mutuelle, CMUC...). La question des aides financières, malgré une baisse de 5 points depuis 2009, reste, depuis cette date, assez constante entre 20% et 15%. Ce constat est à mettre en rapport avec les critères de précarité et de fragilité sociale déjà évoquées précédemment dans l'analyse des données (pages 7 à 9).

Les pourcentages correspondant aux interventions concernant les droits et avantages sont très stables depuis 5 ans (entre 30 % et 28 %).

La question du logement est toujours présente depuis 2009, et cela dans les mêmes proportions (9% à 11%) avec toutefois une légère augmentation en 2013 si l'on compare sur les 5 dernières années.

CONCLUSION

L'activité 2013 reprend les mêmes domaines d'intervention et résultats que les années précédentes. Ces interventions s'articulent surtout autour de l'accès aux soins, accès aux droits, logement, aides financières

Le travail de collaboration avec les partenaires extérieurs déjà initié depuis plusieurs années se confirme (notamment avec le Centre Médical Louis Guillou), et reste indispensable dans la prise en charge de certaines situations, notamment pour ce qui relève des questions d'hébergement et/ou de logement pour les patients en situation de grande précarité.

Concernant mes autres missions, j'ai pu accueillir sur l'exercice 2012/2013 une stagiaire assistante sociale 3ème année. Cette nouvelle expérience a été très enrichissante à divers niveaux : regard sur sa pratique, questionnements, accompagnement et transmission de savoirs. Je pense renouveler cette expérience, mais plutôt en binôme.

J'ai été amené également lors de l'exercice 2013 à présenter mes missions et plus particulièrement ce qui concerne les dispositifs d'accès aux soins (ouverture de droits CMU, CMUC, AME + et - 3 mois) et les dispositifs de régularisation de situation administrative (demande asile et titre de séjour pour raison de santé essentiellement) auprès d'un groupe d'infirmières et d'aides-soignantes du service des maladies infectieuses. Cette présentation s'inscrivait dans un programme d'information, dont peuvent bénéficier les infirmières et les aides-soignantes, et a été proposé suite à leur demande. J'espère pouvoir renouveler ce type d'expérience.

Participation régulière à la RCMS mis en place depuis 2012, concernant les situations problématiques en lien avec les questions d'hébergement et de d'accès effectif au soin. Ce travail de collaboration entre les professionnels soignants (médecins) et le service social est indispensable dans la prise en charge de ces situations complexes.

Je participe également depuis le dernier trimestre de l'année 2013 (5 journées en totalité, fin en avril 2014) à une formation sur l'éducation thérapeutique organisé par le service des maladies infectieuses. Travail en équipe pluri disciplinaire (médecin, IDE, diététicienne, assistant social) sur le projet et les outils d'éducation thérapeutique.