

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2018

THESE

**POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 16 janvier 2004)**

présentée et soutenue publiquement
le 11 janvier 2018 à Poitiers
par **Alexandra MARTINIÈRE**

Titre

Les scores et déterminants de la précarité dans la pratique clinique :
revue de la littérature

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur José GOMES DA CUNHA

Membres : Monsieur le Professeur José GOMES DA CUNHA
Monsieur le Professeur François BIRAULT
Monsieur le Docteur Bernard FRECHE
Monsieur le Docteur Benoit TUDREJ

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Benoit TUDREJ



Le Doyen,

Année universitaire 2017 - 2018

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HADJADJ Samy, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (**en détachement**)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques (**surnombre jusqu'en 12/2017**)
- MACCHI Laurent, hématologie
- MARECHAUD Richard, médecine interne (**émérite à/c du 25/11/2017**)
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
- SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- COUDROY Rémy, réanimation
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FEIGERLOVA Eva, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie (**mission 09/2017 à 03/2018**)
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- SAPANET Michel, médecine légale
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe
- GOMES DA CUNHA José

Maître de conférences des universités de médecine générale

- BOUSSAGEON Rémy (**disponibilité de 10/2017 à 01/2018**)

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- SIMMONDS Kevin, maître de langue étrangère

Professeurs émérites

- DORE Bertrand, urologie (08/2020)
- EUGENE Michel, physiologie (08/2019)
- GIL Roger, neurologie (08/2020)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2020)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2020)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (16/02/2019)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (**émérite à/c du 25/11/2017 – jusque 11/2020**)
- POURRAT Olivier, médecine interne (08/2018)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2018)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2020)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2018)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (ex-émérite)
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

Remerciements

A mes maîtres :

Au Professeur José Gomes,
Monsieur, vous me faites l'honneur d'être mon président de jury. Je vous remercie d'avoir accepté si facilement d'assister à nos deux soutenances avec Rita. Même si je n'ai pas eu l'honneur de travailler avec vous, je connais votre engagement pour cette belle profession et surtout pour notre formation d'internes en médecine générale, et j'en reste admirative.

Au Docteur Bernard Freche,
Monsieur, vous me faites l'honneur de juger mon travail aujourd'hui. Merci d'être là aujourd'hui.

Au Docteur François Birault,
Monsieur, merci d'avoir également répondu présent et de faire partie de ce jury. J'ai également beaucoup de reconnaissance pour le travail et les connaissances que vous savez partagé avec nous en tant qu'étudiant au cours des séminaires.

Au Docteur Benoit Tudrej,
Cher Benoit, merci pour tout le soutien que tu as su nous apporté et l'entrain que tu nous as donné à Rita et moi-même, merci d'être un directeur de thèse si exemplaire. Tu as su être présent dès nos moments de doutes. J'ai été ravie de pouvoir remplacer à ton cabinet, me permettant ainsi de te rencontrer.

Au Professeur Philippe Binder,
Monsieur Binder, j'ai le regret aujourd'hui de ne pas pouvoir vous compter présent dans mon jury ce jour. Mais je ne serai vous remercier suffisamment pour ce que vous m'avez apporté au cours de mon niveau 1. Vous m'avez donné cette fibre de la communication, que j'apprécie tant dans cette profession, parfois difficile mais permettant d'avancer sereinement au fil des rencontres professionnelles mais également privées.

Au Docteur Erwan Collin,
Cher Erwan, je n'oublierai jamais ce merveilleux semestre de niveau 1, aussi bien grâce au Pr Binder mais également grâce à toi, qui m'a permis d'avoir confiance en mes compétences notamment avec les enfants. J'ai tout de suite apprécié cette bonne humeur que tu sais transmettre pour travailler malgré des patients difficiles. Tu m'as permise de croire en cette profession qui peut permettre de faire aussi autre chose que de la médecine de famille « classique ».

Au Docteur Damien Coisne,
Cher Damien, merci pour ce premier semestre qui m'a permis de prendre mes marques dans la profession. J'ai toujours admiré ton côté professionnel et si

agréable aussi bien avec les patients que le personnel médical ou bien nous internes novices. Je te souhaite tout particulièrement la santé dans ces périodes que je sais difficile.

Au Docteur Jocelyn Barrier,

Monsieur Barrier, je vous remercie de cette aide pour nous apprendre à tout simplement simplifier ce qui nous paraît être une « montagne » en médecine, travailler à vos côtés m'a appris énormément.

Au Docteur Sylvain Primault, au Docteur Véronique Goudet et au Docteur Antoine Elsendoorn, qui ont tous une personnalité si différente mais qui m'ont tous à leur façon permise de tant apprécier ce semestre en médecine interne, spécialité qui me paraissait si obscure initialement.

A mes collègues :

Au Docteurs Cécile Hummel, Xavier Lemercier, Matthieu Rubi, j'ai adoré travailler au sein de votre maison médicale rurale, et j'espère trouver un jour une si bonne ambiance de travail dans ma future installation.

Au Docteur Justine Carlu,

Chère Justine, merci de m'avoir fait croire en la possibilité de vie de famille remplie et de vie professionnelle sérieuse et respectée des patients. Travailler avec ta patientèle était un véritable plaisir, tes dossiers sont si impeccablement tenus.

Au Docteurs Sophie Paccalin, Jean François Maugard et Olivier Kandel qui ont tous une façon différente de travailler mais qui m'ont permis d'apprendre à gérer des patientèles si riches et variés et savoir être si polyvalente, je vous en remercie.

A Rita,

Ma chère collègue, merci de m'avoir accompagné dans ce travail, tu es toujours agréable et volontaire, je te souhaite une belle réussite professionnelle et privée.

A mes amis.

A Camille, nous avons tant partagé depuis tant d'années, je suis si fière de pouvoir te compter dans mes meilleurs amis, je sais à quel point toi aussi tu as dû fournir tant d'efforts pour obtenir ta réussite professionnelle.

A Céline, merci d'avoir tant partagé ces dernières années. Nos déjeuners improvisés à Poitiers vont me manquer. Je suis très fière que tu aies réussi à passer la robe d'avocate cette même année d'aboutissement professionnel pour nous deux.

A Marie et Olivier, je ne serai compter le nombre de fous rires partagés ces dernières années, vous êtes des amis si généreux et adorables. Vous êtes incroyablement brillants dans vos spécialités et avez su rester si humbles. Merci Marie pour ces petites astuces sur Zotero.

A Anne-Sophie et François, merci pour ces journées ensoleillées partagées, vous êtes un super modèle d'équilibre familial et professionnel pour moi.

A Racha et Guillaume qui m'ont montré la voie de la réussite professionnelle, j'espère que l'avenir nous permettra de partager de nouveaux de magnifiques souvenirs.

A Emilie, je suis admirative de ton parcours dans ta spécialité, j'espère que nous pourrons partager plus de si bons moments à l'avenir en te rapprochant de nous.

A ma famille.

A mes parents qui m'ont toujours plus que soutenu aussi bien pour arriver à ce jour mais dans n'importe quel moment de ma vie privée, je suis fière de pouvoir dire que j'ai des parents si présents et disponibles.

A ma grand-mère Jacqueline, qui dès mon enfance m'a accompagné dans de nombreuses activités et m'a appris la patience et l'assiduité.

A ma tante et mon oncle, qui savent toujours nous recevoir si généreusement.

A mes cousins Nicolas, Damien, Emilie et Julia, merci pour tous ces fous rires partagés, je suis aussi très fière de vos réussites professionnelles respectives dans vos domaines si différents.

A toute la famille Belmonte et Deschaseaux qui m'ont accueilli dans cette grande famille, moi qui suis fille unique, je suis ravie de pouvoir connaître la joie du partage des fêtes familiales avec de si grande tablée.

Evidemment et surtout à Romain, qui arrive toujours à me supporter malgré tous ces moments de doute et d'inquiétude. Tu m'as toujours soutenu. Tu es mon modèle de réussite, je suis toujours aussi admirative de ce que tu fais. Je ne serai pas là sans toi.

Construire ce nouveau foyer avec toi était une évidence, je te considère déjà comme ma famille mais j'ai hâte de former une nouvelle famille avec toi.

