Repérage de la fragilité sociale aux urgences du CHU de Saint Denis La Réunion et lien avec le service de Permanence d'Accès aux Soins de Santé

Eloi Cardinal

▶ **To cite this version:**

Eloi Cardinal. Repérage de la fragilité sociale aux urgences du CHU de Saint Denis La Réunion et lien avec le service de Permanence d'Accès aux Soins de Santé. Sciences du Vivant [q-bio]. 2022. dumas-03666184

HAL Id: dumas-03666184

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03666184

Submitted on 12 May 2022

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.

UNIVERSITE DE LA REUNION

UFR SANTE

Année : 2022 N° : 2022LARE036M

THESE POUR LE DIPLÔME D'ETAT

DE DOCTEUR EN MÉDECINE D'URGENCE

Repérage de la fragilité sociale aux urgences du CHU de Saint Denis de La Réunion et lien avec le service de Permanence d'Accès aux Soins de Santé

Étude quasi expérimentale de février à juin 2021

Présentée et soutenue publiquement le *28 avril 2022 à 16h15* à La Réunion

Par Eloi CARDINAL

JURY

Président :	**Monsieur le Professeur VON THEOBALD**
Directeur de Thèse :	**Madame le Docteur Laura Di ASCIA**
Assesseurs :	**Monsieur le Professeur Bertrand GUIHARD**
	Madame le Docteur Servane Di BERNARDO
	Monsieur le Docteur Fabien VANIET
	Madame le Docteur ARNOULX DEPIREY

Table des matières

1. INTRODUCTION 5

2. MATERIEL ET METHODES 7

a. L'objectif principal 7

b. Choix du score : le score de PASCAL 7

c. L'objectif secondaire 7

d. Type d'étude 8

e. Déroulement de l'étude 8

- La première partie de l'étude : « avant » 8
- Le staff du jeudi 15 avril 2021 : 9
- La seconde partie de l'étude : « après » 9

f. Éléments réglementaires : 10

g. Critères d'éligibilités 10

- Critères d'inclusion 10
- Critères d'exclusion 10

h. Le critère de jugement principal 10

i. Les critères de jugement secondaire 11

j. Caractéristiques des différents facteurs recherchés (variables) 11

k. Analyses Statistiques 12

3. RESULTATS 13

a. Diagramme de flux 13

- Lors de la première partie de l'étude du 1er février 2021 au 14 avril 2021 13
..... 13
..... 13
- Lors de la seconde partie de l'étude du 15 avril au 30 juin 2021 14
..... 14
..... 14

b. Critère de jugement principal 15

- Lors de la première partie de l'étude du 1er février 2021 au 14 avril 2021 15
- Lors de la seconde partie de l'étude du 15 avril au 30 juin 2021 15

c. Critères de jugements secondaires parmi les 400 patients sélectionnés : patients majeurs score de PASCAL positif ayant consulté aux urgences du CHU Félix Guyon du 1er au 16 mars et du 1er au 19 mai 2021. 16

- Score de PASCAL 16
- Caractéristiques sociodémographiques 17
- État de santé 17
- Motifs de consultation 18
- Horaire de venue aux urgences 18
- Modalités de prise en charge aux urgences 19

4. DISCUSSION 20

a. Résultat principal et implication majeure : 20

b. Données démographiques 22

c. Efficience et sécurité d'une prise en charge 25

d. Biais et limites 26
- Faible taux de recueil 26
- Biais d'information du recueil rétrospectif 27
- Biais méthodologique 27

5. CONCLUSION 28

6. ANNEXES 29

7. BIBLIOGRAPHIE 32

SERMENT D'HIPPOCRATE 36

TABLE DES FIGURES

Figure 1: Déroulement de l'étude : synthèse 9
Figure 2 : Diagramme de flux de la première partie de l'étude 13
Figure 3 : Diagramme de flux de la seconde partie de l'étude 14
Figure 4: Motifs de consultation des 400 patients sélectionnés 18
Figure 5: Distribution de l'heure d'arrivée aux urgences des 400 patients sélectionnés 18
Figure 6: Comparaison de la pyramide des âges Réunionnaise et Métropolitaine en 2007 23

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1: Chronologie des alertes PASS lors de la 1ere partie 15
Tableau 2: Chronologie des alertes PASS lors de la seconde partie 15
Tableau 3 : Score de PASCAL des 400 patients sélectionnés 16
Tableau 4: Caractéristiques sociodémographiques des 400 patients sélectionnés 17
Tableau 5: Caractéristiques cliniques des 400 patients sélectionnés 17
Tableau 6 : Modalités de recours et de prise en charge hospitalière des 400 patients sélectionnés 19
Tableau 7: Calcul du coefficient entre taux de pauvreté et taux de précarité aux urgences 20
Tableau 8: Application aux données de La Réunion des coefficients multiplicateurs constatés 21

1. INTRODUCTION

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) considère la santé « comme un état de complet bien-être physique mental et social, (…) qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ». Le corollaire de cette définition serait donc que pour bien prévenir ou soigner une maladie la prise en compte d'éléments physiques, mentaux mais également sociaux est nécessaire.

A la Réunion, 39% de la population vit sous le seuil de pauvreté national (1). Cela constitue un défi à relever en matière d'action sociale (2). La précarité a un impact sur la santé de l'individu (3) avec un risque accru de morbidités (4), des difficulté d'accès aux soins et aux campagnes de prévention (5), et de fait une différence de prise en charge (6). Ces différences sont connues et étudiées sous le terme plus global d'inégalités sociales de santé (7) (8).

Pour lutter contre les inégalités de santé qui touchent tout particulièrement les plus démunis il a été créé en 1998 les Permanences d'Accès aux Soins de Santé PASS (9). Ce sont des dispositifs de prise en charge médico-sociale pour les personnes en situation de précarité. Elles ont pour rôle de leur faciliter l'accès au système de santé et de les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits.

Il existe très peu de données objectives permettant de connaître l'ampleur des inégalités sociales de santé des personnes fréquentant l'hôpital et ses urgences, alors même qu'il est couramment admis que les urgences sont un lieu de premier recours pour les personnes vulnérables. Selon les quelques sources disponibles, la prévalence de patients consultant aux urgences en situation de précarité est variable.

A l'échelle nationale elle est estimée à 38% (10). Elle est mesurée à 27,9% dans une étude sur les urgences girondines en 2018 (11), 46,2% dans une étude aux urgences du CHU de Grenoble en 2019 (12) et 48% dans une étude aux urgences du Centre Hospitalier d'Arras en 2011 (13). Aux urgences du CHU Félix Guyon de Saint Denis de la Réunion la proportion de patients en situation de précarité n'a jamais été étudiée.

A l'hôpital, l'identification de la situation socio-économique des patients est dévolue aux Assistantes Sociales (AS) considérées comme « expertes du domaine »(14). Elles ne peuvent néanmoins s'intéresser qu'à une partie des patients, notamment aux urgences où les soins apportés au patient sont effectués sur un temps bref alors que la fragilité sociale se constitue et ne peut se résoudre que sur le long terme.

Aux urgences du CHU de Saint Denis de La Réunion, il existe uniquement un mi-temps d'assistante sociale, détaché du service de la PASS.

