



HAL
open science

Dépistage des personnes précaires âgées de 18 à 65 ans consultant aux urgences du CHU de Grenoble grâce au score EPICES

Bérengère Lordey

► To cite this version:

Bérengère Lordey. Dépistage des personnes précaires âgées de 18 à 65 ans consultant aux urgences du CHU de Grenoble grâce au score EPICES. Médecine humaine et pathologie. 2019. <dumas-02326612>

HAL Id: dumas-02326612

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02326612v1>

Submitted on 22 Oct 2019

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.



HAL Authorization



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>



UFR de
Médecine

UNIVERSITÉ
Grenoble
Alpes

UNIVERSITÉ GRENOBLE ALPES

UFR DE MÉDECINE DE GRENOBLE

Année : 2019

DEPISTAGE DES PERSONNES PRECAIRES AGEES DE 18 A 65 ANS CONSULTANT AUX URGENCES DU CHU DE GRENOBLE GRACE AU SCORE EPICES

Thèse présentée pour l'obtention du titre de Docteur en Médecine

Diplôme d'Etat

Bérengère LORDEY, [Données à caractère personnel]

Thèse soutenue publiquement à la faculté de Médecine de Grenoble le 15/10/2019

Devant un jury composé de :

Présidente du jury : Mme le Pr Françoise CARPENTIER

Membres :

Mme Louise CAVAT, Directrice de thèse

M. Maxime MAIGNAN

M. François PAYSANT

M. Clément TOUSSAINT

L'UFR 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.

Doyen de la Faculté : Pr. Patrice MORAND

Année 2018-2019

ENSEIGNANTS DE 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	BAILLET Athan	Rhumatologie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
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	BOLLA Michel	Cancérologie-Radiothérapie
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
PU-PH	BRAMBILLA Elisabeth	Anatomie et de Pathologie Cytologiques
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
PU-PH	CANALI-SCHWEBEL Carole	Réanimation médicale
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

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	CHIRICA Mircea	Chirurgie générale
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	CLAVARINO Giovanna	Immunologie
PU-PH	COHEN Olivier	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	COURVOISIER Aurélien	Chirurgie infantile
PU-PH	COUTTON Charles	Génétique
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	DEBATY Guillaume	Médecine d'Urgence
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
PU-PH	DECAENS Thomas	Gastro-entérologie, Hépatologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Addictologie
PU-PH	DEMONGEOT Jacques	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
PU-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
PU-PH	GIOT Jean-Philippe	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
MCU-PH	GUZUN Rita	Endocrinologie, diabétologie, nutrition, éducation thérapeutique
PU-PH	HAINAUT Pierre	Biochimie, biologie moléculaire
PU-PH	HALIMI Serge	Nutrition
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

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	JUVIN Robert	Rhumatologie
PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
MCU-PH	KASTLER Adrian	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARERE José	Epidémiologie ; Eco. de la Santé
MCU-PH	LABLANCHE Sandrine	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
MCU-PH	LANDELLE Caroline	Bactériologie - virologie
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
MCU - PH	LE PISSART Audrey	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénérologie
PU-PH	LEROUX Dominique	Génétique
PU-PH	LEROY Vincent	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	LETOUBLON Christian	Chirurgie digestive et viscérale
PU-PH	LEVY Patrick	Physiologie
PU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
MCU-PH	LUPO Julien	Virologie
PU-PH	MAGNE Jean-Luc	Chirurgie vasculaire
MCU-PH	MAIGNAN Maxime	Médecine d'urgence
PU-PH	MAITRE Anne	Médecine et santé au travail
MCU-PH	MALLARET Marie-Reine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	MALLION Jean-Michel	Cardiologie
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	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

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	PONS Jean-Claude	Gynécologie obstétrique
PU-PH	RAMBEAUD Jean-Jacques	Urologie
PU-PH	RAY Pierre	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
MCU-PH	RENDU John	Biochimie et Biologie Moléculaire
MCU-PH	RIALLE Vincent	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
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	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

REMERCIEMENTS :

À Madame le Professeur Carpentier, merci d'avoir accepté de présider mon jury.

À Madame Louise Cavat, merci de m'avoir encadrée et épaulée pour ce travail de thèse. Je retiendrai ta bonne humeur et ton investissement au travail.

À Monsieur Clément Toussaint, merci de m'avoir soutenu lors de ce travail de thèse, pour l'investissement que tu as apporté.

À Monsieur Maxime Maignan, merci de m'avoir encadrée pour les statistiques de ma thèse et de participer à mon jury de thèse.

À Monsieur François PAYSANT, merci pour l'intérêt que vous avez porté à mon travail et d'assister à ma soutenance de thèse.

À Madame Carole PAQUIER ainsi que le personnel des urgences du CHU de Grenoble, merci d'avoir accepté la réalisation de cette étude au sein de son service et pour l'accueil chaleureux qui a été porté à mon travail.

À Madame Anne-Marie DOLLS, merci d'avoir pris le temps de me rencontrer au début de ce travail pour m'aiguiller.

À mes parents, mon frère Bertrand, ainsi que toute ma famille, merci de m'avoir apporté un soutien sans relâche durant ces années d'étude.

À Corentin, merci de partager mon quotidien depuis deux ans et de m'encourager dans mon travail. Notre projet de voyage sera un grand moment de bonheur, j'en suis sûre.

À Coralie, Aurélie, Lucie, Christine, Inès, avec qui il est toujours bon de se retrouver malgré l'éloignement de nos internats respectifs.

À mes amis rencontrés lors de mon internat, vous êtes comme ma deuxième famille ici : Julie, Toto, Hugo, Lou, Cécé, Flo, So, Damien, Justine, Lisa, Schach, Mathilde, Ayoub, ...

À Stéphanie, ma tutrice, merci pour ton accompagnement durant ces trois ans d'internat, et d'avoir relu mon mémoire.

À Angela, merci d'avoir relu ma traduction anglaise du résumé de thèse.

« Ce n'est pas parce que les choses sont difficiles que nous n'osons pas,

Mais parce que nous n'osons pas qu'elles sont difficiles. »

Sénèque

Sommaire

INTRODUCTION :	12
MATÉRIEL ET MÉTHODE :	14
1. Type d'étude	14
2. Population	14
3. Schéma d'étude	14
4. Objectifs et critères de jugement	15
a. Objectif principal	15
b. Objectifs secondaires	16
5. Tests statistiques et logiciel utilisé	16
RÉSULTATS :	17
1/ Critère de jugement principal	19
2/ Critères de jugement secondaires	19
a- Comparaison des différentes caractéristiques des patients	19
b- Mise en évidence des variables significativement associées à la précarité	29
DISCUSSION :	30
Caractéristiques des patients en situation de précarité	30
Forces et faiblesses, biais et limites	34
Perspectives	35
CONCLUSION :	37
ANNEXE :	42

RÉSUMÉ :

La précarité touche entre 12 et 15% de la population française, mais cela représente 35 à 45% des personnes consultant aux urgences. Il est important de pouvoir les identifier et tenter d'en décrire certaines caractéristiques.

L'étude repose donc sur le repérage des patients en situation de précarité lorsqu'ils consultent aux urgences du CHU de Grenoble.

Matériel et méthode : C'est une étude observationnelle transversale descriptive monocentrique, toutes les personnes admises entre 18 et 65 ans étaient incluses sauf présence d'un critère d'exclusion ou les personnes ayant exprimé leur refus. Le recueil des patients s'est déroulé sur cinq journées de 24 heures tirées au sort, un questionnaire était rempli au lit du malade par l'investigateur ou les externes du service. L'objectif principal était de dépister le nombre de patients précaires âgés de 18 à 65 ans consultant aux urgences du CHU, grâce au score EPICES.

Résultats : 46,2% des patients incluses sont précaires. La majorité de ces patients sont des hommes (56.7%), jeunes, fumeurs (59.4%), sans emploi (55.6%), de nationalité française, sans suivi dentaire depuis deux ans, avec des passages répétés aux urgences depuis un an, pour des motifs psychiatriques ou d'addiction plus fréquemment que les patients non précaires. Il faut signaler tout de même que 45% des patients précaires avaient un emploi, 84% avaient déclaré un médecin traitant, 82% avaient une complémentaire maladie et ces patients étaient plus fréquemment atteints de maladie chronique. L'association absence d'emploi et fumeur actif, expose à 80% au risque d'être précaire.

Conclusion : les patients précaires sont nombreux, plus ou moins faciles à dépister au vue de l'évolution de la société. Il est nécessaire de mettre en place des stratégies de dépistage pour une prise en charge plus adaptée et personnalisée.

ABSTRACT :

Between 12 and 15% of the French population are low income population. And it represents up to 45% of people admitted to the Emergency room. It seems to be important to screen these persons in order to improve cares.

So the aim of the study is to screen low income population aged 18 to 65 years old admitted in emergency room in Grenoble university hospital.

It's a transversal and descriptive study ; all people admitted from 18 to 65 years old were included except if they presented with an exclusion criteria (absolute emergency, illiterate or non French speaking people, confused people, imprisoned or under guardianship people) or if they refused to participate. It took place during five days of 24 hours, drawn. An evaluation form was filled in next to the patient by medical students in the ER or by an investigator. The main objective was to screen the number of low income people aged from 18 to 65 years old admitted to the Emergency Room of the University Hospital, thanks to EPICES score.

46,2% of people admitted to the Emergency Room are low income people. Most of these patients are men (56,7%), young, smokers (59,4%), unemployed (55,6%), of French nationality, lacking dental care for the past two years, with multiple admissions to the ER during one year, for psychiatric or addiction problems more frequently compared to non precarious people. However, we can notice that 45% of low income population have a job, 84% have declared a general practitioner and 82% have health insurance. People affected by precariousness are more frequently affected by chronic disease and association between unemployment and smoking is linked with a risk of 80% to be precarious.

There is a large population in France affected by precariousness, they are more or less easy to be detected, due to modified criteria over time. It's necessary to apply early detection strategies for more adapted and personalized care.