INDEX

Index	1
Préambule	2
GLOSSAIRE	5
Introduction	6
Matériel et Méthodes	9
Résultats	10
A/ DESCRIPTION DES SCORES	10
<i>1/Score EPICES</i>	<i>10</i>
<i>2/Outil de Pascal</i>	<i>11</i>
<i>3/Score Handicap social</i>	<i>12</i>
<i>4/Score EDI</i>	<i>13</i>
<i>5/Le score PRECAR</i>	<i>15</i>
B/DETERMINANTS COMMUNS AUX SCORES	16
Discussion	20
1 : Limites de l'étude :.....	20
2 : Comparaison des scores, les déterminants émergents :.....	20
<i>a/ Profession, logement et couverture sociale</i> :.....	<i>20</i>
<i>b/ L'éducation</i> :.....	<i>21</i>
<i>c/ La famille</i> :.....	<i>23</i>
<i>d/ Le confort sanitaire</i> :.....	<i>23</i>
3 : Utilisation des scores de précarité en pratique clinique :.....	24
Conclusions	28
Références - Bibliographie	29
Annexes	34
Résumé	39
Abstract	40

PREAMBULE

Ce travail de thèse a débuté par une rencontre avec le Dr Tudrej et ensuite avec ma collègue Rita Etonno. Nous avons l'intention de travailler autour de la précarité ainsi qu'en parallèle mettre en lumière le travail du réseau ASDES (Accès aux Soins, aux Droits et à l'Education à la Santé). Ce réseau de soins est un réseau de santé pluri thématique en appui aux professionnels de santé pour la coordination des parcours de patients en situation complexe type porteur de pathologies chroniques avec situation irrégulière. Il intervient sur 11 villes du 92.

Nous avons alors pu avoir accès aux données recueillies par ASDES concernant les patients recensés et inclus dans leur réseau, par le biais de données Excel, correspondant aux réponses des questionnaires d'inclusion et de suivi.

Il a ensuite été décidé de comprendre le fonctionnement de ce réseau, son articulation et sa façon d'inclure les patients dans leur réseau sur 6 mois ou 1 an.

Malheureusement, ces données, même si elles étaient conséquentes, ne permettaient pas de réaliser d'étude prospective ou rétrospective.

Nous avons ensuite décidé de nous recentrer sur le sujet de la précarité en santé uniquement pour mettre en lumière ultérieurement le réseau.

Tout d'abord, le terme précarité, est un terme français qui n'a pas d'équivalent Mesh. Il a fallu pour cela contourner cet obstacle en recourant à des termes équivalents utilisés dans la littérature notamment anglo-saxonne, tels que « poverty » ou encore « deprivation » qui peut être traduit littéralement comme « défavorisation ».

La précarité revêtant de multiples facettes, nous nous sommes rendu compte que réaliser une revue de la littérature exhaustive seule chacune de notre côté, ne fonctionnerait pas pour pouvoir fournir un travail de thèse dans des délais acceptables. Il a alors été décidé de réaliser chacune de notre côté une revue de la littérature en recourant aux équivalents non Mesh du terme de précarité sus-cités. En poursuivant dans ce sens nos recherches sur différents modules de recherche : PubMed, LISSA, GoogleScholar etc. ; nous nous sommes rendu compte que la précarité était très mal définie en médecine. La notion de : savoir repérer un patient précaire dans la pratique clinique est alors apparue.

Dans cet optique, nous avons poursuivi nos recherches séparément en nous concentrant sur les éléments, scores et/ ou outils permettant d'identifier un patient précaire.

En mettant en commun nos recherches parallèles : nous avons alors retrouvés un ensemble de douze scores différents pouvant permettre une identification de patients dits précaires mais malheureusement aucun ne s'utilise en pratique clinique quotidienne.

Toujours dans l'optique de repérer un patient précaire dans la pratique clinique française que nous réalisons en tant que médecin généraliste libéral, il a été décidé de retenir uniquement 5 scores français. En gardant l'idée que le terme de précarité est ancrée dans une histoire géopolitique française récente, le travail s'est poursuivi sur la comparaison de ces 5 scores retenus : EPICES, Pascal, Handicap Social, EDI et PRECAR.

Dans l'évolution de notre travail, il a alors été décidé de réaliser 2 articles autour du même travail de recherche mais écrits chacun par l'une et ensuite l'autre. Le fondement du premier article reposant sur une présentation IMRAD qui présente notre travail de descriptions et critiques de ces 5 scores retenus pour la pratique clinique quotidienne

afin d'identifier un patient précaire. Le second objectif de cet article a été de comparer ces 5 articles entre eux pour faire ressortir des déterminants majeurs permettant de repérer spontanément des patients précaires au cabinet.

Secondairement, l'article suivant rédigé par ma collègue revête une question plus éthique sur l'actualité et les possibilités de repérage des patients précaires en santé clinique. De surcroît dans ce second article nous avons utilisé notre travail en amont sur le réseau ASDES pour l'utiliser comme retour d'expérience sur la façon d'intégrer ces patients précaires dans leur réseau.

Ces deux articles seront soumis à deux revues médicales différentes Santé Publique et JEMEP (Ethics, Medicine and Public Health – Éthique, Médecine et Politiques Publiques), dans l'attente d'une publication future. Je vous présente le premier article qui sera soumis sous cette forme à la revue Santé Publique.

GLOSSAIRE

AME : Aide médicale d'état

ASDES : Accès aux soins, accès aux Droits et Education à la santé

CES : Centres d'examens de santé

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CMU : Couverture maladie universelle

CMUC : Couverture maladie universelle complémentaire

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

DGS : Direction générale de la Santé

DREES : Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques

EDI : European Deprivation Index

EMC : Encyclopédie Médico-Chirurgicale

EPICES : Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé

HCSP : Haut Conseil de Santé Publique

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IRDES : Institut de recherche et de documentation en économie de la santé

LISSA : Littérature Scientifique en Santé

OMS : Organisation mondiale de la santé

PASS : Permanence d'accès aux soins de santé

SRIS : Santé, Inégalités et Ruptures sociales

SUDOC : Le catalogue du Système Universitaire de Documentation

WONCA : World organization of family doctors

INTRODUCTION

La précarité ou « santé sociale » (1) est un sujet vaste et multidimensionnel. En France, ce sujet se rattache à des enjeux politiques et nationaux qui ont été évoqués et développés à partir de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique (2). Les prémices des enjeux de précarité sont apparues à la suite de la crise du chômage en 1970, à l'époque où Simone Veil était ministre de la santé. Ce n'est que plus tard que la définition est édiflée, selon le Haut Comité de Santé Publique (1998) : la précarité ne caractérise pas une catégorie sociale particulière mais est le résultat d'un enchaînement d'évènements et d'expériences qui débouchent sur des situations de fragilisation économique, sociale, familiale(3). L'autre constat du Père Wresinski (1987) est que : la précarité conduit à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même dans un avenir prévisible(4). Ainsi, il est entendu que la précarité est une définition complexe en lien entre une personne et son environnement. Les personnes concernées ne forment pas une communauté sociale, ni même un groupe statistique reconnaissable par des critères socio-économiques traditionnels. Cette problématique est donc complexe à appréhender.

Comme le décrivait Pierre Larcher dans sa métaphore du Trampoline(5), le patient est soumis à différents déterminants. Ils sont les indicateurs qui déterminent sa santé et ses comorbidités comme par exemple : le logement, l'entourage, la confiance en soi ou encore la présence de maladie chronique. Le « trampoline » correspond à une toile

tendue qui correspond au patient. Cette toile est alors soumise et rattachée à différents élastiques plus ou moins solides. Si alors certains élastiques lâchent notamment dans le même domaine (ou même déterminant de santé), alors la chute est imminente, et la toile perd sa capacité de rebond. Ces éléments sont tous à considérer par le clinicien afin d'adapter sa prise en charge à la singularité de la personne et de son environnement.

