



HAL
open science

Participation à la validation externe du score PRECAR : étude de la fiabilité par Test-Retest

Clotilde Serve, Charles Vouillon

► To cite this version:

Clotilde Serve, Charles Vouillon. Participation à la validation externe du score PRECAR : étude de la fiabilité par Test-Retest. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01520410

HAL Id: dumas-01520410

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01520410>

Submitted on 10 May 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SID de Grenoble :
bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

<http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur>

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>



UNIVERSITE GRENOBLE ALPES
FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE

Année : 2017

N°

PARTICIPATION A LA VALIDATION EXTERNE DU SCORE PRECAR : ETUDE DE
LA FIABILITE PAR TEST-RETEST

THESE PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE
DIPLOME D'ETAT

Clotilde SERVE

[Données à caractère personnel]

Charles VOUILLON

[Données à caractère personnel]

THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE

LE 5 MAI 2017

DEVANT LE JURY COMPOSE DE :

M. le Professeur Patrick IMBERT, président du jury
Mme le Docteur Sophia CHATELARD, directrice de thèse
M. le Professeur Jean-Luc BOSSON
M. le Professeur Benoit ALLENET
M. le Docteur Yoann GABOREAU
M. le Docteur Philippe WARIN

*La Faculté de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

Résumé

Introduction : Les inégalités sociales de santé reflètent les différences d'état de santé entre groupes sociaux réparties selon un gradient social. La précarité représente l'extrémité basse de ce gradient social. Le médecin généraliste est en première ligne pour repérer les patients vulnérables, d'où l'intérêt de valider un outil simple évaluant la précarité en médecine ambulatoire.

Objectif : Tester la reproductibilité temporelle du score PRECAR, établi et validé en population parisienne.

Méthode : Administration de 100 questionnaires comportant les scores PRECAR et EPICES lors de consultations de SASPAS dans 3 cabinets de médecine générale en milieu rural, puis rappel téléphonique 15 jours plus tard. Calcul du coefficient Kappa afin d'évaluer la reproductibilité.

Résultats : 8% de patients classés précaires à l'inclusion d'après PRECAR, concordance de 0,84 (IC95% 0,65-1) pour le Test-Retest soit une reproductibilité excellente du score. Les données recueillies sont mises en commun dans un second travail évaluant la transportabilité.

Discussion : Malgré une bonne reproductibilité, la population de notre étude était une population spécifique. La transportabilité en milieu rural n'a pu être validée de manière formelle dans la seconde étude. Une étude à l'échelle nationale est en cours pour analyser le score sur une population plus large.

Conclusion : La reproductibilité est un critère de validation externe permettant d'envisager la généralisation du score PRECAR pour le dépistage des patients précaires consultant en ambulatoire.

Mots clés : inégalités sociales de santé, gradient social, précarité, médecine générale, reproductibilité.

Abstract

Background: Social inequalities in health are scaling among the whole population, and show disparities in health status depending on social class. Social deprivation represents the most disadvantaged people on this social scale. General practitioners could measure patients' deprivation with a simple instrument available in primary care office.

Objective: Evaluate Test-retest reliability of a deprivation questionnaire developed in Paris.

Methods: PRECAR and EPICES score were administered by 2 investigators to 100 patients attending to 3 rural primary care offices. Patients completed again the questionnaire on the phone 15 days later. Kappa coefficient was measured to assess reliability.

Results: Deprivation was found for 8% patients. PRECAR is a reliable questionnaire (Kappa coefficient = 0,84 (IC95% 0,65-1)). Data was used in a second study to assess questionnaire's transportability in a rural population.

Discussion: This study aimed to assess PRECAR reliability, however limitations concern population characteristics. Transportability was not fully validated in the second study. Further investigations with a larger sample of patients are necessary to validate it, which is currently done in a national study.

Conclusion: Reliability is part of external validation criteria, that proves the value of PRECAR questionnaire to measure deprivation in primary care office.

Key words: social deprivation, social inequalities in health, general practitioner, reliability

Doyen de la Faculté : M. le Pr. Jean Paul ROMANET

Année 2016-2017

ENSEIGNANTS A L'UFR DE MEDECINE

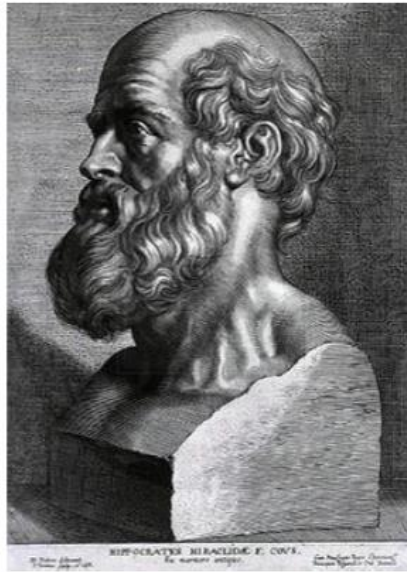
CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie réanimation
PU-PH	APEL Florent	Ophthalmologie
PU-PH	ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	Chirurgie générale
PU-PH	BALOSSO Jacques	Radiothérapie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
PU-PH	BARRET Luc	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	BAYAT Sam	Physiologie
PU-PH	BENHAMOU Pierre Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Agents infectieux
PU-PH	BONAZ Bruno	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOREL Anne-Laure	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne
PU-PH	BOUZAT Pierre	Réanimation
PU-PH	BRAMBILLA Christian	Pneumologie
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique, médecine d'urgence
MCU-PH	BROUILLET Sophie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PU-PH	CAHN Jean-Yves	Hématologie
MCU-PH	CALLANAN-WILSON Mary	Hématologie, transfusion
PU-PH	CARPENTIER Françoise	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PU-PH	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDES Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie

PU-PH	CHARLES Julie	Dermatologie
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophthalmologie
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	COHEN Olivier	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	COUTURIER Pascal	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PU-PH	CURE Hervé	Oncologie
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
PU-PH	DECAENS Thomas	Gastro-entérologie, Hépatologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Addictologie
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
MCU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique et procréation
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
MCU-PH	DUMESTRE-PERARD Chantal	Immunologie
PU-PH	EPAULARD Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
PU-PH	ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	FAGRET Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie générale
MCU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FEUERSTEIN Claude	Physiologie
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH	FRANCOIS Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-MG	GABOREAU Yoann	Médecine Générale
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie, transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
PU-PH	GAVAZZI Gaétan	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
PU-PH	GUEBRE-EGZIABHER Fitsum	Néphrologie
MCU-PH	GUZUN Rita	Endocrinologie, diabétologie, nutrition, éducation thérapeutique
PU-PH	HAINAUT Pierre	Biochimie, biologie moléculaire
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Génétique et procréation
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie obstétrique
PU-PH	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-MG	IMBERT Patrick	Médecine Générale
PU-PH	JOUK Pierre-Simon	Génétique
PU-PH	JUVIN Robert	Rhumatologie

PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
PU-PH	KRACK Paul	Neurologie
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARERE José	Epidémiologie ; Eco. de la Santé
MCU-PH	LANDELLE Caroline	Bactériologie - virologie
MCU-PH	LAPORTE François	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LARRAT Sylvie	Bactériologie, virologie
MCU - PH	LE GOUËLLEC Audrey	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénéréologie
PU-PH	LEROUX Dominique	Génétique
PU-PH	LEROY Vincent	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	LEVY Patrick	Physiologie
MCU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
PU-PH	MAGNE Jean-Luc	Chirurgie vasculaire
MCU-PH	MAIGNAN Maxime	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	MAITRE Anne	Médecine et santé au travail
MCU-PH	MALLARET Marie-Reine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie, transfusion
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie - virologie
MCU-PH	MC LEER Anne	Cytologie et histologie
PU-PH	MERLOZ Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie - virologie
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie
PU-PH	MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie
PU-PH	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie
PU-PH	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hémato - transfusion
PU-PH	PASSAGGIA Jean-Guy	Anatomie
PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie réanimation
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie
PU-PH	PEPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PERENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PU-PH	PERNOD Gilles	Médecine vasculaire
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH	PISON Christophe	Pneumologie
PU-PH	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POIGNARD Pascal	Virologie

