



**HAL**  
open science

# Suivi de la vulnérabilité sociale et sanitaire chez l'enfant en pratique clinique

Clémence Auboyneau

► **To cite this version:**

Clémence Auboyneau. Suivi de la vulnérabilité sociale et sanitaire chez l'enfant en pratique clinique. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03432109

**HAL Id: dumas-03432109**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03432109>**

Submitted on 17 Nov 2021

**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.



Faculté des sciences  
médicales et paramédicales  
Aix-Marseille Université

**Suivi de la vulnérabilité sociale et sanitaire chez l'enfant en pratique  
clinique**

**T H E S E**

**Présentée et publiquement soutenue devant**

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES  
DE MARSEILLE**

**Le 28 Octobre 2021**

**Par Madame Clémence AUBOYNEAU**

**Née le 11 septembre 1993 à Avignon (84)**

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine**

**D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE**

**Membres du Jury de la Thèse :**

**Madame le Professeur CHABROL Brigitte**

**Président**

**Monsieur le Professeur LAPORTE Rémi**

**Directeur**

**Monsieur le Docteur MINODIER Philippe**

**Assesseur**

## FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

<b>Doyen</b>	:	<b>Pr. Georges LEONETTI</b>
Vice-Doyen aux affaires générales	:	Pr. Patrick DESSI
Vice-Doyen aux professions paramédicales	:	Pr. Philippe BERBIS
Conseiller	:	Pr. Patrick VILLANI

### **Asseseurs :**

➤ aux études	:	Pr. Kathia CHAUMOITRE
➤ à la recherche	:	Pr. Jean-Louis MEGE
➤ à l'unité mixte de formation continue en santé	:	Pr. Justin MICHEL
➤ pour le secteur NORD	:	Pr. Stéphane BERDAH
➤ Groupements Hospitaliers de territoire	:	Pr. Jean-Noël ARGENSON
➤ aux masters	:	Pr. Pascal ADALIAN

### **Chargés de mission :**

➤ sciences humaines et sociales	:	Pr. Pierre LE COZ
➤ relations internationales	:	Pr. Stéphane RANQUE
➤ DU/DIU	:	Pr. Véronique VITTON
➤ DPC, disciplines médicales & biologiques	:	Pr. Frédéric CASTINETTI
➤ DPC, disciplines chirurgicales	:	Dr. Thomas GRAILLON

## ÉCOLE DE MEDECINE

<b>Directeur</b>	:	<b>Pr. Jean-Michel VITON</b>
------------------	---	------------------------------

### **Chargés de mission**

▪ PACES – Post-PACES	:	Pr. Régis GUIEU
▪ DFGSM	:	Pr. Anne-Laure PELISSIER
▪ DFASM	:	Pr. Marie-Aleth RICHARD
▪ DFASM	:	Pr. Marc BARTHET
▪ Préparation aux ECN	:	Dr Aurélie DAUMAS
▪ DES spécialités	:	Pr. Pierre-Edouard FOURNIER
▪ DES stages hospitaliers	:	Pr. Benjamin BLONDEL
▪ DES MG	:	Pr. Christophe BARTOLI
▪ Démographie médicale	:	Dr. Noémie RESSEGUIER
▪ Etudiant	:	Elise DOMINJON

## ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

**Directrice** : **Madame Carole ZAKARIAN**

**Chargés de mission**

- 1<sup>er</sup> cycle : Madame Estelle BOISSIER
- 2<sup>ème</sup> cycle : Madame Cécile NINA

## ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

**Directeur** : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

**Chargés de mission**

- Masso- kinésithérapie 1<sup>er</sup> cycle : Madame Béatrice CAORS
- Masso-kinésithérapie 2<sup>ème</sup> cycle : Madame Joannie HENRY
- Mutualisation des enseignements : Madame Géraldine DEPRES

## ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

**Directeur** : **Monsieur Sébastien COLSON**

**Chargés de mission**

- Chargée de mission : Madame Sandrine MAYEN RODRIGUES
- Chargé de mission : Monsieur Christophe ROMAN

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	DEVRED Philippe
	ALDIGHERI René		DJIANE Pierre
	ALESSANDRINI Pierre		DONNET Vincent
	ALLIEZ Bernard		DUCASSOU Jacques
	AQUARON Robert		DUFOUR Michel
	ARGEME Maxime		DUMON Henri
	ASSADOURIAN Robert		ENJALBERT Alain
	AUFFRAY Jean-Pierre		FAUGERE Gérard
	AUTILLO-TOUATI Amapola		FAVRE Roger
	AZORIN Jean-Michel		FIECHI Marius
	BAILLE Yves		FARNARIER Georges
	BARDOT Jacques		FIGARELLA Jacques
	BARDOT André		FONTES Michel
	BERARD Pierre		FRANCES Yves
	BERGOIN Maurice		FRANCOIS Georges
	BERLAND Yvon		FUENTES Pierre
	BERNARD Dominique		GABRIEL Bernard
	BERNARD Jean-Louis		GALINIER Louis
	BERNARD Jean-Paul		GALLAIS Hervé
	BERNARD Pierre-Marie		GAMERRE Marc
	BERTRAND Edmond		GARCIN Michel
	BISSET Jean-Pierre		GARNIER Jean-Marc
	BLANC Bernard		GAUTHIER André
	BLANC Jean-Louis		GERARD Raymond
	BOLLINI Gérard		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BONGRAND Pierre		GIUDICELLI Sébastien
	BONNEAU Henri		GOUDARD Alain
	BONNOIT Jean		GOUIN François
	BORY Michel		GRILLO Jean-Marie
	BOTTA Alain		GRIMAUD Jean-Charles
	BOTTA-FRIDLUND Danielle		GRISOLI François
	BOURGEADE Augustin		GROULIER Pierre
	BOUVENOT Gilles		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BOUYALA Jean-Marie		HASSOUN Jacques
	BREMOND Georges		HEIM Marc
	BRICOT René		HOUEL Jean
	BRUNET Christian		HUGUET Jean-François
	BUREAU Henri		JAQUET Philippe
	CAMBOULIVES Jean		JAMMES Yves
	CANNONI Maurice		JOUVE Paulette
	CARTOUZOU Guy		JUHAN Claude
	CAU Pierre		JUIN Pierre
	CHABOT Jean-Michel		KAPHAN Gérard
	CHAMLIAN Albert		KASBARIAN Michel
	CHARPIN Denis		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CHARREL Michel		LACHARD Jean

CHAUVEL Patrick  
CHOUX Maurice  
CIANFARANI François  
CLAVERIE Jean-Michel  
CLEMENT Robert  
COMBALBERT André  
CONTE-DEVOLX Bernard  
CORRIOL Jacques  
COULANGE Christian  
CURVALE Georges  
DALMAS Henri  
DE MICO Philippe  
DELPERO Jean-Robert  
DESSEIN Alain  
DELARQUE Alain  
DEVIN Robert

LAFFARGUE Pierre  
LAUGIER René  
LE TREUT Yves  
LEVY Samuel  
LOUCHET Edmond  
LOUIS René  
LUCIANI Jean-Marie  
MAGALON Guy  
MAGNAN Jacques  
MALLAN- MANCINI Josette  
MALMEJAC Claude  
MARANINCHI Dominique  
MARTIN Claude  
MATTEI Jean François  
MERCIER Claude  
METGE Paul

MM MICHOTÉY Georges  
MIRANDA François  
MONFORT Gérard  
MONGES André  
MONGIN Maurice  
MUNDLER Olivier  
NAZARIAN Serge  
NICOLI René  
NOIRCLERC Michel  
OLMER Michel  
OREHEK Jean  
PAPY Jean-Jacques  
PAULIN Raymond  
PELOUX Yves  
PENAUD Antony  
PENE Pierre  
PIANA Lucien  
PICAUD Robert  
PIGNOL Fernand  
POGGI Louis  
POITOUT Dominique  
PONCET Michel  
POUGET Jean  
PRIVAT Yvan  
QUILICHINI Francis  
RANQUE Jacques  
RANQUE Philippe  
RICHAUD Christian  
RIDINGS Bernard  
ROCHAT Hervé  
ROHNER Jean-Jacques  
ROUX Hubert

VANUXEM Paul  
VERVLOET Daniel  
VIALETTES Bernard  
WEILLER Pierre-Jean

ROUX Michel  
RUFO Marcel  
SAHEL José  
SALAMON Georges  
SALDUCCI Jacques  
SAMBUC Roland  
SAN MARCO Jean-Louis  
SANKALE Marc  
SARACCO Jacques  
SARLES Jacques  
SARLES - PHILIP Nicole  
SASTRE Bernard  
SCHIANO Alain  
SCOTTO Jean-Claude  
SEBAHOUN Gérard  
SEITZ Jean-François  
SERMENT Gérard  
SOULAYROL René  
STAHL André  
TAMALET Jacques  
TARANGER-CHARPIN Colette  
THIRION Xavier  
THOMASSIN Jean-Marc  
UNAL Daniel  
VAGUE Philippe  
VAGUE/JUHAN Irène

## EMERITAT

### 2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

### 2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

### 2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

### 2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

### 2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

### 2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

### 2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017



**2015**

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

**2016**

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

**2017**

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

**2018**

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019

**2019**

M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020

M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

2020

M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2021
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2021
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2021
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2021
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2021

## Honoris causa

<b>1967</b> MM. les Professeurs	DADI (Italie) CID DOS SANTOS (Portugal)
<b>1974</b> MM. les Professeurs	MAC ILWAIN (Grande-Bretagne) T.A. LAMBO (Suisse)
<b>1975</b> MM. les Professeurs	O. SWENSON (U.S.A.) Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)
<b>1976</b> MM. les Professeurs	P. FRANCHIMONT (Belgique) Z.J. BOWERS (U.S.A.)
<b>1977</b> MM. les Professeurs	C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.) C.GIBBS (U.S.A.) J. DACIE (Grande-Bretagne)
<b>1978</b> M. le Président	F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)
<b>1980</b> MM. les Professeurs	A. MARGULIS (U.S.A.) R.D. ADAMS (U.S.A.)
<b>1981</b> MM. les Professeurs	H. RAPPAPORT (U.S.A.) M. SCHOU (Danemark) M. AMENT (U.S.A.) Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne) S. REFSUM (Norvège)
<b>1982</b> M. le Professeur	W.H. HENDREN (U.S.A.)
<b>1985</b> MM. les Professeurs	S. MASSRY (U.S.A.) KLINSMANN (R.D.A.)
<b>1986</b> MM. les Professeurs	E. MIHICH (U.S.A.) T. MUNSAT (U.S.A.) LIANA BOLIS (Suisse) L.P. ROWLAND (U.S.A.)

<b>1987</b>	
M. le Professeur	P.J. DYCK (U.S.A.)
<b>1988</b>	
MM. les Professeurs	R. BERGUER (U.S.A.) W.K. ENGEL (U.S.A.) V. ASKANAS (U.S.A.) J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.) A. DAVIGNON (Canada) A. BETTARELLO (Brésil)
<b>1989</b>	
M. le Professeur	P. MUSTACCHI (U.S.A.)
<b>1990</b>	
MM. les Professeurs	J.G. MC LEOD (Australie) J. PORTER (U.S.A.)
<b>1991</b>	
MM. les Professeurs	J. Edward MC DADE (U.S.A.) W. BURGDORFER (U.S.A.)
<b>1992</b>	
MM. les Professeurs	H.G. SCHWARZACHER (Autriche) D. CARSON (U.S.A.) T. YAMAMURO (Japon)
<b>1994</b>	
MM. les Professeurs	G. KARPATI (Canada) W.J. KOLFF (U.S.A.)
<b>1995</b>	
MM. les Professeurs	D. WALKER (U.S.A.) M. MULLER (Suisse) V. BONOMINI (Italie)
<b>1997</b>	
MM. les Professeurs	C. DINARELLO (U.S.A.) D. STULBERG (U.S.A.) A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne) P.I. BRANEMARK (Suède)
<b>1998</b>	
MM. les Professeurs	O. JARDETSKY (U.S.A.)
<b>1999</b>	
MM. les Professeurs	J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)

D. COLLEN (Belgique)  
S. DIMAURO (U. S. A.)

**2000**

MM. les Professeurs

D. SPIEGEL (U. S. A.)  
C. R. CONTI (U.S.A.)

**2001**

MM. les Professeurs

P-B. BENNET (U. S. A.)  
G. HUGUES (Grande Bretagne)  
J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)

**2002**

MM. les Professeurs

M. ABEDI (Canada)  
K. DAI (Chine)

**2003**

M. le Professeur  
Sir

T. MARRIE (Canada)  
G.K. RADDI (Grande Bretagne)

**2004**

M. le Professeur

M. DAKE (U.S.A.)

**2005**

M. le Professeur

L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)

**2006**

M. le Professeur

A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

**2007**

M. le Professeur

S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHOSSEGROS Cyrille
ALBANESE Jacques	COLLART Frédéric
ALIMI Yves	COSTELLO Régis
AMABILE Philippe	COURBIERE Blandine
AMBROSI Pierre	COWEN Didier
ANDRE Nicolas	CRAVELLO Ludovic
ARGENSON Jean-Noël	CUISSET Thomas
ASTOUL Philippe	DA FONSECA David
ATTARIAN Shahram	DAHAN-ALCARAZ Laetitia
AUDOUIN Bertrand	DANIEL Laurent
AUQUIER Pascal	DARMON Patrice
AVIERINOS Jean-François	DAVID Thierry
AZULAY Jean-Philippe	D'ERCOLE Claude
BAILLY Daniel	D'JOURNO Xavier
BARLESI Fabrice	DEHARO Jean-Claude
BARLIER-SETTI Anne	DELAPORTE Emmanuel
BARLOGIS Vincent	DENIS Danièle
BARTHET Marc	DISDIER Patrick
BARTOLI Christophe	DODDOLI Christophe
BARTOLI Jean-Michel	DRANCOURT Michel
BARTOLI Michel	DUBUS Jean-Christophe
BARTOLOMEI Fabrice	DUFFAUD Florence
BASTIDE Cyrille	DUFOUR Henry
BENSOUSSAN Laurent	DURAND Jean-Marc
BERBIS Philippe	DUSSOL Bertrand
BERBIS Julie	EBBO Mikael
BERDAH Stéphane	EUSEBIO Alexandre
BEROUD Christophe	FABRE Alexandre
BERTUCCI François	FAKHRY Nicolas
BLAISE Didier	FELICIAN Olivier
BLIN Olivier	FENOLLAR Florence
BLONDEL Benjamin	FIGARELLA/BRANGER Dominique
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FLECHER Xavier
BONELLO Laurent	FOUILLOUX Virginie
BONNET Jean-Louis	FOURNIER Pierre-Edouard
<i>BOUBLI Léon Surnombre</i>	FRANCESCHI Frédéric
BOUFI Mourad	FUENTES Stéphane
BOYER Laurent	GABERT Jean
BREGEON Fabienne	GABORIT Bénédicte
BRETELLE Florence	GAINNIER Marc
BROUQUI Philippe	GARCIA Stéphane
BRUDER Nicolas	GARIBOLDI Vlad
BRUE Thierry	GAUDART Jean
BRUNET Philippe	GAUDY-MARQUESTE Caroline
BURTEY Stéphane	GENTILE Stéphanie
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GERBEAUX Patrick
CASANOVA Dominique	GEROLAMI/SANTANDREA René
CASTINETTI Frédéric	GILBERT/ALESSI Marie-Christine
CECCALDI Mathieu	GIORGI Roch
CHAGNAUD Christophe	GIOVANNI Antoine
CHAMBOST Hervé	GIRARD Nadine
CHAMPSAUR Pierre	GIRAUD/CHABROL Brigitte
CHANEZ Pascal	GONCALVES Anthony
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GRANEL/REY Brigitte
CHARREL Rémi	GRANVAL Philippe
CHAUMOITRE Kathia	GREILLIER Laurent
CHIARONI Jacques	GROB Jean-Jacques
CHINOT Olivier	GUEDJ Eric

# PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PAGANELLI Franck	ROCHE Pierre-Hugues
<i>PANUEL Michel Surnombre</i>	ROCH Antoine
PAPAZIAN Laurent	ROCHWERGER Richard
PAROLA Philippe	ROLL Patrice
<i>PARRATTE Sébastien Disponibilité</i>	ROSSI Dominique
PELLISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROSSI Pascal
PELLETIER Jean	ROUDIER Jean
PERRIN Jeanne	SALAS Sébastien
PETIT Philippe	SARLON-BARTOLI Gabrielle
PHAM Thao	SCAVARDA Didier
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SCHLEINITZ Nicolas
PIQUET Philippe	SEBAG Frédéric
PIRRO Nicolas	SIELEZNEFF Igor
POINSO François	SIMON Nicolas
RACCAH Denis	STEIN Andréas
RANQUE Stéphane	TAIEB David
<i>RAOULT Didier Surnombre</i>	THOMAS Pascal
REGIS Jean	THUNY Franck
REYNAUD/GAUBERT Martine	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
REYNAUD Rachel	TRIGLIA Jean-Michel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth	TROPIANO Patrick
RICHERI Raphaëlle	TSIMARATOS Michel

## PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal  
AGHABABIAN Valérie  
BELIN Pascal  
CHABANNON Christian  
CHABRIERE Eric  
FERON François  
LE COZ Pierre  
LEVASSEUR Anthony  
RANJEVA Jean-Philippe  
SOBOL Hagay

## PROFESSEUR CERTIFIE

*BRANDENBURGER Chantal retraite mars 2021*  
FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne

## PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI

REVIS Joana

## PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GEN

GENTILE Gaëtan

## PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE

GUIDA Pierre

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

GUIEU Régis  
GUIS Sandrine  
GUYE Maxime  
GUYOT Laurent  
*GUYS Jean-Michel Surnombre*  
HABIB Gilbert  
HARDWIGSEN Jean  
HARLE Jean-Robert  
HOUVENAEGHEL Gilles  
JACQUIER Alexis  
JOURDE-CHICHE Noémie  
JOUVE Jean-Luc  
KAPLANSKI Gilles  
KARSENTY Gilles  
*KERBAUL François détachement*  
KRAHN Martin  
LAFFORGUE Pierre  
LAGIER Jean-Christophe  
LAMBAUDIE Eric  
LANCON Christophe  
LA SCOLA Bernard  
LAUNAY Franck  
LAVIEILLE Jean-Pierre  
LE CORROLLER Thomas  
LECHEVALLIER Eric  
LEGRE Régis  
LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale  
LEONE Marc  
LEONETTI Georges  
LEPIDI Hubert  
LEVY Nicolas  
MACE Loïc  
MAGNAN Pierre-Edouard  
MANCINI Julien  
MEGE Jean-Louis  
MERROT Thierry  
METZLER/GUILLEMAIN Catherine  
MEYER/DUTOUR Anne  
MICCALEF/ROLL Joëlle  
MICHEL Fabrice  
MICHEL Gérard  
MICHEL Justin  
MICHELET Pierre  
MILH Mathieu  
MILLION Matthieu  
MOAL Valérie  
MORANGE Pierre-Emmanuel  
MOULIN Guy  
MOUTARDIER Vincent  
NAUDIN Jean  
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier  
NICOLLAS Richard  
NGUYEN Karine  
OLIVE Daniel  
OLLIVIER Matthieu  
OUAFIK L'Houcine  
OVAERT-REGGIO Caroline  
PADOVANI Laetitia



## PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

TURRINI Olivier

VALERO René

VAROQUAUX Arthur Damien

VELLY Lionel

VEY Norbert

VIDAL Vincent

VIENS Patrice

VILLANI Patrick

VITON Jean-Michel

VITTON Véronique

*VIEHWEGER Heide Elke détachement*

VIVIER Eric

XERRI Luc

AHERFI Sarah	ELDIN Carole	PAULMYER/LACROIX Odile
ANGELAKIS Emmanouil ( <i>disponibilité</i> )	FAURE Alice	PESENTI Sébastien
ATLAN Catherine ( <i>disponibilité</i> )	FOLETTI Jean- Marc	RADULESCO Thomas
BEGE Thierry	FRANKEL Diane	RESSEGUIER Noémie
BELIARD Sophie	FROMNOT Julien	ROBERT Philippe
BENYAMINE Audrey	GASTALDI Marguerite	ROBERT Thomas
BERTRAND Baptiste	GELSI/BOYER Véronique	ROMANET Pauline
BEYER-BERJOT Laura	GIUSIANO Bernard	SABATIER Renaud
BIRNBAUM David	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	SARI-MINODIER Irène
BONINI Francesca	GONZALEZ Jean-Michel	SAVEANU Alexandru
BOUCRAUT Joseph	GOURIET Frédérique	SECQ Véronique ( <i>disponibilité</i> )
BOULAMERY Audrey	GRAILLON Thomas	STELLMANN Jan-Patrick
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUERIN Carole	SUCHON Pierre
BOUSSEN Salah Michel	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	TABOURET Emeline
BUFFAT Christophe	GUIDON Catherine	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	GUIVARCH Jokthan	TOGA Isabelle
CARRON Romain	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOMASINI Pascale
CASSAGNE Carole	HRAIECH Sami	TOSELLO Barthélémy
CERMOLACCE Michel	KASPI-PEZZOLI Elise	TROUSSE Delphine
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	VELY Frédéric
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VION-DURY Jean
CUNY Thomas	LAGARDE Stanislas	ZATTARA/CANNONI Héléne
DADOUN Frédéric ( <i>disponibilité</i> )	LAGIER Aude ( <i>disponibilité</i> )	
DALES Jean-Philippe	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	
DARIEL Anne	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DAUMAS Aurélie	LOOSVELD Marie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	MAAROUF Adil	
DELLIAUX Stéphane	MACAGNO Nicolas	
DESPLAT/JEGO Sophie	MAUES DE PAULA André	
DEVILLIER Raynier	MEGE Diane	
DUBOURG Grégory	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
DUCONSEIL Pauline	NINOVE Laetitia	
DUFOUR Jean-Charles	NOUGAIREDE Antoine	

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DESNUES Benoît	RUEL Jérôme
BARBACARU/PERLES T. A.	MARANINCHI Marie	THOLLON Lionel
BERLAND Caroline	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THIRION Sylvie
BOYER Sylvie	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	VERNA Emeline
COLSON Sébastien	POGGI Marjorie	
DEGIOANNI/SALLE Anna	POUGET Benoît	

## MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic

## MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques  
 CALVET-MONTREDON Céline  
 FORTE Jenny  
 JANCZEWSKI Aurélie  
 NUSSLI Nicolas  
 ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle

THERY Didier

**MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS**

BOURRIQUEN Maryline

EVANS-VIALLAT Catherine

LAZZAROTTO Sébastien

LUCAS Guillaume

MATHIEU Marion

MAYENS-RODRIGUES Sandrine

MELLINAS Marie

ROMAN Christophe

TRINQUET Laure

**ESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS  
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants**

**ANATOMIE 4201**

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)  
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)  
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)  
LAGIER Aude (MCU-PH) *disponibilité*

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

**ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203**

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)  
DANIEL Laurent (PU-PH)  
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)  
GARCIA Stéphane (PU-PH)  
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)  
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)  
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)  
MACAGNO Nicolas (MCU-PH)  
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)  
SECQ Véronique (MCU-PH) *disponibilité*

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;  
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)  
BRUDER Nicolas (PU-PH)  
LEONE Marc (PU-PH)  
MICHEL Fabrice (PU-PH)  
VELLY Lionel (PU-PH)

BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH)  
GUIDON Catherine (MCU-PH)

**ANTHROPOLOGIE 20**

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)  
POUGET Benoît (MCF)  
VERNA Emeline (MCF)

**BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501**

CHARREL Rémi (PU PH)  
DRANCOURT Michel (PU-PH)  
FENOLLAR Florence (PU-PH)  
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)  
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)

LA SCOLA Bernard (PU-PH)  
RAOULT Didier (PU-PH) *Surnombre*

AHERFI Sarah (MCU-PH)  
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) *disponibilité*  
DUBOURG Grégory (MCU-PH)  
GOURIET Frédérique (MCU-PH)  
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)  
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)

LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)  
DESNUES Benoit (MCF) ( 65ème section )  
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

**BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401**

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)  
GABERT Jean (PU-PH)  
GUIEU Régis (PU-PH)  
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)  
FROMNOT Julien (MCU-PH)  
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)  
ROMANET Pauline (MCU-PH)  
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

**ANGLAIS 11**

BRANDENBURGER Chantal (PRCE) *retraite mars 2021*  
FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne (PRCE)

**BIOLOGIE CELLULAIRE 4403**

ROLL Patrice (PU-PH)

FRANKEL Diane (MCU-PH)  
GASTALDI Marguerite (MCU-PH)  
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)  
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT  
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)  
PERRIN Jeanne (PU-PH)

**BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301**

GUEDJ Eric (PU-PH)

**CARDIOLOGIE 5102**

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)

GUYE Maxime (PU-PH)  
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)  
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)  
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIostatistiques, Informatique Médicale  
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

GAUDART Jean (PU-PH)  
GIORGI Roch (PU-PH)  
MANCINI Julien (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)  
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)  
GIUSIANO Bernard (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)  
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

**CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002**

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)  
BLONDEL Benjamin (PU-PH)  
FLECHER Xavier (PU-PH)  
OLLIVIER Matthieu (PU-PH)  
PARRATTE Sébastien (PU-PH) *Disponibilité*  
ROCHWERGER Richard (PU-PH)  
TROPANO Patrick (PU-PH)

**ROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702 CANCÉROLOGIE ; RADIOTHERAPIE**

BERTUCCI François (PU-PH)  
CHINOT Olivier (PU-PH)  
COWEN Didier (PU-PH)  
DUFFAUD Florence (PU-PH)  
GONCALVES Anthony (PU-PH)  
HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)  
LAMBAUDIE Eric (PU-PH)  
PADOVANI Laetitia (PH-PH)  
SALAS Sébastien (PU-PH)  
VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)  
TABOURET Emeline (MCU-PH)

BONELLO Laurent (PU-PH)  
BONNET Jean-Louis (PU-PH)  
CUISSSET Thomas (PU-PH)  
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)  
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)  
HABIB Gilbert (PU-PH)  
PAGANELLI Franck (PU-PH)  
THUNY Franck (PU-PH)

**CHIRURGIE VISCÉRALE ET DIGESTIVE 5202**

BERDAH Stéphane (PU-PH)  
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)  
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)  
SEBAG Frédéric (PU-PH)  
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)  
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)  
BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)  
BIRNBAUM David (MCU-PH)  
DUCONSEIL Pauline (MCU-PH)  
GUERIN Carole (MCU-PH)  
MEGE Diane (MCU-PH)

**CHIRURGIE INFANTILE 5402 CHIRURGIE INFANTILE 5402**

*GUYS Jean-Michel (PU-PH) Surnombre*  
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)  
LAUNAY Franck (PU-PH)  
MERRROT Thierry (PU-PH)  
*VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH) détachement*  
DARIEL Anne (MCU-PH)  
FAURE Alice (MCU-PH)  
PESENTI Sébastien (MCU-PH)

**FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503 CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE**

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)  
GUYOT Laurent (PU-PH)  
  
FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

**CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103**

COLLART Frédéric (PU-PH)  
 D'JOURNO Xavier (PU-PH)  
 DODDOLI Christophe (PU-PH)  
 FOUILLOUX Virginie (PU-PH)  
 GARIBOLDI Vlad (PU-PH)  
 MACE Loïc (PU-PH)  
 THOMAS Pascal (PU-PH)  
 TROUSSE Delphine (MCU-PH)

**CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004**

CASANOVA Dominique (PU-PH)  
 LEGRE Régis (PU-PH)

BERTRAND Baptiste (MCU-PH)  
 HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

**CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104**

ALIMI Yves (PU-PH)  
 AMABILE Philippe (PU-PH)  
 BARTOLI Michel (PU-PH)  
 BOUFI Mourad (PU-PH)  
 MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)  
 PIQUET Philippe (PU-PH)  
 SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

**GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201**

BARTHET Marc (PU-PH)  
 DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)  
 GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)  
 GRANDVAL Philippe (PU-PH)  
 VITTON Véronique (PU-PH)

**HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202**

LEPIDI Hubert (PU-PH)

PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

**DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003**

BERBIS Philippe (PU-PH)  
 DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)  
 GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)  
 GROB Jean-Jacques (PU-PH)  
 RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

**GENETIQUE 4704**

BEROUD Christophe (PU-PH)  
 KRAHN Martin (PU-PH)  
 LEVY Nicolas (PU-PH)  
 NGYUEN Karine (PU-PH)

**DUSI**

COLSON Sébastien (MCF)

BOURRIQUEN Maryline (MAST)  
 EVANS-VIALLAT Catherine (MAST)  
 LUCAS Guillaume (MAST)  
 MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)  
 MELLINAS Marie (MAST)  
 ROMAN Christophe (MAST)  
 TRINQUET Laure (MAST)