Par ailleurs, la spécialité de médecine générale a une responsabilité spécifique de santé publique dans la communauté, comme le définit la Wonca Europe en 2002 dans sa définition européenne (6). La démarche médicale du médecin généraliste s'inscrit dans le modèle bio-psycho-social de Engel (7). Il dispose alors de nombreuses informations biologiques, psychologiques, sociales et environnementales sur les patients. Par sa position de « médecin de première ligne »(6) et par la relation singulière qui le lie à son patient, il est un acteur essentiel de la lutte contre les inégalités sociales de santé. Or, celle-ci passe inévitablement par l'identification des personnes les plus à risque. Cette identification des patients précaires, ou socialement vulnérables, peut lui permettre de renforcer les efforts de prévention. En pratique clinique, les consultations et visites des médecins généralistes libéraux sont courtes ; selon la DREES, les consultations durent en moyenne 16 minutes (8). Face à cette réalité, comment un clinicien peut repérer rapidement et efficacement une personne vulnérable à risque de précarité, en consultation ? Pour cela, des scores ou outils se proposent d'identifier ces personnes selon différentes modalités.

L'objectif principal de notre travail a été de répertorier les différents scores ou outils permettant de repérer un patient précaire en consultation.

Comme objectif secondaire, nous avons comparé ces scores pour identifier les déterminants de la précarité les plus utilisés.

MATERIEL ET METHODES

Nous avons parcouru les principaux moteurs de recherche de données bibliographiques tels que PubMed, GoogleScholar, le SUDOC, le Cismef, l'EMC ou encore LISSA.

Le terme de « précarité » étant fortement rattaché à la situation économique et sociale française, nous nous sommes heurtés aux limites des éléments connus exclusivement en France. En effet, le mot « précarité » n'existe pas en équivalent MESH.

Nous avons alors procédé à une revue de la littérature. Les mots clés retenus de cette étude étaient : Pauvreté, Médecine Générale, Précarité, Dépistage, Score.

Dans un second temps, nous avons décidé d'élargir nos recherches en recoupant le mot clé « deprivation » plus utilisé dans les pays anglophones et européens pour évaluer la santé sociale. Littéralement la défavorisation est « un état de désavantage observable et démontrable relatif à la communauté locale ou plus largement à la société à laquelle appartient une personne ». C'est un concept large, multidimensionnel, étroitement lié à la pauvreté.

Afin de ne pas perdre de références, nous avons dû également compléter nos recherches à partir des bibliographies des articles retenus, notamment celles de chaque score repéré.

Les critères d'inclusion étaient, pour chaque score/outil, qu'il soit français et établie avant 2017.

En effet, la précarité est elle-même définie par des caractéristiques économiques et politiques locales, d'où notre choix de critères d'inclusion. Notre travail avait pour but de retrouver des scores éventuellement utilisables en pratique clinique en France.

RESULTATS

Douze différents scores/outils français et étrangers ont été retrouvés.

En retenant uniquement les français publiés avant 2017, nous avons identifié six scores.

Nous avons éliminé volontairement de notre analyse la définition socio-administrative de la précarité étant donné qu'historiquement le score EPICES a été construit lui-même à partir de cette définition.(9)

A/ DESCRIPTION DES SCORES

Les scores inclus sont donc au nombre de cinq :

1/SCORE EPICES

Le score EPICES (Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé) a été construit par un groupe de travail, constitué de membres des Centres d'examens de santé (CES) financés par l'Assurance Maladie, du Cetaf (Centre Technique d'Appui et de Formation des CES) et de l'Ecole de santé publique de Nancy. Il a été créé en 1998. (1)

Ce score français, a été construit à partir d'un échantillon de 7208 personnes, âgées de 16 à 59 ans, examinés dans 18 CES volontaires. (10)

Il permet de détecter des personnes en situation de précarité qui échappent aux critères socio-administratifs. Il a donc été créé pour permettre d'améliorer l'efficacité du recrutement des CES vis à vis des personnes en situation de vulnérabilité matérielle et sociale.

Ce score s'articule sur la base d'un questionnaire de 42 questions qui prenait en compte plusieurs dimensions de la précarité : emploi, revenus, niveau d'étude, catégorie socio-professionnelle, logement, composition familiale, liens sociaux, difficultés financières, évènements de vie, santé perçue.

Ce questionnaire de 42 questions a été simplifié en 11 questions qui résument à 90% la situation de précarité d'un sujet selon les auteurs.

C'est le plus utilisé dans la littérature et en recherche clinique.

2/OUTIL DE PASCAL

Il porte le nom de son auteur.

Il a été réalisé par un groupe pluri professionnel des hôpitaux de Nantes et de Saint Nazaire. Il date de 2001.(11)

Il a été testé sur 222 patients inclus dans l'étude réalisée au service des urgences du CHU de Nantes.

Les caractéristiques choisies ne cherchaient pas à décrire finement les personnes en situation de précarité sociale, mais à en identifier le plus grand nombre par une procédure légère. Les éléments choisis sont simples et aussi « objectifs » que possible, divulguables, évalués en peu de temps et sans bénéficier d'aide au remplissage. Comme par exemple la première question : « Avez-vous la Couverture Maladie Universelle (CMU), la CMU complémentaire ou l'Aide Médicale d'Etat (AME) hospitalière ou totale ? »

Ces questions sont destinées à être utilisées en milieu hospitalier, du fait de sa simplicité et sa rapidité. Mais cet outil est à risque de stigmatisation de la population car ne se base pas sur d'autres éléments tels que la notion d'activité professionnelle, d'entourage familial ou encore de présence d'un logement.

C'est un instrument de repérage de personnes à risque de précarité sociale, répondant par auto-questionnaire à 5 questions binaires.

3/SCORE HANDICAP SOCIAL

Le terme de « Handicap social » a été retenu sur le principe qu'il ne soit pas prévu que le programme de médicalisation des systèmes d'information puisse financièrement prendre en considération la dimension sociale du patient.(12)

Ce score a été développé par Didier Castel et Pierre-Henri Bréchat, sur la base des travaux de l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques).

Il a été testé au cours de l'année 2008.

Il a été appliqué dans des centres hospitaliers universitaires parisiens. 696 patients ont été recrutés dans l'étude (Groupe hospitalier Lariboisière-Fernand Widal de l'AP-HP).

Ce score a un objectif financier. Il a été créé pour permettre de repérer en routine les patients ayant des besoins supplémentaires, dès lors qu'ils sont identifiés comme tel. C'est-à-dire en vue d'affecter des moyens financiers supplémentaires à chaque groupe homogène de séjour d'hospitalisation, dès lors que le patient est identifié comme ayant un handicap social d'une certaine ampleur.

Cet indice composite de mesure de handicap social a été construit à l'aide d'un questionnaire spécifique rempli par les patients au début de leur admission. C'est un score qui comprend le plus grand nombre d'items : 111 items qui permettent d'explorer 6 domaines (santé, ressources, insertion culturelle, relations avec les autres, logement et patrimoine), déclinés en 11 indicateurs et 22 variables. L'attribution d'un score aux réponses au questionnaire, permet d'établir un niveau de handicap social. Pour chacun des 11 indicateurs le score classe l'individu dans une des trois catégories : la classe 1 représente une « absence de handicap social », la classe 2 « un handicap modéré » et la classe 3 « un handicap fort ». L'échelle de mesure du handicap social s'étage de 11 à 44 points.

4/SCORE EDI

L'EDI (European Deprivation Index) est un indice écologique de « défavorisation » (cf. définition plus haut), composé de variables écologiques associées à un indicateur individuel de défavorisation.(13)

Ce projet a été réalisé à l'initiative de l'Agence Régionale de Santé(ARS) Midi-Pyrénées en partenariat avec l'Assurance maladie dans la région (le Régime général, la Mutualité sociale agricole – MSA – et le Régime social des indépendants – RSI –), la plate-forme « Apprendre et agir pour réduire les inégalités sociales de santé » (Aapriiss) et l'Observatoire régional de la santé Midi-Pyrénées.

L'étude s'est déroulée sur l'année 2013.

Ce score a été construit à partir de deux enquêtes réalisées sur la population générale : les données sont issues de l'enquête "European Union - Statistics on Income and Living

Conditions” (EU-SILC), en particulier de sa version française, Statistiques sur Revenus et Conditions de Vie (SRCV) menée en 2006 (10 036 ménages, 24 940 individus, 19 253 âgés de 16 ans et plus). L’enquête EU-SILC organisée par Eurostat (the European Commission's Statistical Office) repose sur un questionnaire standardisé impliquant des interviews annuelles d’un panel représentatif de ménages et d’individus (60 500 ménages et environ 130 000 individus âgés de 16 ans et plus).