Pour mobiliser au mieux ses compétences et identifier les patients nécessitant dans le cas précis des urgences son assistance, il peut être utile d'assurer un premier repérage dès l'admission dans le service.

Les urgences du CHU Félix Guyon utilisent un outil permettant de faire le lien avec le service de la PASS : « l'alerte PASS ». Il est disponible dans le logiciel de travail aux urgences URQUAL. Les médecins sont censés le sélectionner selon 4 critères de précarité pré définis par le service et cumulables : SDF, sans couverture sociale, sans revenu, isolement. Le service de la PASS ainsi informé par mail, peut alors prévoir une consultation et organiser la suite de la prise en charge médicale et sociale. Dans les faits, il est peu utilisé et réalisé en fin de consultation, parfois trop tard pour que l'assistante sociale de la PASS puisse intervenir avant le départ du patient. Selon les données du service informatique, le nombre d'alertes PASS était de 148 sur l'année 2019, 124 sur l'année 2020 et 153 sur l'année 2021 pour un service d'urgences totalisant chaque année environs 35 000 passages. L'identification des patients précaires reste de plus subjective, selon l'appréciation de la situation par le soignant, avec tous les biais que cela peut comporter.

Renforcer la place des Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) dans les établissements de santé est la première proposition de la Fédération Hospitalière de France (FHF) et de Médecins du Monde, dans leur rapport de 2014, afin d'améliorer la prise en charge des personnes vulnérables à l'hôpital (15).

Nous avons voulu étudier si *le dépistage de la précarité aux urgences par un score pouvait améliorer la prise en charge des patients les plus précaires en optimisant le recours aux dispositifs et aides de la PASS (ordonnance, consultation spécifique médicale, sociale paramédicale, traitement).*

L'objectif principal de notre étude était d'évaluer le recours à une prise en charge sociale aux urgences des patients les plus vulnérables, à travers la mise en place d'un score de repérage de la fragilité sociale.

2. MATERIEL ET METHODES

a. L'objectif principal

Était de comparer la proportion de recours aux dispositifs de la PASS via l'alerte PASS, avant et après la sensibilisation des équipes sur le dépistage de la précarité par un score, aux urgences du CHU Félix Guyon.

b. Choix du score : le score de PASCAL

Le score de PASCAL a été retenu parmi plusieurs outils existants de repérage de la précarité sociale.

Les plus connus sont le score EPICES (16), le score de Handicap Social (17) et le score de PASCAL (6).

Nous avons choisi le score de PASCAL car il est très simple et rapide à utiliser (18). Il a été élaboré en 2004 au CHU de Nantes dans le cadre d'un Programme Hospitalier de Recherche Clinique (PHRC) national, sur les pertes de chances médicales des consultants de l'hôpital public.

Il a été construit pour un repérage des individus précaires en consultation hospitalière. Il comporte 4 items indépendants (cf. annexes) : un individu est considéré précaire si l'un des items est « positif ».

Dans une étude de 2014, il est comparé au score Handicap Social (111 items) et au score EPICES (11 items) et s'avère être suffisamment performant pour qualifier une population précaire (18).

Il a été utilisé par ESCANDE dans son étude en 2018 pour repérer les patients en situation de précarité dans les urgences girondines, afin d'évaluer leur parcours de soins (11).

Nous avons utilisé le score originel en adaptant les items aux réformes de l'aide sociale réalisées depuis 2004 (annexes 1 et 2).

c. L'objectif secondaire

Était de décrire la population d'étude.

d. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude quasi expérimentale de type « avant après » en série chronologique (19).

Elle a été menée aux urgences du CHU Félix Guyon à Saint Denis de la Réunion du 1er février au 30 juin 2021. Les périodes étudiées avant et après ont été de même durée : 2 mois et demi chacune.

Tous les patients majeurs ayant un score de PASCAL renseigné et positif durant cette période ont été inclus.

e. Déroulement de l'étude

- *La première partie de l'étude : « avant »*

Celle-ci a consisté à la mise en place du score de PASCAL auprès de l'équipe d'accueil des urgences : le secrétariat et les infirmiers d'accueil et d'orientation (IAO).

Le score de PASCAL a été ajouté au niveau de l'onglet administratif et du formulaire IAO afin qu'il puisse être renseigné. Les items du score de PASCAL 1 et 2 étaient renseignés par les secrétaires et les items 3 et 4 par les IAO. Cet onglet n'était pas bloquant pour accéder à la suite du dossier.

La sensibilisation des agents administratifs et infirmiers au bon recueil du score a été réalisée par différents biais :

- Par voie écrite, avec un mail envoyé le 27 janvier 2021 et le 1er mars 2021 relayé par le cadre de santé du service.
- Par affichage, avec une affiche plastifiée placardée au niveau du poste de l'infirmier d'accueil (annexe 3) et du secrétariat (annexe 4) pour rappel.
- Par voie orale avec un passage régulier en journée pour une sensibilisation individuelle et des réunions en petits comités le matin au moment de la pause.

Nous avons ensuite sélectionné informatiquement tous les dossiers médicaux des patients pris en charge aux urgences du CHU Félix Guyon ayant un score de PASCAL positif entre le 1er février 2021 et le 14 avril 2021. Une analyse approfondie de 200 dossiers patients a été réalisé afin de mesurer les critères secondaires.

- *Le staff du jeudi 15 avril 2021 :*

Celui-ci a permis la présentation de l'étude, son score et ses objectifs. Étaient présents les médecins séniors et les internes travaillant dans le service. Une présentation de la PASS et de ses « outils » a été réalisée par l'équipe d'assistantes sociales y travaillant.