LISTE DES ABBRÉVIATIONS ET ACRONYMES

EPICES	Evaluation de la précarité et des inégalités de santé dans les Centres d'examens de santé
PASS	Permanence d'Accès aux Soins de Santé
APA	Allocation Personnalisée d'Autonomie
DARES	Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CMU	Couverture Maladie Universelle
CMUc	Couverture Maladie Universelle complémentaire
CDD	Contrat à Durée Déterminée
AAH	Allocation Adulte Handicapé
Groupe P	groupe Précaire
Groupe NP	groupe Non Précaire

INTRODUCTION :

La précarité est définie par 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, selon Wresinski dans son rapport « Grande pauvreté et précarité économique et sociale » au Conseil économique et social français en 1987[1]. Cette situation est vécue comme un moment de fragilité et d'instabilité, dont ni la durée ni l'avenir ne peut être prévisible, pouvant évoluer vers plus de stabilité ou au contraire vers la pauvreté voire la grande pauvreté.[2]

Le taux de précarité en France a connu une forte hausse entre les années 90 et la première décennie des années 2000. Depuis les années 2010, ce taux a tendance à se stabiliser. Elle touche entre 12 et 15% de la population selon les régions[3] et on estime que les personnes précaires représentent 35 à 45% des personnes consultant dans les services d'urgences[4].

Cependant le visage de la précarité a changé. Avant il s'agissait de personnes âgées, issue de familles nombreuses et habitaient en zone rurale, alors que maintenant la précarité touche davantage les jeunes, notamment les femmes, issues de famille monoparentale, vivant en zone urbaine[5].

Sur le plan sanitaire, le cumul de plusieurs facteurs de vulnérabilité (économiques, sociaux, familiaux ou sanitaires) favorise l'apparition d'un état de santé dégradé par rapport à la population générale[6].

Ainsi, en France, on retrouvera une prévalence plus élevée de pathologies chroniques, aboutissant à un taux de mortalité plus important que dans la population générale[7].

Parallèlement, ces populations précaires présentent plus de difficultés dans l'accès aux soins, marquées par des ruptures de soins[8].

Ils ont plus recours aux urgences qu'en médecine de ville par manque de moyens ou par recours tardif nécessitant des soins hospitaliers[9], [10]. De plus, ces personnes sont plus à risque d'addictions, de troubles psychiatriques, de problèmes cardio-vasculaires ou infectieux par négligence ayant d'autres priorités comme le logement ou l'alimentation[11], [12].

Il est nécessaire de repérer ces patients aux urgences, d'identifier certaines caractéristiques de cette population pour peut-être mieux les orienter dans leur parcours de soins.

Le dépistage de la précarité peut être réalisé grâce à différents scores notamment le score EPICES, référence en France, créé en 1994 et validé en 2002[13]. Il est composé de 11 questions binaires et permet de détecter la précarité et de la quantifier. Plus le score est haut, plus la situation socio-économique de la personne est défavorable, associé à une augmentation du risque de mauvais état de santé[14]. Il permet de détecter davantage de patients précaires que la définition administrative, utilisée antérieurement, d'où sa position de référent[15]. Outre Manche, d'autres scores existent, comme les scores de Townsend ou de Carstairs, non utilisés en France[16].

Aucun dépistage de la précarité n'a été réalisé auparavant, dans le milieu médical et plus précisément en milieu hospitalier dans la région grenobloise.

Dans les services d'urgences, une partie des patients précaires sont des personnes âgées. Cependant ces dernières sont plus à risque d'être hospitalisées, donc de rencontrer par ce biais un travailleur social[17] pouvant mettre en place des aides humaines ou matérielles telles que l'APA.[18]

Cependant une partie de la population en âge de travailler est elle aussi précaire, notamment les salariés en CDD qui représentent la majorité des employés, selon une étude de la DARES. Déjà en 1998, le Haut Comité de Santé Publique décrivait un phénomène de « boucle de précarisation : trouvant leurs origines dans les nouvelles formes d'emploi et de travail où la recherche de l'efficacité et de la compétitivité conduit à nier ou à pénaliser les problèmes de santé »[19]. Malheureusement cette précarité peut être méconnue ou cachée. C'est pourquoi nous avons décidé de cibler notre étude sur cette population.

L'objectif de cette étude consiste à dépister les patients en situation de précarité âgés de 18 à 65 ans consultant aux urgences du CHU de Grenoble.

MATÉRIEL ET MÉTHODE :

1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle transversale descriptive monocentrique (service d'accueil des urgences du CHU Grenoble Alpes).

2. Population

L'étude s'est déroulée aux urgences du CHU de Grenoble (circuit court, circuit intermédiaire et secteur chaud) courant avril 2019.

Pour participer à cette étude, les patients devaient avoir entre 18 et 65 ans révolus, et consulter aux urgences du CHU de Grenoble lors des journées de recueil.

Les critères d'exclusion retenus :

- Patients ne parlant pas français ou illettrés non accompagnés d'une personne parlant français
- Les urgences vitales (urgences absolues dont l'état de santé du patient ne s'était pas amélioré avant son transfert ou bien son décès, ne permettant pas une inclusion secondaire)
- Patients confus non accompagnés
- Patients privées de liberté ou sous tutelle

En dehors de ces critères d'exclusion, tous les patients ont été interrogés. Leur consentement était indispensable pour l'inclusion.

Pour un risque α de 5%, 374 sujets étaient nécessaires.

3. Schéma d'étude

Le recueil a été réalisé par l'investigateur et les externes du service des urgences, via un questionnaire en langue française, rempli au lit du malade, durant son séjour aux urgences.

Ce questionnaire était constitué de questions binaires ou à choix multiples concernant les caractéristiques du patient :

- Caractéristiques épidémiologiques (âge, sexe, nationalité, emploi)
- Caractéristiques médico-sociales (déclaration d'un médecin traitant, assurance complémentaire maladie, consultation dentaire, maladie chronique, tabac, rencontre avec un travailleur social)
- Caractéristiques du passage aux urgences (heure d'admission, motif, nombre de passages en un an)
- Score EPICES (11 questions binaires, chaque question est pondérée d'une valeur différente (positive ou négative), le total est sur 100. Le seuil est fixé à 30, un résultat supérieur ou égal à 30 définit les personnes comme précaires et inversement)

Le choix des périodes d'inclusion a été déterminé par des plages de 24 heures (de minuit à minuit) pour inclure les patients diurnes et nocturnes. Et le nombre de journées a été fixé par extrapolation du nombre de sujets nécessaires en fonction du nombre de personnes potentiellement incluables consultant quotidiennement au CHU de Grenoble (environ 100 personnes potentiellement incluables sur les 150 passages quotidiens).

Les dates ont été tirées au sort de façon à ce qu'un même jour de la semaine ne soit représenté qu'une seule fois. Soit cinq jours au total :

- Mercredi 10 avril
- Dimanche 14 avril
- Mardi 16 avril
- Vendredi 19 avril
- Samedi 27 avril

4. Objectifs et critères de jugement

a. Objectif principal

L'objectif principal de l'étude est de définir le taux de précarité chez les patients âgés de 18 à 65 ans consultant aux urgences du CHU de Grenoble.

Pour cela, le critère de jugement principal est l'existence d'une situation de précarité selon le score EPICES.

b. Objectifs secondaires

Le premier objectif secondaire est de rechercher des différences significatives entre les deux groupes (patients précaires et non précaires) selon les différents critères : épidémiologiques, médico-sociaux, passage aux urgences.

Le second objectif est de mettre en évidence les variables significativement associées à la précarité.

5. Tests statistiques et logiciel utilisé

Le critère de jugement principal a été obtenu en comptant le nombre de personnes dont le score EPICES était supérieur ou égal à 30, pour obtenir un pourcentage.

Les variables qualitatives ont été exprimées en pourcentage et comparées entre les groupes par un test de Chi2 ou un test exact de Fisher quand cela était indiqué.

Les variables quantitatives ont été exprimées par la médiane (interquartile) et comparées entre les groupes par un test non paramétrique de Mann Whitney.

Pour mettre en évidence des variables de repérage de la précarité, une analyse par partition récursive (méthode CHAID) a été utilisée.

Le seuil de significativité a été fixé à 0,05 en analyse bilatérale.

Le logiciel SPSS v21.0 (IBM, Richmond, MA, USA) a été utilisé.

RÉSULTATS :