PU-PH	POLACK Benoît	Hématologie
PU-PH	POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	PONS Jean-Claude	Gynécologie obstétrique
PU-PH	RAMBEAUD Jacques	Urologie
PU-PH	RAY Pierre	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PU-PH	REYT Émile	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	ROMANET Jean Paul	Ophthalmologie
PU-PH	ROSTAING Lionel	Néphrologie
MCU-PH	ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie fondamentale, pharmaco clinique, addictologie
MCU-PH	ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie, toxicologie et pharmacologie
MCU-PH	RUBIO Amandine	Pédiatrie
PU-PH	SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MCU-PH	SATRE Véronique	Génétique
PU-PH	SAUDOU Frédéric	Biologie Cellulaire
PU-PH	SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	SCHWEBEL-CANALI Carole	Réanimation médicale
PU-PH	SCOLAN Virginie	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	SEIGNEURIN Arnaud	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses, maladies tropicales
PU-PH	STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale
MCU-PH	STASIA Marie-José	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	STURM Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	TAMISIER Renaud	Physiologie
PU-PH	TERZI Nicolas	Réanimation
MCU-PH	TOFFART Anne-Claire	Pneumologie
PU-PH	TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	VANZETTO Gérald	Cardiologie
PU-PH	VUILLEZ Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	WEIL Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	ZAOUI Philippe	Néphrologie
PU-PH	ZARSKI Jean-Pierre	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie

PU-PH : Professeur des Universités et Praticiens Hospitaliers
MCU-PH : Maître de Conférences des Universités et Praticiens Hospitaliers
PU-MG : Professeur des Universités de Médecine Générale
MCU-MG : Maître de Conférences des Universités de Médecine Générale



SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, 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 donnerais mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y 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.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

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.

Remerciements

A Madame le Docteur Sophia Chatelard, qui a proposé ce projet et nous a guidés tout au long de notre parcours, malgré les petits temps de latence, les moments de doute et de questionnements. Tu as été un mentor et une statisticienne d'exception !

A Monsieur le Professeur Patrick Imbert, merci d'avoir accepté de présider notre jury de thèse.

A Monsieur le Professeur Jean-Luc Bosson, merci de nous avoir aidés à répondre à nos questionnements statistiques, et d'avoir accepté de participer à notre jury de thèse.

A Monsieur le Professeur Benoit Allenet, Monsieur le Docteur Yoann Gaboreau, et Monsieur le Docteur Phillippe WARIN : merci d'avoir accepté de participer à notre jury de thèse.

A Monsieur le Professeur Pierre Chauvin, merci d'avoir pris le temps de répondre à nos questions statistiques.

Merci aux médecins qui nous ont permis d'administrer nos questionnaires dans leurs cabinets, et aux patients qui ont gentiment accepté d'y répondre.

Remerciements de Clotilde

A Charles, Audrey et Julian : on a pris le temps, mais on est arrivé au bout ! Merci d'avoir patienté un an alors que je faisais ma vie de l'autre côté du globe.

A tous les médecins que j'ai croisés durant mon cursus : de l'Alpe d'Huez et de la Côte Saint André, des urgences d'Annecy et de Nouméa, de pédiatrie à Chambéry, de médecine légale et d'hématologie du CHU chez qui j'ai débuté mon externat.

A mes co internes, particulièrement des urgences d'Annecy et de pédiatrie.

A la Calédonie, la Kanaky, et aux belles rencontres faites là-bas.

A mes copains, du lycée, de la fac, des bassins ou de Caledo !

Chloé, toujours là pour m'accompagner dans les grands moments de ma vie comme dans mes coups de mou, Céc et Maité mes témoins de choc, Katell pour nos 6 mois d'Erasmus mémorables, Marine mon alter ego mariage bébé, et Léo mon idole.

A la team Fréjus, parce que qu'importe le temps qu'on passe sans se voir, quand on se retrouve c'est comme si on ne s'était jamais quitté, aux Mool Free, parce que même si nos week-end grimpe ou ski sont devenus des week-end pepouze c'est toujours des moments au top, et à la coloc du NAP, notre petite auberge tronchoise.

A ma famille : ma sœur, mes parrain-marraine, mes cousins et tous les membres de la tribu de Ste Agnès et de mes familles d'adoption.

A ma mamie, mon modèle de vie, et à Cathy, ma maman de cœur.

A mon papa, qui a su garder le cap après la tempête et qui peut être fier d'avoir conduit ses deux petites nanas là où elles en sont aujourd'hui.

A ma maman, partie trop tôt pour connaître ce jour, et tant d'autres de ma vie.

A mes deux amours : Romane, mon bébé Lifou, car chaque jour passé avec toi c'est du bonheur en barre.

Et Nico, pour tous ces moments passés ensemble, et tous ces moments qui nous attendent. Parce que la vie avec toi c'est top. Merci d'être toi.

Remerciements de Charles

Merci à ma cothésarde Clotilde de m'avoir supporté tout au long de cette thèse et d'avoir su attendre mes réponses mails parfois tardives.

Merci à Julian et Audrey d'avoir accueilli les skypes chez eux devant cette magnifique carte du monde. Merci à vous deux pour l'internat grenoblois que nous avons passé ensemble.

Merci à Jean Claude, André, Roland et Alain mes anciens maitres de stage pour m'avoir accueilli et conforté dans mon choix de médecine générale.

A mes amis et co-internes de la promotion Grenobloise

Merci à Guy, Patrice et Julien. Au début mes « Prat » puis mes collègues puis des amis et bientôt des associés. Ils m'ont appris « l'art de la médecine qui consiste à divertir les gens pendant que la nature les guérit ».

A Tiffany de Vougy. En espérant t'avoir prochainement comme associée.

Merci aux filles du cabinet médical de Morzine et la Fouez pour leur bonne humeur et leur joie de vivre.

A tous mes amis de Limoges.

Merci à mes amis de Luçay-le-mâle que je n'oublie pas. Benoit, Maxime, Zinc, Lolo et Thomas : vous êtes les bienvenus au Golf et sur mon bateau.

A la colocation de Lyon.

Merci à Eric, Claudine, Romain et Camille pour l'accueil que vous m'avez fait dans la famille Belotti.

Merci à Laurent de prendre soin de ma sœur. A poil les Gnous!

Merci aux Feuilles poilues pour leur bienveillance.

Merci à mes grands-parents pour l'amour qu'ils me portent, avec une pensée particulière pour mamie Colette.

Merci à mes parents et à ma sœur pour leur soutien (et leur financement !) tout au long de ces longues années d'études. Vous avez su m'accompagner et me reconforter quand il le fallait. Je vous aime.

Merci à Amandine qui va me faire accomplir une tâche bien plus longue et difficile qu'une thèse, celle de devenir père. Je t'aime, merci d'avoir supporté mon stress durant les 3 derniers jours.

Merci à tous d'avoir été à mes côtés.

Sommaire

Table des matières

Résumé	2
Abstract	3
1 Introduction.....	15
1.1 Les inégalités sociales de santé.....	15
1.1.1 Contexte français.....	15
1.1.2 Définition	16
1.2 La précarité	16
1.2.1 Lien entre inégalités sociales de santé et précarité.....	16
1.2.2 Définition	17
1.2.3 Lien entre précarité et santé	17
1.3 Place du médecin généraliste	18
1.3.1 Pourquoi le médecin généraliste a un rôle à jouer ?	18
1.3.2 Comment?	18
1.4 Scores évaluant la précarité	19
1.4.1 Le DipCare-Q	20
1.4.2 Le score de Handicap social.....	20
1.4.3 Le score de Pascal.....	20
1.4.4 Score EPICES.....	21
1.4.5 Le score PRECAR.....	21
2 Matériel et méthode.....	23
2.1 Population	23
2.2 Déroulement de l'étude	23
2.3 Protection des données.....	24
2.4 Questionnaire	24
2.5 Analyses statistiques	24
3 Résultats	26
3.1 Description de la population	26
3.2 Distribution du score PRECAR.....	27
3.3 Test-retest	28
4 Discussion	29
4.1 Synthèse des résultats	29
4.2 Comparaison aux résultats des études précédentes.....	29
4.3 Limites et biais.....	30
4.3.1 Biais de sélection.....	30