- *La seconde partie de l'étude : « après »*

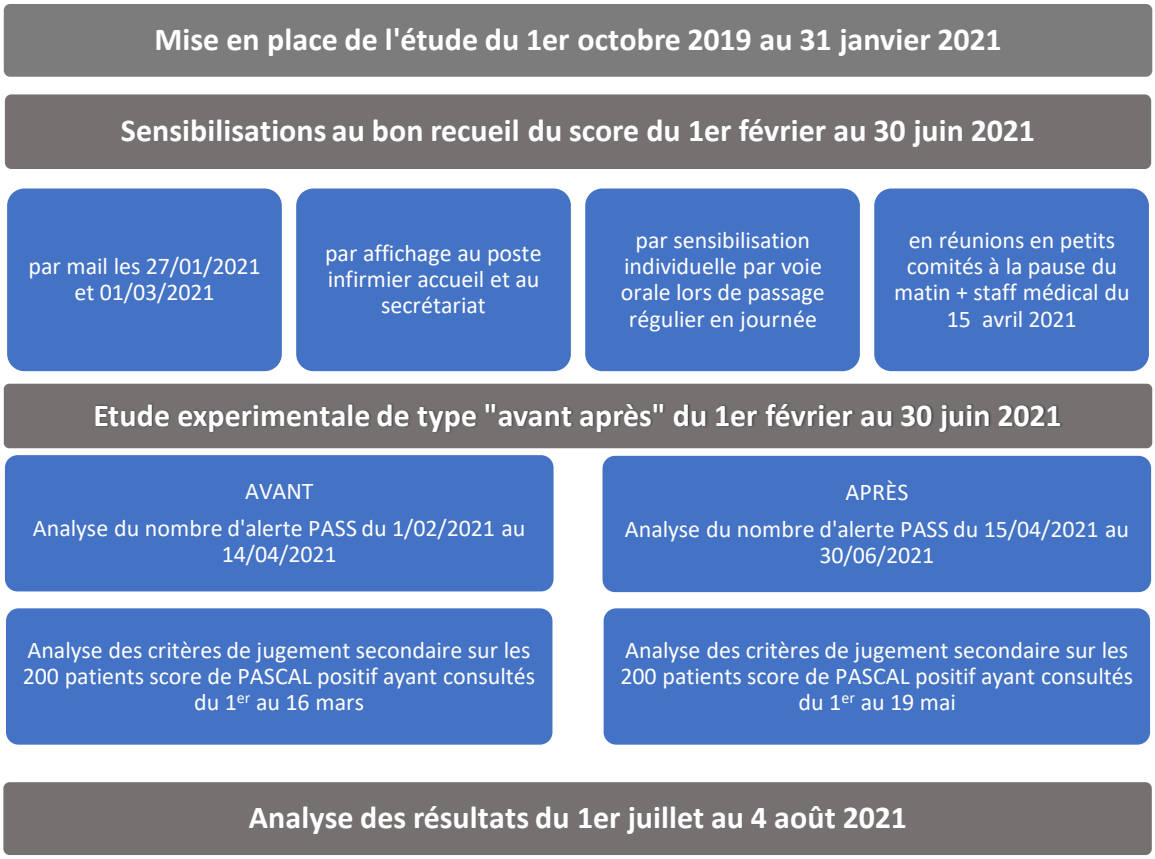
Celle-ci a débuté après la sensibilisation de l'équipe médicale lors du staff du jeudi 15 avril.

Le résultat du score de PASCAL a été rendu visible sur le dossier médical des patients directement avec les paramètres. Ainsi après un dépistage dès l'entrée aux urgences, les soignants et médecins étaient informés sur la situation sociale du patient.

La sensibilisation des agents administratifs et infirmiers au bon recueil du score a été poursuivie de façon informelle mais régulière.

Nous avons ensuite sélectionné informatiquement tous les dossiers médicaux des patients pris en charge aux urgences du CHU Félix Guyon ayant un score de PASCAL positif entre le 15 avril 2021 et le 30 juin 2021. Une analyse approfondie de 200 dossiers patients a été réalisé afin de mesurer les critères secondaires.

Figure 1: Déroulement de l'étude : synthèse



f. Éléments réglementaires :

Il s'agit d'une étude Hors loi Jardé (n'impliquant pas la personne humaine) sur données rétrospectives à partir du dossier médical du patient. L'intervention entreprise était la mise en place du score de PASCAL à réaliser par les personnels soignants d'accueil des urgences. Cela reposait sur une décision du service (chef de service et cadre de santé) de mettre en application ce score validé par de précédentes études.

D'après l'article 65-2 de la Loi Informatique et Libertés (CNIL) : pour les traitements permettant d'effectuer des études à partir des données recueillies en application du 1° de l'article 44 de la présente loi lorsque ces études sont réalisées par les personnels assurant ce suivi et destinées à leur usage exclusif ; l'information individuelle du participant n'est pas obligatoire.

Une base de données anonymes et irréversibles a été réalisée. Il s'agissait d'un fichier Excel sécurisé avec un accès restreint et conservé sur une clé USB dédiée.

Le projet a été enregistré au niveau du délégué à la protection des données (DPO) du CHU sous le numéro 2020/CHU/37.

L'étude a été soumise au comité d'éthique de Bordeaux avant publication.

g. Critères d'éligibilités

- *Critères d'inclusion*

- Patient > 18 ans
- Ayant un score de PASCAL positif.

- *Critères d'exclusion*

- Patients < 18 ans
- Recueil du score de PASCAL non réalisé

h. Le critère de jugement principal

Le critère de jugement principal était le nombre de recours à la PASS via l'alerte PASS du 1er février 2021 au 14 avril 2021 puis du 15 avril 2021 au 30 juin 2021.

i. Les critères de jugement secondaire

Les critères secondaires ont été mesurés sur un échantillon de 400 dossiers de patients ayant consultés du 1er mars 2021 au 16 mars 2021 et du 1er mai 2021 au 19 mai 2021.
Il a été choisi une période à distance du staff du 15 avril afin de limiter les effets d'un possible biais de performance dans les jours suivant la présentation et l'affichage du score. Les dossiers ont été sélectionnés à chaque fois en début de mois afin que la période d'observation soit similaire. Le choix de sélectionner 400 dossiers était arbitraire afin d'avoir un échantillon suffisamment important et une charge de travail soutenable dans les délais impartis.
Ces critères ont permis la description de la population considérée fragile socialement consultant aux urgences du CHU Félix Guyon.
Nous avons étudié le score de PASCAL, les caractéristiques sociodémographiques, l'état de santé des patients et les modalités de prise en charge hospitalière.

j. Caractéristiques des différents facteurs recherchés (variables)

Les variables étudiées ont été :

- *Le score de PASCAL*

- L'item 1 du score de PASCAL : patient bénéficiaire de la Protection Universelle Maladie (PUMA) (ex Couverture Maladie Universelle, CMU), de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS) (fusion de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-c) et de l'Aide à la Complémentaire Santé, ACS) ou de l'Aide Médicale d'État (AME).
- L'item 2 du score de PASCAL : patient possédant une mutuelle santé ou une assurance maladie complémentaire.
- L'item 3 du score de PASCAL : patient bénéficiaire d'une allocation d'aide sociale parmi le Revenu de Solidarité Active (RSA), l'Allocation Adulte Handicapé (AAH), l'Allocation de Soutien Familial (ASF), l'Allocation de Solidarité Spécifique (ASS), l'Allocation Temporaire d'Attente (ATA), l'Allocation de Veuvage ou l'Allocation de Solidarité aux Personnes Âgées (ASPA).
- L'item 4 du score de PASCAL : patient en recherche d'emploi depuis plus de 6 mois ou d'un premier emploi.

- *Les caractéristiques sociodémographiques*

- L'âge.
- Le sexe.
- Le lieu de résidence (recueil du type de résidence et non de l'adresse postale)
- La maîtrise de la langue française.

- *L'état de santé*

- La consommation d'alcool.
- La consommation de tabac.
- La consommation de drogues.
- Le nombres de comorbidités et le score de CHARLSON : un index pondéré de comorbidités, système de cotation le plus utilisé dans la littérature scientifique pour mesurer les comorbidités (20).