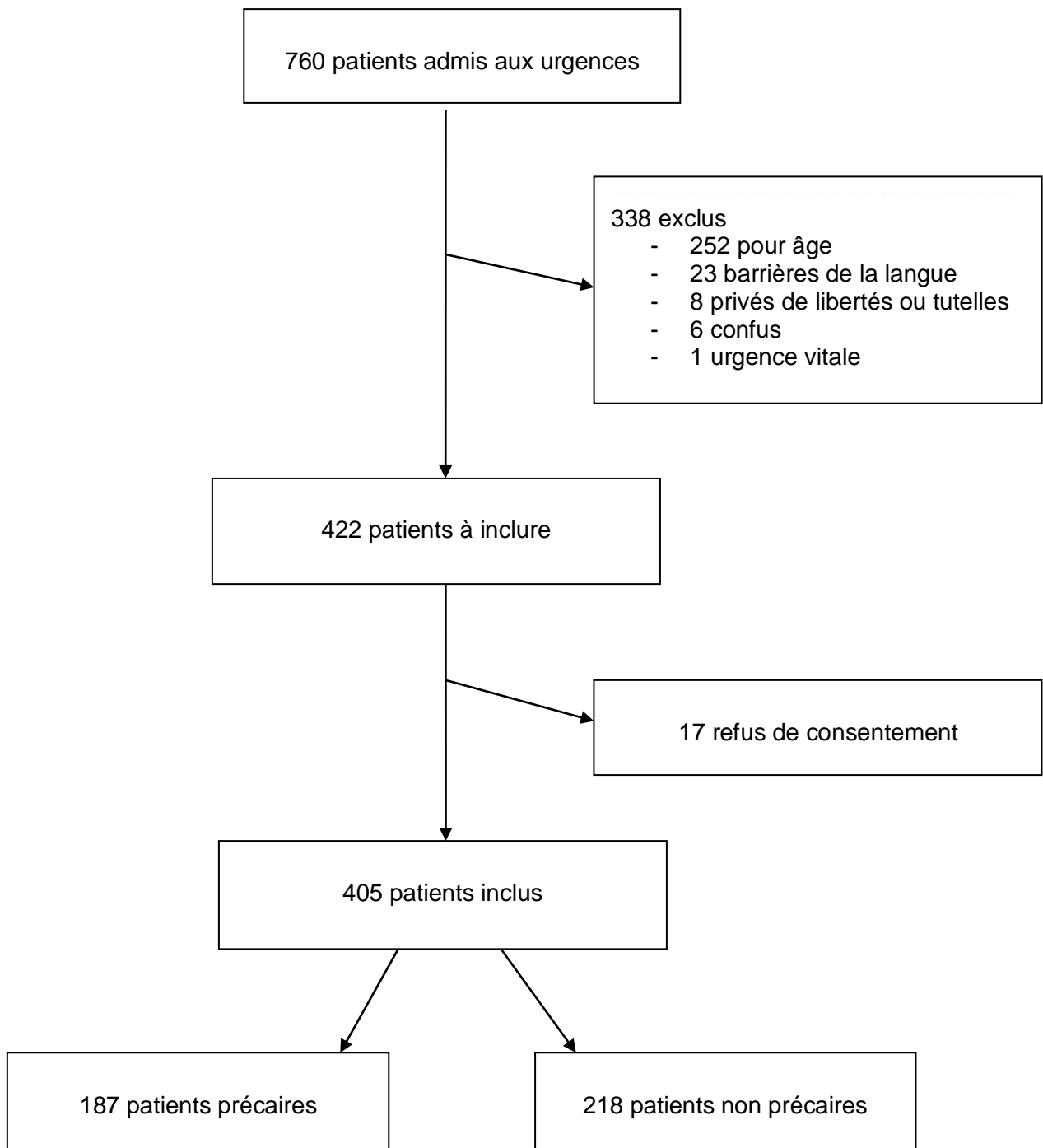


Diagramme en flux de l'étude EPICAIRE (figure 1)

Durant les cinq journées d'inclusion, 760 patients ont consulté aux urgences du CHU de Grenoble. Parmi eux, 338 présentaient des critères d'exclusion et 17 autres ont refusé de participer, ainsi 405 patients ont été inclus dans l'étude.

Caractéristiques de la population		Non Précaire (N=218)	Précaire (N=187)	p	Total
Age (médiane)	18 - 25 ans	51 (23,4%)	49 (26,2%)	0,555	100 (24,7%)
	25 - 40 ans	77 (35,3%)	70 (37,4%)		147 (36,3%)
	40 - 55 ans	51 (23,4%)	33 (17,6%)		84 (20,7%)
	55 - 65 ans	39 (17,9%)	25 (18,7%)		74 (18,3%)
Sexe	femme	87 (39,9%)	81 (43,3%)	0,488	168 (41,5%)
	homme	131 (60,1%)	106 (56,7%)		237 (58,5%)
Nationalité	française	187 (85,8%)	148 (79,1%)	0,078	335 (82,7%)
	étrangère	31 (14,2%)	39 (20,9%)		70 (17,3%)
Présence d'un emploi		162 (74,3%)	83 (44,4%)	<0,001	245 (60,5%)
Médecin traitant déclaré		199 (91,3%)	157 (84,0%)	0,024	356 (87,9%)
Visite dentaire depuis 2 ans		163 (74,8%)	107 (57,2%)	<0,001	270 (66,7%)
Rencontre avec un travailleur social		18 (8,3%)	93 (49,7%)	<0,001	111 (27,4%)
Assurance maladie complémentaire		208 (95,4%)	153 (81,8%)	<0,001	361 (89,1%)
Maladie chronique		51 (23,4%)	74 (40,0%)	<0,001	125 (31,0%)
Tabac actif		67 (30,7%)	111 (59,4%)	<0,001	178 (44,0%)
Heures d'admission aux urgences	00-08h	22 (10,0%)	26 (13,9%)	0,263	48 (11,8%)
	08-13h	72 (33,0%)	48 (25,7%)		120 (29,7%)
	13-20h	85 (39,0%)	83 (44,4%)		168 (41,3%)
	20-00h	39 (17,9%)	30 (16,0%)		69 (17,1%)
Jours d'admission	semaine	130 (59,6%)	111 (59,4%)	0,994	241 (59,5%)
	week-end	88 (40,4%)	76 (40,6%)		164 (40,5%)
Motif de consultation	traumatologie	68 (31,2%)	46 (24,6%)	<0,001	114 (28,1%)
	psychiatrie/addictologie	9 (4,1%)	38 (20,3%)		47 (11,6%)
	médecine	124 (56,9%)	91 (48,7%)		215 (53,1%)
	chirurgie spécialisée (ORL, ophtalmologie)	17 (7,8%)	12 (6,4%)		29 (7,2%)
Nombre de passages aux urgences depuis un an	0	113 (51,8%)	67 (35,8%)	0,001	180 (44,4%)
	1	54 (24,8%)	47 (25,1%)		101 (24,9%)
	≥ 2	51 (23,4%)	73 (39,0%)		124 (30,6%)

Tableau représentant les caractéristiques de la population incluse (tableau 1)

1/ Critère de jugement principal

La proportion de patients précaires représente 187 des 405 patients inclus, soit 46,2% de la population incluse.

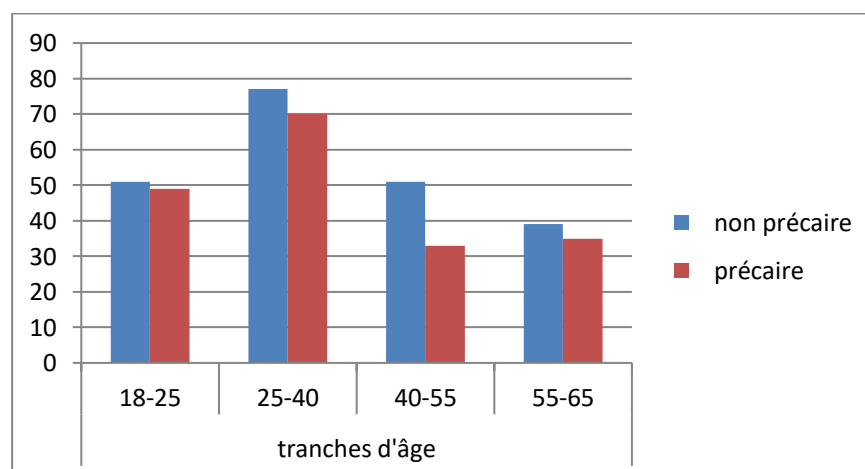
Concernant les patients non précaires, ils sont 218, soit 53,8% de la population incluse.

2/ Critères de jugement secondaires

a- Comparaison des différentes caractéristiques des patients

- Caractéristiques épidémiologiques : âge, sexe, nationalité française ou non et présence d'un emploi.

Age :



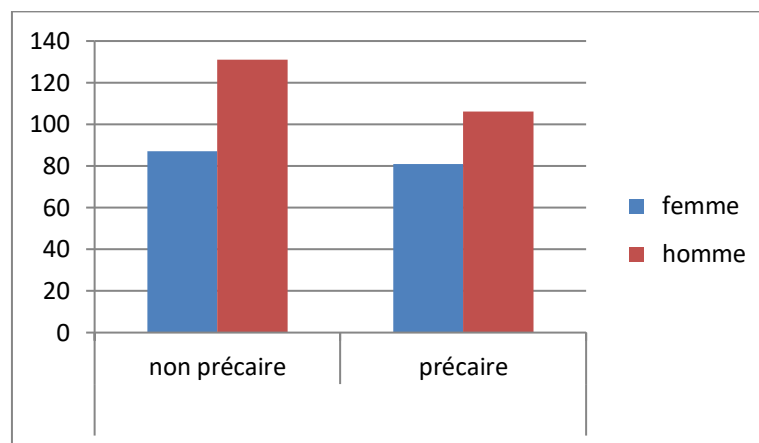
Graphique représentant la répartition de la population étudiée en fonction de l'âge (graphique 1)

La médiane est de 35 ans [25 ; 50] dans le groupe précaire (P) et de 36 ans [26 ; 52] dans le groupe non précaire (NP).

Quasiment un patient sur deux dans la tranche 18-25 ans est en situation de précarité (49%).

Il n'existe pas de différence significative ($p=0,555$).

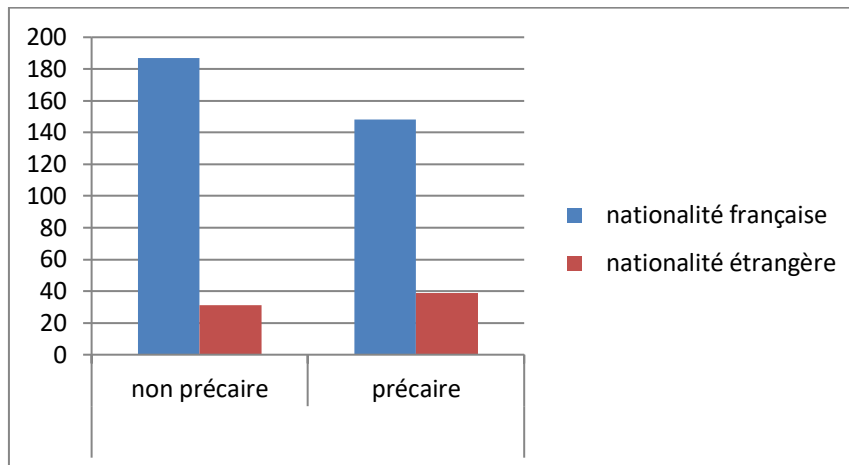
Sexe :



Graphique représentant la répartition de la population étudiée en fonction du sexe (graphique 2)

Le sexe ratio est de 1,4 homme/femme, sans différence significative ($p=0,488$).