TOGA Caroline (MCU-PH)  
 ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

**GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403**

AGOSTINI Aubert (PU-PH)  
*BOUBLI Léon (PU-PH) Surnombre*  
 BRETELLE Florence (PU-PH)  
 CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)  
 COURBIERE Blandine (PU-PH)  
 CRAVELLO Ludovic (PU-PH)  
 D'ERCOLE Claude (PU-PH)

**ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5404**

BRUE Thierry (PU-PH)  
 CASTINETTI Frédéric (PU-PH)  
 CUNY Thomas (MCU PH)

AUQUIER Pascal (PU-PH)  
 BERBIS Julie (PU-PH)  
 BOYER Laurent (PU-PH)  
 GENTILE Stéphanie (PU-PH)

BLAISE Didier (PU-PH)  
 COSTELLO Régis (PU-PH)  
 CHIARONI Jacques (PU-PH)  
 GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)  
 MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)  
 VEY Norbert (PU-PH)

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)  
 RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)  
 GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)  
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)  
 LOOSVELD Marie (MCU-PH)  
 SUCHON Pierre (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

**IMMUNOLOGIE 4703**

**MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603**

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)  
 MEGE Jean-Louis (PU-PH)  
 OLIVE Daniel (PU-PH)  
 VIVIER Eric (PU-PH)

BARTOLI Christophe (PU-PH)  
 LEONETTI Georges (PU-PH)  
 PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)  
 PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)  
 CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)  
 DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)  
 DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)  
 ROBERT Philippe (MCU-PH)  
 VELY Frédéric (MCU-PH)

BERLAND Caroline (MCF) (1ère section)

**MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905**

**MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503**

BROUQUI Philippe (PU-PH)  
 LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)  
 MILLION Matthieu (PU-PH)  
 PAROLA Philippe (PU-PH)  
 STEIN Andréas (PU-PH)

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)  
 VITON Jean-Michel (PU-PH)

**MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602**

ELDIN Carole (MCU-PH)

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

**MEDECINE D'URGENCE 4805**

SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

*KERBAUL François (PU-PH) détachement*

MICHELET Pierre (PU-PH)

**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU  
 VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE 5301**

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)  
 DISDIER Patrick (PU-PH)  
 DURAND Jean-Marc (PU-PH)  
 EBBO Mikael (PU-PH)  
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)  
 HARLE Jean-Robert (PU-PH)  
 ROSSI Pascal (PU-PH)  
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

BENYAMINE Audrey (MCU-PH)

**MEDECINE GENERALE 5303**

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

GUIDA Pierre (PR associé Méd. Gén. à mi-temps) retraite au 25/09/2012 (MOAL Valérie (PU-PH)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)

FORTE Jenny (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUSSLI Nicolas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) (nomination au 1/10/2012)

**NUTRITION 4404**

DARMON Patrice (PU-PH)

RACCAH Denis (PU-PH)

VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité

BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

**ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)**

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)

SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

**OPHTALMOLOGIE 5502**

DAVID Thierry (PU-PH)

DENIS Danièle (PU-PH)

**OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501**

DESSI Patrick (PU-PH)

FAKHRY Nicolas (PU-PH)

GIOVANNI Antoine (PU-PH)

LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)

MICHEL Justin (PU-PH)

NICOLLAS Richard (PU-PH)

TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

RADULESCO Thomas (MCU-PH)

REVIS Joana (PAST) (Orthophonie) (7ème Section)

**NEPHROLOGIE 5203**

BRUNET Philippe (PU-PH)

BURTEY Stéphanne (PU-PH)

DUSSOL Bertrand (PU-PH)

JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)

MOAL Valérie (PU-PH)

ROBERT Thomas (MCU-PH)

**NEUROCHIRURGIE 4902**

DUFOUR Henry (PU-PH)

FUENTES Stéphane (PU-PH)

REGIS Jean (PU-PH)

ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)

SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)

GRAILLON Thomas (MCU PH)

**NEUROLOGIE 4901**

ATTARIAN Sharham (PU PH)

AUDOIN Bertrand (PU-PH)

AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)

CECCALDI Mathieu (PU-PH)

EUSEBIO Alexandre (PU-PH)

FELICIAN Olivier (PU-PH)

PELLETIER Jean (PU-PH)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

**PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904**

DA FONSECA David (PU-PH)

POINSO François (PU-PH)

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -  
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)

MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)

SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

**PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502****PHILOSOPHIE 17**



RANQUE Stéphane (PU-PH)

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)

MATHIEU Marion (MAST)

L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)

TOGA Isabelle (MCU-PH)

### PHYSIOLOGIE 4402

### PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)

BARLOGIS Vincent (PU-PH)

CHAMBOST Hervé (PU-PH)

DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)

FABRE Alexandre (PU-PH)

GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)

MICHEL Gérard (PU-PH)

MILH Mathieu (PU-PH)

OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)

REYNAUD Rachel (PU-PH)

TSIMARATOS Michel (PU-PH)

TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)

BREGEON Fabienne (PU-PH)

GABORIT Bénédicte (PU-PH)

MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)

TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BONINI Francesca (MCU-PH)

BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)

DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)

LAGARDE Stanislas (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)

THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

### PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

BAILLY Daniel (PU-PH)

LANCON Christophe (PU-PH)

NAUDIN Jean (PU-PH)

RICHIERI Raphaëlle (PU-PH)

CERMOLACCE Michel (MCU-PH)

### PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

ASTOUL Philippe (PU-PH)

BARLESI Fabrice (PU-PH)

CHANEZ Pascal (PU-PH)

GREILLIER Laurent (PU PH)

REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

### CHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PSYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

LAZZAROTTO Sébastien (MAST)

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

### RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

### RHUMATOLOGIE 5001

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)

CHAGNAUD Christophe (PU-PH)

CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)

GIRARD Nadine (PU-PH)

JACQUIER Alexis (PU-PH)

MOULIN Guy (PU-PH)

PANUEL Michel (PU-PH) surnombre

PETIT Philippe (PU-PH)

VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)

VIDAL Vincent (PU-PH)

GUIS Sandrine (PU-PH)

LAFFORGUE Pierre (PU-PH)

PHAM Thao (PU-PH)

ROUDIER Jean (PU-PH)

### HERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4801

AMBROSI Pierre (PU-PH)

VILLANI Patrick (PU-PH)

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

GAINNIER Marc (PU-PH)  
GERBEAUX Patrick (PU-PH)  
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)  
ROCH Antoine (PU-PH)  
  
HRAIECH Sami (MCU-PH)

BASTIDE Cyrille (PU-PH)  
KARSENTY Gilles (PU-PH)  
LECHEVALLIER Eric (PU-PH)  
ROSSI Dominique (PU-PH)

## **Table des matières**

<b>REMERCIEMENTS :</b>	<b>2</b>
<b>Chapitre 1: INTRODUCTION:</b>	<b>4</b>
<b>1.1 : Définitions</b>	<b>4</b>
<b>1.2 : La PASS</b>	<b>5</b>
<b>1.5 Objectif de l'étude :</b>	<b>10</b>
<b>Chapitre 2 : METHODES</b>	<b>12</b>
<b>2.1 : Mode de recrutement :</b>	<b>12</b>
2.1.1 Inclusion dans l'étude FrenChILD-Index initiale.	12
2.1.2 Inclusion dans le suivi FrenChILD-Index	13
2.1.3 Calcul d'effectif nécessaire	14
<b>2.2 : Schéma expérimental :</b>	<b>14</b>
<b>Chapitre 3 : RESULTATS</b>	<b>16</b>
<b>3.1 : Recrutement :</b>	<b>16</b>
<b>3.2 : Caractéristiques initiales des patients</b>	<b>17</b>
<b>3.3 : Résultats au premier rappel :</b>	<b>21</b>
3.3.1 : Analyse du FrenCHILD-Index entre l'entretien initial et le premier rappel.	21
3.3.2 : Analyse des différents items du FrenCHILD-Index entre l'entretien initial et le premier rappel	22
3.3.3 : Analyse du FrenCHILD-Index au premier rappel selon la prise en charge par la PASS ou non	25
3.2.4 : Variation moyenne du FrenCHILD-Index par mois de suivi avant et après la crise COVID-19	26
<b>3.4 : Résultats au second rappel</b>	<b>27</b>
3.4.1 : Analyse du FrenCHILD-Index et de ces différents items entre le premier rappel et le second rappel	27
3.4.2 Analyse du second rappel en fonction de la période du premier rappel (avant ou après le COVID-19)	28
<b>Chapitre 4 : DISCUSSION :</b>	<b>30</b>
<b>Chapitre 5 : CONCLUSION</b>	<b>35</b>
<b>ANNEXES</b>	<b>36</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE:</b>	<b>40</b>
<b>SERMENT D'HIPPOCRATE</b>	<b>43</b>

## **REMERCIEMENTS :**

A Madame la **Professeur Brigitte CHABROL**, présidente de mon jury,  
Pour m'avoir fait l'honneur de présider mon jury. Merci infiniment de votre réactivité face à ma sollicitation urgente. Vous trouverez dans ce travail l'expression de mon plus grand respect.

A Monsieur le **Docteur Remi LAPORTE**, directeur de mon travail de thèse,  
Pour m'avoir guidé avec patience et rigueur dans ce travail. Ton exercice et ta dévotion à la PASS sont un exemple pour moi. Reçois par ce travail le témoin de mon profond respect.

A Monsieur le **Docteur Philippe MINODIER**,  
Pour m'avoir fait l'honneur de faire partie des membres de mon jury. Pour m'avoir fait découvrir et aimer la pédiatrie au cours de mon internat. Reçois par ce travail de thèse toute ma gratitude.

A Madame Élisabeth JOUVE, pour votre aide précieuse, votre expertise et votre réactivité.

Au Service des urgences adulte de l'hôpital de HYERES du Professeur FIROLONI, où j'ai pu faire mes débuts en tant qu'interne et mes Co internes : Julie D, Antoine A, Hugo C, Arthur C, Ingrid P, Hector B, virginie L, Clément N, Marion C

Au service de diabétologie de la CONCEPTION : Professeur VALERO, Docteur Anastasia CALABRESE, et mes Co interne (Pierre H et Alice E)

Au Service des urgences Pédiatrique de l'hôpital NORD : Docteur Diego URBINA, Docteur Camille AGUESSE, toutes les IDE du service et tous mes Co internes : Acanthe, Alexandra L, Arthur O, Chloé B, Emma M, Etienne C, Fabien P, Garance P, Guillaume T, Julia B, Julien B., Julien L, Justine A, lucille H, Rachel C

Au Service de Gynécologie de la Clinique BEAUREGARD ; Docteur Élisabeth CHEREAU, Docteur Olivier HADDAD, Docteur Delphine BONNEAU, Docteur claire-lise SORBIER

A tous mes Maitres de stage Universitaires : Docteur Hans VAN LIDTH, Docteur Thierry LEGRIS, Docteur Christophe BACHE, Docteur Daniel SAPIENZA et Docteur Sandrine EUDELIN

Aux Zadistes, ma famille Marseillaise, Guillaume, Laure, Pierre, Cécile. Merci d'avoir supporté la grincheuse pendant ces mois de confinement.

A tous mes amis de l'externat, Quitou, Cec, Bab, Lulu, Soso, Djena, Tom, Capu, Const, Guigui et Alyette...

A mon trio avignonnais avec Chloé, merci de m'accompagner à tahiti, et Pauline

A mes amies Rhétaises, Marion, Leonie, Carla, Maya...

A ma grande famille :

A Babel et Baboul,

A Denyse et grand Papa qui me soutiennent d'en haut...

A Maïté, Catherine et Rolland, Charles et Nathalie, Henri et Virginie, Antoine et Hélène ma Marraine chérie, Jean et Anne, Nicolas et Ariane, Kiki Parrain et France.

A mes cousins, alexandra et Cédric, Sébastien et Camille, Alexis et Elodie, Mathilde et Guillaume, Thomas et Clémence, Alice et Gauthier, Margot, Marion, Arnaud, Pauline et Baptiste, Remi, Charlotte, Justine, Fanny, Robin, Joseph, Gaston, Bathilde et Alfred

A mes neveux et nièces, Achille, Lucien, Garance, Violette, Adèle et Anatole

A mes sœurs, Valentine, Juliette et Léonie, les merveilles de ma vie.

A mon frère, Gaspard, l'autre merveille de ma vie. Merci de ton aide pour cette page de remerciement.

A mes beaux-frères adorés, Arthur et Nicolas. Et Jonas.

A ma super belle-sœur Rachel,

A ma mère, qui me porte à chaque instant de ma vie, mon étoile parmi les étoiles, Je t'aime.

A mon père, mon autre étoile, qui continue de me soutenir et de m'aider de là où il est ...

# **Chapitre 1: INTRODUCTION:**

## **1.1 : Définitions**

Selon J.Wresinski en 1987 « *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. Elle conduit à la grande pauvreté, quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible* » <sup>(1)</sup>

Ainsi, la précarité est une notion faisant référence à la fois à l'exclusion sociale et au besoin d'assistance des personnes précaires. A l'opposé d'une pathologie, il n'y a pas de seuil de précarité au-dessus duquel on ne courrait pas ce risque. Les mesures restent toujours très arbitraires car il s'agit d'un processus cumulatif de différentes dimensions à l'origine des inégalités sociales, quant aux ressources, en fonction de l'environnement bâti, de l'entourage social, de l'éducation et de l'accès à la santé. <sup>(2)</sup> Par exemple, mesurer que 14,1 % de français vivaient sous le seuil de pauvreté en 2017, <sup>(3)</sup> ne reflète que la dimension des ressources. Dans ce sens la précarité est une notion polymorphe, entraînant ici toute la difficulté de dépistage, préalable à sa prise en charge.

## **1.2 : La PASS**

Sur le plan de l'accès à la santé, des Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) ont été créées en 1998 par l'article L6112.6 du code de santé publique<sup>(4)</sup> et redéfini par un circulaire en 2013<sup>(5)</sup> pour faciliter l'accès aux soins des patients vivants dans une situation de vulnérabilité sanitaire et sociale. En effet, 1 patient sur 5 évoque des difficultés financières dans l'accès aux soins et ces difficultés concernent en général l'impossibilité d'avancer les frais.<sup>(6)</sup>

Leur objectif est d'être une porte d'entrée pour les personnes en situation de vulnérabilité sociale et sanitaire en offrant un accès aux soins et un accompagnement social aux patients dans la perspective d'un retour à l'offre de soin de droit commun.