Il montre qu’il est possible d’exploiter les bases de données médico-administratives afin de disposer des éléments (socio-économiques, d’offre de soins et de recours aux soins) permettant d’envisager la mesure des inégalités sociales de santé et leurs évolutions à un niveau géographique fin.(14)

Cet EDI repose sur 27 indicateurs de recours aux soins qui sont calculés sur 12 mois. Ces indicateurs correspondent à des marqueurs de consommation de soins connus pour être socialement différenciés (antibiotiques, psychotropes) et des marqueurs de la qualité de la prise en charge des patients diabétiques par les médecins généralistes. Voici l’extrait des données retenues du score pour pouvoir ultérieurement comparer celui-ci aux autres scores, comme retracé en figure 1 :

Modèle final de regression logistique multivariée sélectionnant les composants d'EDI qui étaient associés à l'indicateur individuel de défavorisation, enquête SRCV 2006 *. (N=19,253**).

	β	(95%CI)	p
Logement surpeuplé	0.11	(0.02-0.20)	0.0171
Pas d'accès au chauffage central ou électrique	0.34	(0.25-0.43)	<0.0001
Non propriétaire	0.55	(0.50-0.60)	<0.0001
Chômage	0.47	(0.38-0.55)	<0.0001
Nationalité étrangère	0.23	(0.13-0.32)	<0.0001
Pas d'accès à une voiture	0.52	(0.46-0.58)	<0.0001
Ouvrier non qualifié-ouvrier agricole	0.37	(0.27-0.46)	<0.0001
Ménage d'au moins 6 personnes	0.45	(0.34-0.56)	<0.0001
Faible niveau d'éducation	0.19	(0.13-0.25)	<0.0001
Famille monoparentale	0.41	(0.33-0.48)	<0.0001

*Données pondérées sur la non-réponse et le plan de sondage de l'enquête SRCV 2006.

**Données manquantes: n=989

Figure 1 : éléments de sondage retenus dans l'EDI

5/LE SCORE PRECAR

Ce score individuel de précarité a été établi et validé sur un faible nombre de patients. Il fait suite au travail du Dr S. ROBERT(15) et l'équipe de recherche spécialisée en épidémiologie sociale (ERES).

Ce score a été élaboré en 2013 à partir de la cohorte Santé, Inégalités et Ruptures sociales (SRIS) menée en 2010. Cette cohorte suivie dans le temps depuis 2005 correspond à un échantillon de milliers de franciliens interrogés tous les 2-3 ans sur leurs conditions de vie et leur santé.

Le score PRECAR a ensuite été validé plus largement sur une population francilienne. La population étudiée compte 249 patients recrutés en cabinet de médecine générale d'Ile de France entre août 2014 et janvier 2015.(16) Mais la transportabilité en milieu

rural n'a pu être validée (17). Une étude à l'échelle nationale est en cours pour analyser le score sur une population plus large.

Les variables de santé et les caractéristiques sociodémographiques étaient issues du questionnaire d'enquête de la troisième vague de cohorte SIRS de 2010. Créé en 2005, l'objectif du programme de recherche SIRS est d'étudier les interrelations entre les situations sociales des individus et leurs états et comportements de santé, ainsi que leurs stratégies et utilisation du système de soins. Il s'agit de mieux comprendre ce qui détermine les inégalités sociales et territoriales de santé constatées en France, en l'occurrence dans Paris et sa petite couronne. La construction du score PRECAR a été pensée pour détecter des patients précaires en médecine générale particulièrement pour la population parisienne.

Un consensus de chercheur a permis de faire ressortir 14 questions simples, pouvant être posées à tout patient majeur francophone en médecine générale.

Le résultat va de 0 (absence de précarité) à 27 (précarité la plus élevée) ; est considéré précaire le patient présentant un score supérieur à 10.

B/DETERMINANTS COMMUNS AUX SCORES

En second objectif, ces cinq scores ont été comparés, en utilisant les termes de chaque questions ou items des outils décrits plus haut. Nous avons retrouvé quatorze grands déterminants, plus ou moins présents dans ces scores, comme présenté en tableau I.

Déterminants de précarité dans 5 scores :	EPICES	Pascal	Handicap social	EDI	PRECAR	présence des déterminants dans les 5 scores
couverture sociale	oui	oui	non	non	oui	3
profession/chômage	non	oui	oui	oui	oui	4
santé	non	non	oui	non	non	1
loisirs	oui	non	oui	non	non	2
autoévaluation de qualité de vie	non	non	non	non	oui	1
logement	oui	non	oui	oui	oui	4
aides financières	non	oui	oui	non	non	2
famille	oui	non	non	oui	oui	3
nationalité	non	non	non	oui	oui	2
éducation	non	non	oui	oui	oui	3
personnes ressources	oui	non	non	non	oui	2
difficultés financières	oui	non	non	non	oui	2
confort sanitaire (gaz/edf)	non	non	oui	oui	oui	3
possession d'une voiture	non	non	oui	oui	non	2

Tableau I : déterminants majeurs détaillés des 5 scores

Pour être plus précis, voici quelques détails concernant ces déterminants parfois équivoques :

-Tout d'abord le déterminant de « santé » retrouvé uniquement dans le score de Handicap Social, celui-ci concerne le domaine de santé en recoupant deux différentes questions : « Quels symptômes et ou maladies ? » pour calculer un indicateur de morbidité et « Etes-vous fumeur, consommateur de boissons alcoolisées ou les deux ? » cette dernière permettant de retirer un indicateur de risque. Il n'est donc pas question de

maladie chronique spécifiquement ou de notion de nécessité de traitement médical chronique à suivre.

- Concernant le déterminant de logement, celui-ci se décline selon les questionnaires : pour EPICES, il est uniquement question de savoir si le patient est propriétaire de son logement. Le score de Handicap Social demande la localisation du logement selon sa proximité de lieux de vie importants (ex : une pharmacie). Pour le score EDI, il est abordé le logement surpeuplé. Enfin le PRECAR permet de préciser si le patient est propriétaire, locataire ou hébergé. Chaque score évoque donc le logement comme déterminant mais selon différents critères effectifs.

-Le déterminant de la famille : pour EPICES il est demandé si le patient est en couple, pour PRECAR il est précisé le type de ménage (personne seule, mononucléaire, monoparentale ou « isolé ») enfin pour l'EDI il est question de connaître si la personne est en ménage de minimum 6 personnes ou si c'est une famille monoparentale.

-Le déterminant d'éducation pour l'EDI sous-entend : un faible niveau d'éducation (cf figure1), pour le PRECAR il précise en 3 catégories le niveau d'études et enfin pour le score Handicap Social, il fait référence à un domaine « insertion culturelle » avec un indicateur de scolarisation.

-Enfin le déterminant de confort sanitaire pour le Handicap social inclue un indicateur de confort intérieur, pour l'EDI il est question de l'absence d'accès au chauffage central ou électrique.

Sur un total de quatorze déterminants évoqués dans ces cinq scores, on retrouve donc six déterminants qui ont été le plus retenus pour la caractérisation de la situation de précarité d'un patient. Ils sont retrouvés dans la figure 2 : le statut professionnel avec notamment le chômage, en second déterminant le logement, puis la famille, le confort sanitaire, l'éducation et enfin la couverture sociale. Ils sont résumés en tableau II.