Nationalité :

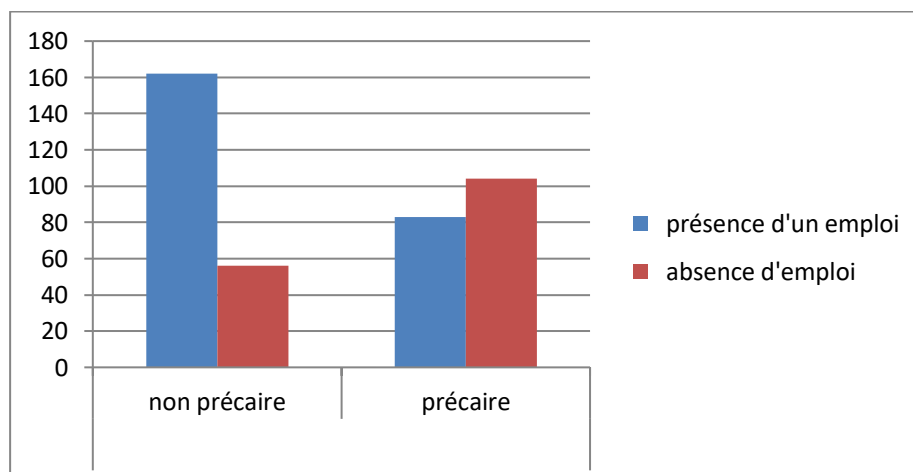


Graphique représentant la répartition de la population étudiée en fonction de la nationalité (graphique 3)

Les patients de nationalité étrangère sont minoritaires dans les deux groupes P et NP.

On note tout de même une proportion de patients de nationalité étrangère plus élevée dans le groupe P (20,9%) que le groupe NP (14,2%), sans différence significative ($p=0,078$).

Présence d'un emploi :



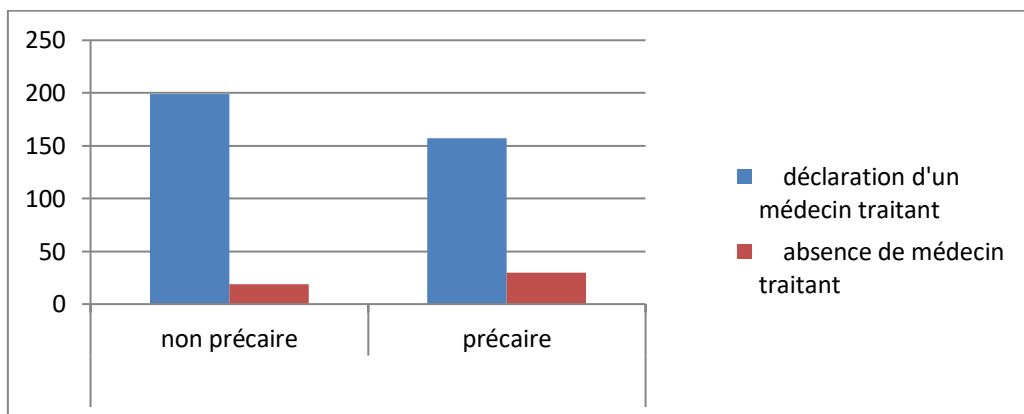
Graphique représentant la répartition de la population étudiée en fonction de l'emploi (graphique 4)

La majorité des patients ont un emploi dans le groupe NP (74,3%).

Dans le groupe P, la majorité sont sans emploi (55,6%). Il existe un lien statistiquement significatif entre précarité et absence d'emploi ($p < 0,001$).

- Caractéristiques médico-sociales : déclaration d'un médecin traitant, rencontre avec un travailleur social, souscription à une assurance maladie complémentaire, présence d'une maladie chronique, tabac actif ou non.

Déclaration d'un médecin traitant :

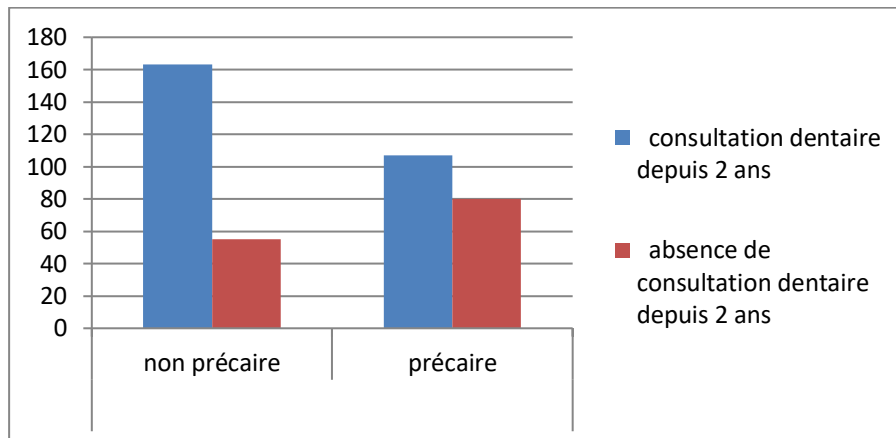


Graphique représentant la répartition de la population étudiée en fonction de la déclaration ou non d'un médecin traitant (graphique 5)

On observe que la majorité des patients interrogés, précaires ou non, ont déclaré un médecin traitant, représentant 91,3% des patients NP et 84% des patients P.

Cependant, cette différence de 7% est significative ($p = 0,024$).

Rencontre avec un dentiste au cours des deux dernières années :

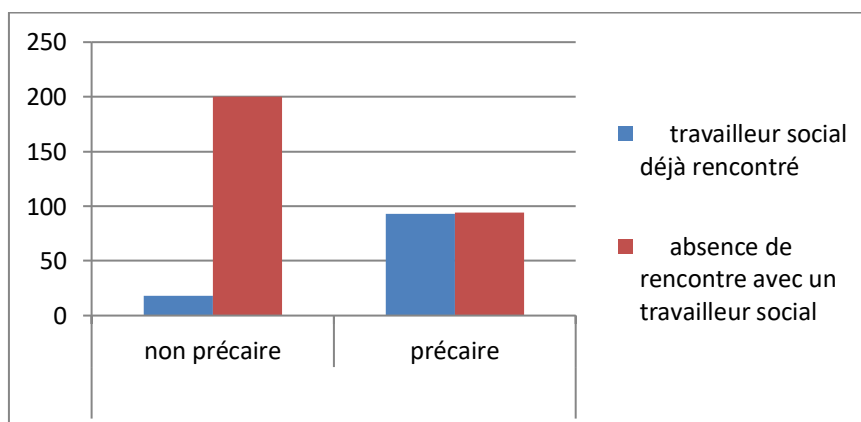


Graphique représentant la répartition de la population étudiée en fonction du suivi dentaire (graphique 6)

25,2% des patients NP n'ont pas vu de dentiste depuis deux ans, alors qu'ils sont 42,8% chez les patients P.

Il existe une relation statistiquement significative entre précarité et absence de suivi dentaire ($p < 0,001$).

Rencontre avec un travailleur social :

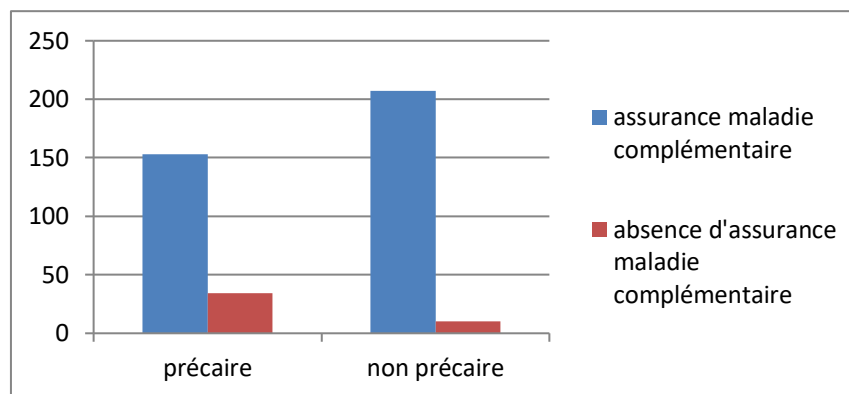


Graphique représentant la répartition de la population étudiée en fonction du suivi social (graphique 7)

Dans le groupe P, un patient sur deux a déjà sollicité un travailleur social. Alors que ce chiffre n'est que de 8,3% chez les patients NP.

Les patients précaires consultent significativement plus de travailleurs sociaux ($p < 0,001$).

Souscription à une assurance maladie complémentaire :

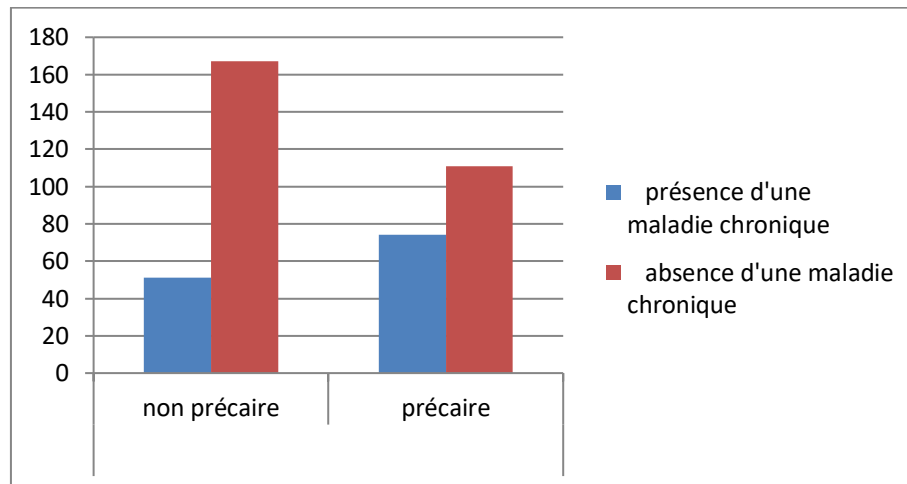


Graphique représentant la répartition de la population étudiée en fonction de la couverture sociale (graphique 8)

On voit que la majorité des patients, précaires ou non, ont une assurance maladie complémentaire (privée, CMU complémentaire ou autre), représentant 95.4% des patients NP et 81.8% des patients P.

Cependant la différence entre ces deux groupes est significative ($p < 0,001$).