Ces soins peuvent ne pas être soumis à facturation pour les patients pour lesquels il apparaît au moment de la réalisation des actes, qu'ils ne pourront pas bénéficier d'une couverture sociale.

Les PASS permettent ainsi de lutter contre les inégalités sociales de santé, grâce à un suivi social pour permettre un accès aux soins de droit commun, permettant un meilleur suivi médical des enfants.

Cependant, de nos jours, l'accessibilité et la visibilité des PASS restent encore insuffisantes en France. En effet, ces structures restent encore très méconnues de certains professionnels de santé et patients rendant difficile l'orientation des personnes vers des structures adaptées.

Il faut donc renforcer le positionnement des PASS dans le parcours de soins des patients vulnérables. Il convient que la PASS soit facilement identifiable et accessible aux patients, ainsi qu'aux professionnels de santé. Pour ce faire, elle dispose de personnels dédiés, connu de tous qui ont pour rôle, de faire connaître dans l'enceinte de l'établissement et au-delà les modalités d'accès et sa localisation.<sup>(7)(8)</sup>

### **1.3: L'outil de dépistage French Child Individual-Level Deprivation Index.**

En dehors de ces unités spécialisées que sont les PASS, il est encore difficile pour les soignants de dépister les situations de vulnérabilité sociale et sanitaire en pratique clinique, du fait de l'absence d'outil d'évaluation individuelle en pédiatrie.

On se heurte également à une réticence fréquente des soignants à aborder des problématiques pour lesquelles ils n'auraient pas de réponse rapide. Nombreux sont ceux qui témoignent du besoin d'être soutenus, rassurés, accompagnés. Dans une thèse publiée à Grenoble en 2019 sur le vécu des professionnels de santé des urgences face à une situation de grande précarité, les sentiments le plus fréquemment évoqués sont l'impuissance, l'incompétence, l'agacement, la honte...<sup>(9)</sup> Tout cela entraîne de gros retards de prise en charge. En 2017, près de la moitié (49,4 %) des patients reçus en consultation médicale dans les Centre d'accueil de médecin du monde (Caso) présentaient un retard de recours aux soins et 38,6 % nécessitaient des soins urgents<sup>(3)</sup>.

Le repérage des situations de vulnérabilité en pédiatrie (défaut de couverture des besoins et droits fondamentaux, exposition environnementale) n'est à ce jour fait que sur la suspicion du soignant. Il est ainsi soumis à des variabilités intra- et inter- individuelles fortes et souvent à des réticences à aborder des sujets sur lequel il n'y aurait pas de réponse à proposer. Sinon, seul l'avis d'un soignant expert (assistante sociale ou professionnel d'une PASS) permet de déterminer les cas de précarité et de freins à l'accès aux soins. Or, ces professionnels ne sont que rarement disponibles face à la fréquence des cas (entre 14.1 % et 20 % de patients, selon l'Insee<sup>(3)</sup>).

Devant cette absence en France de moyen de dépistage de vulnérabilité de l'enfant, simple, efficace et accessible à tous les professionnels de santé, un outil de dépistage, le French Child



Individual-Level Deprivation Index (FrenCHILD-Index) a été élaboré à l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille et validée en 2021. <sup>(10)</sup> (*Annexe 1*)

La construction de cet outil a pris en compte la nécessité d'être rapide, simple, facilement admissible pour l'orientation des patients dans le parcours de soins et cohérent avec les préoccupations lors de l'acte de soin. Il vise aussi à sensibiliser les soignants aux problématiques d'accès aux soins et aux expositions environnementales en pédiatrie.

Il s'agit d'un véritable outil d'accompagnement pour les soignants non experts de la vulnérabilité. Il facilite le choix des orientations possibles et permet d'aborder les principaux aspects de la vulnérabilité sociale et sanitaire (ex. à qui s'adresser en cas d'insécurité alimentaire ou d'habitat insalubre).

Le FrenChILD-Index comprenait 12 questions pondérées sur : le suivi médical, la possession d'un carnet de santé, la couverture sociale, la scolarisation des enfants, la stabilité et la salubrité du logement, la monoparentalité, l'accompagnement par un travailleur social, l'entourage proche, la migration récente, la compréhension de la langue et l'insécurité alimentaire (*Annexe 1*).

En fonction du score obtenu, les patients étaient classés en quatre groupes :

- Score égal à 0 : risque de vulnérabilité sociale nul
- Score compris entre 1 et 5 : Risque de vulnérabilité sociale faible
- Score compris entre 6 et 25 : Risque de vulnérabilité sociale intermédiaire
- Score supérieur ou égal à 26 : Risque de vulnérabilité sociale élevée

Au dos du FrenChILD-Index, on retrouvait une notice qui informait le soignant sur l'intérêt des questions et sur les ressources utiles aux familles, permettant ainsi d'inciter les professionnels de santé à aborder ces sujets en comblant leur isolement face aux problématiques.(insécurité alimentaire, insuffisance des ressources, insalubrité du logement). (*Annexe 2*)

Dans ce questionnaire, les cinq dimensions principales de la précarité sont étudiées :

1) Pour les ressources : l'insécurité alimentaire représente la difficulté d'accès à une alimentation suffisamment qualitative et quantitative. Cette insécurité affecte plus de 800 millions de familles dans le monde.

Une insécurité alimentaire dans les familles peut entraîner une augmentation des maladies et une fragilité sanitaire chez les enfants. <sup>(11)(12)(13)</sup> Les difficultés alimentaires peuvent également entraîner des troubles comportementaux, d'attention, d'hyperactivité chez l'enfant, d'autant plus que l'insécurité alimentaire dans les ménages augmentent le stress et l'anxiété des familles. <sup>(14)</sup>

2) Pour l'entourage social : L'isolement social est défini comme un environnement social sans conjoint, sans contact avec la famille ou ami et sans participation à des clubs, religions... <sup>(15)</sup> Selon de nombreuses études réalisées notamment pendant les différents confinements liés à la COVID 19, ayant entraîné des isolements sociaux importants, elles montrent toutes un impact évident sur la santé mentale. <sup>(15)(16)(17)</sup>

De plus, l'immigration entraîne un isolement social aggravé par la situation administrative : En 2020, selon l'Insee 10,2% de la population française était immigrée (née dans un autre pays). Parmi eux, un certain nombre étaient en situation irrégulière. Ils ne pouvaient alors que bénéficier de l'Aide Médicale d'État (à redemander chaque année). Parmi eux, de nombreux patients sont allophones et la barrière de la langue complique encore l'ouverture des droits et l'accès aux soins <sup>(18)</sup>. En effet, dans le rapport de 2017 de médecin du monde, 16 % des personnes rencontrées évoquaient la barrière linguistique comme principal obstacle à l'accès aux soins. <sup>(3)(4)</sup>

3) Pour l'environnement physique : Le logement instable ou insalubre représente tout logement, immeuble, installation qui présente un danger ou risque pour la santé ou la sécurité physique des personnes. <sup>(19)</sup>

Le logement insalubre peut également avoir un impact important sur la santé des familles (asthme, trouble respiratoire, hyperactivité bronchique...) <sup>(20)</sup>

4) Pour l'accès à la santé : En France, grâce à la sécurité sociale, le service public d'État couvre la majorité des risques médicaux des individus. Il existe différents types de couverture maladie en fonction des revenus, immigration ... (Protection Universelle Maladie, Complémentaire Santé Solidaire, Aide médicale d'état...). Cependant, les inégalités en matière de santé persistent devant des démarches administratives complexes. La couverture maladie est encore absente ou incomplète chez beaucoup de familles et pose un problème de retard de prise en charge sanitaire important. <sup>(3)</sup>

Dans un rapport réalisé par médecin du monde sur l'accès au soin de santé en octobre 2017<sup>(3)</sup>, seule 13,3 % des personnes consultant dans les Centre d'accès aux soins et d'orientation (Caso) disposaient d'une couverture maladie en France, quelle que soit leur situation administrative, alors même que 7 personnes sur 10 relevaient théoriquement d'un dispositif de couverture maladie au regard de leur situation administrative.

Ils reliaient cela à la complexité des démarches, à laquelle pourraient selon eux s'ajouter des pratiques abusives (refus d'adresse déclarative par les Caisses primaires d'assurance maladie, demandes de pièces justificatives injustifiées, perte de dossier, etc.) et un désengagement des services publics (fermetures ou restriction dans l'accueil physique des personnes, dématérialisation de l'accès aux droits, etc.)

5. Pour l'éducation : Outre les parents, le principal acteur de l'éducation des enfants est l'école. Cependant, certains enfants sont déscolarisés. Le lien entre la déscolarisation et la vulnérabilité sociale a été mis en évidence. <sup>(21)(22)</sup> Il s'agit principalement d'enfants étrangers, immigrés, mais également certains événements de vie peuvent entraîner cette déscolarisation comme les divorces, le décès d'un parent, des déménagements

incessants...<sup>(21)</sup> Aussi, certaines communautés comme les gitans, privilégient l'activité professionnelle avant l'école entraînant des déscolarisations avant l'âge de 12 ans.<sup>(21)</sup>  
D'autres, immigrés ou étrangers, se sentent en insécurité à l'école<sup>(22)</sup>

## **1.5 Objectif de l'étude :**

L'étude de validation du FrenChILD-Index comprenait le rappel téléphonique de certains patients au décours de l'inclusion initiale afin de mesurer les fluctuations spontanées du FrenChILD-Index et en cas de prise en charge en PASS. Le suivi initial visait donc à documenter la stabilité de l'index, principalement suivant son niveau initial et l'éventuelle prise en charge dans l'intervalle.

Mais, pendant la période d'étude, une crise sanitaire liée à l'épidémie de la COVID-19 est survenue et a été suivie d'une crise socio-économique en France et dans le monde<sup>(23)</sup>. Ainsi, le suivi a été perturbé par la survenue de cette crise sur la période d'étude. Cela a amené à s'interroger sur l'effet de ce contexte sur les résultats du FrenChILD-Index pour les familles incluses dans le suivi.

L'hypothèse était que la crise sanitaire liée à la COVID 19 ait un impact sur l'accès aux soins et les conditions de vie, mesurable par une augmentation du score entre avant et après le début de la crise sanitaire. En effet, pendant le confinement les familles ont dû faire face à un changement radical des habitudes de vie. La restriction des dispositifs de restauration et distributions collectives ou à caractère social a augmenté les coûts alimentaires familiaux<sup>(24)</sup>. La diminution d'activité économique a engendré des destructions d'emplois<sup>(23)</sup> entraînant une augmentation du chômage et les restrictions de circulation ont limité et désorganisé l'économie informelle et donc diminué les ressources des foyers<sup>(25)</sup>. La fermeture des cabinets médicaux et l'annulation des consultations non urgentes a pu entraîner une rupture

des suivis médicaux, un retard dans l'action de dépistage et de prévention (couverture vaccinale...). De plus, les nombreux confinements ont augmenté l'isolement social des familles par l'accumulation des divorces et les fermetures des lieux de vie. <sup>(26)(27)</sup>

En revanche, un rapport publié par la direction général des étrangers en France, (direction chargée au sein du ministère de l'intérieur de la politique d'immigration, d'asile, d'intégration et d'accès à la nationalité française) avait observé pendant la période COVID, une grande diminution de l'arrivée d'immigration liée à la limitation des déplacements, mais également une diminution de moitié des expulsions du territoire français. <sup>(28)</sup>

Ainsi, l'objectif principal de cette étude était de mesurer la fluctuation de la mesure des inégalités sociales de santé, par le score French Child Individual-Level Deprivation Index et ainsi d'évaluer la sensibilité de ce score au changement : (1) spontané, suivant la mesure initiale, (2) face à un évènement socio-économiques à l'échelle de la société : la crise COVID-19 et, (3) après la prise en charge par la PASS des familles vulnérables.

## Chapitre 2 : METHODES

### 2.1 : Mode de recrutement :

Cette étude a recruté une cohorte de patients inclus dans l'étude de validation du score FrenChILD-Index.

#### 2.1.1 Inclusion dans l'étude FrenChILD-Index initiale.

L'étude de validation de cet outil de dépistage s'était déroulée dans deux Services d'accueil des urgences (SAUP) disposant d'une PASS pédiatrique : à l'Hôpital Nord, Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille et à l'hôpital Lenval, Fondation Lenval - Hôpitaux de Nice.

Ainsi, entre Avril 2018 et Octobre 2019, les patients recrutés avaient bénéficié d'un entretien guidé par l'outil FrenChILD-Index par un soignant, puis un second entretien, réalisé en aveugle par un soignant de la PASS, expert des problématiques de vulnérabilité sociale et sanitaire grâce à la fiche « entretien expert » (*annexe 3*). L'entretien « expert » interrogeait sur les différentes problématiques sociales rencontrées par la famille. Il permettait de poser l'indication de certains soins spécifiques pour les patients défavorisés, en difficulté d'accès aux soins et marqueurs d'une prise en charge par la PASS : consultations médicales à facturation spécifique (facturation retardée ou non facturation), délivrances de médicaments ou vaccins gratuits, réalisations d'examens complémentaires à facturation spécifique, visite à domicile pour un risque d'exposition environnementale (habitat indigne, exposition à des moisissures, plomb...), consultations sociales pour une mise à jour de l'assurance santé, nécessités d'un accompagnement physique pour le suivi des soins. L'indication d'au moins deux de ces soins était retenue comme indicateur d'un recours à la PASS.

Les critères d'inclusion étaient : Enfants âgés de 3 à 15 ans consultant dans les SAUP et services PASS investigateurs, hors période de garde et d'affluence, accompagnés d'au moins un parent ou tuteur et acceptant de participer.

En cas de consultation d'une fratrie, un seul enfant avait été inclus par ordre de priorité décroissante : l'enfant qui doit réaliser un bilan sanguin pour une autre raison que l'étude, celui qui présentait un carnet de santé à l'examen, ou le plus âgé.

Les critères de non-inclusions étaient une consultation en SAUP en période de garde ou d'affluence, un patient ayant déjà consulté à la PASS, un patient ayant déjà participé à l'étude, en l'absence de tout parent (père ou mère), si une mesure de protection de l'enfance était en cours - ou évoquée par les médecins lors du séjour au SAUP, si les parents ne parlaient pas français et sans possibilité de traduction au moment de l'inclusion, inclusion d'un autre enfant de la fratrie, refus de l'enfant ou des parents, impossibilité d'organiser un entretien avec un soignant expert pendant le séjour au SAUP sans le prolonger.