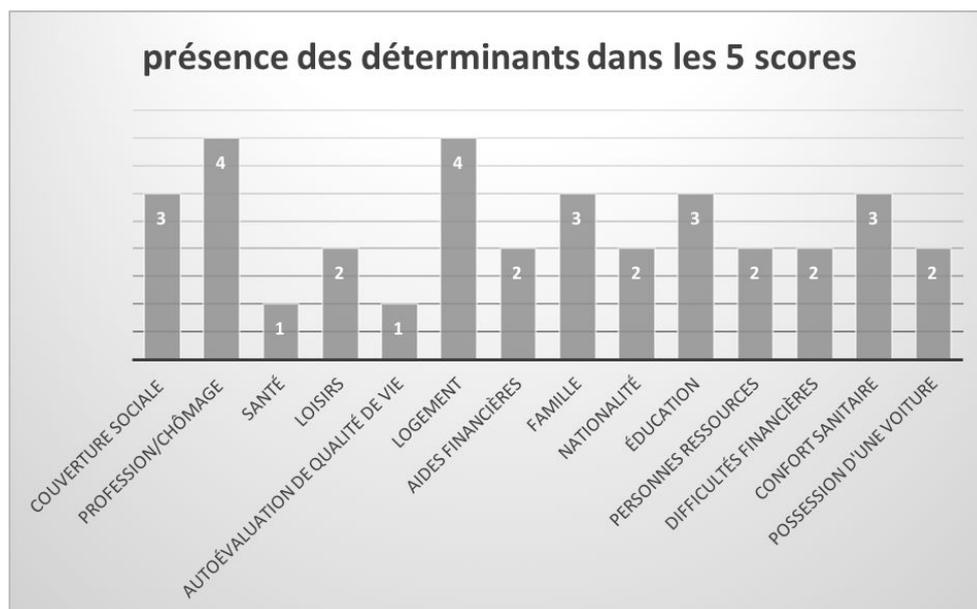


Figure 2 : les déterminants de la précarité présents dans les cinq scores français

Tableau I : Les déterminants majeurs ressortant de la comparaison des scores

La profession
Le logement
La couverture sociale
L'éducation
La famille
Le confort sanitaire

DISCUSSION

1 : LIMITES DE L'ETUDE :

Il existe un biais d'inclusion dans notre comparatif des scores existants en ne retenant que les scores français. Toutefois, la précarité est un terme français rapporté à l'histoire nationale notamment suite aux années qui ont suivi la crise économique de 1973. Ce terme est donc fortement rattaché à un historique géopolitique, contrairement au terme de défavorisation utilisé plus souvent dans les scores anglo-saxons. Parce que la notion de précarité se rattache à une situation économique, sociale et géopolitique bien spécifique d'une région donnée, il nous est paru plus pertinent de ne garder que les scores français.

2 : COMPARAISON DES SCORES, LES DETERMINANTS EMERGEANTS :

A/ PROFESSION, LOGEMENT ET COUVERTURE SOCIALE :

Il semble donc qu'en priorité rechercher la profession, le type de couverture sociale et le lieu de logement soient des éléments les plus pertinents pour percevoir les risques de précarité. On comprend alors comment les déterminants sociaux peuvent avoir un impact sur la santé.

C'est dans le travail de construction des scores tels qu'EPICES et PRECAR que l'on peut comprendre pourquoi le statut professionnel et le logement sont des déterminants importants de précarité. En effet, ces scores ont été réalisés pour prendre en compte des dimensions matériels et sociales de la précarité. De plus pour PRECAR, c'est par un consensus de chercheurs (épidémiologistes, sociologues, etc.) de l'équipe DS3 (Déterminants sociaux de la santé et du recours aux soins) de l'INSERM (L'Institut

national de la santé et de la recherche médicale) que les déterminants ont été choisis afin de prendre en compte l'aspect multidimensionnel de la précarité. Ces travaux ont permis de faire émerger le statut professionnel et le logement comme déterminants importants.

Ces déterminants permettent d'identifier des populations socialement et/ou médicalement fragilisées qui ne sont pas repérées par les critères socio-administratifs habituels. A contrario, l'outil de Pascal permet de mettre en évidence plus distinctement des aspects matériels plus évidents comme déterminant de la précarité en s'intéressant particulièrement à la présence ou l'absence de couverture sociale.

Par ailleurs, nous avons pu observer qu'une formulation de question dans un score peut parfois présenter différents aspects. Par exemple pour le logement, il est simplement demandé dans EPICES si le patient est propriétaire de son logement. A contrario, il est nécessaire de préciser dans PRECAR la situation du logement (propriétaire, locataire ou hébergé). Le format des scores est différent : les réponses aux score EPICES sont binaires à la différence de PRECAR.

B/ L'EDUCATION :

D'autre part l'éducation semble un élément déterminant en France pour dépister un risque de précarité. En effet, un patient selon ses origines culturelles et son histoire de vie ne sera pas armé de la même façon pour appréhender la complexité des intervenants médico-sociaux sur le territoire et des codes sociaux culturellement ancrés dans le mode de fonctionnement de nos institutions sanitaires et sociales. Dès lors, les informations délivrées par les professionnels devront tenir compte de cette inégalité d'accès au soin.

Des recherches ont été menées pour analyser la place et le statut de la parole et de la communication à l'hôpital dans l'accueil de la détresse somatique, psychique et psychosociale (18). Bien qu'il existe, un bon maillage des structures de secours social, il a été mis en évidence que le recours massif aux services d'urgences des patients en situation de précarité relève d'une discordance entre les besoins ressentis par les personnes et l'offre de soins organisé par les structures d'accueil. Le soin doit pouvoir être envisagé dans la multiplicité de ses dimensions et tenir compte notamment de la dimension relationnelle. Le prérequis à la relation avec l'autre est d'abord sa reconnaissance comme un être humain. L'accueil des patients en situation de précarité est avant tout un acte de « ré-humanisation » face à des parcours de santé parfois complexe et pouvant être vécu comme violents.

L'éducation comme les trois déterminants sus cités, a également été mise en valeur dans d'autres travaux qui préconisent d'enregistrer la situation sociale des patients dans les dossiers médicaux(19). Les chercheurs retrouvaient alors des indicateurs indispensables, notamment les capacités de compréhension du langage écrit, ce qui ne recoupe pas tout à fait la notion de niveau d'éducation. En effet, les patients migrants par exemple peuvent avoir un haut niveau d'éducation mais ne parle pas la langue du pays d'accueil.

C/ LA FAMILLE :

La présence d'une famille, d'un entourage semble préventive d'un risque de précarisation, l'isolement est en effet un déterminant de précarité important, connu déjà depuis plusieurs années. De nombreuses études montrent, notamment dans les familles monoparentales, qu'il existe un lien intrinsèque entre le statut familial et la précarité(20), (21). Par ailleurs, il a également été mis en évidence que la précarité familiale entraînait une précarité professionnelle(22), ces deux déterminants (famille et profession) sont donc étroitement liés.

D/ LE CONFORT SANITAIRE :

Enfin comme autre déterminant marquant des comparatifs, il est retrouvé la notion de confort sanitaire (l'accès à l'électricité, au gaz, etc.). Ce déterminant fait donc parti d'un élément rattaché à de la pauvreté objectivable. L'ensemble des scores ont été constitués pour définir la précarité sociale comme terme incluant des éléments de pauvreté subjective mais également objective ; la notion de confort semble donc inhérente comme élément déterminant de la précarité. De surcroît, lors de l'étude de la concordance entre le score EPICES et l'évaluation spontanée de la précarité par les médecins généralistes(23), il a été retrouvé une concordance entre la profession du patient, sa situation matrimoniale, le fait de bénéficier de la CMU, le niveau d'études et l'aspect vestimentaire. Ce dernier élément peut lui-même découler du confort sanitaire au domicile du patient. Il semble donc pertinent à retenir.

3 : UTILISATION DES SCORES DE PRECARITE EN PRATIQUE CLINIQUE :

Le score Epices est le score le plus retrouvé, de nombreux articles originaux ont utilisé ce score pour étudier plus spécifiquement la précarité en santé. Par exemple en 2006, l'étude de J-J. Moulin(24) utilise ce score en épidémiologie oncologique. Il met en évidence une relation entre les éléments d'Epices et les facteurs de risque de retrouver : tabac, alcool, sédentarité, obésité, normes anormales des dosages des gamma GT et du volume globulaire moyen, non-suivi gynécologique, non-suivi médical.

Il est intéressant et pertinent car il mesure des dimensions matérielles et sociales, non présentes dans d'autre score. Il semble très sensible mais peu spécifique (16). Il semble intéressant à utiliser en recherche mais non exportable au milieu ambulatoire, car celui-ci a été uniquement testé sur une population provenant des CES. De plus, il a déjà plus de dix ans et aucune réévaluation n'a été pour le moment réalisée. Cependant, il semble tout de même pouvoir faire partie des scores applicables en routine en pratique clinique, puisque qu'il existe une concordance entre l'évaluation des médecins généralistes et le score EPICES concernant le repérage de la précarité chez leurs patients. Ceci a été étudié lors d'une recherche intitulée « Etude de la concordance entre le score EPICES et l'évaluation spontanée de la précarité par les médecins généralistes », réalisée par Ewa Gasiorek(23).