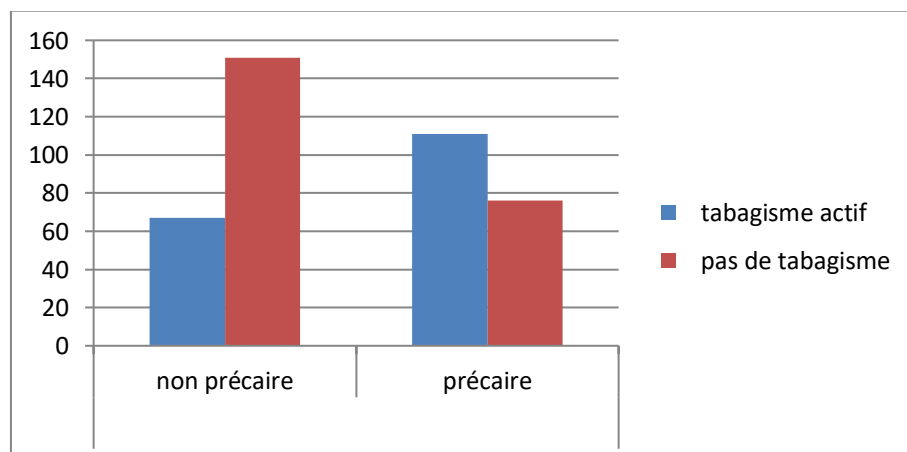
Présence d'une maladie chronique :



Graphique représentant la répartition de la population étudiée en fonction de l'atteinte ou non d'une maladie chronique (graphique 9)

On observe que le pourcentage de patients précaires atteints d'une maladie chronique est significativement plus élevé dans le groupe P (40,0%) que dans le groupe NP (23,4%), ($p < 0,001$).

Tabac :

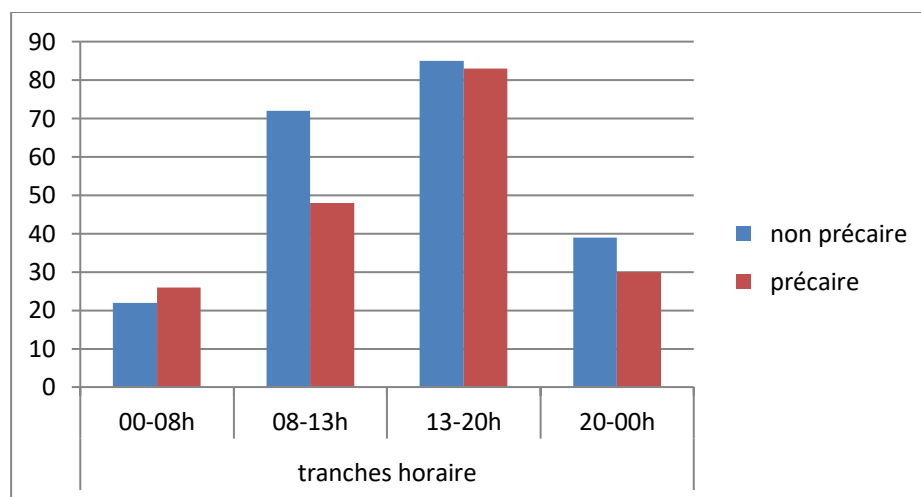


Graphique représentant la répartition de la population étudiée en fonction de la consommation de tabac (graphique 10)

Il existe un lien statistiquement significatif entre tabagisme et précarité dans nos résultats ($p < 0,001$).

- Comparaison des caractéristiques de passages aux urgences : heure d'admission aux urgences, motif de consultation et nombre de passages dans un service d'urgences depuis un an.

Heure d'admission aux urgences :



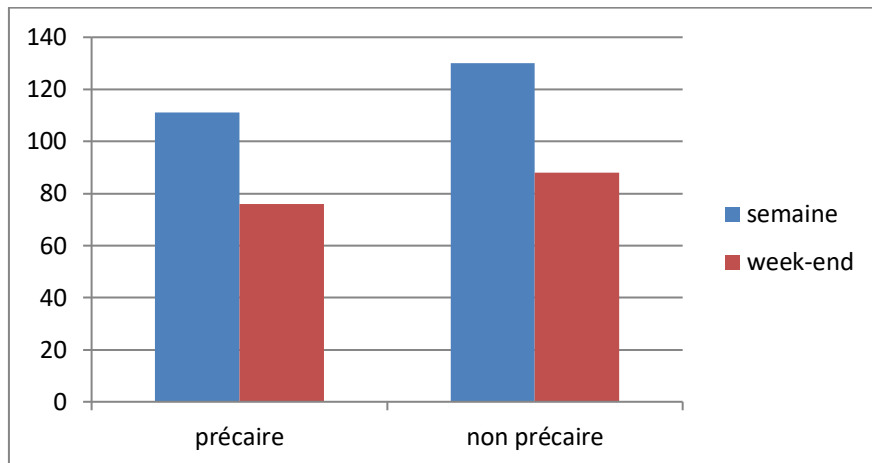
Graphique représentant la répartition de la population étudiée en fonction de l'heure d'admission aux urgences (graphique 11)

On note que la majorité des patients consultent entre 13h et 20h.

Les patients consultant en nuit profonde (00h-8h), sont majoritairement précaires (54,2%).

Cependant il n'y a pas de différence significative ($p=0,263$).

Jour d'admission aux urgences :

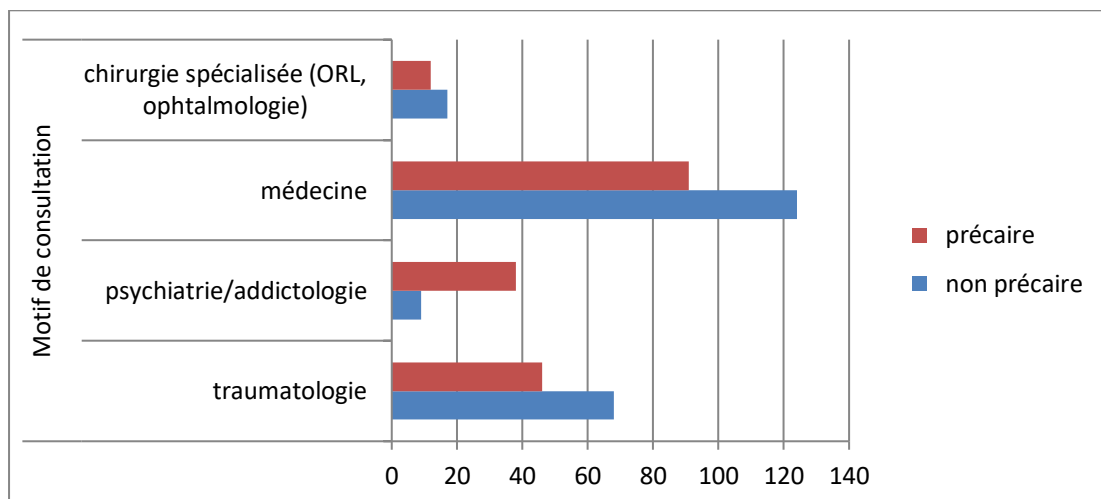


Graphique représentant la répartition de la population étudiée en fonction de la journée d'admission aux urgences (graphique 12)

Environ 60% des patients consultent la semaine, contre 40% le week-end, avec une tendance similaire dans les deux groupes.

On ne retrouve pas de différence significative ($p=0,994$).

Motif de consultation :

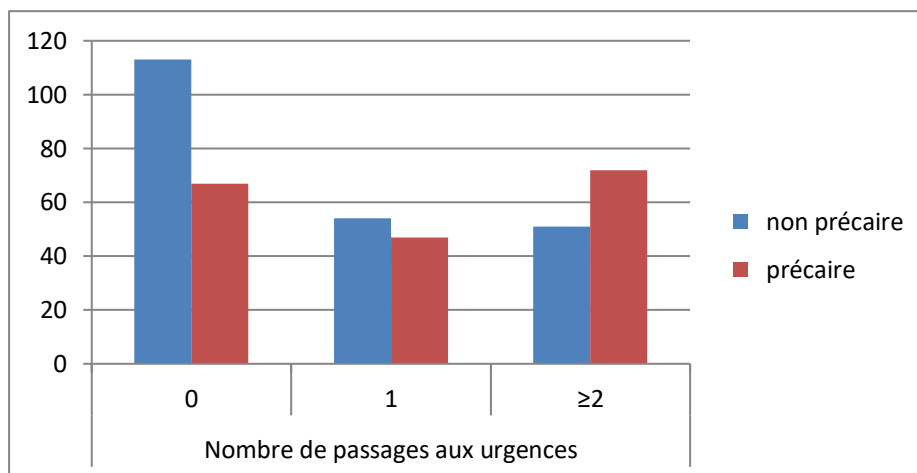


Graphique représentant la répartition de la population étudiée en fonction du motif de consultation aux urgences (graphique 13)

Dans le groupe P, il y a plus de consultations pour des motifs psychiatriques et/ou d'addictologie (20,3% contre 4,1% chez les NP).

Ces différences sont significatives ($p < 0,001$).