- *Les modalités de prise en charge hospitalière*

- Horaire de venue aux urgences.
- Motif de consultation.
- Recours antérieurs aux urgences.
- Suivi par un médecin traitant.
- Mode de recours aux urgences : patient adressé par un médecin ou venu spontanément.
- Mode de venue aux urgences.
- Réalisation d'un prélèvement biologique.
- Réalisation d'une imagerie.
- Réalisation d'une ordonnance PASS.
- Réalisation d'une alerte PASS.
- Hospitalisation.
- La raison d'hospitalisation.
- Le temps de prise en charge en heures.

k. Analyses Statistiques

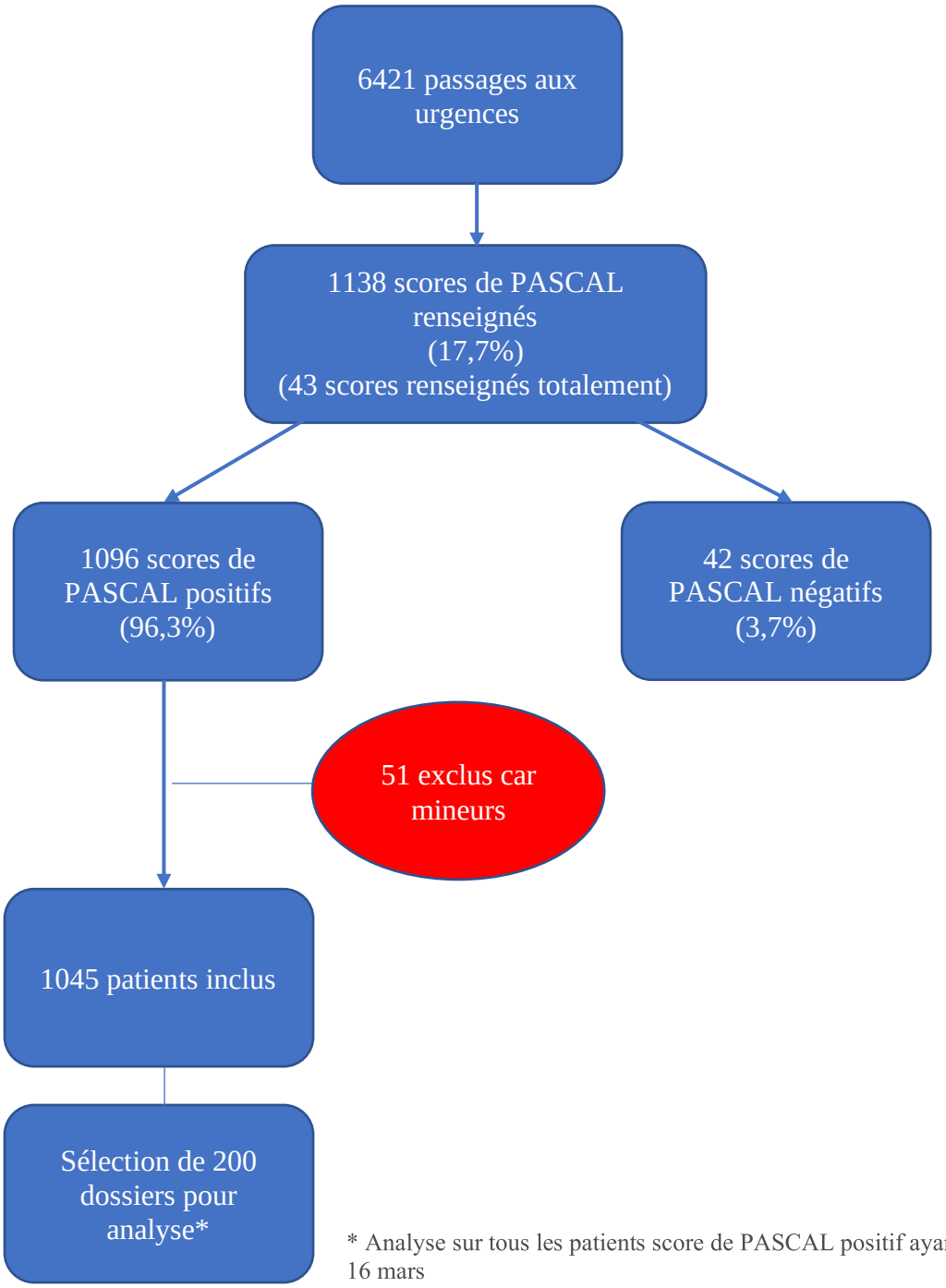
Les données ont été saisies sous Excel.

Une analyse statistique descriptive a été réalisée par le Docteur BOQUET de l'unité de soutien méthodologique du CHU Félix Guyon.

3. RESULTATS

a. Diagramme de flux

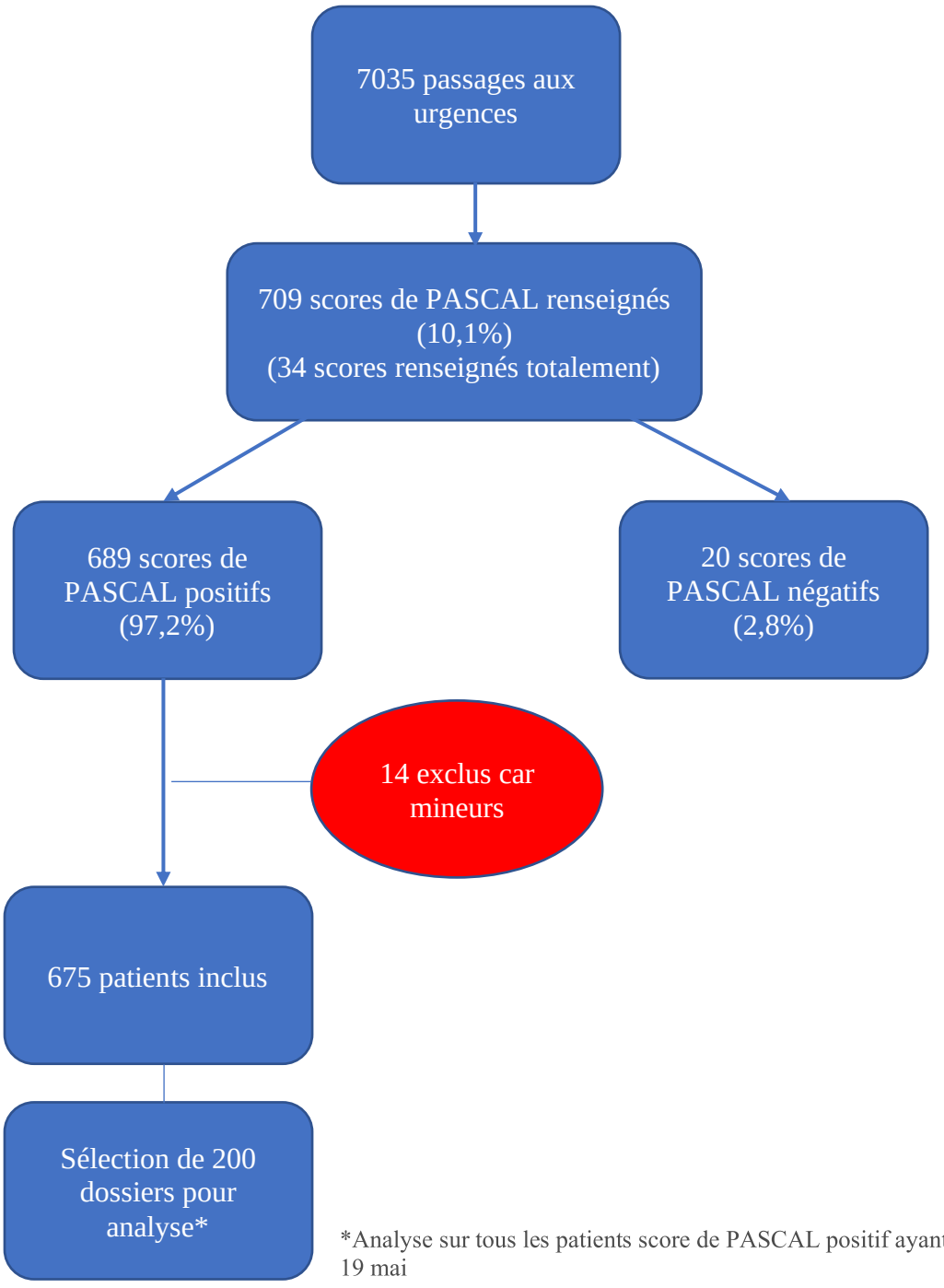
➢ *Lors de la première partie de l'étude du 1er février 2021 au 14 avril 2021*