4.3.2	Biais de déclaration.....	31
4.3.3	Acceptabilité du sujet.....	31
4.3.4	Absence de Gold Standard.....	32
4.4	Prochaines étapes de validation.....	32
5	Conclusion.....	34
6	Bibliographie.....	35
7	Annexes	38

Liste des abréviations

AME : Aide Médicale d'Etat

ARS : Agence Régionale de Santé

CES : Centres d'Examen de Santé

CMU : Couverture Médicale Universelle

CNIL : Commission Nationale des Informations et des Libertés

ERES : Equipe de Recherche en Epidémiologie Sociale

HSCP : Haut Conseil de Santé Publique

IC 95% : Intervalle de Confiance à 95%

IRDES : Institut de Recherche en Documentation et Economie de Santé

INSEE : Institut National de Statistiques et d'Etudes Economiques

INVS : Institut National de Veille Sanitaire

ISS : Inégalités Sociales de Santé

MG : Médecin Généraliste

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

1 Introduction

L'objectif de « santé pour tous en l'an 2000 » était énoncé en 1978 dans la charte d'Alma Ata (1). En 2008, à l'occasion du 30ème anniversaire de la charte, L'OMS publie un rapport sur la santé dans le monde : « Maintenant plus que jamais ». Elle loue les valeurs affichées en 1978 mais explique également que leur traduction concrète s'est faite de manière inégale. Elle rappelle que les systèmes de soins primaires gardent une place dominante au sein du système de santé car ils garantissent le droit à la santé et représentent le premier rempart dans la lutte contre les Inégalités Sociales de Santé (ISS). Aujourd'hui, même si l'équité en matière de santé occupe une place croissante dans les discours politiques, il subsiste de nombreuses disparités autant à l'échelle française que mondiale.

1.1 Les inégalités sociales de santé

1.1.1 Contexte français

La France jouit d'un système de santé reconnu au sein duquel se creusent, malgré tout, les ISS. Il s'agit d'un phénomène en aggravation, comme le rappelle le rapport du Haut Conseil de Santé Publique (HCSP) de 2009 (2). Cela ne concerne pas seulement les populations les plus vulnérables, mais traverse l'ensemble de la population du bas vers le haut de l'échelle sociale.

Le principe de la double peine permet d'illustrer ce phénomène (3), se référant au fait que les populations des catégories socioprofessionnelles les plus basses vivent non seulement moins longtemps, mais aussi en moins bonne santé que les catégories socioprofessionnelles les plus aisées.

1.1.2 Définition

Les inégalités sociales de santé sont des différences systématiques, évitables et importantes dans le domaine de la santé, observées entre les différents groupes sociaux (4). Elles ne concernent pas seulement les plus pauvres, ou les 20% des personnes les moins riches d'une société, mais se développent selon un gradient au sein de la société toute entière (5).

Ce concept a pris naissance avec le rapport Black au Royaume Uni dans les années 80, qui met en évidence le lien entre la santé des individus et leur position sociale au sein de la population.

Les inégalités sociales génèrent des inégalités de santé via les déterminants sociaux de la santé, ensemble de conditions socialement produites qui influencent la santé des populations, telles que les politiques en matière d'emploi, le type d'emploi, l'éducation, les infrastructures de transport, le revenu, l'habitation... (6)

1.2 La précarité

1.2.1 Lien entre inégalités sociales de santé et précarité

La précarité concerne les effets structurels s'appliquant aux individus les plus vulnérables (désaffiliation sociale, fragilité de l'emploi, instabilité du statut...). On parle d'inégalités pour qualifier ces mêmes effets structurels analysés cette fois au niveau de la société toute entière (écarts entre des groupes sociaux dont certains sont plus ou moins précaires) (6). Ainsi la précarité représente « l'extrémité basse » d'un continuum social (2) et s'inscrit au cœur de la question des ISS (7).

1.2.2 Définition

Il existe de nombreuses définitions de la précarité. Nous retiendrons celle de Joseph WRESINSKI qui est la plus consensuelle (8) :

« La précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut-être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. »

Cette insécurité peut se manifester à plusieurs niveaux notamment par le chômage et les emplois précaires, par une absence de logement ou un logement insalubre, par un isolement social ou encore une solitude extrême etc.

1.2.3 Lien entre précarité et santé

Plusieurs travaux se sont attachés à étudier le lien entre précarité et santé. De nombreux aspects de la santé semblent liés avec une situation de précarité notamment : l'équilibration glycémique (9), l'existence d'un syndrome métabolique (10), la survie à 5 ans après revascularisation cardiaque (11), la dépression (12) et la santé perçue (13).

Par ce qu'elle implique comme perte des repères et des sécurités, par ce qu'elle entraîne en termes de perte de la confiance en soi, en autrui et en l'avenir, la précarité s'accompagne aussi du risque d'un affaiblissement du souci de soi et de sa santé (7).

1.3 Place du médecin généraliste

1.3.1 Pourquoi le médecin généraliste a un rôle à jouer ?

Le médecin généraliste est amené à prendre en charge les populations vulnérables de par sa fonction de médecin de « premier recours ». Côté différentes catégories sociales, il est un témoin privilégié des ISS.

S'il existe des inégalités dans la consommation des soins dans tous les systèmes de santé européens, ces inégalités sont réduites dans les pays disposant de systèmes nationaux de santé, où le reste à charge des patients est limité et où les médecins généralistes jouent le rôle de *gatekeeper* (14).

Même si les ISS sont majoritairement dues à des facteurs indépendants du système de santé, l'inégalité d'accès aux soins et à la prévention renforce le désavantage des catégories défavorisées face à la maladie. Les médecins généralistes sensibilisés sur le sujet peuvent donc avoir un impact sur la réduction de ces inégalités (15).

1.3.2 Comment?

Le médecin généraliste peut contribuer à réduire les ISS en adaptant sa prise en charge des populations vulnérables, ainsi qu'en ayant une bonne connaissance du réseau socio sanitaire et des ressources adaptées aux situations de précarité courantes (16).

Plusieurs études ont montré que les médecins ne se comportent pas de la même façon vis-à-vis des patients en fonction de leur catégorie sociale (17). Ainsi les patients défavorisés bénéficieraient de moins d'informations et de moins de soutien émotionnel.

Actuellement le repérage des patients en situation de précarité repose essentiellement sur l'intuition des médecins généralistes. Cette dernière est centrée

sur la notion de pauvreté, associée à des critères dépendants de leurs expériences personnelles (18).

Par ailleurs, les médecins généralistes ont tendance à sur évaluer le statut social des patients (19). D'où l'intérêt de valider des critères objectifs permettant de repérer les patients précaires.

Le recueil systématique d'informations sociales a été recommandé par le Collège de Médecine Générale en 2014 (20). Les informations retenues comprennent : la date de naissance, le sexe, l'adresse, le statut par rapport à l'emploi, la profession, l'assurance maladie, les capacités de compréhension du langage écrit, le fait d'être en couple, le nombre d'enfants à charge, le fait de vivre seul, le pays de naissance, le niveau d'études, la catégorie socioprofessionnelle INSEE, le fait de bénéficier de minima sociaux, les conditions de logement, et la situation financière perçue. Ces informations ne suffisent pas à elles seules à définir la précarité, d'où l'intérêt de développer un score spécifique.

1.4 Scores évaluant la précarité

Les scores épidémiologiques se basent sur un recueil de données pour un individu appartenant à une population définie.

Plusieurs scores ont été publiés pour repérer les patients précaires. Nous ne détaillerons que le DipCare-Q (21) suisse et les trois principaux scores français.

Concernant la validation de ces scores, la grille de Terwee (22) (annexe 1) synthétise les critères de qualité habituels nécessaires : validité du contenu, cohérence interne, validité contre critère, validité de construit, reproductibilité, sensibilité au changement, effets plancher et plafond, et interprétabilité.

Les trois scores utilisés en France ont été comparés dans une étude déterminant qu'ils ont des objectifs, des logiques d'élaboration, des utilisations et des limites différentes (23). Par conséquent le choix de leur utilisation doit être dépendant de la situation de l'étude.