Les critères d'exclusion étaient le refus de répondre à plus de deux questions du protocole par les parents, plus de deux réponses du score FrenChILD-Index étaient manquantes, les données du contre-entretien expert n'étaient pas disponibles.

### 2.1.2 Inclusion dans le suivi FrenChILD-Index

Un suivi par rappel téléphonique avait été proposé tous les six à neuf mois. Ce suivi téléphonique n'était réalisable qu'à Marseille, nous avons donc choisi d'inclure uniquement les patients inclus à l'AP-HM et d'exclure les patients des hôpitaux de Nice. Sur l'ensemble des patients inclus à l'AP-HM, nous avons choisi de ne suivre qu'un échantillon de ces patients.

Sur le plan éthique, un consentement d'accord de participation à l'étude avait été signé au moment du recrutement initial. Nous avons également renvoyé aux patients par boîte postale

une fiche d'information (*Annexe 5*) liée à l'étude confirmant leur accord pour des entretiens téléphoniques semestriels.

### 2.1.3 Calcul d'effectif nécessaire

Les objectifs de suivi visaient à mettre en évidence une augmentation du score FrenChILD-Index moyen entre deux rappels d'au moins 2 points par rapport au score initial. Un effectif de 192 patients aurait été nécessaire pour une puissance de 90 % avec un risque alpha de 5 %. Pour déterminer le nombre de patients à rappeler, cet effectif était à majorer du taux de patients qui ne pourraient pas être recontactés, estimé à 50 % soit 384 patients.

L'échantillon avait été créé en sélectionnant tous les patients qui relevaient d'au moins un soin PASS et 70% des autres choisis aléatoirement.

## **2.2: Schéma expérimental :**

Les patients recrutés bénéficiaient de deux entretiens téléphoniques où le FrenChILD-Index était utilisé pour guider l'entretien, avec le suivi du parcours de soins (*Annexe 4*) pour tout soin marqueur de PASS dont l'entretien expert avait initialement identifié l'indication.

Pour ce faire, nous avons gardé les patients séparés en 4 classes en fonction de leur score comme décrit initialement : Score égal à 0 (aucun risque de vulnérabilité), entre 1 et 5 (risque de vulnérabilité faible), entre 6 et 25 (risque de vulnérabilité modéré), supérieur ou égal à 26 (risque de vulnérabilité élevé).

Les caractéristiques du groupe des patients suivis étaient comparées à celles des patients perdus de vue et à celles des patients non suivis. Les variables étaient à l'aide des tests du Chi2 et Fisher pour les paramètres qualitatifs et du test ANOVA pour les variables quantitatives.



Le test de MacNemar était utilisé pour analyser la concordance des variables qualitatives entre les étapes de suivi. Ainsi, au seuil de 0.05, la différence de répartition par rapport à l'observation initiale permettait de conclure à un effet de la période de suivi pour expliquer la discordance dans la distribution sur la variable étudiée (ex. le degré de vulnérabilité sociale). La variation du score en fonction des risques initiaux de vulnérabilité, et des événements particuliers survenus au cours de l'étude (prise en charge par la PASS ou COVID-19) avait été analysée grâce à un modèle de régression linéaire.

## **Chapitre 3 : RESULTATS**

### **3.1 : Recrutement :**

Sur les 596 patients inclus à l'étude initiale à l'AP-HM, 72 patients avaient été exclus de l'étude de suivi (4 avaient refusé le rappel téléphonique, 68 avaient un suivi non réalisable).

Les 100 patients pour lesquels un soin spécifique était initialement prescrit étaient bien inclus, mais pour 43 le suivi n'avait pas été réalisable, 1 avait refusé, et 30 avaient été perdus de vue.

Parmi les autres patients, l'inclusion dans l'échantillon aléatoire avait été proposée pour 349 enfants, pour 25 d'entre eux, le suivi n'avait pas été réalisable, 3 avaient refusé et 78 avaient été perdus de vue.

377 patients avaient donc été rappelés une première fois. 108 patients avaient été perdus de vue, (18,1 %) soit 269 patients avaient donc bénéficié d'un premier entretien téléphonique.

Puis, au second rappel, 144 patients étaient perdus de vue (soit 53,5 %) ainsi 155 patients avaient bénéficié d'un second rappel. (Voir figure 1)

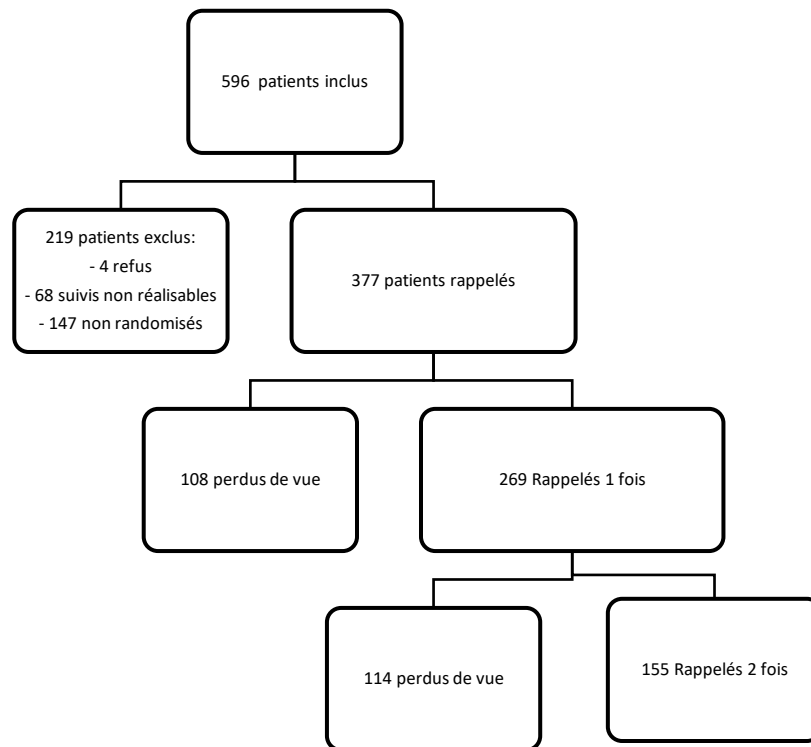


Figure 1 : Flow chart

### **3.2 : Caractéristiques initiales des patients**

Les premiers rappels avaient débuté avant le début de la crise socio-économique liée à la COVID-19, soit octobre 2018 (ils étaient organisés pour être réalisés 6 mois après l'inclusion. Mais les inclusions avaient été suspendus sur plusieurs périodes en 2018 et 2019) et avaient continué jusqu'en juillet 2020. Nous avons donc 62 patients (23%) rappelés avant le confinement de mars 2020, soit avant le début de l'épidémie de la COVID-19, et 207 patients (77%) rappelés après le début de la crise. Ainsi, le suivi moyen était de 7.26 mois (sd = 2.33) avant la COVID-19 et 2.28 mois (sd = 1.59) après. Parmi ces 269 patients rappelés une première fois, 243 n'avaient pas de soin PASS préconisé, 26 avaient au moins un soin PASS préconisé, parmi eux, 15 avaient vraiment réalisé ce soin. (Tableau 1)

N (%)	Avant COVID	Après COVID	Total	
Pas de soin PASS au rappel 1	48	195	243 (90%)	P=0,001
Soin PASS fait au rappel 1	9	6	15 (6%)	
Soin PASS indiqué non fait au rappel 1	5	6	11 (4%)	
Total	62 (23%)	207 (77%)	269 (100%)	

Tableau 1 : Effectifs des patients selon la période de premier rappel et les soins PASS réalisés ou non au premier rappel

Puis le deuxième rappel, a eu lieu à partir de novembre 2020 jusqu'en décembre 2020.

Concernant ce deuxième rappel, parmi les 155 patients rappelés une seconde fois, seuls 5 (3.23%) avaient été rappelés la première fois avant le début de la crise COVID-19.

Pour ces cinq patients, 1 n'avait pas de soin PASS à faire et 5 en avaient réalisé au moins 1.

Le délai moyen de rappel était de 5.09 (sd =6.01) mois avant la crise COVID-19 et 10.58 (sd =10.6) mois après.

Pour les 150 patients dont le premier rappel avait été après la crise COVID-19, 144 n'avaient aucun soin PASS prescrit et 6 avaient au moins un soin prescrit. Le suivi moyen entre les deux rappels était de 6.24 mois (sd =0.53).

Les caractéristiques initiales des patients sont décrites dans le Tableau 2. Parmi les enfants qui étaient suivis il y avait autant de garçons que de filles (54,3%) avec une moyenne d'âge de 8,83 ans.

Les perdus de vue avaient plus de défaut de suivi médical (11,1%), de défaut de carnet de santé (8,3 %), de sécurité sociale incomplète (8,3% vs 2,2 %), de déscolarisation (10,2% vs 2,2 %), de besoin d'une assistante sociale (34,3% vs 16,4 %), de parents isolés, (43,5% vs 28,6%), de mobilité récente (25% vs 7,4 %) et d'allophonie (5,6 % vs 2,2%).

De plus, le score FrenCHILD-Index était en moyenne plus faible chez les patients suivis que chez les perdus de vue.

De même, les patients perdus de vue avaient significativement plus de besoins de soins PASS indiqués selon l'entretien expert : besoin de consultation médicales gratuites, d'entretien social, de délivrance gratuite de traitements, d'accompagnement.

	Patients non suivis		Patients perdus de vue		Patients suivis		<i>p-value</i>
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	
Genre (Garçons)	121	(55,3)	57	(52,8)	146	(54,3)	0,91
Age (years)*	8,23	(3,89)	8,73	(3,75)	8,83	(3,48)	0,19
<b>Items FrenChILD-Index</b>							
Absence de Carnet de santé	24	(11)	9	(8,3)	5	(1,9)	<0,0005
Absence de suivi médical	29	(13,2)	12	(11,1)	7	(2,6)	<0,0005
Sécurité sociale+ mutuelle)	56	(25,6)	41	(38)	85	(31,6)	0,64
PUMA + CSS	4	(1,8)	9	(8,3)	6	(2,2)	0,009
Incomplète	7	(3,2)	2	(1,9)	5	(1,9)	0,636
AME ou Aucune	27	(12,3)	19	(17,6)	9	(3,3)	<0,0005
Déscolarisation	26	(11,9)	11	(10,2)	6	(2,2)	<0,0005
Logement insalubre	16	(7,3)	14	(13)	24	(8,9)	0,24
Logement instable	28	(12,8)	10	(9,3)	15	(5,6)	0,21
SDF	5	(2,3)	2	(1,9)	0	(0)	0,24
Assistante sociale	37	(16,9)	37	(34,3)	44	(16,4)	<0,0005
Pas d'assistante sociale	22	(19)	14	(13)	13	(4,8)	0,16
Parent isolé	46	(21)	47	(43,5)	77	(28,6)	<0,0005
Pas d'entourage	37	(16,9)	29	(26,9)	34	(12,6)	0,004
Mobilité récente	42	(19,2)	27	(25)	20	(7,4)	<0,0005
Allophonie	42	(19,2)	6	(5,6)	6	(2,2)	<0,0005
Insécurité alimentaire	22	(10)	17	(15,7)	18	(6,7)	0,25
FrenCHILD INDEX moyenne(sd)	18,32	(29,04)	24,46	(24,9)	10,47	(15,48)	<0,0005
Aucune vulnérabilité	84	(38,4)	20	(18,5)	107	(39,8)	
Vulnérabilité faible	41	(18,7)	7	(6,5)	48	(17,8)	<0,0005
Vulnérabilité intermédiaire	44	(20,1)	43	(38,8)	76	(28,3)	
Vulnérabilité sévère	50	(22,8)	38	(35,2)	38	(14,1)	
<b>Besoins PASS</b>							
Consultation médicale	31	(14,2)	20	(18,5)	10	(3,7)	<0,0005
Entretien social	32	(14,6)	24	(22,2)	16	(5,9)	<0,0005
Délivrance de traitements	29	(13,2)	21	(19,4)	10	(3,7)	<0,0005
Visite à domicile	10	(4,6)	6	(5,6)	11	(4,1)	0,783
Accompagnement	14	(6,4)	3	(2,8)	0	(0)	<0,0005
Coordination	13	(5,9)	10	(9,3)	9	(3,3)	0,067
Nombre de soins PASS (moyenne)	0,59	(1,3)	0,78	(1,43)	0,21	(0,77)	<0,0005

Tableau 2 : Description des caractéristiques initiales des patients

### **3.3 : Résultats au premier rappel :**

#### 3.3.1 : Analyse du FrenCHILD-Index entre l'entretien initial et le premier rappel.

Au moment de la réévaluation, le score FrenCHILD-Index n'était pas concordant avec l'entretien initial ( $p=0,001$ ). (Tableau 3)

Il avait augmenté chez 6 patients (soit 5,6 %) initialement sans risque de vulnérabilité qui passaient à un risque faible, 29 patients (soit 27,1%) qui passaient à un risque modéré, et 2 patients (soit 1,9%) qui passaient à un risque élevé.

Idem pour les 48 patients avec un risque faible initialement (score entre 1 et 5), 24 (soit 50%) avaient un risque modéré au premier rappel et 3 patients (soit 6,2 %) avaient un risque élevé.

En revanche, concernant les 76 patients qui avaient initialement un risque de vulnérabilité modéré (score entre 6 et 25), la majorité, soit 60,5% restaient avec un risque modéré au premier rappel, 17,1 % augmentaient avec un risque élevé au premier rappel, 14,5% avaient un risque faible et 7,9% n'avaient plus aucun risque.

De même, pour les patients initialement avec un risque élevé (supérieur à 26), la majorité, soit 57,9%, avaient toujours un risque élevé, 39,5% avaient un risque modéré et 2,6% avaient un risque de vulnérabilité faible.

Globalement, au premier rappel 57% des patients étaient restés au même niveau de risque de vulnérabilité. 29% avaient un niveau de risque qui avait augmenté (dont 16% d'un seul niveau) et 14.5% avaient un niveau de risque qui avait diminué.