L'outil de Pascal s'intéresse à cinq données. Sa rapidité de réalisation peut être considérée comme son point fort, mais également comme son point faible, car il ne s'intéresse qu'à certains aspects « matériels » objectifs de la précarité. Or, comme dit précédemment la notion de précarité est vaste et multidimensionnelle ; les variables

étudiées semblent restreintes dans ce score. Il semble minorer la notion de précarité subjective. De surcroît, établi à partir d'une population hospitalière, l'extrapolation en soins primaires n'a jamais été étudiée et n'est donc pas validée. Si des études étaient réalisées en médecine générale, ce score pourrait être un élément pertinent pour dépister des éléments objectifs de la précarité. Ces études seraient d'autant plus envisageables puisque l'étude initiale avait été réalisée auprès d'un service d'urgence, et la médecine générale est par définition (6) une médecine de premier recours. Son applicabilité est donc envisageable mais dans certaines limites.

Le score Handicap social a été construit uniquement autour d'une population de patients hospitalisés. Il ne semble donc pas applicable à une patientèle de soins primaires. De plus, la faisabilité de celui-ci au cours d'une consultation de seize minutes en moyenne (8) semble difficilement envisageable étant donné le nombre de questions de celui-ci. Pour aller plus loin, il existe peu de publications concernant sa construction, et l'obtention de ce score en catégories de précarité semble complexe(25).

Il existe déjà des comparaisons entre ces trois scores(26). Sur une population sélectionnée auprès des consultants d'une PASS, la somme des catégories 2 et 3 de Handicap Social indique une prévalence estimée de la précarité proche du résultat obtenu avec le score Epices. L'outil de Pascal semble montrer le plus de différence. Ce dernier semble là encore, comme précédemment expliqué, bien plus réducteur et donc moins pertinent et peu applicable en pratique quotidienne.

Plus particulièrement dans le score Handicap social : la catégorisation de population peut également être contestée car elle peut être stigmatisante. En effet éthiquement

parlant, pourquoi des patients seraient étiquetés plus ou moins précaires, pourquoi vouloir faire une différence ?

L'EDI est un score écologique. Il n'est donc pas utilisable de la même manière en ambulatoire. Bien que la définition de défavorisation n'est pas superposable à celle de la précarité, elles semblent voisines. Mais on peut imaginer que s'il était testé dans les régions d'exercice de chaque praticien de médecine générale et que ce dernier en avait la connaissance en amont, il pourrait être inclus dans l'identification de patient précaire. Il serait un indice tout à fait pertinent mais pour cela il faudrait que les ARS de chaque région décident d'adopter cet EDI. Il est donc sous tendu un contexte économique qui ne concerne plus uniquement le praticien lui-même.

Enfin, le score PRECAR est le score le plus récent, et a été construit sur l'idée de réactualisation du score EPICES pour une pratique de médecine générale ambulatoire. Il présente l'avantage d'être court, mais en même temps il prend en compte l'aspect multidimensionnel de la précarité. Il n'est pas nécessaire d'avoir recours à une calculatrice. Il semble donc le plus applicable en médecine générale actuellement. Cependant cet indice est récent et il n'a pas été validé sur l'ensemble de la population générale française. En effet, l'extrapolation de celui-ci notamment dans des études épidémiologiques, à la place et /ou en alternative du score EPICES couramment utilisé, sera prochainement possible. La thèse du Dr D'Escarienne(16) en prolongeant le travail du Dr S. Robert(15) a permis une première validation externe du score PRECAR sur une population francilienne de patients consultant en cabinet de médecine générale, mais des travaux de recherche sont encore en cours pour l'obtention d'une validité en dehors

du territoire francilien d'Ile de France. On peut pressentir qu'il sera potentiellement le score applicable à l'avenir.

Les scores anglo-saxons permettant de dépister des patients précaires sont majoritairement des indices écologiques comme l'EDI. Des études ont déjà été publiées comme par exemple en Suisse, où pour limiter le renoncement aux soins des patients à risque de précarité(27), la réalisation du DiPcareQ semble avoir montré ses preuves. Dans la pratique quotidienne des médecins généralistes français ne faudrait-il pas alors se tourner plutôt vers une pratique similaire ? Mais également rechercher l'appui des ARS ou spécialistes en précarité pour faire un travail de dépistage en amont afin de connaître globalement les personnes les plus à risque de précarité de la patientèle selon les zones urbaines ou rurales spécifiques en utilisant des indices écologiques ? Pour cela les autorités devraient passer outre les limites de ces indices qui avaient déjà été évoquées fortement en 2013 par l'HCSP(28).

CONCLUSIONS

Les scores français ont été validés et pensés dans une démarche épidémiologique. De ce fait, il n'en existe pas de score pensé et construit pour l'activité de médecine générale. En les comparants nous avons pu faire ressortir six déterminants intéressants et facilement identifiables en consultation ambulatoire. Toutefois, la précarité ne se définit pas facilement. Ainsi, malgré des points communs, chaque score retrace des aspects très différents.

Il apparait que le médecin généraliste se doit de trouver des déterminants pertinents pour identifier des situations de précarité chez les patients ou à risque de précarisation.

Toutefois, il est clair qu'il est important que les cliniciens explorent des déterminants médico-sociaux de la précarité car ils ont un impact décisif sur la santé des personnes qu'ils ambitionnent de soigner. Cette attention à ces déterminants doit être constante car ces éléments sont toujours en évolution et interagissent sans cesse entre eux. La précarité est donc à considérer comme un mouvement perpétuel où un déterminant médico-social peut-être à la fois un facteur de risque mais également une ressource pour le patient.

REFERENCES - BIBLIOGRAPHIE

1. Labbe E, Moulin JJ, Gueguen R, Sass C, Chatain C, Gerbaud L. Un indicateur de mesure de la précarité et de la « santé sociale » : le score EPICES: L'expérience des Centres d'examens de santé de l'Assurance maladie. Rev Ires. 2007;53(1):3.
2. Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.
3. France, éditeur. La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé. Rennes: Editions ENSP; 1998. 349 p. (Collection Avis et rapports).
4. Wresinski J. Grande pauvreté et précarité économique et sociale: séances des 10 et 11 février 1987. Vol. 4074. Direction des journaux officiels; 1987.
5. Tudrej B. Précarité Analyse d'un concept[Mémoire de Master1, Recherche en Ethique Médicale]Poitiers:Université René Descartes Paris V; 2006 [cité 28 sept 2017] Disponible sur: http://www.ethique.sorbonne-paris-cite.fr/sites/default/files/m1_tudrej.pdf
6. Europe W. La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille. Coord Rédactionnelle Trad En Fr Prof Pestiaux Cent Univ Médecine Générale UCL Brux Belg [Internet]. 2002 [cité 27 août 2017]; Disponible sur: <https://pdfs.semanticscholar.org/8a1a/df93682c57ca5e64ac1b844f9ebd77e4edee.pdf>
7. Siksou M. Georges Libman Engel (1913-1999): Le modèle biopsychosocial et la critique du réductionnisme biomédical. J Psychol. 2008;260(7):52.
8. Elbaum M. Etudes et résultats. DREES. 2006;(481):8.

9. Sass C, Guéguen R, Moulin J-J, Abric L, Dauphinot V, Dupré C, et al. Comparaison du score individuel de précarité des Centres d'examens de santé, EPICES, à la définition socio-administrative de la précarité, Summary. Santé Publique. 2006;18(4):513-22.
10. Sass C, Moulin J-J, Guéguen R, Abric L, Dauphinot V, Dupré C, et al. Le score Epices: un score individuel de précarité. Construction du score et mesure des relations avec des données de santé, dans une population de 197 389 personnes. Bull Épidémiologique Hebd. 2006;14:93-6.
11. Pascal J, Quélier C, Agard C, Nguyen J-M, Lombrail P. Peut-on identifier simplement la précarité sociale parmi les consultants de l'hôpital ? Sci Soc Santé. 2006;24(3):33-58.
12. Castiel D, Bréchat P-H. Handicap social et hôpitaux publics : pour un GHS « socialisable ». Presse Médicale. 2009;38(1):142-5.
13. Pornet C, Delpierre C, Dejardin O, Launay L, Grosclaude P, Guittet L, et al. Construction d'un indice écologique de défavorisation à vocation européenne: The French EDI. [cité 15 août 2017]; Disponible sur: http://jms.insee.fr/files/documents/2012/931_2-JMS2012_S22-1_PORNET-ACTE.PDF
14. Ducros D, Nicoules V, Chehoud H, Bayle A, Souche A, Tanguy M, et al. [Use of medical and administrative databases to measure social health inequalities]. Sante Publique Vandoeuve--Nancy Fr. 2015;27(3):383-94.