* Analyse sur tous les patients score de PASCAL positif ayant consulté du 1er au 16 mars

Figure 2 : Diagramme de flux de la première partie de l'étude

➢ *Lors de la seconde partie de l'étude du 15 avril au 30 juin 2021*



*Analyse sur tous les patients score de PASCAL positif ayant consulté du 1er au 19 mai

Figure 3 : Diagramme de flux de la seconde partie de l'étude

b. Critère de jugement principal

- *Lors de la première partie de l'étude du 1er février 2021 au 14 avril 2021*

30 alertes PASS ont été réalisées. 25 pour des patients dont le score de PASCAL n'avait pas été renseigné et 5 parmi les patients ayant un score de PASCAL positif. Aucune alerte PASS n'a été réalisée pour un patient score de PASCAL « négatif ».

Le taux de recours à la PASS a été de 0,47 % sur la période.

Tableau 1: Chronologie des alertes PASS lors de la 1ere partie

Mois	Nombre de passages aux urgences	Patients inclus score de PASCAL +	Nombre d'alertes PASS sur la période nb (%)	Nombre d'alertes PASS parmi les patients score de PASCAL + nb (%)
Février	2465	525	10 (0,41%)	1 (0,19%)
Mars	2650	386	14 (0,53%)	3 (0,78%)
Avril (du 1er au 14)	1306	134	6 (0,46%)	1 (0,74%)
TOTAL	6421	1045	30 (0,47%)	5 (0,48%)

- *Lors de la seconde partie de l'étude du 15 avril au 30 juin 2021*

28 alertes PASS ont été réalisées. 25 pour des patients dont le score de PASCAL n'avait pas été renseigné et 3 parmi les patients ayant un score de PASCAL positif. Aucune alerte PASS n'a été réalisée pour un patient score de PASCAL « négatif ».

Le taux de recours à la PASS a été de 0,40 % sur la période.

Tableau 2: Chronologie des alertes PASS lors de la seconde partie

Mois	Nombre de passages aux urgences	Patients inclus score de PASCAL +	Nombre d'alerte PASS sur la période nb (%)	Nombre d'alerte PASS parmi les patients score de PASCAL + nb (%)
Avril (du 15 au 30)	1247	138	9 (0,72%)	1 (0,72%)
Mai	3022	324	11 (0,36%)	1 (0,31%)
Juin	3056	213	8 (0,26%)	1 (0,47%)
TOTAL	7325	675	28 (0,40%)	3 (0,44%)

c. Critères de jugements secondaires parmi les 400 patients sélectionnés : patients majeurs score de PASCAL positif ayant consulté aux urgences du CHU Félix Guyon du 1er au 16 mars et du 1er au 19 mai 2021.

- *Score de PASCAL*

Tableau 3 : Score de PASCAL des 400 patients sélectionnés

	Oui nb (%)	Non nb (%)	Données manquantes nb (%)
Item 1 Bénéficiaire de la PUMA (ex-CMU), de la CSS ou de l'AME*	373 (94,4%)	22 (5,6%)	5 (1,3%)
Item 2 Possession d'une mutuelle santé ou d'une assurance maladie complémentaire	130 (33,1%)	263 (66,9%)	7 (1,8%)
Item 3 Perception d'une allocation d'aide sociale †	8 (53,3%)	7 (46,7%)	385 (96,3%)
Item 4 Recherche d'emploi depuis plus de 6 mois ou d'un premier emploi	21 (32,3%)	44 (67,7%)	335 (83, 8%)

*PUMA : Protection Universelle Maladie (ex Couverture Maladie Universelle CMU) ; CSS : Complémentaire Santé Solidaire (fusion de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire CMU-C et de l'Aide à la Complémentaire Santé ACS) ; AME : Aide Médicale d'État.
† parmi le Revenu de Solidarité Active (RSA), l'Allocation Adulte Handicapé (AAH), l'Allocation de Soutien Familial (ASF), l'Allocation de Solidarité Spécifique (ASS), l'Allocation Temporaire d'Attente (ATA), l'Allocation de Veuvage ou l'Allocation de Solidarité aux Personnes Âgées (ASPA).

- *Caractéristiques sociodémographiques*

Tableau 4: Caractéristiques sociodémographiques des 400 patients sélectionnés

Facteurs	TOTAL nb (%) - moy (ET ; min -max)	Données manquantes
Sexe nb (%)		N=0
Homme	194 (48,5%)	
Femme	206 (51,5%)	
Age (années) - moy (ET ; min -max)		N=0
Moyenne	46,4 (19,3 ; 18 – 97)	
Lieu de résidence nb (%)		N=7
SDF	8 (2,0%)	
Appartement	268 (68%)	
Maison	117 (30%)	
Maitrise de la langue Française nb (%)		N=0
Oui	394 (98,5%)	
Non	6 (1,5%)	