		Rappel 1 (effectif)				Total	P- value
		Aucun risque de vulnérabilité	Risque de vulnérabilité faible	Risque de vulnérabilité modéré	Risque de vulnérabilité élevé		
INITIAL (effectif)	Aucun risque de vulnérabilité	70(65,54%)	6 (5,6%)	29(27,1 %)	2(1,9%)	107(39,8%)	0,001
	Risque de vulnérabilité faible	6(12,5%)	15(31,2%)	24(50%)	3(6,2%)	48(17,8%)	
	Risque de vulnérabilité modéré	6(7,9%)	11(14,5%)	46(60,5%)	13 (17,1%)	76(28,3%)	
	Risque de vulnérabilité élevé	0(0%)	1(2,6%)	15(39,5%)	22(57,9%)	38(14,1%)	
Total		82(30,5%)	33(12,3%)	114(42,4%)	40(14,9%)	269(100%)	

Tableau 3 : Analyse de la concordance du FrenCHILD-Index entre l'entretien initial et le premier rappel

La variation moyenne du FrenCHILD-index était significativement différente suivant le risque de vulnérabilité initiale ( $p < 0,0005$ ). En effet, la variation moyenne du score était pour les patients sans risque de vulnérabilité sociale initiale de + 3.58 (sd = 6.18), avec un risque de vulnérabilité faible + 6.02 (sd = 9.14), avec un risque de vulnérabilité modéré + 2.38 (sd = 13.4), avec une vulnérabilité sévère - 12.9 (sd = 20.3).

	Moyenne	N	Écart Type	p-value
Aucune vulnérabilité	+ 3,58	107	6,18	< 0,0005
Vulnérabilité faible	+ 6,02	48	9,14	
Vulnérabilité modérée	+ 2 38	76	13,4	
Vulnérabilité élevée	-12,9	38	20,3	

Tableau 4 : Variation moyenne du FrenCHILD-index en fonction des risques initiaux de vulnérabilité

### 3.3.2 : Analyse des différents items du FrenCHILD-Index entre l'entretien initial et le premier rappel

L'analyse des différents items du FrenCHILD-Index retrouvait des changements significatifs pour les items « parents isolés » ( $p = 0,014$ ) et « insécurité alimentaire » ( $p < 0,0005$ ).



Ainsi, parmi les 192 parents non isolés initialement, 27 (14.4 %) le devenaient. De même, parmi les 77 parents isolés initialement, 11 (14.3 %) ne l'étaient plus. (Tableau5)

		Rappel 1			p-value
		Parents non isolés	Parents isolés	Total	
Initial	Parents non isolés	165 (85.9%)	27 (14.1%)	192	0,014
	Parents isolés	11 (14.3%)	66 (85.7%)	77	
Total		176	93	269	

Tableau 5 : Analyse de la concordance des parents isolés entre l'entretien initial et le premier rappel

Sur les 251 patients initialement sans insécurité alimentaire, elle survenait pour 71 (28 %) au premier rappel. Pour les 18 initialement en insécurité alimentaire, 10 (55.5 %) ne l'étaient plus au premier rappel. (Tableau 6)

		Rappel 1			p-value
		Pas d'insécurité alimentaire	Insécurité alimentaire	Total	
Initial	Pas d'insécurité alimentaire	180(71,7%)	71(28,3%)	251	0,005
	Insécurité alimentaire	10(55,6%)	8(44,4%)	18	
Total		190	79	269	

Tableau 6 : Analyse de la concordance de l'insécurité alimentaire entre l'entretien initial et le premier rappel

Concernant les autres items du FrenCHILD-Index (carnet de santé, suivi médical, entourage, changement de région récent et allophonie), aucun changement significatif n'avait été retrouvé entre l'entretien initial et le premier rappel

Sur l'analyse des items multimodaux (la couverture maladie, le logement et le besoin d'assistante sociale), on retrouvait une discordance seulement pour la couverture maladie ( $p <$

0,05). Parmi les 9 couvertures maladie incomplètes, 4 avaient une sécurité sociale avec mutuelle (soit 44,4 %) et 3 avaient une PUMA avec complémentaire (33,3 %) au premier rappel. Parmi les 84 patients qui avaient initialement une PUMA avec complémentaire, la majorité (75%) restaient avec une bonne couverture maladie et 15,5 % se retrouvaient avec une sécurité sociale et une mutuelle.

En revanche, parmi les bénéficiaires de l'AME initialement, 3 (42,9%) restaient avec leur AME et 4 (57,1%) se retrouvaient sans rien.

Au total, 79,2% des patients n'ont pas modifié leur couverture maladie, mais parmi les 21% qui changent, il y a une amélioration. (Tableau 7)

		Rappel 1					Total	p-value
		Sécurité sociale + mutuelle	PUMA + CSS	Incomplète	AME	Aucun		
INITIAL	Sécurité sociale + mutuelle	146(86,9%)	19(11,3%)	0(0%)	2(1,2%)	1(0,6%)	168	0,048
	PUMA + CSS	13(15,5%)	63(75%)	5(6%)	0(0%)	3(3,6%)	84	
	Incomplète	4(44,4%)	3(33,3%)	1(11,1%)	0	1(11,1%)	9	
	AME	0(0%)	0(0%)	0(0%)	3(42,9%)	4(57,1%)	7	
	Aucun	1(100%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	1	
Total		164	85	6	5	9	269	

Tableau 7 : Analyse de la concordance de la couverture maladie entre l'entretien initial et le premier rappel

### 3.3.3 : Analyse du FrenCHILD-Index au premier rappel selon la prise en charge par la PASS ou non

La concordance, entre l'entretien initial et le premier rappel, du risque de vulnérabilité sociale a été analysée suivant les soins PASS indiqués et réalisés entre les différents rappels.

Au premier rappel, pour les 26 patients avec au moins un soin spécifique prescrit, le risque de vulnérabilité sociale était concordant avec l'observation initiale ( $p = 0.52$ ).

Pour les 15 patients ayant reçu au moins un soin spécifique, le risque de vulnérabilité sociale était concordant avec l'observation à l'inclusion ( $p 0.38$ )

Pour les 11 patients n'ayant reçu aucun soin spécifique prescrit, le risque de vulnérabilité sociale était concordant avec l'observation à l'inclusion ( $p 1.00$ )

Pour les 243 patients sans soin spécifique prescrit, le risque de vulnérabilité sociale n'était pas concordant avec l'observation à l'inclusion ( $p = 0.001$ ). Pour 73 patients (30%) le risque de vulnérabilité augmentait et pour 33 patients (13,6%) le risque de vulnérabilité s'améliorait.

(Tableau 8)

		RAPPEL 1					p-value
		Aucun risque de vulnérabilité	Risque de vulnérabilité faible	Risque de vulnérabilité modéré	Risque de vulnérabilité élevé	Total	0,001
INITIAL	Aucun risque de vulnérabilité	71 (86,4%)	6 (18,2%)	29 (27,9%)	2 (8,3%)	108	
	Risque de vulnérabilité faible	6 (7,4 %)	15 (45,5%)	23 (22,1%)	2 (8,3%)	46	
	Risque de vulnérabilité modéré	5 (6,2%)	11 (33,3%)	42 (40,4%)	11 (45,8%)	69	
	Risque de vulnérabilité élevé	0 (0%)	1 (3%)	10 (9,6%)	9 (37,5%)	20	
Total		82	33	104	24	243	

Tableau 8 : Analyse de la concordance du score entre l'entretien initial et le premier rappel chez les patients sans soin PASS prescrit

Le score frenCHILD-Index variait différemment suivant que des soins PASS étaient initialement indiqués ( $p < 0.0005$ ) et réellement réalisés ( $p < 0.0005$ ).

La variation moyenne du score était pour les patients sans soin prescrit de +2.33 (SD = 9.60), lorsqu'aucun soin prescrit n'était fait + 10.4 (sd =15.7), lorsqu'un soin prescrit était fait -8.17 (SD =38.7), et lorsque deux ou plus étaient réalisés de -29.9 (sd =20.3).

### 3.2.4 : Variation moyenne du FrenCHILD-Index par mois de suivi avant et après la crise COVID-19

Le score FrenCHILD-Index augmentait de + 1.48 (sd = 0.40) par mois de suivi avant la crise COVID-19 et de +1.22 (sd = 0.58) par mois après la crise.

Pour les 243 patients sans soin PASS prescrit le FrenCHILD-index augmentait de + 1.26 (sd = 0.31) par mois avant la crise COVID-19 et ne variait pas significativement suivant le nombre de mois après la crise (- 0.12 /mois (sd =0.47) ;  $p = 0.80$ ).

Parmi les 26 patients avec au moins un soin spécifique prescrit initialement, le FrenCHILD-Index ne variait pas significativement suivant le nombre de mois avant la crise COVID-19 (+ 0.64 /mois (sd = 0.2.60) ;  $p = 0.81$ ) mais augmentait de + 13.5 (sd = 5.81) par mois après la crise COVID-19 ( $p = 0.03$ ).

Parmi les 15 patients avec au moins un soin PASS réalisé, le FrenCHILD-index ne variait pas significativement suivant le nombre de mois de suivi avant la crise COVID-19 (+ 2.37 (sd = 3.08) ;  $p = 0.46$ ) mais augmentait après + 31.4 (sd = 11.9) par mois de suivi après la crise COVID-19 ( $p = 0.02$ )

	Avant COVID	p-value	Après COVID	p-value
Variation globale	+ 1,48 (SD :0,40)	<0,0005	1,22 (SD :0,58)	0,004
0 soin prescrit	+ 1,26 (SD :0,31)	<0,0005	-0,12 (SD :0,47)	0,80
Au moins un soin prescrit	+0,64 (SD :0,260)	0,81	+13,5 (SD : 5 ,81)	0,03
Au moins un soin prescrit et réalisé	+2,37 (SD :3,08)	0,46	+31,4 (SD :11,9)	0,02

Tableau 9 : Variation du score par mois en fonction des soins PASS spécifique et de la période du premier rappel

### **3.4 : Résultats au second rappel**

#### 3.4.1 : Analyse du FrenCHILD-Index et de ces différents items entre le premier rappel et le second rappel

Le risque de vulnérabilité était concordant entre le premier rappel et le second rappel

( $p=0,696$ ), chaque classe restait stable avec un niveau de risque qui restait inchangé pour 75,5

% des patients. (Tableau 10)

		Rappel 2				Total	P-value
		Aucun risque de vulnérabilité	Risque de vulnérabilité faible	Risque de vulnérabilité modéré	Risque de vulnérabilité élevé		
Rappel 1	Aucun risque de vulnérabilité	58(84,1%)	3(4,3%)	8(11,6%)	0(0%)	69 (44,5%)	0,696
	Risque de vulnérabilité faible	1(4,8%)	16(76,2%)	4(19%)	0(0%)	21(13,5%)	
	Risque de vulnérabilité modéré	5(11,4%)	49,1%)	30(68,2%)	5(11,4%)	44(28,4%)	
	Risque de vulnérabilité élevé	1(4,8%)	0(0%)	7(33,3%)	13(61,9%)	21(13,5%)	
Total		65(41,9%)	23(14,8%)	49(31,6%)	18(11,6%)	155(100%)	

Tableau 10 : Analyse de la concordance du FrenCHILD-Index entre le premier rappel et le second rappel

Concernant les différents items du FrenCHILD-Index, tous étaient concordant entre le premier rappel et le second rappel.

### 3.4.2 Analyse du second rappel en fonction de la période du premier rappel (avant ou après le COVID-19)

Pour les 150 patients dont le premier rappel avait eu lieu après le début de l'épidémie COVID-19, le risque de vulnérabilité sociale était concordant avec l'observation du premier rappel ( $p = 0.71$ ) : pour seulement 19 (12.6 %) il s'était aggravé et pour 17 (11.4 %) il s'était amélioré. Leur score FrenCHILD-Index avait varié en moyenne de 0.00 (sd = 8.11).

En revanche, la variation du FrenCHILD-Index était différente suivant le risque de vulnérabilité sociale au premier rappel ( $p = 0.004$ ) : la variation moyenne était pour les 65 patients sans vulnérabilité sociale initiale de + 1.38 (sd = 4.97), pour les 23 patients avec une vulnérabilité minimale + 0.61 (sd = 3.34), pour les 47 patients avec une vulnérabilité intermédiaire 0.00 (sd = 10.2), et pour les 15 patients avec une vulnérabilité sévère -6.93 (sd = 13.0).

	Moyenne	Effectif	Écart type
Aucun risque de vulnérabilité	+1,38	65	4,97
Risque de vulnérabilité faible	+ 0,61	23	3,34
Risque de vulnérabilité modérée	0	47	10,2
Risque de vulnérabilité élevé	-6,93	15	13,0

Tableau 10 : variation moyenne du score au deuxième rappel chez les 150 patients dont le premier rappel était après le COVID en fonction du risque de vulnérabilité au premier rappel.

La variation de FrenChILD-Index n'était pas significative selon les soins spécifiques indiqués et réalisés ( $p = 0.39$ ) sur cette seconde période. Elle était pour les 144 patients sans soin prescrit de  $+ 0.06$  ( $SD = 8.11$ ), pour les 3 patients dont aucun soin prescrit n'était fait  $+ 1.33$  ( $sd = 10.1$ ), pour les 3 patients dont un soin prescrit était fait  $-4.00$  ( $SD = 8.54$ ).

Pour les 5 patients dont le premier rappel a eu lieu avant le début de l'épidémie COVID, la variation moyenne du FrenChILD-Index était de  $-19.0$  ( $sd = 11.0$ ).

Le calcul de concordance du degré de vulnérabilité sur la période n'était pas réalisable. Seul, un patient (20.0 %) avait un degré de vulnérabilité ayant diminué.

## **Chapitre 4 : DISCUSSION :**

L'analyse de l'évolution du score FrenChILD-Index a montré sa stabilité (hors modification majeure du contexte socio-économique national ou nécessité individuelle d'une prise en charge spécifique) et quelques variations de certains résultats (monoparentalité, insécurité alimentaire) cohérentes avec les observations démographiques et socio-économiques.

L'augmentation de la monoparentalité peut s'expliquer par une augmentation des séparations et divorces pendant le premier confinement strict du mois de mars 2020. Ce confinement a beaucoup impacté les familles psychologiquement<sup>(29)</sup>, entraînant probablement une accélération des ruptures et divorces.

L'augmentation de l'insécurité alimentaire peut s'expliquer par l'absence d'école et donc de selfs/cantines pour les enfants et les parents pendant ce confinement du mois mars 2020. En effet, la restriction des dispositifs de restauration et distributions collectives ont probablement augmenté les coûts alimentaires familiaux. Cependant la période de restriction alimentaire a été relativement courte par rapport à l'étalement des appels sur la durée, ainsi l'impact de cette situation a été difficile à mettre en évidence.

En revanche, pendant le premier rappel on a une nette amélioration des différentes couvertures maladie, et cela probablement grâce à une prise en charge à la PASS au cours de la période d'étude. Les PASS ne joue un rôle que sur l'accès aux soins, voire sur les conditions d'habitat. Or, les inégalités sociales de santé regroupent de nombreuses autres problématiques (monoparentalité, ressources, immigration...). La solidarité nationale supplée plus ou moins à certaines. Ainsi, leurs effets étaient non contrôlés dans cette étude.