1.4.1 Le DipCare-Q (21)

Le Deprivation in Primary Care Questionnaire publié en 2012 comporte 16 items explorant la précarité au niveau matériel (8 items), social (5 items), et de l'état de santé (3 items). La pondération des trois sous scores obtenus permet de donner le score final, classant le niveau socio-économique du patient dans l'une des six catégories (0 = absence de précarité à 5 = précarité élevée).

La validation de ce score selon les critères de Terwee paraît satisfaisante. Par ailleurs, il présente l'avantage de ne pas donner un résultat dichotomique « précaire » ou « non précaire ».

Cependant il a été établi en population Suisse et sa généralisation à la population française n'a pas été évaluée.

1.4.2 Le score de Handicap social

Il comporte 111 items et explore 6 domaines (santé, ressources, insertion culturelle, relations avec les autres, logement et patrimoine), et permet de définir 3 catégories de handicap social : absence de handicap social (classe 1), handicap social modéré (classe 2) et handicap social fort (classe 3).

Ce score n'est pas utilisable en pratique courante du fait de sa longueur. On note aussi des défauts de validité d'après les critères de qualité de Terwee, entre autres l'absence de calcul de cohérence interne, reproductibilité, sensibilité à distinguer un changement dans le temps, effet plancher ou plafond. Comparé aux autres scores, la sensibilité et la spécificité sont moyennes.

1.4.3 Le score de Pascal

Auto questionnaire composé de 5 caractéristiques (1- couverture maladie CMU ou AME, 2- absence de mutuelle santé, 3- difficulté à payer les médicaments ou soins médicaux, 4- bénéficiaire d'un minimum social, 5- recherche d'emploi depuis plus de 6 mois ou 1er emploi). Une situation de vulnérabilité sociale est définie par la présence de la caractéristique 1 ou 4, ou 2+3, ou 2+5 ou 3+5.

L'objectif de ce score est de repérer le plus grand nombre de patients en situation de vulnérabilité sociale mais pas de décrire finement les patients dans cette situation.

Ce score a été établi à partir d'une population hospitalière. De plus, il aborde principalement la dimension matérielle de la vulnérabilité (considérations financières directes) et non sociale, donc mesure la pauvreté plus que la précarité. La validité d'après les critères de qualité de Terwee n'est pas non plus optimale : on peut questionner la validité contre critère, sur avis de deux assistantes sociales, bien qu'elles soient considérées comme expertes dans le domaine.

En comparaison aux deux autres scores, on note une bonne sensibilité mais une faible spécificité. Concernant les critères de validité le coefficient alpha de Cronbach est proche de 0,7.

1.4.4 Score EPICES (24)

Créé en 2006, il comporte 11 questions à réponse binaire (OUI NON), et s'échelonne de 0 (absence de précarité) à 100 (précarité maximale).

Les atouts de ce score sont son analyse sur une grande population, le fait qu'il soit un score individuel intégrant une dimension multidimensionnelle de la précarité (pas seulement socio administrative), et sa simplicité d'utilisation.

Néanmoins, c'est un score sensible mais peu spécifique, peu discriminant, à la validité incomplète d'après les critères de qualité de Terwee, avec un alpha de Cronbach à 0,41. Par ailleurs, il est composé de questions équivoques, et a été validé sur la population consultant en CES et non en soins primaires ambulatoires.

1.4.5 Le score PRECAR

Ce questionnaire a été établi suite aux travaux d'une équipe de chercheurs spécialistes en épidémiologie sociale (ERES), et à la thèse du Dr Sarah Robert (25) en 2013, qui a abouti à la création du score PRECAR et sa validation interne en population francilienne.

Les données socio démographiques et les variables de santé proposées sont issues de l'étude SIRS (Santé, Inégalités et Ruptures Sociales) (26).

SIRS a pour but l'étude des déterminants des inégalités sociales et territoriales de santé, en suivant dans le temps un échantillon tiré au sort de 3000 habitants issus de quartiers de Paris et la Petite Couronne, avec sur représentation des quartiers défavorisés.

Le score PRECAR a été établi et validé en interne sur les données de la 3^e vague d'enquête de la cohorte SIRS en 2010.

Il est multidimensionnel, et comporte 14 items simples à poser à un patient francophone consultant en ambulatoire.

Il s'échelonne de 0 (absence de précarité) à 27 (précarité la plus élevée).

Le seuil de précarité, pour un score strictement supérieur à 10, a été déterminé après avoir étudié la distribution du score par sous-groupes en isolant 20 % de la population la plus précaire.

Le coefficient alpha de Cronbach n'a pas été calculé, en revanche le travail de thèse de Clémence D'Escricenne (27) a permis de valider le score PRECAR contre critère en population francilienne.

En somme, la précarité est une entité multidimensionnelle avec une composante évolutive dans le temps. Aucun score ne fait actuellement office de Gold Standard en la matière en France, c'est pourquoi nous avons jugé intéressant de contribuer à la validation du score PRECAR dans une population cible différente de celle ayant participé à son élaboration. Notre travail s'inscrit dans un projet plus global, les données recueillies étant utilisées en parallèle dans un second travail évaluant la transportabilité du score en population rurale.

2 Matériel et méthode

2.1 Population

L'étude a porté sur les patients consultant au cabinet médical de l'Alpe d'Huez (Isère) entre le 1^{er} novembre 2014 et le 1^{er} mai 2015, Morzine et Taninges (Haute Savoie) entre le 1^{er} novembre 2014 et le 31 octobre 2015, qui étaient les terrains de stage SASPAS des investigateurs. Le nombre de sujets à inclure était de 50 pour chaque investigateur.

Les sujets inclus étaient âgés de plus de 18 ans, francophones, et résidaient dans une zone répertoriée comme rurale d'après la définition des unités urbaines et rurales de l'INSEE .

Les sujets ont été inclus après avoir reçu une information claire et intelligible sur l'objectif de l'étude.

Etaient exclus : les patients mineurs, dans l'incapacité de comprendre les questions posées (patients non francophones ou présentant des troubles cognitifs), ainsi que les patients sous tutelle, curatelle ou sauvegarde de justice.

2.2 Déroulement de l'étude

Les questionnaires ont été administrés en face à face par chaque investigateur lors de consultations après recueil du consentement oral.

La durée de passation du questionnaire était de 5 à 10 minutes.

Les questionnaires étaient remplis par chaque investigateur suite aux réponses des patients, numérotés et anonymisés.

Le(s) contact(s) téléphonique(s) du patient interrogé étai(en)t recueilli(s) sur une feuille séparée, en le(s) associant au numéro du questionnaire.

Un rappel téléphonique par le même investigateur a été effectué dans un délai de quinze jours à trois semaines après la consultation initiale. Ce délai a été choisi car il ne devait être ni trop court, afin de limiter l'effet de mémorisation, ni trop long, afin d'éviter les changements effectifs dans les variables étudiées.

2.3 Protection des données

Ce travail s'inscrit dans le projet intitulé « PRECAR : validation d'un score de précarité en médecine générale » pour lequel une demande auprès de la Commission Nationale de l'Information et des Libertés (CNIL) a été déposée sous le numéro C15-87. Le Comité Consultatif sur le Traitement de l'Information en matière de Recherche dans le domaine de la Santé (CCTIRS) a émis un avis favorable sur le sujet.

2.4 Questionnaire

Le questionnaire (Annexe N°2) administré comportait 4 parties distinctes : données socio démographiques (7 items), variables de santé (13 items), score PRECAR (14 items) et scores EPICES (11 items), soit un total de 45 items.

Il s'agit du même questionnaire utilisé dans la thèse de Clémence d'Escricenne et dans celle de Julian Marsac et Audrey Vidal, afin d'homogénéiser les résultats des différents travaux de validation externe du score PRECAR.

2.5 Analyses statistiques

Les analyses statistiques ont été effectuées à l'aide du logiciel STATA v12.0, en utilisant la pondération initiale des scores PRECAR et EPICES.

Le seuil définissant la situation de précarité d'un individu était supérieur à 10 pour PRECAR, supérieur à 30,17 pour EPICES.