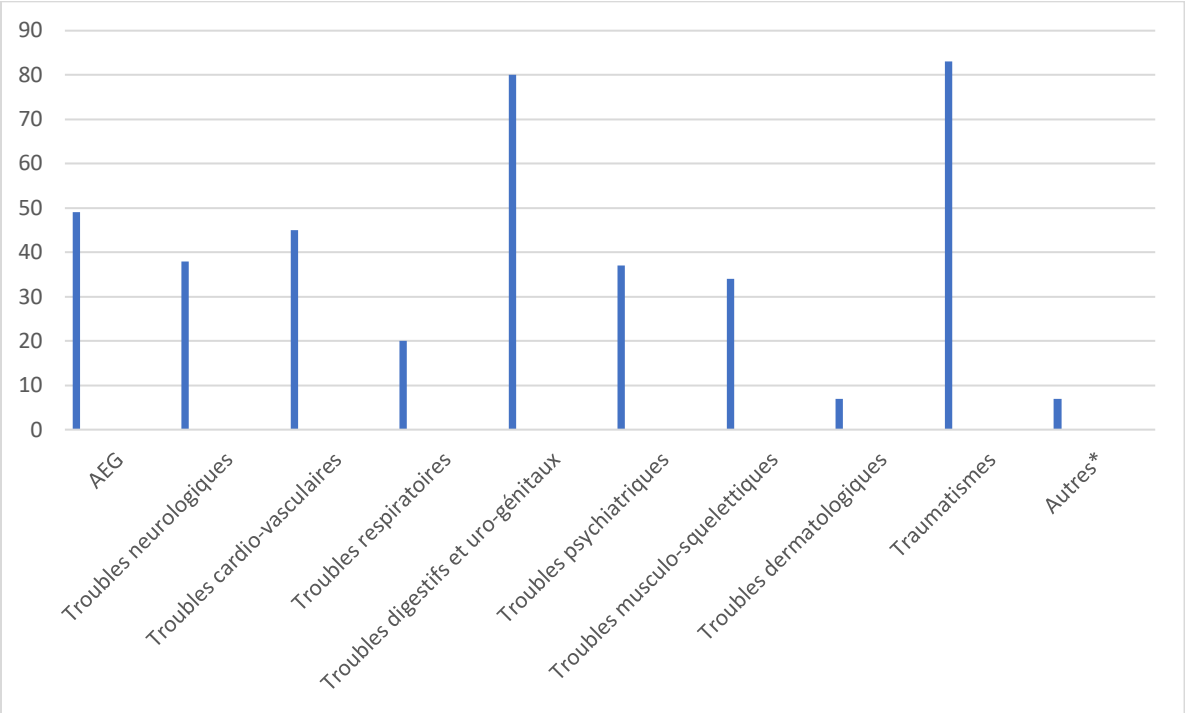
- *État de santé*

Tableau 5: Caractéristiques cliniques des 400 patients sélectionnés

Facteurs	TOTAL nb (%) – moy (ET ; min - max)	Données manquantes
Comorbidités nb (%)		N=0
0 comorbidité	255 (63,75%)	
1 comorbidité	78 (19,5%)	
2 comorbidités et plus	67 (16,75%)	
Index de comorbidité de CHARLSON moy (ET ; min-max)	0,8 (1,4 ; 0 -7)	N=0
Alcool nb (%) sur un total de 71		N=329
Oui	56 (78,9%)	
Non	15 (21,1%)	
Tabac nb (%) sur un total de 71		N=329
Oui	56 (78,9%)	
Non	15 (21,1%)	
Toxicomanie nb (%) sur un total de 18		N=382
Oui	14 (77,8%)	
Non	4 (22,2%)	

➢ *Motifs de consultation*

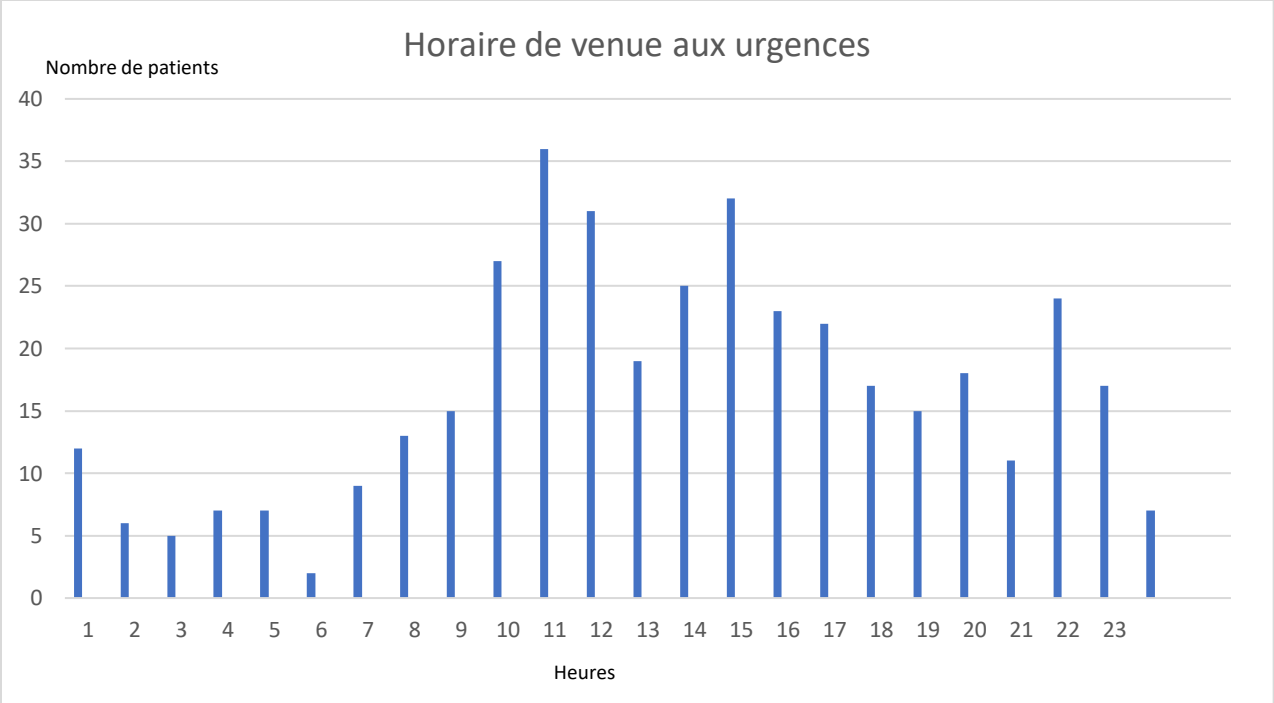
Figure 4: Motifs de consultation des 400 patients sélectionnés



* anomalies biologiques, problèmes de matériel, demande de certificat.

➢ *Horaire de venue aux urgences.*

Figure 5: Distribution de l'heure d'arrivée aux urgences des 400 patients sélectionnés



- *Modalités de prise en charge aux urgences*

Tableau 6 : Modalités de recours et de prise en charge hospitalière des 400 patients sélectionnés

Facteurs	TOTAL nb (%)- Moy (ET ; min -max)	Données manquantes
Recours antérieurs aux urgences nb (%)		N=0
Oui	270 (67,5%)	
Non	130 (32,5%)	
Médecin traitant nb (%)		N=2
Oui	351 (88,2%)	
Non	47 (11,8%)	
Mode de recours aux urgences nb (%)		N=0
Primaire	297 (74,2%)	
Secondaire	103 (25,8%)	
Mode de venu aux urgences nb (%)		N=0
Ambulance	73 (18,2%)	
Pompiers	47 (11,8%)	
SMUR	10 (2,5%)	
Moyen propre	270 (67,5%)	
Réalisation d'un prélèvement biologique nb (%)		N=1
Oui	209 (52,4%)	
Non	190 (47,6%)	
Réalisation d'une imagerie nb (%)		N=1
Oui	139 (34,8%)	
Non	260 (65,2%)	
Réalisation d'une ordonnance PASS nb (%)		N=0
Oui	0 (0%)	
Non	400 (100%)	
Réalisation d'une alerte PASS nb (%)		N=0
Oui	2 (0,5%)	
Non	398 (99,5%)	
Hospitalisation nb (%)		N=0
Oui	91 (22,8%)	
Non	309 (77,2%%)	
Raisons d'hospitalisation nb (%)		N=0
Raison somatique	69 (75,8%)	
Raison psychiatrique	15 (16,5%)	
Raison sociale	1 (1,1%)	
Raison somatique et sociale	6 (6,6%)	
Raison psychiatrique et sociale	0 (0%)	
Temps de prise en charge en heures Moy (ET ; min-max)	5 (4 ; 1-26)	N=0

4. DISCUSSION

a. Résultat principal et implication majeure :

Notre critère de jugement principal, le nombre de recours à la PASS, est resté stable et faible. Sur l'échantillon de 400 patients analysés aucune « ordonnance PASS » (ordonnance permettant une délivrance gratuite des médicaments par la pharmacie de l'hôpital) n'a été enregistrée.