Nombre de passages aux urgences :



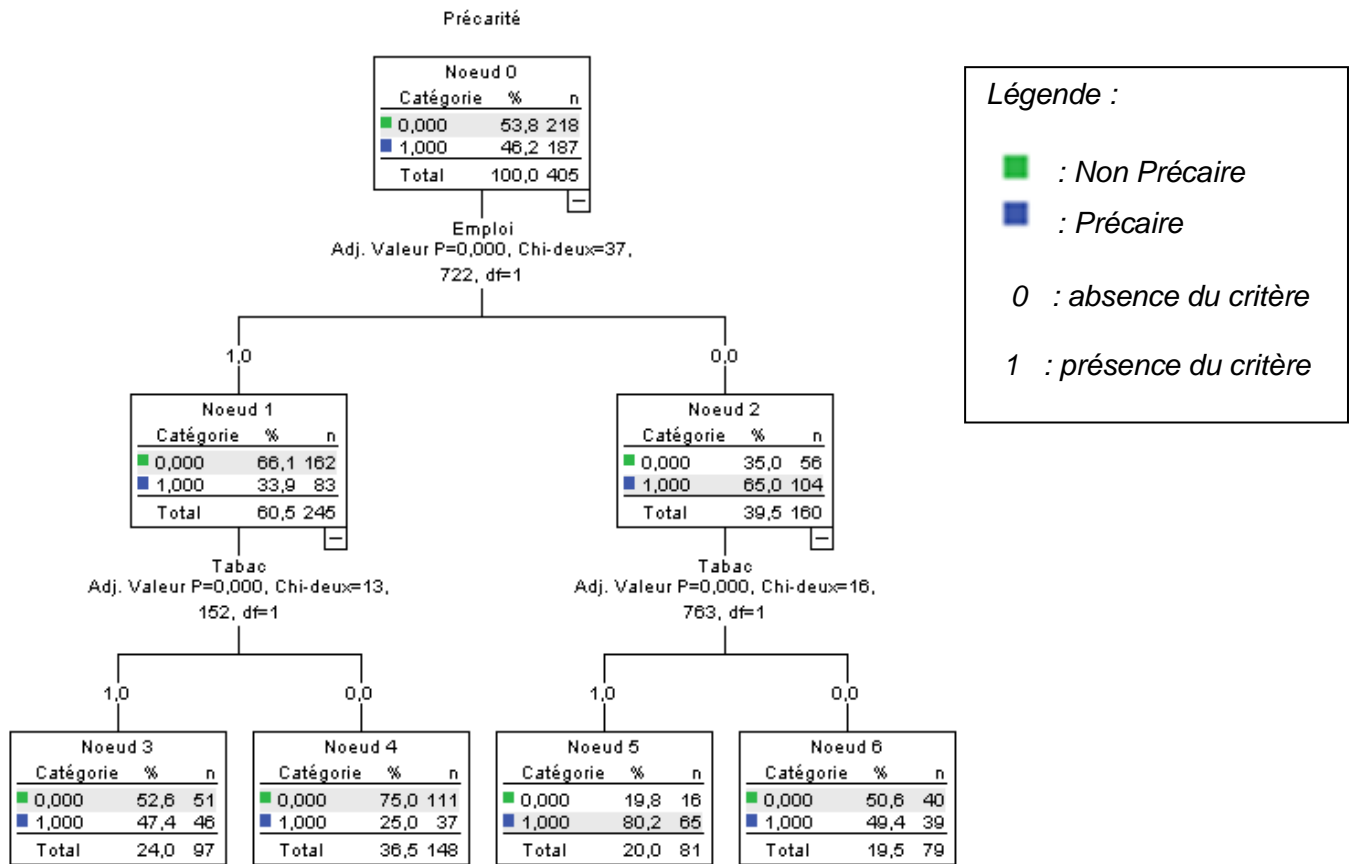
Graphique représentant la répartition de la population étudiée en fonction du nombre de passage en service d'urgences depuis un an (graphique 14)

Chez les patients NP, la majorité d'entre eux n'a pas consulté de service d'urgences depuis un an.

Alors que la majorité des patients P a consulté au moins deux fois depuis un an dans un service d'urgences, représentant 38.5% des patients P (dont 34,7% d'entre eux qui ont consulté plus de cinq fois au cours de l'année).

Il existe un lien statistiquement significatif entre précarité et nombre de passages répétés aux urgences ($p = 0,001$).

b- Mise en évidence des variables significativement associées à la précarité.



Arbre représentant l'analyse par partition récursive de l'étude EPICAIRE (figure 2)

En faisant une partition récursive des différents critères, on a pu montrer que l'association absence d'emploi et tabac actif était fortement liée à un état précaire.

	précaire	non précaire
Absence d'emploi et tabac actif	65	16
Association non présente	122	202

Tableau de contingence entre l'association d'emploi / tabac actif et le statut de précaire ou non (tableau 2)

Cette association a une valeur prédictive positive de 80%.

DISCUSSION :

Caractéristiques des patients en situation de précarité

Le taux de patients en situation de précarité consultant aux urgences du CHU est relativement élevé comparé aux différentes études de la littérature. Sur une série de quinze études françaises, le taux moyen de précarité est de 42%. On peut essayer d'expliquer ce taux plus élevé par le fait que c'est un hôpital public où tout patient se présentant aux portes des urgences est accueilli et pris en charge, en comparaison aux urgences de clinique privée où les admissions peuvent être plus sélectives en lien avec l'absence de spécialistes sur place. Certaines études ont déjà démontré cette différence, retrouvant 50% de personnes précaires en service d'urgences publiques contre 20% de personnes précaires aux urgences de clinique privée[20]. Il serait intéressant de réaliser ce même travail au sein des services d'urgences des deux cliniques de la ville pour pouvoir comparer les résultats.

Dans notre étude, le profil type du patient en situation de précarité est un homme jeune, de nationalité française, fumeur, sans emploi. Ces caractéristiques sont comparables aux études similaires[21].

La précarité touche davantage les jeunes notamment les étudiants, les jeunes fraîchement diplômés ne trouvant pas d'emploi ou les jeunes ayant un emploi précaire. La proportion de femmes précaires augmente également, notamment les femmes à la tête de famille monoparentale, où la situation peut rendre difficile la recherche d'un travail[5].

Concernant la nationalité des patients précaires, la majorité d'entre eux sont de nationalité française dans cette étude. Cependant en excluant les personnes ne parlant pas français de notre étude, pour des raisons de faisabilité, on a pris le risque de sous-estimer la proportion de patients de nationalité étrangère.

Le tabac et la précarité sont fortement liés. Une étude canadienne, de 2009, a montré un taux de décès imputables au tabac plus élevés chez les patients précaires. Les hommes marginalisés (vivant dans des squats, des hôtels) avaient 280 fois plus de risque de décéder d'une pathologie liée au tabac, pour les femmes, ce risque était 88 fois plus élevé[22]. De plus la plupart des études montrent la grande difficulté de travailler sur le sevrage tabagique en situation de précarité. L'instabilité liée à la précarité empêche souvent toute projection dans le futur et pousse à être concentré sur des priorités quotidiennes de survie[23].

L'absence d'emploi est elle aussi liée à la précarité. Mais avec l'évolution du monde du travail actuellement, peut-on s'en tenir à cela ? Dans l'étude EPICAIRE, environ 45% des patients précaires déclarent avoir un emploi. Le nombre de travailleurs pauvres augmente, avec des emplois stables mais à faibles revenus ou des emplois instables comme les CDD ou bien l'intérim. Ces situations peuvent avoir des répercussions sur l'état de santé, notamment une souffrance psychique qui peut aller jusqu'au suicide[19]. Les travailleurs indépendants sont eux aussi à risque, avec une protection sociale déficitaire, des prévoyances retraite limitées[24]. On peut dire qu'avoir un emploi ne protège pas de la précarité.

L'accès au médecin traitant est plus compliqué pour les personnes en situation de précarité, la question est déjà bien documentée, même si la différence est faible entre les deux groupes de notre étude.

On doit se rappeler que les patients précaires ont un accès plus difficile au médecin généraliste. Ce qui concorde avec les données d'autres études où l'accès aux soins primaires était compliqué avec des difficultés d'organisation (prendre un rendez-vous, accepter un retard imprévu du médecin), des difficultés administratives[25] ou la peur d'être stigmatisé[26].

Cependant, 84% des patients précaires ont déclaré avoir un médecin traitant, ce qui contraste avec ces précédents résultats et les consultations à répétition aux urgences des personnes en situation de précarité[27]. Il aurait été peut-être plus pertinent de poser la question de l'accès au médecin traitant que la simple existence ou non de ce dernier.

Un travail de prévention et d'éducation est nécessaire, pour aider les patients et sensibiliser les praticiens afin d'axer les consultations sur la communication, développer des relations de confiance très importantes aux yeux des personnes précaires[28].

Les observations recueillis dans les rapports de Médecins du Monde sont assez claires sur la diminution de la présence des services publics qui génère des renoncements aux droits et aux soins, sur les carences de l'état, l'addition des obstacles vers la couverture médicale universelle...[29]

De plus, les populations précaires souffrent aussi d'une médecine ambulatoire saturée, en pleine crise démographique, particulièrement dans les zones rurales.

Une alternative intéressante serait un fonctionnement en réseau avec des partenaires un peu innovant. Les associations et les PASS bien sûr mais également des réseaux d'infirmiers comme les infirmiers Azalés à Grenoble (financement ARS), le développement de la médiation en santé : un dispositif indispensable à toute action de prévention et de promotion de la santé auprès des populations en situation de précarité.

D'autres exemples d'innovation :

Des formations alternatives pour les médecins généralistes comme la création à Marseille d'un DIU « Animation et coordination territoriale en santé publique ».

Le réseau Santé précarité du Bassin Chambérien en partie monté par Dr De Goer, responsable de la PASS de Chambéry. Il s'agit de la coordination de différents acteurs du champ sanitaire et du champ social, de l'hôpital et de la ville. Il n'a pas de statut juridique formalisé mais s'est développé à travers différentes actions autour de la santé comprenant divers dispositifs et associations : équipe de rue, halte de jour, structures d'hébergement, alcoologie, santé mentale... Coordiné par la Permanence d'Accès aux Soins de Santé du Centre hospitalier de Chambéry. On peut aisément imaginer un tel réseau en lien avec la médecine ambulatoire[30].

Il en est de même pour l'accès aux soins dentaires, où la différence entre les patients précaires et non précaires est encore plus marquée. Les cabinets dentaires sont moins nombreux, avec des refus de nouveaux patients, le remboursement des soins dentaires est plus compliqué. Par conséquent, la précarité entraîne un mauvais état bucco-dentaire, associé une mauvaise hygiène dentaire, entraînant un mauvais état nutritionnel et à long terme le développement de pathologies chroniques[11].

L'association « Solident » à Grenoble est un exemple d'initiative innovante pour permettre l'accès aux soins dentaires des plus démunis mais il s'agit d'une association bénévole, victime de son succès et ne peut palier à l'absence totale d'une « dentisterie publique ».