La fidélité Test-Retest permet de définir si les résultats d'un score mesuré chez un même patient sont stables dans le temps. Il s'agit d'une mesure de reproductibilité temporelle (28).

Dans notre étude il s'agit de faire passer le questionnaire en face à face, puis d'effectuer un rappel des patients 15 jours plus tard, pour évaluer la fidélité intra observateur.

PRECAR, étant comme EPICES une échelle à réponse qualitative binaire (précarité : oui ou non), il s'agit de mesurer la concordance du score PRECAR du patient à J0 et à J15, par le calcul du coefficient Kappa.

Ce coefficient varie entre 0 et 1 : s'il est égal à 0, la concordance mesurée est la concordance aléatoire. Plus le coefficient est proche de 1, plus la concordance mesurée est importante. Les valeurs de référence sont celle de Landis et Koch (Tableau 1).

Valeurs du coefficient kappa Degré de concordance	
Entre 0,81 et 1	Excellente (<i>almost perfect</i>)
Entre 0,61 et 0,81	Bonne (<i>substantial</i>)
Entre 0,41 et 0,60	Moyenne (<i>moderate</i>)
Entre 0,21 et 0,40	Faible (<i>fair</i>)
Entre 0,00 et 0,20	Mauvaise (<i>slight</i>)

Concernant l'analyse descriptive de la population le test de Wilcoxon a été utilisé pour comparer les moyennes du score PRECAR en fonction des classes d'âge et du sexe.

3 Résultats

3.1 Description de la population

La population incluse représentait 100 patients avec 54% d'hommes et 46% de femmes, la moyenne d'âge étant de 48,57 ans.

77 patients avaient moins de 65 ans. La figure 1 représente la répartition des patients inclus en fonction de 4 classes d'âge.

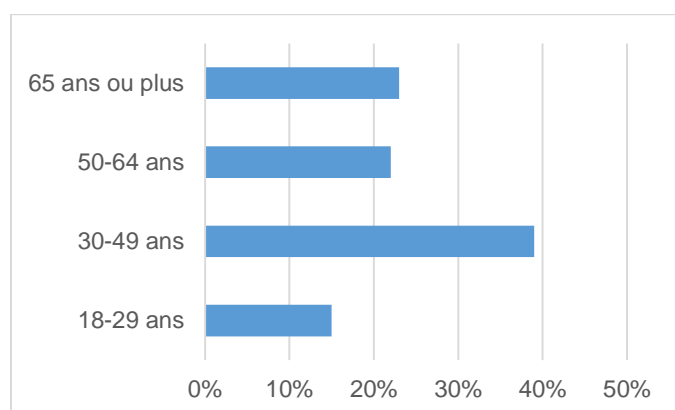


Figure 1 : répartition en fonction des classes d'âge

Le tableau 2 représente la répartition des patients en fonction de leur catégorie socio professionnelle.

Agriculteurs, exploitants	1%
Commerçants, artisans, chefs d'entreprise	32%
Cadres et professions intellectuelles supérieures	14%
Professions intermédiaires	6%
Employés	43%
Ouvriers	2%
Sans activité professionnelle	2%

Tableau 2 : répartition selon la catégorie socio professionnelle

Concernant le statut vis-à-vis de l'emploi : 68% des personnes interrogées exerçaient un emploi, 1% était apprenti, 24% étaient retraités, 4% chômeurs, 1% au foyer et 2% n'étaient pas classables.

Le taux de chômage après exclusion des retraités était de 5,2%.

3.2 Distribution du score PRECAR

La figure 2 représente la moyenne du score PRECAR en fonction des 4 classes d'âge 18-29 ans (classe 1), 30-49 ans (classe 2), 50-64 ans (classe 3) et ≥ 65 ans (classe 4). Il n'existait pas de diminution ou d'augmentation du score PRECAR en fonction de l'âge.

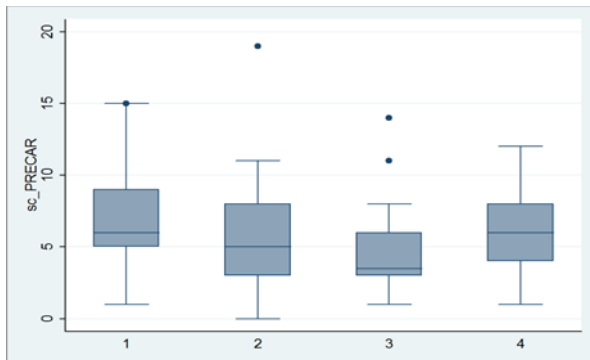


Figure 2 : score PRECAR en fonction des 4 classes d'âge

La différence du score PRECAR entre homme et femme n'était pas statistiquement significative. Les valeurs s'échelonnaient :

- entre 1 et 19 pour les hommes avec une moyenne à 5,38, IC 95% (4,44-6,33),
- entre 0 et 15 pour les femmes avec une moyenne à 6,08, IC 95% (5,09-7,08).

3.3 Test-retest

Le tableau 3 représente le nombre de patients « précaires » d'après le score PRECAR (score strictement supérieur à 10) ou « non précaires » (score inférieur ou égal à 10) à l'inclusion puis au rappel.

	Inclusion	Rappel
PRECAR > 10	8	6
PRECAR < ou = 10	92	94

Tableau 3 : nombre de patients précaires/non précaires à l'inclusion et au rappel

Il y avait donc 2 incohérences sur 100 patients, c'est-à-dire 2 patients classés « précaires » à l'inclusion mais plus au rappel.

Le coefficient Kappa entre le score à l'inclusion et au rappel était de 0.84, avec un IC 95% (0,65-1).

4 Discussion

4.1 Synthèse des résultats

L'objectif de ce travail était l'étude de la fiabilité du score PRECAR, étape nécessaire à sa validation externe, dans le but de le généraliser aux consultations ambulatoires de MG.

Sur les cent patients inclus, on retrouve 54% d'hommes et 46% de femmes, dont la moyenne d'âge est respectivement de 49,1 ans et 47,8 ans, la différence n'étant pas statistiquement significative. Huit personnes sont classées comme précaires.

Le coefficient kappa calculé afin de mesurer la fiabilité par Test-retest est à 0,84 avec un IC 95% de (0,65-1), soit une concordance bonne à excellente d'après les valeurs citées plus haut. Le score est donc peu sensible aux erreurs aléatoires.

4.2 Comparaison aux résultats des études précédentes

Dans notre étude, 8% de la population incluse sont considérés comme « précaires » d'après le score PRECAR, c'est à dire ayant un score strictement supérieur à 10, contre 17,7% dans l'étude de C. d'Escrienne (27).

On rappelle que le seuil de précarité (supérieur à 10) avait été établi de manière arbitraire dans la thèse de Sarah Robert (25) en considérant que 20 % de la population parisienne étudiée était précaire. Cette proportion plus faible de sujets considérés comme « précaires » dans notre étude inciterait à reconsidérer le seuil de précarité du score PRECAR selon la population étudiée. Il serait possible d'établir un nouveau seuil à partir de l'analyse en sous-groupes de la population de notre étude ou bien de l'établir à partir d'une population nationale dans une autre étude.

Il n'y a pas d'augmentation ou de diminution du score en fonction de la classe d'âge, contrairement aux résultats retrouvés dans la thèse de C. d'Escrienne.

Ceci s'explique tout d'abord par la taille de notre échantillon, largement inférieur à celui de la cohorte SIRS.

Le taux de chômage est similaire entre les deux études (5,2% dans notre étude, contre 5,6% dans celle de C. D'Escrienne), soit largement inférieur à la moyenne nationale (10,6% au troisième trimestre 2015 d'après l'INSEE).

La répartition de la population en fonction des catégories socio professionnelles est bien différente. En effet la population de notre étude est composée majoritairement d'employés (43%) et d'artisans, commerçants ou chefs d'entreprise (32%) mais de seulement 2% d'ouvriers. En comparaison la population de l'étude parisienne était composée de plus d'un tiers d'ouvriers, 17,3% d'employés et seulement 4% d'artisans, commerçants et chefs d'entreprise.

4.3 Limites et biais

4.3.1 Biais de sélection

Pour des raisons pratiques, les patients étaient recrutés lors de consultations de SASPAS sur nos terrains de stage respectifs.