15. Robert S. Construction et validation d'un score individuel de précarité utilisable en soins primaires : une étude à partir de la cohorte sante, inégalités et ruptures sociales [Internet]. Thèse d'exercice. Université pierre et marie curie. 2013 [cité 8 oct 2017]. Disponible sur: <http://www.cmge-upmc.org/IMG/pdf/robert-these.pdf>
16. D'Escricienne C. Validation externe et contre critère d'un score individuel de précarité utilisable en soins primaires : le score PRECAR[Internet]. Thèse d'exercice. Université Pierre et Marie Curie. 2015 [cité 8 oct 2017]. Disponible sur: <http://www.cmge-upmc.org/IMG/pdf/descricienne-these.pdf>
17. Vidal A, Marsac J. Participation à la validation externe du score PRECAR : étude de transportabilité. [Internet]. 2017 [cité 8 oct 2017]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01520302/document>
18. Thomas J. Statut de la parole et de la communication à l'hôpital. A propos d'une recherche ethnographique sur la psychiatrie d'urgence. *Chantiers Polit.* 2009;(7):83–93.
19. Collège de la médecine générale. Groupe de travail universitaire et professionnel. Pourquoi et comment enregistrer la situation sociale d'un patient adulte en médecine générale? [Internet]. 2014 [cité 8 oct 2017]. Disponible sur: http://www.lecmg.fr/photos/enregistrement_socia.pdf?PHPSESSID=it9juh4ep2vgi74717un7ohss4
20. Neyrand G. Monoparentalisation et précarisation, des processus interactifs. *Dialogue.* 2004;163(1):3.
21. Neyrand G. Monoparentalité et précarité, Abstract. *Empan.* 2006;no 60(4):51-7.

22. Solaz A. Une réflexion économique sur le lien famille-chômage et la constitution du couple. *Rech Prévisions*. 2000;60(1):19-34.
23. Gasiorek E. Étude de la concordance entre le score Epices et l'évaluation spontanée de la précarité par les médecins généralistes [Internet]. Thèse d'exercice. Université de Dijon. 2014 [cité 8 oct 2017]. Disponible sur: <http://www.urps-ml-bfc.org/wp-content/uploads/2015/01/Thèse-Ewa-GASIOREK.pdf>
24. Moulin J-J, Labbe É, Sass C, Chatain C, Gerbaud L. Précarité et facteurs de risque: le score EPICES. *Rev Francoph Psycho-Oncol*. 2006;5(2):115-21.
25. Castiel D, Bréchat P-H, Lebas J. 30. Besoins de santé, politique de santé publique, territoires de santé et allocation de ressources Une approche opérationnelle par la notion de « handicap social » [Internet]. Presses de l'EHESP; 2015 [cité 8 oct 2017]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/innover-contre-les-inegalites-de-sante--9782810900794-page-387.htm>
26. Fouchard A, Bréchat P-H, Castiel D, Pascal J, Sass C, Lebas J, et al. [Qualitative and quantitative comparisons of three individual deprivation scores for outpatients attending a free hospital care clinic in Paris]. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2014;62(4):237-47.
27. Bodenmann P, Wolff H, Bischoff T, Herzig L, Warin P, Chatelard S, et al. Renoncement aux soins: comment appréhender cette réalité en médecine de premier recours? *Rev Médicale Suisse*. 2014;10:2258-63.
28. HCSP. Indicateurs de suivi des inégalités sociales de santé [Internet]. Paris: Haut

Conseil de la Santé Publique; 2013[cité 15 août 2017]. Disponible sur:
<http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=360>

ANNEXES

Annexe 1 : Score EPICES

N°	Questions	Oui	Non
1	Rencontrez-vous parfois un travailleur social ?	10,06	0
2	Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ?	- 11,83	0
3	Vivez-vous en couple ?	- 8,28	0
4	Etes-vous propriétaire de votre logement ?	- 8,28	0
5	Y a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF...) ?	14,80	0
6	Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?	- 6,51	0
7	Etes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois ?	- 7,10	0
8	Etes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?	- 7,10	0
9	Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants ?	- 9,47	0
10	En cas de difficultés, y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ?	- 9,47	0
11	En cas de difficultés, y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ?	- 7,10	0
	Constante	75,14	

Calcul du score : chaque coefficient est ajouté à la constante si la réponse à la question est oui.

Annexe 2 : Score de Pascal

Avez-vous la couverture maladie universelle (CMU), la CMU Complémentaire ou l'Aide Médicale d'État (AME : hospitalière ou totale) ?	OUI	NON
Avez-vous une mutuelle santé ou une assurance maladie complémentaire ?	OUI	NON
Recevez-vous une de ces allocations : le RMI, l'Allocation Adulte Handicapé (AAH), l'Allocation Parent Isolé (API), l'Allocation Solidarité Spécifique (ASS), l'Allocation d'Insertion (AI), l'Allocation de Veuvage, le Minimum Vieillesse ou l'Allocation Supplémentaire de Vieillesse ?	OUI	NON
Êtes-vous à la recherche d'un emploi depuis plus de 6 mois ou d'un 1 ^{er} emploi ?	OUI	NON

Un individu est considéré « précaire » si la réponse aux questions 1 ou 3 ou 4 est OUI ou si la réponse à la question 2 est NON.

Annexe 3 : Les 6 domaines du score Handicap social

Source : Castiel, Didier, et al. « Handicap social et hôpitaux publics : pour un modèle d'allocation de ressources dans le cadre d'une politique de santé publique », *Santé Publique*, vol. 21, no. 2, 2009, pp. 195-212.

1 - Domaine « santé »	
	Indicateur de morbidité (MORBI) résulte de la sommation des maladies et des symptômes déclarés
	Indicateur de risque (RISKI) est obtenu par la sommation de trois variables : être fumeur, consommer des boissons alcoolisées et l'association éventuelle des deux
2 - Domaine « ressources »	
	Indicateur de niveau de vie Il est constitué par le revenu des personnes (REVENU)
	Indicateur de précarité (PRECAT) est constitué de quatre variables : les difficultés financières (DEF), le taux d'aide financière (TAF), présence d'un chômage non indemnisé (CHOM) et d'une accumulation des risques de précarité (PRESTENDETT), à savoir une accumulation des prestations sociales et de l'endettement
3 - Domaine « insertion culturelle »	
	Indicateur de scolarisation (SCOL)
	Indicateur d'activités culturelles (CULTU) est porté par trois variables : lecture d'un journal, de livres et d'un indicateur présomptif de handicap d'insertion culturelle
4 - Domaine « relations avec autrui »	
	Indicateur relations familiales (FAM)
5 - Domaine « logement »	
	Indicateur de confort intérieur (CI) est lui-même porté par quatre variables : le confort sanitaire (DF), l'équipement en biens durables (EQ), l'indice de peuplement (IP) et l'équipement complémentaire (EC)
	La localisation du logement (LOCA) est composé de trois variables : la proximité des commodités (DIS), les critiques à l'environnement (CRIT) et le statut d'occupation (L)
6 - Domaine « patrimoine »	
	Indicateur d'actifs immobiliers (IMMO)
	Indicateur d'actifs mobiliers (MOBI)

Annexe 4 : Score PRECAR

C1 - Assurance maladie

- 1 Bénéficiaire de la sécurité sociale et d'une complémentaire santé
- 2 Bénéficiaire de la CMU complémentaire, ou de l'Aide Médicale d'Etat
- 3 Bénéficiaire de la sécurité sociale seule, ou de la CMU seule
- 4 N'avoir aucune couverture maladie

C2 - Niveau d'études

- 1 N'avoir jamais été à l'école ou la dernière classe fréquentée était pendant l'enseignement primaire
- 2 La dernière classe fréquentée était pendant l'enseignement secondaire (de la 6ème à la terminale)
- 3 Avoir fait des études supérieures

C3 - Catégorie socio professionnelle : la dernière profession exercée a ici été prise en compte, ou la qualification en cas de formation en cours.