Quelques articles décrivent une augmentation de l'insécurité alimentaire pendant la crise liée à la COVID-19.<sup>(24)(30)</sup> Une étude menée aux États-Unis a montré une augmentation de 1/3 de l'insécurité alimentaire pendant la crise liée à la COVID-19 par rapport à l'année avant



l'apparition de la COVID-19. Cette étude démontre que la majorité des personnes qui ont une insécurité alimentaire après la COVID-19 sont des personnes ayant déjà eu dans leur vie antérieure une insécurité alimentaire. <sup>(30)</sup>.

En revanche, aucun article médical n'a été retrouvé dans la littérature, permettant de confirmer ou infirmer l'augmentation des parents isolés et l'amélioration de la couverture maladie pendant la période COVID-19.

Par ailleurs, l'amélioration de la couverture sociale observée pouvait également être liée à un biais de rappel par confusion lors de l'appel téléphonique sur le type de couverture. La monoparentalité montrait une double dynamique dans les situations, avec aussi un certain nombre de parents se déclarant secondairement en couple.

L'augmentation du score chez les patients avec initialement aucune vulnérabilité ou une vulnérabilité faible, ainsi que sa stabilité pour les patients avec un score modéré et l'amélioration pour des scores élevés soulignent les effets des trajectoires de vie et des épisodes de pauvreté. De ce fait, sur cette période assez courte, on constate une aggravation de la précarité chez les moins précaires et une amélioration chez les plus précaires. Entre 2008 et 2017, l'Insee avait observé sur le plan économique que sur quatre ans, 20 % des personnes pauvres la première année ne l'étaient plus ensuite, 40 % le restaient, et 40 % alternaient sur la période entre pauvreté et non-pauvreté <sup>(31)</sup>.

La crise liée à la COVID-19 pouvait avoir des effets sur la vulnérabilité des enfants suivis par plusieurs biais. Le confinement initial strict ainsi que l'augmentation du chômage pouvaient aggraver l'insécurité alimentaire, mais la période est restée courte, des distributions ont été organisées et de nombreuses indemnisations ont été prolongées sur la période. Un biais de rappel au décours de cette période pouvait sous-estimer le vécu des familles, une fois résolu. La désorganisation de l'économie informelle pouvait probablement avoir les effets les plus

rapides et les moins contrecarrés. Les périodes de confinement plus ou moins stricts ont pu aggraver les tensions intrafamiliales et favoriser ensuite la monoparentalité.

Dans ce contexte, une aggravation globale du score pour tout le monde, encore plus pour les patients avec une vulnérabilité initiale était attendue pendant cette période.

Malgré tout, cet effet n'était pas clairement retrouvé. A l'échelle individuelle, la plupart des patients les plus précaires et suivis avaient bénéficié d'une prise en charge à la PASS, effet qui minimisait donc ceux liés à la crise. En effet, le FrenChILD-Index a aussi mesuré l'effet à moyen terme des soins PASS sur les enfants socialement vulnérables. Les patients qui avaient bénéficié d'une prise en charge par la PASS, avaient une amélioration du score au cours du temps alors que les patients qui n'avaient bénéficié d'aucun soin PASS ce sont plutôt aggravés. Par ailleurs, la solidarité nationale a déployé de nombreux dispositifs de soutien sur la période, qui pouvaient avoir aussi atténué les effets de cette même crise.

Entre le premier rappel et le deuxième rappel, il y avait beaucoup moins de changement.

L'analyse des patients dont le premier rappel a eu lieu après le début de la crise épidémique et qui n'ont pas bénéficié de soins PASS jusqu'au second rappel couvre une période à la fois socio économiquement stable, sans soin réalisé, et avec un même mode d'interrogatoire entre les deux entretiens. Cela nous montre une réelle stabilité du FrenCHILD-Index sur une période sans évènement particulier.

Par ailleurs, un rapport économique de l'Insee déclare un pouvoir d'achat durant l'année 2020 plutôt à la hausse. Cela serait dû à une baisse des consommations, loisir, activités... liés aux restrictions sanitaires associé à une légère augmentation des salaires. <sup>(32)</sup> Cela peut également expliquer la stabilité sur cette période. En effet, le score FrenChILD-Index ne mesure pas la consommation de loisirs, contrairement au score EPICES. <sup>(33)</sup>

De plus l'étude de ce score pendant cette période particulière, montre un score utilisable malgré l'absence d'activité quotidienne des familles, contrairement au score EPICE qui ne peut être utilisé dans une situation comme celle-ci étant donné qu'il mesure l'ensemble des activités quotidiennes des patients (cinéma, sport, sortie ...) <sup>(33)</sup>

Cette étude présentait plusieurs limites notamment le passage d'un entretien initial présentiel à un entretien téléphonique. Cela peut être la cause des perdus de vue chez les patients les plus vulnérables, par l'absence de téléphone, le changement fréquent de numéro... Cela peut aussi favoriser des erreurs différentes (sur la couverture sociale...).

De plus, pour l'entretien téléphonique les personnes ne parlant pas français devaient initialement être exclus. Malgré tout, au premier rappel, 5 (1.9 %) patients rencontraient des difficultés en français, mais les entretiens avec un répondant non francophone étaient exclus car les réponses étaient incomplètes. Ils étaient peu nombreux, mais parmi ces patients la majorité faisaient partie des personnes initialement les plus vulnérables. Un rendez-vous fixé plutôt qu'un entretien téléphonique aurait été judicieux afin d'avoir un traducteur sur place mais ce n'était pas autorisé dans cette méthodologie de recherche et les patients ne seraient probablement pas venus.

Le fait d'avoir beaucoup de perdus de vue dans les populations les plus précaires au cours de notre étude nous permet de confirmer que les patients les plus vulnérables sont les plus difficiles à suivre. En effet, dans l'analyse des différentes caractéristiques des enfants de l'étude les résultats montrent plus de vulnérabilité sociale et sanitaire chez les perdus de vue. Cela peut s'expliquer car les familles qui rencontrent des difficultés sanitaires et sociales sont difficilement accessibles. Les logements instables et insalubres ou l'absence de logement entraînent des mobilisations régulières des familles ou l'absence d'accès à internet ou au téléphone. <sup>(27)</sup> Le contact avec ces familles est alors compliqué.

Ils peuvent également ressentir un sentiment d'humiliation du fait d'être mis dans une catégorie de personnes précaires et ainsi entraîner un comportement d'évitement avec un refus de prise en charge. <sup>(34)</sup>

Cette limite évidente dans l'étude est colinéaire avec la problématique de l'accès aux soins de cette population : la plus éloignée des soins, elle est aussi la plus méconnue et ses besoins spécifiques les moins bien pris en compte.

Ainsi, une étude de ce score avec des entretiens en présentiels peut être intéressante. Nous pourrions alors, évaluer le nombre de perdus de vue par rapport à notre étude afin d'évaluer la meilleure façon d'utiliser ce score, pour mieux optimiser le suivi d'une personne vulnérable par la suite. Ce score était créé pour être utilisé à l'occasion d'un recours aux soins. Il permet initialement d'améliorer la coordination du parcours de soin.

Alors qu'ici 14,1 % des patients avaient une vulnérabilité sévère dépistée et 6 % recevaient des soins spécifiques, en 2019 les PASS de France avaient prise en charge que 200 000 patients (enfants et adultes inclus). Cet outil peut donc aider à améliorer l'exhaustivité du dépistage de la vulnérabilité sociale lors des soins.

Il est donc important de sensibiliser et de former les professionnels de santé, à la connaissance des populations vulnérables afin qu'ils repèrent, dès l'admission, les personnes en difficulté et pour qu'ils comprennent les conditions de vie des patients fragiles et proposent des prises en charge adaptées à celles-ci. La généralisation du score FrenCHILD-index permettra un meilleur dépistage des situations de vulnérabilité sanitaire et sociale par les professionnels de santé non experts en ce domaine dans tous les secteurs (urgences, cabinet libéral, hospitalisation...). En effet, jusqu'alors peu d'échelles de dépistage avaient été publiées et validées <sup>(35)(36)(37)</sup>, et aucune n'était assez simple à utiliser pour un soignant non expert de la vulnérabilité sociale. En pédiatrie, plusieurs scores avaient été publiés aux États-Unis <sup>(38)</sup> mais

ces scores développés à l'étranger étaient jugés non transposables à la population française, en raison de différences culturelles et d'habitudes sociales.

## **Chapitre 5 : CONCLUSION**

Le suivi du score FrenCHILD-Index a montré ici sa stabilité et son utilité à décrire l'évolution du contexte social et économique, en situation initiale de soins. Cet outil proposait de dépister une situation de vulnérabilité sociale et sanitaire, tout en donnant les clefs nécessaires aux professionnels non experts de vulnérabilité pour initier une adaptation du parcours de soins aux situations particulières.

Cette étude, a non seulement permis, de montrer des changements significatifs au cours de la crise sanitaire et sociale et en fonction d'une prise en charge à la PASS, et donc d'appuyer la sensibilité de ce score aux changements environnementaux, mais elle a également permis de montrer une stabilité de ce score sur une période sans aucun événement fort ou changement environnemental.

Alors que ces divers événements extérieurs ont un impact connu sur les inégalités sociales de santé, le suivi avec cet outil FrenChILD-Index propose un abord simplifié pour les mesurer au niveau individuel et adapter le parcours de soin de l'enfant.

Continuer de suivre ces patients par des entretiens semestriels en utilisant toujours le FrenCHILD-index, permettra de mieux comprendre les trajectoires de vie. Cela permettra aussi de renforcer la robustesse de ce score pour favoriser son utilisation, et d'analyser l'évolution des différentes vulnérabilités dans la population au cours du temps et en fonction des différents changements environnementaux.

# ANNEXES

## ANNEXE 1 : Questionnaire ENVU (Version française du questionnaire FrenChILD-Index)

### Outil de dépistage des Enfants vivant en contexte socialement VUInérable

Enfant : ..... Date : .....

ITEMS	RÉPONSES		
	OUI	NON	AUCUN LOGEMENT
A. Avez-vous un carnet de santé ou document de vaccination pour chacun de vos enfants (ici ou à la maison) ?	OUI : 0	NON : 8	
B. Vos enfants sont-ils tous suivis (au moins une fois par an) par un médecin traitant (de famille, en PMI) ?	OUI : 0	NON : 14	
C. Avez-vous une couverture maladie complète ? pour chacun de vos enfants? <small>PUMA : Protection Universelle Maladie (ancienne «sécurité sociale de base» et «CMU bases») CSS : Complémentaire Santé solidaire (ancienne «ACS» et «CMU complémentaires») AME : Aide Médicale d'Etat</small>	OUI complète (PUMA+mutuelle) : 0 OUI complète (PUMA+CSS) : 4 OUI (AME) : 8	NON aucune (même si démarches en cours ou assurance étrangère) : 26 NON incomplète (PUMA seule sans mutuelle ni CSS) : 17	
D. Tous vos enfants, entre 3 et 15 ans, vont-ils à l'école ?	OUI : 0 (ou non concerné)	NON : 7	
E. Avez-vous un logement personnel ou familial (maison, appartement, chambre) ?	LOGEMENT STABLE : 0	LOGEMENT INSTABLE (hébergement, squat) : 17	AUCUN LOGEMENT : 26
F. Si logement stable, est-il en mauvais état, dégradé, dangereux (peintures écaillées, moisissures, risque d'électrification, de traumatisme) ?	NON : 0	OUI : 17	
G. Connaissez-vous un travailleur social qui vous assiste (aide) dans vos démarches (administratives, sociales) ? Si non, en avez-vous besoin d'un ?	NON : 0	OUI : 6 OUI : 9	
H. Vivez-vous seul avec vos enfants (parent isolé) ?	NON : 0	OUI : 5	
I. Vous arrive-t-il parfois de ne pas avoir assez à manger ?	NON : 0	OUI : 8	
J. Y-a-t-il dans votre entourage des personnes de confiance sur qui vous pouvez compter pour vous aider (pour les déplacements, garder les enfants, permettre d'aller à des RDV, aider dans des démarches) ?	OUI : 0	NON : 9	
K. Avez-vous changé de région (ou pays) au cours de deux dernières années ?	NON : 0	OUI : 2	
L. [Évaluation par le soignant] Les questions, explications au patient sont-elles limitées en français ?	NON : 0	OUI : 2	
		<b>TOTAL</b>	

**TOTAL < 6**

#### Pas de suspicion de fragilité sociale

susceptible de menacer l'accès aux soins et la santé  
> Pas d'orientation, sauf demande spécifique (voir au dos)

**TOTAL DE 6 À 25**

#### Fragilité sociale manifeste

susceptible de menacer l'accès aux soins et la santé  
> Proposer une orientation adaptée aux difficultés (voir au dos)  
> En l'absence de suivi social, une évaluation et un accompagnement social peuvent être proposés.

**TOTAL ≥ 26**

#### Fragilité sociale importante

susceptible de menacer fortement l'accès aux soins et la santé  
> Proposer une orientation spécialisée (ex. PASS pédiatrique ou mère-enfant)

## ANNEXE 2 : Notice d'information pour le soignant

### RESSOURCES EN CAS DE VULNÉRABILITÉ SOCIALE ET SANITAIRE EN PÉDIATRIE

Pourquoi poser ces questions pendant un soin ?  
Où orienter en cas de besoin ?

#### LE SUIVI MÉDICAL

Des visites médicales systématiques permettent des actions de dépistage et de prévention tout au long de la vie. L'utilisation d'un carnet de santé est recommandée. Il peut être obtenu auprès du Conseil Départemental. Un enfant doit consulter un médecin avant 8 jours de vie, une fois par mois jusqu'à 6 mois, à 9 mois, 12 mois, 18 mois, 2 ans, deux fois par an jusqu'à 6 ans, puis une fois par an jusqu'à l'âge adulte.

Ressources : Médecin Traitant, service de Protection Materno-Infantile du Conseil Départemental, Maison de Santé, Permanence d'Accès Aux Soins de Santé.

#### LA COUVERTURE SOCIALE

Il est important d'adapter ses prescriptions au risque qu'un patient ne puisse les recevoir. Certains soins sont mal remboursés par les assurances santé (dentaire, lunetterie) et nécessitent certaines précautions. L'entretien avec une Assistante Sociale peut informer sur les droits, éviter des facturations au patient et permettre la continuité des soins et des thérapeutiques.