Concernant la consultation auprès d'un travailleur social, seulement un patient sur deux dans le groupe précaire déclare avoir effectué cette démarche. Il peut s'agir d'un manque d'information ou de disponibilité de ce type de service. Mais il faut également évoquer la notion de précarité silencieuse[31] : l'ignorance d'un certain degré de difficultés matérielles et sociales, touchant notamment les hommes seuls.

Dans notre étude, 81% des patients précaires déclarent avoir une assurance maladie complémentaire (dont la CMUc), pourcentage bien supérieur aux études antérieures[32]. L'explication principale semble une mauvaise compréhension de la question.

Plus généralement, rappelons que la CMU existe depuis 2000, avec une nouvelle formule CMUc depuis 2016.

Ce dispositif a fortement permis de diminuer le renoncement aux soins (5,2 millions de personnes en bénéficiaient en 2014). Pour exemple deux fois plus de patients renonçaient à leur consultation de médecine générale ou dentaire s'ils n'étaient pas bénéficiaire d'une complémentaire au moment du rendez-vous[33].

Néanmoins, cette complémentaire universelle reste un obstacle à l'accès aux soins, lors d'une étude en Val-de Marne en 2009, 4,8% de refus de consultation imputable à la CMUc ont été relevés chez les médecins généralistes, et ce taux montait à 41% chez les médecins spécialistes[10].

EPICAIRE fait un lien significatif entre précarité et pathologies chroniques.

Cause et/ou conséquence, le lien est évident. Une maladie chronique peut entraîner une incapacité physique entraînant un reclassement professionnel, une incapacité à travailler et des pertes financières non entièrement compensées par les aides sociales telles que l'AAH. Le reste à charge est trop important entraînant des renoncements aux soins, qui peuvent aggraver la maladie chronique ou induire le développement d'autres maladies.[34]

On sait que les femmes précaires sont touchées par l'obésité, le diabète, les maladies cardio-vasculaires.[11] La précarité favorise également les pathologies psychiatriques telle que la dépression et les problèmes d'addiction notamment à l'alcool, directement développés au cours de ce phénomène de précarisation.[35]

Dans ces situations, la santé n'est pas la priorité, donc bien souvent la maladie est diagnostiquée quand l'équilibre fragile se rompt, à un état déjà bien avancé. La prise en charge et le suivi de ces personnes est difficile, nécessitant une prise en charge encore plus globale qu'habituellement.[36]

Les passages aux urgences sont récurrents chez les patients précaires, par facilité d'accès : absence de rendez-vous, ouverture 24 heures sur 24, absence d'avance de frais.[37] Cependant ce système ne permet pas une prise en charge adéquate des patients en situation de précarité. La prise en charge n'est que partielle centrée sur le motif de consultation, alors que les patients souhaiteraient une réponse globale, difficile à réaliser dans le contexte de l'urgence.[27]

Certaines études ont cherché comment diminuer le nombre de passages aux urgences des patients précaires, il faut axer la prise en charge sur la communication, orienter ces personnes vers des interlocuteurs adaptés[38] et leur rappeler aussi l'intérêt d'un médecin traitant[39]. Il faut tout de même garder en mémoire ce critère de passages à répétition chez les patients précaires, grâce à l'historique dans les logiciel d'urgences, on retrouve facilement les passages antérieurs, et cela permet d'alerter rapidement le médecin.

On ne retrouve pas de différence significative concernant l'horaire de passage aux urgences, alors que certaines études montrent un taux de passages de patients précaires plus élevé la nuit, notamment pour des agressions, des alcoolisations aiguës[9].

Cependant on peut expliquer cette différence en étudiant la méthode de ces deux études, l'étude EPICAIRE a inclus tous les patients au moment des journées d'inclusion, alors que l'étude sus-citée est rétrospective avec une sélection de dossiers non exhaustive.

Les motifs de consultation sont similaires aux études antérieures. Avec une majorité des motifs psychiatriques et problèmes d'addiction rencontrés chez les patients précaires[40]. Cependant dans cette étude, la proportion de motifs traumatologiques est moindre que les autres études. Cette différence peut être expliquée par des urgences traumatologiques délocalisées à l'hôpital Sud, à Grenoble, appartenant au CHU mais ne prenant que des urgences orthopédiques ou rhumatologiques. Il faudrait faire ce même dépistage dans ce service et conclure avec les deux établissements.

Forces et faiblesses, biais et limites

Concernant les biais de cette étude, il existe un biais de sélection en réalisant l'étude uniquement au service des urgences du CHU.

Il serait intéressant de réaliser ce dépistage dans tous les services d'urgences de la ville, voire même élargir à la région pour avoir une population de comparaison. De plus, on a réalisé cette étude sur une période bien limitée, cinq journées au cours du mois d'Avril 2019. On peut s'interroger sur les résultats si on avait réalisé cette étude sur tous les jours de la semaine, étendue sur plusieurs mois de l'année.

En ce qui concerne la population d'étude, nous avons exclu pour des raisons de faisabilité, les personnes illettrées non accompagnées alors qu'elles sont à fort risque d'être précaires. Il en est de même pour les personnes âgées exclues de l'étude mais qui nécessitent elles aussi une attention particulière car elles sont fragiles et à fort risque d'être précaire.

Concernant, les biais de mesure, les questionnaires ont été remplis par l'investigateur et les externes en stage aux urgences au moment de l'étude. Malgré une formation détaillée sur les modalités de remplissage des questionnaires, on peut supposer qu'il y a eu des différences sur la façon de poser les questions, de remplir le questionnaire qui peuvent avoir des conséquences sur les résultats.

Les résultats ont été confrontés aux données de la littérature, et sont plutôt concordants, permettant à priori de les étendre à la population générale. On peut retenir de cette étude que l'inclusion a été exhaustive, avec un effectif déjà important.

Perspectives

On retiendra une grande proportion de patients précaires, alors même que l'on en ignore probablement, vu qu'une grande partie de ces personnes précaires ont un emploi, un médecin traitant, et une complémentaire santé. L'idée que l'on peut avoir de la personne précaire doit évoluer, on ne peut s'en tenir aux personnes sans domicile fixe ou sans emploi. On doit rester attentif aux patients qui sont sans emploi et fumeur, d'autant plus s'ils consultent à répétition un service d'urgences.

Comment peut-on mieux repérer les patients précaires pour essayer de leur proposer une aide plus adaptée ? Un travail de prévention et d'éducation doit probablement être réalisé au niveau national par le biais d'une campagne de santé publique par exemple, sur les motifs de consultation aux urgences ou en cabinet de médecine de ville, un dépistage

ciblé de ces personnes doit être mis en place aux urgences, avec une prise en charge adaptée en ciblant les principaux besoins de ces patients (rencontrer un travailleur social au sein du service des urgences, bénéficiaire des contacts associatifs du secteur). Autant d'idées pour lesquelles il faudrait mettre en place de nouvelles procédures et les évaluer pour en estimer le bénéfice-patient ainsi que l'impact en matière de santé publique.

Cette étude a servi de base préliminaire pour identifier le CHU de Grenoble comme investigateur secondaire d'un travail de recherche national.

A partir de janvier 2020, le CHU de Marseille lance une étude nommée PASS-MULTI à laquelle l'hôpital de Grenoble va participer.

Il s'agit d'évaluer un dispositif innovant de PASS Multidisciplinaire hospitalière (soignant, social et pharmacien) en sortie d'hospitalisation pour les personnes en situation de précarité afin d'améliorer leur parcours de santé global.

L'objectif étant de réduire les ré-hospitalisations (passages aux urgences) non programmées à 12 mois chez les patients en situation de précarité sortant de l'hôpital.

CONCLUSION :

L'étude EPICAIRE a retrouvé un taux de 46,2% de patients en situation de précarité parmi les patients consultant aux urgences du CHU de Grenoble. Taux supérieur aux autres études pouvant être expliqué par la fonction d'accueil du service public hospitalier.

Les caractéristiques du patient type est un homme jeune, sans emploi, fumeur, de nationalité française, n'ayant pas consulté de dentiste depuis plus de deux ans. Cependant, on ne doit pas en rester à cette image, de nombreux patients précaires de cette étude avaient déclaré un médecin traitant, avaient une complémentaire santé, et 45% d'entre eux avaient un emploi.

Un taux si élevé de précarité (un patient sur deux) et des caractéristiques parfois proches du public classique doit nous faire mettre de côté nos préjugés et questionner en permanence l'effectivité de notre prise en charge et la réalité pratique de l'accès aux soins.

Enfin, c'est sans doute par l'innovation et une certaine métamorphose de notre système classique de médecine libérale que nous pourrions être plus à même de répondre à cette problématique.

BIBLIOGRAPHIE :

1. Rapport-WRESINSKI.pdf [en ligne]. [cité 28 janv 2019]. Disponible sur: <http://www.joseph-wresinski.org/wp-content/uploads/sites/2/2016/07/Rapport-WRESINSKI.pdf>
2. Maric M, Gregoire E, Leporcher L. La prise en charge des populations dites précaires dans les établissements de soins. :127.
3. L'étendue de la précarité en France [en ligne]. Centre d'observation de la société. [cité 10 janv 2019]. Disponible sur: <http://www.observationsociete.fr/travail/statuts/letendue-de-la-precarite-en-france.html>
4. Daburon M. Elaboration d'un test de dépistage de la précarité destiné aux structures d'urgence [Thèse de doctorat]. [1970-2013, France]: Université de Bordeaux II; 2013.
5. Pauvreté et précarité en chiffres [en ligne]. Observatoire des inégalités. [cité 5 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.inegalites.fr/Pauvrete-et-precarite-en-chiffres>
6. 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. :48.
7. Royer B, Gusto G, Vol S, Arondel D, Tichet J, Lantieri O. Situations de précarité, santé perçue et troubles anxiodépressifs : une étude dans 12 centres d'examens de santé. *Prat Organ Soins*. 2010;Vol. 41(4):313-21.
8. Geeraert J, Rivollier E. L'accès aux soins des personnes en situation de précarité. *Soins*. nov 2014;59(790):14-8.
9. Baudry E. Multiple recours aux urgences et précarité: étude rétrospective sur 6 mois de passages aux urgences du CHU d'Angers [Thèse de doctorat]. [France]: Université d'Angers; 2007.
10. Denantes M, Chevillard M, Renard J-F, Flores P. Accès aux soins et inégalités sociales de santé en médecine générale. 20:5.
11. Moulin J-J, Dauphinot V, Dupré C, Sass C, Labbe E, Gerbaud L, et al. BEH - Inégalités de santé et comportements : comparaison d'une population de 704 128 personnes en situation de précarité à une population de 516 607 personnes non précaires, France, 1995-2002. :4.
12. Bonheure A, Calloc'h L-J, Allory E. T - Les priorités de santé des personnes en situation de précarité: une étude qualitative auprès de résidents de centres d'hébergement et de réinsertion sociale et d'usagers d'accueil de jour. France; 2017. 253 p.
13. Sass C, Dupré C, Giordanella JP, Girard F, Guenot C, Labbe É, 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. :8.