1 Fait ou avoir fait partie des cadres et professions intellectuelles supérieures

2 Fait ou avoir fait partie des professions intermédiaires, artisans, commerçants et chefs d'entreprise

3 Etre ou avoir été employé ou ouvrier

4 Etre étudiant ou sans activité professionnelle

C4 - Statut professionnel : 1 Etre actif occupé

2 Etre étudiant

3 Etre chômeur (inscrit ou non à l'ANPE/pôle emploi) 4 Etre retraité

5 Etre inactif (ex : handicapé)

C5 - Sentiment de solitude (« d'une manière générale vous diriez que vous vous sentez... »)

1 Très seul

2 Plutôt seul

3 Plutôt entouré 4 très entouré

C6 - Situation affective

1 Ne pas avoir de relation amoureuse importante

2 Avoir une relation amoureuse ou sentimentale importante pour le sujet interrogé, sans pour autant qu'il se sente en couple

3 Etre en couple mais ne pas vivre avec son conjoint

4 Etre en couple et vivre avec son conjoint

C7 - Type de ménage

1 Une seule personne

2 Mononucléaire (couple avec ou sans enfant)

3 Monoparental (un parent seul avec enfant(s))

4 « Isolé » (ménage de plusieurs personnes ne vivant pas en couple, colocation, parents vivant avec un enfant de plus de 30 ans...)

C8 - Revenus (oui 1 ; non 2 ; ne sait pas 3)

La question posée étant « percevez-vous un de ces revenus : Revenu de Solidarité Active (RSA), Allocation de Solidarité Spécifique (ASS), Allocation Temporaire d'Attente (ATA), Allocation aux Adultes Handicapés (AAH), Allocation Supplémentaire d'Invalidité (ASI), Allocation Veuvage (AV), Allocation de Solidarité des Personnes Agées (ASPA), Revenu de Solidarité (RSO) ».

Ces revenus sont les minima sociaux définis par l'INSEE. Ce sont des prestations sociales versées sous conditions de ressources, visant à assurer un revenu minimal aux personnes en situation de précarité.

C9 - Financièrement (« Etant donné les revenus de votre ménage actuellement, diriez-vous que financièrement... »)

1 Vous êtes à l'aise

2 Ca va

3 C'est juste, il faut faire attention 4 Vous y arrivez difficilement

C10 - Aide vie quotidienne : réponse binaire (1 Oui ; 2 Non)

« En cas de besoin est ce que vous pourriez compter sur quelqu'un, qu'il s'agisse de membres de votre ménage, de votre famille, d'amis, de collègues ou de voisins pour vous aider dans la vie quotidienne, vous donner un coup de main (ex : vous aider à aller quelque part, pour quelques menus travaux chez vous, pour garder vos enfants) ? »

C11 - Soutien matériel/financier : réponse binaire (1 Oui ; 2 Non)

En cas de besoin est ce que vous pourriez compter sur quelqu'un, qu'il s'agisse de membres de votre ménage, de votre famille, d'amis, de collègues ou de voisins pour vous aider financièrement ou matériellement (ex : nourriture, vêtements) ? »

C12 - Soutien affectif/moral : réponse binaire (1 Oui ; 2 Non)

En cas de besoin est ce que vous pourriez compter sur quelqu'un, qu'il s'agisse de membres de votre ménage, de votre famille, d'amis, de collègues ou de voisins pour vous apporter un soutien moral ou affectif ? »

C13 - Situation dans le logement 1 Etre propriétaire 2 Etre locataire 3 Etre hébergé

C14 - Origine migratoire

1 Etre français né de deux parents français

2 Etre français né d'au moins un parent étranger

3 Etre étranger

Annexe 5 : le DipCare Q, version française

DiPCare-Q	
Précarité matérielle	<ul style="list-style-type: none"> • Durant les douze derniers mois, avez-vous eu de la peine à payer les factures de votre ménage (impôts, assurances, téléphone, électricité, cartes de crédit, etc.)? • Durant les douze derniers mois, avez-vous eu besoin de demander de l'argent à des proches pour des besoins quotidiens? • Actuellement, le remboursement d'argent (banque, famille, proche, etc.) vous pose-t-il un problème important? • Durant les douze derniers mois, quelqu'un dans votre ménage a-t-il dû renoncer à se faire soigner parce que vous n'aviez pas assez d'argent (dentiste, médecin, achat de médicaments)? • Durant les douze derniers mois, avez-vous eu peur d'être expulsé(e) de votre logement ou de perdre votre habitation? • Durant les douze derniers mois, avez-vous dû renoncer à acheter des habits alors que vous-même ou un membre de votre ménage en avait pourtant besoin? • Durant les douze derniers mois, avez-vous dû renoncer à acheter des meubles ou des appareils alors que vous ou un membre de votre ménage en aviez pourtant besoin? • Durant le dernier mois, est-il arrivé qu'il n'y ait pas assez à manger dans votre ménage?
Précarité sociale	<ul style="list-style-type: none"> • Durant les douze derniers mois, êtes-vous partis en vacances? • Durant les trois derniers mois, avez-vous partagé une soirée avec des proches ou des amis? • Durant les trois derniers mois, avez-vous été au cinéma, au théâtre, à un concert ou à un événement sportif? • Durant le dernier mois, avez-vous eu la possibilité d'accéder à internet (maison, travail, bibliothèque, internet café, etc.)? • En cas de difficulté, pourriez-vous faire appel à des personnes extérieures à votre ménage pour vous apporter une aide matérielle (argent, nourriture, logement)?
Santé précaire	<ul style="list-style-type: none"> • Actuellement, souffrez-vous d'un handicap physique qui a des conséquences importantes sur votre vie quotidienne? • Actuellement, souffrez-vous de difficultés ou problèmes psychiques qui ont des conséquences importantes sur votre vie quotidienne? • Actuellement, avez-vous des difficultés liées à une consommation d'alcool, de drogue, de jeu, ou autres?

RESUME

Objectif : Répertorier les différents scores ou outils permettant de repérer un patient précaire en consultation de médecine générale. Secondairement, comparer ces scores pour identifier les déterminants de la précarité les plus utilisés.

Méthodes : Revue littérature des scores écologiques et épidémiologiques de précarité et défavorisation existants. Inclusion des scores français datant au plus tard de 2017.

Résultats : Cinq scores retenus : EPICES, Pascal, Handicap Social, French EDI, PRECAR. Les déterminants majeurs ressortant des cinq scores analysés sont : le statut professionnel avec notamment le chômage, le logement, puis la famille, le confort sanitaire, l'éducation et enfin la présence ou non de couverture sociale.

Conclusion : Il n'existe pas de score établie pour l'activité de clinicien en consultation, actuellement validé. En les comparant nous avons pu faire ressortir six déterminants intéressants et facilement identifiables en consultation ambulatoire. Parce qu'il est difficile de définir la précarité et malgré des points communs, chaque score retrace des aspects différents, le médecin généraliste peut en tenir compte mais également avoir recours à son appréciation subjective de la précarité.

Mots-clés : Pauvreté, Médecine Générale, Précarité, Dépistage, Score

ABSTRACT

Objective: To list the different scores or tools used to identify a precarious patient in consultation of medicine. Secondly, compare these scores to identify the most used determinants of precariousness.

Methods: Literature review of existing ecological and epidemiological scores of precariousness and deprivation. Inclusion of French scores dating by 2017 at the latest.

Results: Five scores retained: EPICES, Pascal, Handicap Social, French EDI, PRECAR. The major determinants emerging from the five scores analyzed are: professional status, including unemployment, housing, then family, health comfort, education and finally the presence or absence of social security (in US : social work consultation).

Conclusion: There is no established score for the clinician consultation activity, currently validated. By comparing them we could highlight six interesting and easily identifiable determinants in ambulatory consultation. Because it is difficult to define precariousness and despite common points, each score traces different aspects, the general practitioner can take into account but also have recourse to his subjective appreciation of precariousness.

Keywords : Poverty, General Practice, Deprivation, Screening, Score



UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de
Pharmacie



SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