La population d'Isère et de Haute Savoie présente un taux de chômage nettement inférieur au niveau national (respectivement 8,7% et 7,6% contre 10,6% en France au 3^{ème} trimestre 2015 selon l'INSEE). Même choses concernant les bénéficiaires de la CMU complémentaire : en 2015 la proportion s'élevait à 7,1% en France métropolitaine contre 5% en Isère et 2,7% en Haute Savoie.

En plus de ces particularités départementales, la population incluse à Morzine et Huez présente des caractéristiques spécifiques. Bien qu'il s'agisse d'une population vivant en zone rurale, c'est aussi une population qui nous semble plus aisée, car représentée majoritairement de travailleurs indépendants et commerçants vivant du tourisme. On note toutefois une proportion non négligeable de travailleurs saisonniers, plus fréquemment en situation de précarité. Le critère d'inclusion principal étant le fait de vivre en zone rurale, nous n'avons pas inclus de touristes, population particulière en vacances aux sports d'hiver.

De plus la volonté de faire passer le questionnaire était dépendante du contexte de la consultation et/ou de la relation médecin/malade. En effet nous

n'avons aucune donnée concernant les refus, même si l'estimation représente moins de 5 % des patients.

4.3.2 Biais de déclaration

L'administration du questionnaire en face à face en fin de consultation permettait de limiter les problèmes d'interprétation que l'on aurait pu retrouver en administrant des auto- questionnaires. Cependant il existe un biais de déclaration, les questionnés ayant la possibilité de valoriser leur situation.

Néanmoins, une explication claire leur était fournie avant de répondre aux questions, le terme « précarité » n'étant évoqué que par la suite afin de limiter ce biais de déclaration. Nous préférons parler de « vulnérabilité responsable de difficultés d'accès aux soins ».

4.3.3 Acceptabilité du sujet

Traiter des ISS et de la précarité est important en médecine générale, mais cela reste un sujet complexe et sensible, que ce soit pour les MG ou les patients.

Deux thèses qualitatives ont étudié la perception de l'enregistrement de la situation sociale en 16 variables proposées par le Collège de Médecine Générale, d'une part du point de vue des patients, d'autre part de celui des généralistes :

- le travail de thèse de L. Sekula Cabro (29) met en évidence une bonne acceptabilité des patients quant au recueil de certaines informations recommandées par le Collège de Médecine Générale, telles que l'âge, le sexe, l'adresse, le nombre d'enfants à charge, l'assurance maladie, la profession, le statut par rapport à l'emploi, le fait de vivre seul ou en couple. Ils sont en revanche plus réticents concernant le recueil de la situation financière, la situation vis à vis du logement, le fait de percevoir des minima sociaux, le niveau d'études, la catégorie socio professionnelle, la capacité de compréhension du langage écrit ou le pays de naissance.

- la thèse de C. Ernst Toulouse et C. Nollet (30) conclue à une perception similaire de la part des médecins généralistes, notamment quant au caractère intrusif ou stigmatisant de la question du revenu et du niveau d'étude. Les « principales limites [sont] le manque de temps et d'habitude, la nécessaire mise à jour des données évolutives, et la problématique des logiciels actuels inadaptés à ce recueil. »

4.3.4 Absence de Gold Standard

Il n'existe pas à ce jour de score de précarité validé, ou Gold Standard, ni même d'indicateur spécifique pour mesurer la précarité. Les scores français existants ont été comparés entre eux, et présentent tous une validité imparfaite, comme nous l'avons vu précédemment. D'autre part les ISS sont réparties selon un gradient social, la précarité représentant l'extrémité basse de ce gradient. Caractériser le phénomène en une réponse binaire « précaire » ou « non précaire » paraît peu adapté dans ce contexte.

Une grande partie des scores ne sont pas transposables d'un pays à l'autre du fait de différences socio-économiques et culturelles. Un bon score doit être adapté à la population cible. Ce test pourrait également être utilisé dans un but scientifique pour la sélection de patients précaires.

Parmi les scores étrangers, le score suisse DipCare-Q, nous a paru comme étant celui le plus adapté à la population française, bien qu'il n'existe pas d'étude ayant cherché à le valider en ce sens.

4.4 Prochaines étapes de validation

Notre étude s'inscrit dans un travail plus large participant à la validation externe du score PRECAR avec Julian Marsac et Audrey Vidal. Nos données ont donc été exploitées d'une part pour l'analyse de la transportabilité du score en milieu rural, d'autre part pour la validation contre critère.

Ce travail a inclus 394 patients, et a permis de conclure à une validation contre critère satisfaisante par rapport au score EPICES, mais n'a pas permis d'établir formellement sa transportabilité en milieu rural.

Une étude soutenue par l'INPES-Santé Publique France est actuellement en cours afin d'analyser le score sur une population plus large et de le valider à l'échelle nationale.

5 Conclusion

THESE SOUTENUE PAR : Clotilde SERVE et Charles VOUILLON

TITRE : « Participation à la validation externe du score PRECAR : étude de la fiabilité par Test-retest »

CONCLUSION

L'aggravation des inégalités sociales de santé (ISS) en France est un problème de santé publique. Leur lien avec la précarité n'est plus à démontrer. Le médecin généraliste, premier acteur du système de santé, a une place primordiale dans le dépistage des personnes en situation de précarité. Le repérage de ces patients nécessite un outil simple et applicable dans une population consultant en cabinet de médecine générale.

Ce travail fait suite au développement du score PRECAR établi dans la thèse du Dr Sarah Robert, sur une population de Paris et de sa petite couronne avec sur-représentation des quartiers défavorisés.

L'objectif de cette étude était de tester la reproductibilité temporelle de ce score sur un échantillon de population rurale. Cent questionnaires ont été administrés lors de consultations de SASPAS par deux internes en médecine générale dans des cabinets différents. Un rappel téléphonique par le même interlocuteur a été effectué 15 jours plus tard afin de reposer les mêmes questions. Le kappa du Test-Retest retrouvait une concordance de 0,84 (IC 95% 0,65-1), ce qui montre une reproductibilité excellente.

Par ailleurs ce travail s'inscrit dans une étude plus vaste puisque ces données ont également servi à évaluer la transportabilité du score PRECAR en milieu rural.

Au total même si le repérage « à l'instinct » des sujets précaires paraît simple et évident, il est subjectif. L'absence de Gold Standard prouve que la précarité est un sujet complexe et difficile à définir. Ce score objectif pourrait être utilisé en médecine ambulatoire afin de standardiser le recueil des données. L'étude du Test-retest sur une population rurale représente la première partie d'un travail plus vaste visant à valider un questionnaire généralisable à la population française, après inclusion d'un plus grand nombre de patient à l'échelle nationale. La mise en place d'un tel outil participerait à la réponse aux objectifs de prévention de santé publique concernant les ISS.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