La mise en place du dépistage de la fragilité sociale par le score de PASCAL aux urgences du CHU Félix Guyon n'a pas eu d'effet sur le taux de recours à la PASS sur la période étudiée. La prévalence de la précarité selon le score de PASCAL aux urgences du CHU Félix Guyon est de 96,3% lors de la première période et de 97,2% lors de la seconde période de l'étude. Par comparaison, avec l'utilisation du même score dans les 9 urgences du département de la Gironde en 2018, ESCANDE retrouvait une prévalence de la précarité de 27,9% (11). Cette différence peut s'expliquer notamment par l'écart du pourcentage de personnes vivant sous le seuil de pauvreté entre le département de la Gironde 13,7% (21) et le département de la Réunion 39% (1).

En tenant compte de ces écarts nous pouvons imaginer une certaine corrélation comme illustrée dans ces 2 tableaux :

Tableau 7: Calcul du coefficient entre taux de pauvreté et taux de précarité aux urgences

	A Pourcentage de personnes vivants sous le seuil de pauvreté	C Pourcentage de patients précaires aux urgences	A/C Coefficient multiplicateur
National	14.6%	38%	2.6
Bordeaux	13.7%	27.9%	2

Tableau 8: Application aux données de La Réunion des coefficients multiplicateurs constatés

	Pourcentage de personnes vivants sous le seuil de pauvreté	Application des coefficients multiplicateurs constatés	Déduction du pourcentage potentiel de patients en précarité aux urgences du CHU Félix Guyon
La Réunion	39%	2.6 National	101.4%
		2 Bordeaux	78%

Ce raisonnement est assez simpliste mais permet de mettre en avant une différence régionale.

Cette différence peut également s'expliquer par le faible taux de recueil du score de PASCAL sur la période étudiée et le biais de sélection qui en résulte : l'absence de renseignement du score systématique a pu conduire à son utilisation uniquement lorsque l'un des critères était présent ou lorsque le professionnel de santé jugeait le patient précaire selon une notion subjective, son aspect extérieur. Les réformes des aides sociales ont pu modifier la sensibilité du score (disparition de la Couverture Maladie Universelle (CMU) au profit de la Protection Universelle Maladie (PUMA), fusion de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C) et de l'Aide à la Complémentaire Santé (ACS) en Complémentaire Santé Solidaire (CSS)). Ces réformes des aides sociales visaient une simplification des démarches pour les bénéficiaires et une plus grande couverture de la population, de fait cela a pu augmenter la sensibilité du test et diminuer sa spécificité. Nous avions volontairement conservé dans l'item 1 du score de PASCAL, la recherche des (ex)bénéficiaires de la CMU. C'est un terme encore très utilisé en pratique courante et bien compris et connu par le public visé.

Notre étude démontre que le score de PASCAL n'est pas adapté comme outil de repérage de la précarité en pratique courante à la Réunion. La forte prévalence de la pauvreté sur ce territoire rend ce score créé en métropole et validé par des études (6) (18) inutilisable. Même s'il est considéré que 97% des patients sont en situation de précarité dans notre étude, ils ne nécessitent pas tous l'intervention d'une assistante sociale. Un score de repérage plus en adéquation avec les besoins de la population réunionnaise est nécessaire. Il faudrait par exemple un score qui questionne sur les difficultés à l'accès aux soins et pas seulement sur les dispositifs d'accès aux soins ou ressources (AME, CSS, aides sociales, travail). Un patient qui a pu bénéficier de l'ouverture de ses droits pour l'AME ou la CSS peut bénéficier d'une prise en

charge des soins et ne rencontre pas forcément de difficultés pour se soigner. Le repérage de ces patients n'est pas forcément pertinent.

On peut envisager à la suite de cette étude, un travail collaboratif entre les professionnels des urgences et les assistantes sociales de la PASS pour établir un score plus adapté au profil des patients précaires réunionnais.

D'après les récents bilans d'activités du service du CHU Nord de la PASS, les problématiques principales rencontrées par les patients vus aux urgences par l'assistante sociale de la PASS étaient :

- Un problème d'accès aux soins et/ou aux droits (54%),
- Un problème ou absence d'hébergement (22%),
- Une perte d'autonomie avec problème de retour à domicile (18%),
- Un problème administratif ou autres (6%).

Un score simple renseignant donc sur l'absence de ressources, de couverture sociale, d'hébergement ou sur la perte d'autonomie pourrait être proposé afin de dépister ces difficultés dès l'entrée aux urgences et sans délai, afin de permettre une évaluation sociale.

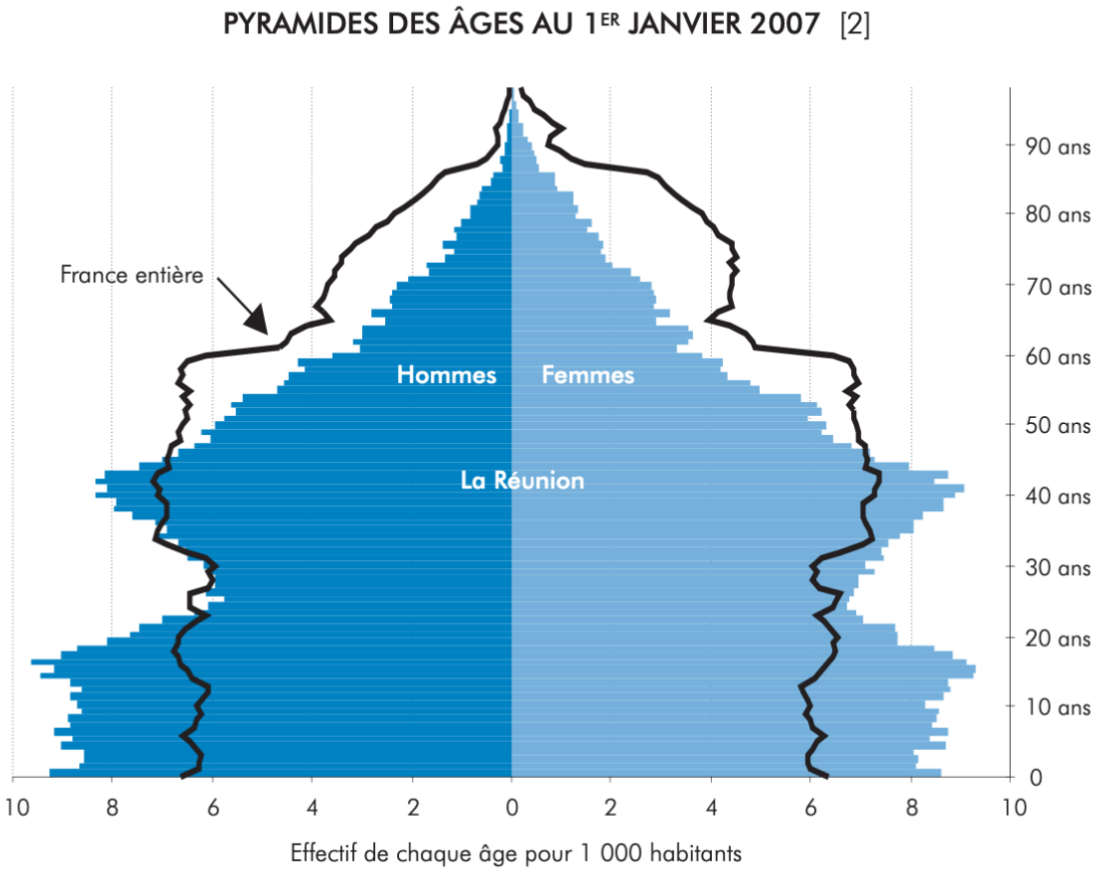
Autre avantage d'un score local, son appropriation par les équipes afin de permettre un meilleur recueil.