14. Sass C. Le score EPICES : un outil pour mieux identifier les personnes en situation de précarité. 2006;23.
15. Sass C, Guéguen R, Moulin J-J, Abric L, Dauphinot V, Dupré C, et al. Comparaison du score individuel de précarité des Centres d'examen de santé, EPICES, à la définition socio-administrative de la précarité. Sante Publique (Bucur). 2006;Vol. 18(4):513-22.
16. Labbe E, Blanquet M, Gerbaud L, Poirier G, Sass C, Vendittelli F, et al. A new reliable index to measure individual deprivation: the EPICES score. Eur J Public Health. 1 août 2015;25(4):604-9.
17. Kandasamy D, Platts-Mills TF, Shah MN, Van Orden KA, Betz ME. Social Disconnection Among Older Adults Receiving Care in the Emergency Department. West J Emerg Med. nov 2018;19(6):919-25.
18. Quelles aides peut toucher une personne âgée en situation de précarité ? | Justice.fr [Internet]. [cité 19 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.justice.fr/fiche/aides-toucher-personne-ageeen-situation-precarite>
19. Lerouge L. Les effets de la précarité du travail sur la santé : le droit du travail peut-il s'en saisir? Perspect Interdiscip Sur Trav Santé [en ligne]. 1 mai 2009 [cité 11 févr 2019];(11-1). Disponible sur: <http://journals.openedition.org/pistes/2306>
20. Del Giudice F. T - Précarité: étude sur la mise en place du score EPICES® en routine aux urgences [Thèse de doctorat]. [France]: Université de Nice-Sophia Antipolis. Faculté de Médecine; 2010.
21. Thiriez S. T - Les patients précaires aux urgences de Roubaix: évaluation de la prise en charge médicale et sociale, du ressenti des soignants : perspectives d'amélioration [Thèse de doctorat]. [Lille ; 1969-2017, France]: Université du droit et de la santé; 2011.
22. Hwang SW, Wilkins R, Tjepkema M, O'Campo PJ, Dunn JR. Mortality among residents of shelters, rooming houses, and hotels in Canada: 11 year follow-up study. BMJ. 27 oct 2009;339:b4036.
23. Merson F, Perriot J. Précarité sociale et perception du temps, impact sur le sevrage tabagique. Sante Publique (Bucur). 25 nov 2011;Vol. 23(5):359-70.
24. D'Amours M. Travail précaire et gestion des risques : vers un nouveau modèle social ? Lien Soc Polit. 2009;(61):109-21.
25. Bloch G, Rozmovits L, Giambone B. Barriers to primary care responsiveness to poverty as a risk factor for health. BMC Fam Pract. 29 juin 2011;12:62.
26. WICKY THISSE M. Causes de renoncements et de non-recours aux soins primaires des personnes en situation de précarité. [Thèse de doctorat]. Université de Besançon; 2017.

27. Wise C, Phillips K. Hearing the silent voices: Narratives of health care and homelessness. *Issues Ment Health Nurs.* 2013;34(5):359-67.
28. O'Donnell P, Tierney E, O'Carroll A, Nurse D, MacFarlane A. Exploring levers and barriers to accessing primary care for marginalised groups and identifying their priorities for primary care provision: a participatory learning and action research study. *Int J Equity Health.* 03 2016;15(1):197.
29. Observatoire de l'accès aux droits et aux soins dans les programmes de médecins du monde en France - 2018. :file:///C:/Users/Pauline/Downloads/MDM-RAPPORT-OBSERVATOIRE-2018-Synthese_0.pdf.
30. Goer B de, Ferrand C, Hainzelin P. Croisement des savoirs : une nouvelle approche pour les formations sur la santé et la lutte contre les exclusions. *Sante Publique (Bucur).* 4 juill 2008;Vol. 20(2):163-75.
31. Statistiques d'accueil 2013, ces pauvretés que l'on ne voit plus [en ligne]. [cité 23 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.secoures-catholique.org/sites/scinternet/files/publications/rs-2013.pdf>
32. Gosset P. Prise en charge de la grande précarité aux urgences du CHU d'Amiens [Thèse de doctorat]. [France]: Université de Picardie Jules Verne; 2010.
33. Les chiffres clés de la pauvreté et de l'exclusion sociale 2015 [en ligne]. [cité 23 janv 2019]. Disponible sur: http://www.cnle.gouv.fr/IMG/pdf/CNLE_Chiffres_Cles_2015.pdf
34. Qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques. Restons mobilisés ! [en ligne]. [cité 16 janv 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Actes_colloque_Maladies_chroniques_2012.pdf
35. Spira A. Précarité, pauvreté et santé. 2017;22.
36. Labeille B, Canat G, Sindezingue M, Fontaine-Gavino K, Fontaine D. Étude maladies graves et fin de vie des personnes en grande précarité à Lyon, Grenoble, Toulouse et Paris. :26.
37. David L. Déterminants conduisant les patientes à consulter aux urgences gynécologiques et obstétrique du CHU de Nice plutôt qu'en médecine de ville: étude auprès de 300 patientes [Thèse de doctorat]. [France]: Université de Nice-Sophia Antipolis. Faculté de Médecine; 2011.
38. Axelson DJ, Stull MJ, Coates WC. Social Determinants of Health: A Missing Link in Emergency Medicine Training. *AEM Educ Train.* janv 2018;2(1):66-8.
39. Saryoul S. Influence de la précarité sur le choix des urgences ou du médecin généraliste pour une consultation de soins primaires [Thèse de doctorat]. [France]: Université de Bourgogne; 2016.

40. Moe J, Kirkland SW, Rawe E, Ospina MB, Vandermeer B, Campbell S, et al. Effectiveness of Interventions to Decrease Emergency Department Visits by Adult Frequent Users: A Systematic Review. *Acad Emerg Med Off J Soc Acad Emerg Med.* 2017;24(1):40-52.

ANNEXE :

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.

THESE : Dépistage des personnes précaires âgées de 18 à 65 ans consultant aux urgences du CHU de Grenoble, grâce au score EPICES.

Identification patient :

Consentement :

Après information, acceptez-vous de répondre aux questions ? oui non

Vérification des critères d'exclusion :

Age : ans

Confusion : oui non

Personne sous tutelle ou privée de liberté : oui non

Urgences vitales : oui non

La personne ne parle pas français et est non accompagnée : oui non

La personne ne sait pas lire le français et est non accompagnée : oui non

Si âge < 18 ans ou > 65 ans, ou si vous avez coché OUI à une des questions, vous pouvez arrêter le questionnaire. (exclusion de l'étude)

Sexe : Féminin Masculin

Nationalité française : oui non

Avez-vous un emploi ? oui non

Motif de consultation :

Heure d'admission aux urgences : ... : ...

Combien de fois avez-vous consulté dans un service d'urgences depuis un an ?

Etes-vous atteint d'une maladie chronique ? oui non

Est-ce que vous fumez ? oui non

Avez- vous un médecin traitant ? oui non

Si vous n'avez pas de médecin traitant, quelle est la raison principale selon vous ?

- absence de nécessité
- manque de temps
- refus des médecins
- difficultés financières
- autre :

En général, lors de situations nécessitant des soins, dans quelle structure consultez-vous préférentiellement ?

- médecin généraliste en cabinet libéral (médecin traitant, ou autre médecin)
- SOS médecins
- médecin consultant dans une association (Médecins du monde par exemple)
- PASS
- urgences

Avez-vous consulté un dentiste au cours des 2 dernières années ? oui non

Rencontrez-vous parfois un travailleur social ? oui non
(assistant(e) sociale, association d'aides)

Si non, pour quelles raisons selon vous ?

- absence de nécessité
- manque d'informations
- difficultés administratives
- autres :

Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ? oui non

Vivez-vous en couple ? oui non

Etes-vous propriétaire de votre logement ? oui non

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, ...) ? oui non

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

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

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

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

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 ? oui non

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



UFR de
Médecine

UNIVERSITÉ
Grenoble
Alpes

THÈSE SOUTENUE PAR : Bérengère LORDEY

TITRE :

**Dépistage des personnes précaires âgées de 18 à 65 ans consultant
aux urgences du CHU de Grenoble grâce au score EPICES.**

CONCLUSION :

L'étude EPICAIRE a retrouvé un taux de 46,2% de personnes précaires parmi les patients consultant aux urgences du CHU de Grenoble. Taux supérieur aux autres études pouvant être expliqué par la fonction d'accueil du service public hospitalier, mais également par la position frontalière de Grenoble. Le patient précaire type est un homme jeune, sans emploi, fumeur, de nationalité française, n'ayant pas consulté de dentiste depuis plus de deux ans. Cependant, on ne doit pas en rester à cette image, de nombreux patients précaires de cette étude avaient déclaré un médecin traitant, avaient une complémentaire santé, et 45% d'entre eux avaient un emploi. On doit changer l'image de la personne précaire que l'on peut avoir, pour pouvoir dépister la précarité là où on ne l'attend pas. Par la suite, on pourra effectuer ce même travail dans les autres services de la ville et de la région pour pouvoir comparer. Et mettre en place des mesures de dépistage et de prise en charge plus adaptée, en évaluant leur impact.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le : 20/09/2019

LE DOYEN

Pr. Patrice MORAND
pour le Président
et par délégation
—
Le Doyen de Médecine
Pr. Patrice MORAND

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

Pr. Françoise CARPENTIER