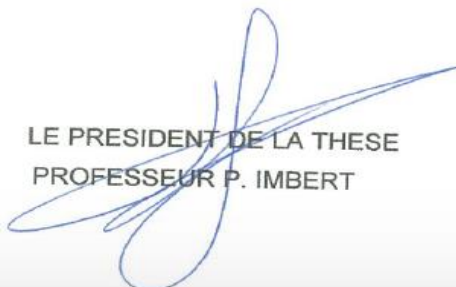
Grenoble, le

LE DOYEN

J.P. ROMANET



LE PRESIDENT DE LA THESE
PROFESSEUR P. IMBERT



6 Bibliographie

1. Déclaration d'Alma Alta du 12 septembre 1978 [Internet]. 1978 [cité 11 juin 2016]. Disponible sur: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39243/1/9242800001.pdf>.
2. Lang T. HCSP Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité [Internet]. 2009 [cité 10 juin 2015]. Disponible sur: http://www.hcsp.fr/explore.cgi/hcspr20091112_inegalites.pdf
3. Cambois E, Laborde C, Robine J-M. La double peine des ouvriers: plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte. *Rev DÉpidémiologie Santé Publique*. 2008;56(6):S367.
4. Le portail du service public de la Sécurité sociale / Rapport annuel 2012 [Internet]. [cité 25 mai 2015]. Disponible sur: <http://www.securite-sociale.fr/Rapport-annuel->
5. Wilkinson R., « L'égalité c'est la santé », édition Demopolis, 2010, 251 pages.
6. Potvin L, Moquet M-J, Jones CM. Réduire les inégalités sociales en santé. Saint-Denis [Seine-Saint-Denis]: Inpes; 2010.
7. Lang T. Les inégalités sociales de santé [Internet]. 2010 [cité 27 nov 2015]. Disponible sur: <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Hcsp/ADSP/73/ad730757.pdf>.
8. Wresinski J. Grande pauvreté et précarité économique et sociale: séances des 10 et 11 février 1987. Vol. 4074. Direction des journaux officiels; 1987.
9. Bihan H, Laurent S, Sass C, Nguyen G, Huot C, Moulin J-J, et al. Association Among Individual Deprivation, Glycemic Control, and Diabetes Complications. *Diabetes Care*. nov 2005;28(11):26805.
10. Blanquet M, Debost-Legrand A, Gerbaud L, de La Celle C, Brigand A, Mioche L, et al. Metabolic syndrome and social deprivation: results of a French observational multicentre survey. *Fam Pract*. févr 2016;33(1):1722.
11. Matata BM, Shaw M, Grayson AD, McShane J, Lucy J, Fisher M, et al. The impact of social deprivation on coronary revascularisation treatment outcomes within the National Health Service in England and Wales. *Eur J Prev Cardiol*. 1 févr 2016;23(3):31627.
12. Wickham S, Taylor P, Shevlin M, Bentall RP. The Impact of Social Deprivation on Paranoia, Hallucinations, Mania and Depression: The Role of Discrimination Social Support, Stress and Trust. *PLOS ONE*. 27 août 2014;9(8):e105140.
13. Sass C, Moulin JJ, Labbe E, Chatain C, Gerbaud L. L1-La fragilité sociale: un déterminant majeur des inégalités de santé. 2007 [cité 9 juin 2015]; Disponible sur: <http://orspaca.org/congres-2008/communications/L1.pdf>.
14. Question d'économie de la santé : comment les soins primaires peuvent-ils contribuer à réduire les inégalités de santé ? *Revue de la littérature*. Disponible sur : <http://www.irdes.fr/Publications/2012/Qes179.pdf>.
15. Aïach P, Fassin D. L'origine et les fondements des inégalités sociales de santé. *Rev Prat*. 2004;54:2221-2227.

16. Bodenmann P, others. Précarité et déterminants sociaux de la santé: quel (s) rôle (s) pour le médecin de premier recours? *Allergo-Immunol.* 2009;199(15):845–848.
17. De Laender N. Socio-economic status of the patient and doctor- patient communication : does it make a difference ? Disponible sur : http://lib.ugent.be/fulltxt/RUG01/001/787/950/RUG01-001787950_2012_0001_AC.pdf.
18. Köhl M. Les représentations de la précarité chez les médecins généralistes, étude qualitative [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bourgogne; 2014.
19. Chatelard S, Bodenmann P, Vaucher P, Herzig L, Bischoff T, et al. (2014) General Practitioners Can Evaluate the Material, Social and Health Dimensions of Patient Social Status. *PLOS ONE* 9(1): e84828. doi: 10.1371/journal.pone.0084828
20. Collège de Médecine Générale : Pourquoi et comment enregistrer la situation sociale d'un patient adulte en médecine générale ? Mars 2014. Disponible sur : http://www.lecmg.fr/photos/doc_iss_02_04.pdf DeVoe JE, Bazemore AW, Cottrell EK, Likumahuwa-Ackman S, Grandmont J, Spach N, et al. Perspectives in Primary Care: A Conceptual Framework and Path for Integrating Social Determinants of Health Into Primary Care Practice. *Ann Fam Med.* 3 janv 2016;14(2):104-8.
21. Vaucher P, Bischoff T, Diserens E-A, Herzig L, Meystre-Agustoni G, Panese F, et al. Detecting and measuring deprivation in primary care: development, reliability and validity of a self-reported questionnaire: the DiPCare-Q. *BMJ Open.* 1 janv 2012;2(1):e000692.
22. Terwee CB, Bot SDM, de Boer MR, van der Windt DAWM, Knol DL, Dekker J, et al. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *J Clin Epidemiol.* janv 2007;60(1):34-42.
23. Fouchard A, Bréchat P-H, Castiel D, Pascal J, Sass C, Lebas J, et al. Caractéristiques métrologiques et comparaison de trois outils de repérage de la précarité sociale dans une permanence d'accès aux soins de santé hospitalière à Paris. *Rev D'Épidémiologie Santé Publique.* août 2014;62(4):237-47.
24. Sass C, Moulins J, Guéguen R. Le score EPICES : un score individuel de précarité. Construction du score et mesures des relations avec les des données de santé, dans une population de 197389 personnes. *BEH.* 2006;14:93-96.
25. Robert S. Construction et validation d'un score individuel de précarité utilisable en soins primaires: une étude à partir de la cohorte santé, inégalités et ruptures sociales [Thèse d'exercice]. [France]: Université Pierre et Marie Curie (Paris). UFR de médecine Pierre et Marie Curie; 2013.
26. SIRS : Santé, Inégalités, Rupture Social | Un site utilisant U707 [Internet]. [cité 9 juin 2015]. Disponible sur: <http://www.programme-sirs.org/>.
27. D'Escrienne C. Validation externe d'un score individuel de précarité utilisable en soins primaires : le score PRECAR. 2015.
28. Elie C. Méthodes d'estimation de la reproductibilité. *Sang Thromb Vaiss.* 2011;23(3):138-45.

29. Sekula Cabro L. Acceptabilité par les patients du recueil de leur position sociale par le médecin généraliste : une étude qualitative. 2015.
30. Ernst Toulouse C, Nollet C. Recueil de la situation sociale des patients et prise en charge des inégalités sociales de santé : perspectives en médecine générale [Internet]. UNIVERSITÉ DE NANTES; 2014.

7 Annexes

Annexe 1: Critères d'évaluation de Terwee

Critères de qualité utilisés pour l'évaluation de la méthodologie d'élaboration des scores (d'après Terwee et al.)