Ressources : Caisse Primaire d'Assurance Maladie, Permanence d'Accès aux soins de Santé.

#### LA SCOLARISATION DES ENFANTS DE 3 À 15 ANS

La scolarisation est obligatoire en France de 3 à 15 ans. Elle favorise l'apprentissage du français, l'intégration sociale et ensuite professionnelle.

Ressources : Mairie, École, Associations.

#### LE LOGEMENT

Un logement stable est nécessaire à l'organisation de la vie de famille, à la scolarisation et au parcours de santé.

Ressources : 115, Services Intégrés d'Accueil et d'Orientation, Assistante Sociale du Conseil Départemental dans les Maisons Départementales de la Solidarité, à l'Hôpital, Associations.

Outre l'inconfort, différents désordres dans le logement peuvent causer des maladies et accidents (asthme, traumatismes, brûlures, intoxication au plomb, au monoxyde de carbone...). Pour demander une réhabilitation du logement ou un relogement social, différentes procédures sont accessibles après une évaluation sociale ou environnementale.

Ressources : Le Pôle Départemental de Lutte contre l'Habitat Indigne, Médecin Traitant, Assistante Sociale du Conseil Départemental dans les Maisons Départementales de la Solidarité, Permanence d'Accès Aux Soins de Santé Pédiatrique ou Mère-Enfant, Associations.

#### L'ACCÈS À L'ALIMENTATION

L'insécurité alimentaire est présente en France (> 10 % de la population). L'accès à la nourriture et à l'eau est un préalable à la majorité des projets de soins.

Ressources : Associations, Assistante Sociale du Conseil Départemental dans les Maisons Départementales de la Solidarité.

#### L'ENTOURAGE

L'assistance par l'entourage est importante pour s'occuper des enfants et l'organisation de certains soins (les déplacements, les démarches administratives, le soutien à la parentalité, le suivi médical...).

Ressources : Technicienne de l'Intervention Sociale et Familiale, Assistante Sociale du Conseil Départemental dans les Maisons Départementales de la Solidarité, à l'Hôpital, Centre Sociaux, Associations de quartier.

## Outil ENVU

Questionnaire de repérage de la vulnérabilité sociale et sanitaire en pédiatrie

Guide à destination des soignants

Les inégalités sociales affectent la santé dès le plus jeune âge. Pour les réduire, il faut d'abord les repérer. Transformer votre prescription en un soin, c'est l'adapter aux ressources de l'enfant et sa famille.

Hôpitaux  
Universitaires  
de Marseille

ap  
IHM

ARS  
Marseille

DEPARTEMENT  
BOUCHES  
DU RHÔNE

PROTECTORAT  
GÉNÉRAL  
DES FAMILLES

Fondation Lussat  
Fondation de la Solidarité

**ANNEXE 3**  
**FORMULAIRE DE RECUEIL DE DONNEES DE L'ENTRETIEN EXPERT**

**ORIENTATION PASS EN AVEUGLE DES RESULTATS PRECEDENTS**

Numéro d'anonymisation patient : \_\_\_\_\_

Entretien par soignant de la PASS : \_\_\_\_\_

Lieu : Urgences Pédiatriques / Consultation de pédiatrie / PASS (*rayé inutile*)

Dimensions de vulnérabilité socio-environnementales suspectées

Accès aux droits (couverture santé)

Intégration à un parcours de soins (dont médicaments-actes de soins)

Statut administratif

Accès au logement

Décence du logement

Scolarisation

Intégration sociale - entourage

Ressource - situation financière

Parentalité

Autre : \_\_\_\_\_

**Proposition de soin**

	Jugée indiquée		Demande acceptée de la famille		Entretien à 6-9 mois			
					Soins réalisés depuis		Demande nouvelle ou persistante	
Consultation médicale (ou dentaire) non facturable ou avec	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Entretien social avec ouverture (ou renouvellement) de	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Délivrance gratuite de médicaments	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Visite à domicile avec Conseil Habitat Santé relevant une indécence	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Accompagnement physique dans le parcours de soin en dehors du service des urgences ou de	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Coordination multidisciplinaire pour problématiques	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non

Nombre de Oui = \_\_

Indication à une prise en charge PASS (> 2 Oui)

<b>Oui, acceptée par la famille</b>	<b>Oui, mais refusé par la famille</b>	<b>Non</b>
-------------------------------------	--	------------



**ANNEXE 4**

Numéro d'anonymisation patient : \_\_\_\_\_

Entretien par soignant de la PASS : \_\_\_\_\_

Date de l'entretien téléphonique : \_\_/\_\_/\_\_

Modalités d'entretien :  téléphonique ;  à l'occasion d'un suivi PASS prévu

Entretien à :  12-18 mois ;  18-24 mois ;  24-30 mois ;  30-36 mois

Outil ENVU rempli

	Soins réalisés depuis dernier appel		Demande nouvelle ou persistante	
	Oui	Non	Oui	Non
Consultation médicale (ou dentaire) non facturable ou avec facturation retardée	Oui	Non	Oui	Non
Entretien social avec ouverture (ou renouvellement) de droits à l'assurance santé	Oui	Non	Oui	Non
Délivrance gratuite de médicaments, vaccins	Oui	Non	Oui	Non
Visite à domicile avec Conseil Habitat Santé relevant une indécence du logement	Oui	Non	Oui	Non
Accompagnement physique dans le parcours de soin en dehors du service des urgences ou de consultation	Oui	Non	Oui	Non
Coordination multidisciplinaire pour problématiques complexes	Oui	Non	Oui	Non

Prochain rappel dans 6 mois accepté :  OUI ;  NON

## **BIBLIOGRAPHIE:**

- 1) J. WRESINSKI. Grande pauvreté et précarité économique et sociale. Paris, Journal Officiel, 1987, p 1
- 2) Les nouvelles formes de précarité. Regards croisés entre la philosophie et la sociologie : Serge Paugam, Guillaume Le Blanc, Sandrine Rui
- 3) Insee-DGFiP-Cnaf-Cnav-CCMSA, enquêtes Revenus fiscaux et sociaux 2005-2017.
- 4) Missions de service public des établissements de santé (Articles L6112-1 à L6112-9)
- 5) legi France : Circulaire N° DGOS/R4/2013/246 du 18 juin 2013`
- 6) Médecins du Monde, Observatoire de l'accès aux soins de la mission France –, octobre 2017
- 7) Rapport FHF et Médecins du Monde : "La prise en charge des personnes vulnérables : agir ensemble à l'hôpital et dans le système de santé», 2014.
- 8) [The permanence of access to health care: a tradition of hospitality and innovative organizational model] C Georges-Tarragano 1
- 9) these : Representations et vécu de la grande precarite par le personnel des urgences du Centre Hospitalier de Chambéry
- 10) European Journal of Pediatrics : Daily tackling Health Inequalities: French Child Individual-Level Deprivation Index development and validation: Remi Laporte, M.D., M.Ph. APHM: Assistance Publique Hopitaux de Marseille Marseille, FRANCE
- 11) Household food insecurity and child health : Kammi K Schmeer , Barbara A Piperata
- 12) Causes of Nutrition-related Public Health Problems of Preschool Children: Available Diet : Allen, Lindsay H PhD
- 13) Relationship of household food insecurity to anaemia in children aged 6-59 months among families in rural Indonesia: A A Campbell 1, N Akhter, K Sun, S De Pee, K Kraemer, R Moench-Pfanner, J H Rah, J Badham, M W Bloem, R D Semba
- 14) Melchior M., Chastang J.F., Falissard B., Galera C., Tremblay R.E., Cote S.M. et al. (2012) Food insecurity and children's mental health: a prospective birth cohort study.
- 15) The Neuroendocrinology of Social Isolation: John T. Cacioppo,1 Stephanie Cacioppo,1 John P. Capitanio,2 and Steven W. Cole3

- 16) Impact of divorce on children: developmental considerations Christy Kleinsorge 1, Lynne M Covitz
- 17) Rapid Systematic Review: The Impact of Social Isolation and Loneliness on the Mental Health of Children and Adolescents in the Context of COVID-19: Maria Elizabeth Loades, DCLinPsy , Eleanor Chatburn, MA ,Nina Higson-Sweeney, BSc , Megan Niamh McManus, BSc candidate ,Catherine Borwick, MSc ,Esther Crawley, PhD
- 18) In-Hospital Patient Harm Across Linguistic Groups: A Retrospective Cohort Study of Home Care Recipients : Michael Reaume 1 2, Ricardo Batista 3 4, Robert Talarico 3 4, Eva Guerin 2, Emily Rhodes 3, Sarah Carson 1 2, Denis Prud'homme 2 5, Peter Tanuseputro 1 3 4 6
- 19) <https://www.service-public.fr/habitatinsalubre>
- 20) [Non-allergenic impact of indoor mold exposure]: C Gautier 1, D Caillaud 2, D Charpin 3
- 21) ABSENTÉISME, DÉSCOLARISATION, DÉCROCHAGE SCOLAIRE, LES APPORTS DES RECHERCHES RÉCENTES : Maryse Esterle-Hedibel Médecine & Hygiène | « Déviance et Société » 2006/1 Vol. 30 | pages 41 à 65
- 22) School Victimization, Immigration, Dropping Out, and Gender Disparities: Anthony A Peguero 1, Egbert Zavala 2, Zahra Shekarkhar 3, Moneque Walker-Pickett 4
- 23) ÉVALUATION DE LA PANDÉMIE DE COVID-19 SUR L'ÉCONOMIE MONDIALE Département analyse et prévision, Sous la direction d'Éric Heyer, Xavier Timbeau OFCE | « Revue de l'OFCE
- 24) Poverty and food insecurity may increase as the threat of COVID-19 spreads : Marcos Pereira,\* and Ana Marluca Oliveira: Institute of Collective Health, Universidade Federal da Bahia, Salvador, Brazil: 2School of Nutrition, Universidade Federal da Bahia, Salvador, Brazil )
- 25) Unemployment insurance and food insecurity among people who lost employment in the wake of COVID-19 Julia Raifman, Jacob Bor, and Atheendar Venkataramani July 2020
- 26) COVID-19 in Australia: Impacts on Separated Families, Family Law Professionals, and Family Courts: Bruce M. Smyth,\* Lawrence J. Moloney,\* Jacqueline M. Brady,\* Judge Joe Harman,\* and Marian Esler\*
- 27) How the COVID-19 pandemic is focusing attention on loneliness and social isolation: Ben J Smith, Michelle H Lim

- 28) Communiqués; Statistiques annuelles en matière d'immigration, d'asile et d'acquisition de la nationalité française : Ministère de l'intérieur
- 29) The psychological impact of COVID-19 on the families of first-line rescuers : Zhiling Feng 1, Lizhi Xu 2, Peng Cheng 2, Li Zhang 2, Ling-Jiang Li 2, Wei-Hui Li 2
- 30) The Early Food Insecurity Impacts of COVID-19 : Meredith T. Niles 1,2,3,\* , Farryl Bertmann 1,2 , Emily H. Belarmino 1,2 , Thomas Wentworth 1, Erin Biehl 4,5 and Roni Neff 4,5,6
- 31) Valérie Albouy, Fabien Delmas (département des Ressources et conditions de vie des ménages, Insee)
- 32) En 2021 la consommation des ménages chute, tandis que le pouvoir d'achat résiste : Insee Première N° 1864, Juin 2021
- 33) Sass C, Moulin J, Guéguen R. 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. BEH. 2006;14:93-96.
- 34) « RECOURS AUX SOINS ET SUIVI MEDICAL DES PERSONNES EN SITUATION DE PRECARITE SOCIALE »2007 École Nationale de Santé Publique, Animé par Isabelle PARIZOT
- 35) Nicolas J, Bernard F, Vergnes C, Seguret F, Zebiche H, Rodière M. Précarité et vulnérabilité familiale aux urgences pédiatriques : évaluation et prise en charge. Arch Pediatr. 2001;8:259-67
- 36) Salmond C, Crampton P, King P, Waldegrave C. NZiDep: A New Zealand index of socioeconomic deprivation for individuals. Social Science & Medicine. 2006;62:1474-1485.
- 37) Pascal J, Abbey-Huguenin H, Agard C, Asseray N, Billaud É, Baron D, et al. Élaboration d'un outil de repérage des usagers en situation de vulnérabilité sociale consultant à l'hôpital. La Presse Médicale. 2004;33:710-715.
- 38) Forsyth BW, Horwitz SM, Leventhal JM, Burger J, Leaf PJ. The child vulnerability scale: an instrument to measure parental perceptions of child vulnerability. J Pediatr Psychol. 1996;21:89-101

## SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

## **RESUME :**

**Introduction :** L'objectif de cette étude était de mesurer la fluctuation de la mesure des inégalités sociales de santé, par le score French Child Individual-Level Deprivation Index et la sensibilité de ce score aux changements environnementaux (COVID-19 ou prise en charge PASS). L'hypothèse était que la crise sanitaire liée à la COVID-19 ait un impact sur l'accès aux soins mesurable par le FrenCHILD-Index.

**Matériel et résultat :** Il s'agissait d'une étude de cohorte où les patients avaient été séparés en 4 groupes en fonction de leur score initial. 269 patients ont été rappelés au moins une fois et 155 patients deux fois. Au 1<sup>er</sup> rappel, 29% ont un risque de vulnérabilité qui a augmenté (majoritairement les risques faibles) et 14.5% ont un niveau de risque qui a diminué (majoritairement les risques élevés). La variation moyenne du score était pour les patients sans vulnérabilité sociale initiale de + 3.58, avec une vulnérabilité minimale + 6.02, avec une vulnérabilité intermédiaire + 2.38, avec une vulnérabilité sévère – 12.9. La variation moyenne du score était pour les patients sans soin prescrit de +2.33, lorsqu'aucun soin prescrit n'était fait + 10.4, lorsqu'un soin prescrit était fait -8.17.

Chez les 243 patients sans soin PASS prescrit, 30% avaient un degré de vulnérabilité qui augmentait et 13,6% avaient un risque de vulnérabilité qui s'améliorait. Chez les autres patients aucun changement significatif n'avait été relevé.

Pour le deuxième rappel, le score concordait avec le score du premier rappel.

**Conclusion :** On retrouve une aggravation du score chez les moins précaires et une amélioration chez les plus précaire avec des soins PASS réalisés. Le frenCHILD-Index est un score de vulnérabilité ayant montré ici sa sensibilité au changement environnemental et sa stabilité en l'absence d'événement.

**Niveau de preuve :** II – étude de cohorte

**Mots Clés :** vulnérabilité - FrenCHILD-index -COVID 19 - PASS