Critère de qualité	Définition	Conditions de notation ^{a,b}
1. Validité du contenu	Dans quelle mesure le domaine d'intérêt est convenablement décrit par les items du questionnaire	+ : une description claire est fournie pour l'objectif de la mesure, la population cible, les concepts mesurés, la sélection des items ET la population cible et (les chercheurs OU les experts) étaient impliqués dans la sélection des items ± : une description claire des aspects mentionnés ci-dessus manque OU seule la population cible a été impliquée OU méthodologie de l'étude douteuse - : pas d'implication de la population cible ND : pas d'information disponible sur l'implication de la population
2. Cohérence interne	Dans quelle mesure les items sont corrélés entre eux et mesurent ainsi le même concept	+ : analyse factorielle effectuée sur un échantillon de taille adéquate ($7 \times$ nombre d'items et ≥ 100) ET alpha(s) de Cronbach calculé(s) par dimension ET alpha(s) de Cronbach entre 0,70 et 0,95 ± : pas d'analyse factorielle OU méthode douteuse - : Alpha(s) de Cronbach $< 0,70$ ou $> 0,95$, malgré une méthodologie adéquate ND : pas d'information disponible sur la cohérence interne
3. Validité contre critère	Dans quelle mesure le score est cohérent avec le <i>gold standard</i>	+ : arguments convaincants pour dire que le <i>gold standard</i> est « gold » ET corrélation avec le <i>gold standard</i> $> 0,70$ ± : pas d'argument suffisant pour prouver que le <i>gold standard</i> est « gold » OU méthode douteuse - : corrélation avec le <i>gold standard</i> $< 0,70$ malgré une méthode adéquate ND : pas d'information disponible sur la validité des critères
4. Validité du construit	Dans quelle mesure le score est en cohérence avec les hypothèses faites initialement concernant le concept mesuré	+ : des hypothèses spécifiques ont été formulées ET au moins 75 % des résultats sont en accord avec ces hypothèses ± : méthode douteuse (par exemple : pas d'hypothèse) - : moins de 75 % des hypothèses ont été confirmées, malgré une méthode adéquate ND : pas d'information disponible sur la validité du construit
5. Reproductibilité		
5.1. Concordance	Dans quelle mesure les scores mesurés de façon répétée sont proches les uns des autres (erreur absolue)	+ : CMI $<$ PPCD OU CMI en dehors des limites de la concordance OU arguments convaincants pour dire que la concordance est acceptable ± : méthodologie douteuse OU (CMI non défini ET pas d'argument convaincant pour dire que la concordance est acceptable) - : CMI \geq PPCD OU CMI égal ou situé à l'intérieur des limites de la concordance, malgré une méthodologie adéquate ND : pas d'information disponible sur la concordance
5.2. Fiabilité	Dans quelle mesure les patients peuvent être distingués les uns des autres, malgré les erreurs de mesure (erreur relative)	+ : coefficient de corrélation intraclasse ou Kappa pondéré $\geq 0,70$ ± : méthodologie douteuse (par exemple, intervalle de temps non mentionné) - : coefficient de corrélation intraclasse ou Kappa pondéré $< 0,70$, malgré une méthodologie adéquate ND : pas d'information sur la fiabilité
6. Sensibilité au changement	La capacité du questionnaire à distinguer des changements cliniquement important au fil du temps	+ : PPCD OU PPCD $<$ CMI OU CMI en dehors des limites de la concordance OU RR $> 1,96$ OU ASC $\geq 0,70$ ± : méthodologie douteuse - : PPCD OU PPCD \geq CMI OU CMI égal ou situé à l'intérieur des limites de la concordance OU RR $\leq 1,96$ OU ASC $< 0,70$, malgré une méthodologie adéquate ND : pas d'information sur la sensibilité au changement
7. Effets plancher et plafond	La proportion de répondants qui ont obtenu le plus bas ou le plus haut score	+ : $\leq 15\%$ des répondants ont atteint le plus haut ou le plus bas score possible ± : méthodologie douteuse - : $> 15\%$ des répondants ont atteint le plus haut ou le plus bas score possible, malgré une méthodologie adéquate ND : pas d'information disponible sur l'interprétation
8. Interprétabilité	Dans quelle mesure il est possible d'associer une signification qualitative à un score quantitatif	+ : moyenne et écart-types donnés pour au moins quatre sous-groupes de patients et CMI défini ± : méthodologie douteuse OU moins de quatre sous-groupes ou pas de CMI défini ND : pas d'information donnée sur l'interprétation

CMI : changement minimal considéré comme important ; PPCD : plus petit changement détectable ; ASC : aire sous la courbe.

^a + : note positive ; ± : note indéterminée ; - : note négative ; ND : non disponible.

^b Méthodologie douteuse : il manque une description claire de la méthodologie, la taille de l'échantillon est inférieure à 50 sujets (elle doit être d'au moins 50 sujets dans chaque sous-groupe d'analyse) ou il existe une autre faiblesse dans la conception ou l'exécution de l'étude.

Annexe 2 : Questionnaire

A- Caractéristiques socio démographiques

A1- Age

A2- Sexe

1 Homme

2 Femme

A3- Niveau d'étude : dernière classe fréquentée.

1 Jamais scolarisé

2 Maternelle ou primaire

3 Secondaire

4 Etudes supérieures

A4- Situation d'emploi :

1 Exerce un emploi

2 Apprenti, stagiaire

3 Elève, étudiant

4 Chômeur

5 Retraité

6 Au foyer

7 Congé parental temps plein

8 Autre

A5- Activité professionnelle : d'après la nomenclature Professions et Catégories Socio professionnelles PCS 2003 de l'INSEE, niveau 1, comprenant 8 catégories. La catégorie « retraité » n'a pas été comptabilisée, étant prise en compte dans l'item précédent.

1 Agriculteurs, exploitants

2 Artisans, commerçants et chefs d'entreprise

3 Cadres et professions intellectuelles supérieures (médecins libéraux, notaires)

4 Professions intermédiaires (infirmière libérale, professeur des écoles, religieux)

5 Employés (de la fonction publique, policiers et militaires)

6 Ouvriers (qualifiés, non qualifiés, agricoles)

7 Sans activité professionnelle

A6- Poids (en kg) : sur déclaration du patient, ou issu du dossier médical.

A7- Taille (en cm) : sur déclaration du patient, ou issu du dossier médical.

B- Variables de santé : réponse binaire (oui 1 ; non 0)

B1- Le fait de se sentir limité depuis au moins 6 mois par un problème de santé psychologique ou physique

B2- La présence d'une maladie chronique, c'est-à-dire qui a duré ou qui peut durer pendant une période de 6 mois ou plus

B3- La présence d'un épisode dépressif

B4- Le fait d'avoir des dents à soigner, en mauvais état ou à remplacer

B5- Le fait d'avoir un état de santé général ressenti comme dégradé

B6- Le fait d'avoir un état de santé physique ressenti comme dégradé

B7- Le fait d'avoir un état de santé psychologique ressenti comme dégradé

B8- L'existence d'un surpoids (IMC > 25 kg/m²), ou B9- L'existence d'une obésité (IMC > 30 kg/m²), calculé par l'interne à partir des données poids et taille recueillies précédemment.

B10- Le fait de ne pas avoir un médecin régulier (est considéré comme médecin régulier le médecin que connaît déjà le répondant et qu'il va consulter en priorité s'il est malade, déclaré ou non à l'assurance maladie)

B11- le fait de ne pas avoir vu de dentiste depuis au moins 2 ans

B12- Le fait de ne jamais avoir fait le test de dépistage du VIH au cours de sa vie. A noter que toutes les femmes qui ont accouché d'un enfant en France après 1990 ont été considérées comme ayant fait un test de dépistage du VIH

B13- Le fait d'avoir déjà fait un test de dépistage du VIH à sa demande

Les réponses étaient ici déclaratives, sauf pour l'existence d'un surpoids ou d'une obésité, fait sur calcul de l'Indice de Masse Corporelle (IMC) poids (kg)/ taille (m) ².

C- 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 1^{er} cycle ou 2^e cycle (de la 6^{ème} 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 ne jamais avoir travaillé plus de trois mois

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, vous diriez 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

D- Score EPICES : réponse binaire (Oui 1 ; Non 0)

D1- Rencontrez-vous parfois un travailleur social ?

D2- Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ?

D3- Vivez-vous en couple ?

D4- Etes-vous propriétaire de votre logement ?

D5- 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...) ?

D6- Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?

D7- Etes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois ?

D8- Etes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?

D9- Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants ?

D10- En cas de difficultés, il y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ?

D11- En cas de difficultés, il y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ?

Participation à la validation externe du score PRECAR : étude de la fiabilité par Test-retest

Introduction : Les inégalités sociales de santé reflètent les différences d'état de santé entre groupes sociaux réparties selon un gradient social. La précarité représente l'extrémité basse de ce gradient social. Le médecin généraliste est en première ligne pour repérer les patients vulnérables, d'où l'intérêt de valider un outil simple évaluant la précarité en médecine ambulatoire.

Objectif : Tester la reproductibilité temporelle du score PRECAR, établi et validé en population parisienne.

Méthode : Administration de 100 questionnaires comportant les scores PRECAR et EPICES lors de consultations de SASPAS dans 3 cabinets de médecine générale en milieu rural, puis rappel téléphonique 15 jours plus tard. Calcul du coefficient Kappa afin d'évaluer la reproductibilité.

Résultats : 8% de patients classés précaires à l'inclusion d'après PRECAR, concordance de 0,84 (IC95% 0,65-1) pour le Test-Retest soit une reproductibilité excellente du score. Les données recueillies sont mises en commun dans un second travail évaluant la transportabilité.

Discussion : Malgré une bonne reproductibilité, la population de notre étude était une population spécifique. La transportabilité en milieu rural n'a pu être validée de manière formelle dans la seconde étude. Une étude à l'échelle nationale est en cours pour analyser le score sur une population plus large.

Conclusion : La reproductibilité est un critère de validation externe permettant d'envisager la généralisation du score PRECAR pour le dépistage des patients précaires consultant en ambulatoire.

Mots clés : inégalités sociales de santé, gradient social, précarité, médecine générale, reproductibilité.