b. Données démographiques

Notre travail a permis une photographie démographique et médicale de la population précaire.

Nous retrouvons une population comparativement plus jeune. L'âge moyen est de 46,4 ans contre 50,7 ans dans les urgences girondines en 2018 (11). Cette différence s'explique probablement par une population réunionnaise plus jeune globalement que la population métropolitaine comme illustré par ce graphique de l'INSEE :

Figure 6: Comparaison de la pyramide des âges Réunionnaise et Métropolitaine en 2007



Un autre facteur influençant cette moyenne, est la précarité des plus jeunes à La Réunion. Selon l'INSEE, la déscolarisation à 18 ans dans l'île reste très élevée : 30% contre 17% en métropole (22), 58 % des 15-29 ans ayant quitté le système scolaire n'ont pas d'emploi contre 32 % en métropole (22) et 54,3% des ménages, dont la personne de référence a moins de 30 ans, vivent en dessous du seuil de pauvreté (23).

Les urgences sont dans notre étude un lieu de premier recours dans 67,5% des cas. Ce taux est proche de celui retrouvé par ESCANDE dans les urgences girondines (64,6%).
Les patients sont venus aux urgences de leur propre initiative sans être orienté par le SAMU ou un médecin libéral dans 74,2% des cas. Cette utilisation des urgences comme accès aux soins primaires a également été décrit par CHEVELLE (13) et SARYOUL (24) dans leurs études respectives. Ce chiffre est d'autant plus parlant qu'à La Réunion la permanence de soins en dehors de SOS et des urgences est très peu développée. L'absence de différences entre les

urgences girondines et les urgences du CHU Félix Guyon confirme que beaucoup de patients précaires ont recours aux urgences comme lieu d'accès aux soins primaires.

Des examens biologiques ont été réalisés dans 52,4% des cas. Ceci est plus élevé que la moyenne nationale aux urgences qui est de 35% selon une étude de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluations et des Statistiques (DREES) du Ministère de la Santé (25). Cette différence tient peut-être son origine au suivi moins régulier de cette population fragile et au besoin de « cadrer » un peu plus la prise en charge. Ces demandes d'examens biologiques n'ont pas eu d'impact sur le taux d'hospitalisation. Il était de 22,8% semblable au taux retrouvé par CHEVELLE 22% aux urgences d'Arras qui ne notait pas de différence entre public précaire et non précaire (13). Dans le rapport annuel de 2019 de la Cour des Comptes le nombre de passage aux urgences qui débouchent sur une hospitalisation au niveau national est de 20% (26).

Cette description est intéressante car elle constitue des indicateurs qui pourront être suivis pour évaluer la mise œuvre de mesures favorisant la prise en charge de ce public. On pourrait envisager la création d'une permanence de soins non programmés à proximité des urgences, pour les patients nécessitant une simple consultation de médecine générale.
Il semble nécessaire de renforcer le lien entre la PASS et les urgences. L'objectif n'est pas de permettre aux urgences de se délester des patients précaires sur la PASS, mais bien d'établir un parcours de soins médico-social bien cadré pour ces patients.
Le constat d'une part importante de la population précaire aux urgences, mérite peut-être une réflexion sur la présence d'une assistante sociale dédiée à des prises en charge sociales spécifiques aux urgences : recours aux hébergements d'urgences, délivrance de médicaments gratuits.
Certaines de ces mesures sont en développement comme l'atteste le plan de l'ARS de La Réunion « ma Santé 2022 » qui « soutient et accompagne le développement des maisons de santé qui facilitent l'accès aux soins dans le territoire et créent des conditions d'exercice plus attractives pour les professionnels de santé » (27).

c. Efficience et sécurité d'une prise en charge

On constate que malgré une population précaire importante aux urgences, il y a peu de recours à la PASS. D'après le bilan d'activité de 2021 de la PASS, 239 patients ont été vus aux urgences par l'assistante sociale qui a un temps d'intervention aux urgences équivalent à la moitié d'un équivalent temps plein (ETP). Des besoins importants avec des moyens limités rendent nécessaires un tri pour une meilleures orientation et gagner en efficience.
La pratique de check-list provenant de l'aéronautique est pour exemple une sécurité au bloc opératoire (28). Elle y est définie depuis 2010 comme une Pratique Exigible Prioritaire (PEP).
Les services d'urgences ont déjà mis en place un système de triage qui s'apparente à une Check List. Ce triage à l'entrée des urgences fait l'objet de recommandations (29) . Selon les experts, « ce triage a pour fonction première d'optimiser les délais et les circuits de prise en charge. Il permet de mettre en œuvre les démarches diagnostiques et thérapeutiques conformes à l'état de l'art. Il permet une orientation initiale cohérente au sein, voire en dehors, du service d'urgences et de gagner ainsi en efficience. » L'évaluation sociale systématique aux urgences pourrait en faire partie.

Un repérage systématique des difficultés sociales permettrait aux professionnels de santé « d'adapter leur démarche de soins à la situation sociale du patient ». Démarche de soin défendue par Jonathan Mann médecin américain ancien directeur du programme ONUSIDA et administrateur de l'Organisation Mondiale de la Santé (30). Il appelait de ses vœux à combattre la « socioparésie » des politiques de santé publique, c'est-à-dire une prise en compte insuffisante de l'environnement social des patients dans le soin.
Cette prise en charge plus adaptée permettrait d'éviter des retours aux urgences de patients présentant une aggravation sévère de leur état de santé due à la non prise en compte de leur situation sociale précaire.
Cela nécessite aussi que les soignants dans leur ensemble soient convaincus que la prise en charge de la précarité permet une optimisation de la prise en charge médicale. Mieux informer les professionnels de santé sur le rôle et les compétences des assistantes sociales pourrait permettre en partie cela. Il faudrait proposer de façon régulière, au moins à chaque changement d'internes, un staff médical et paramédical avec les professionnels de la PASS, afin de présenter les résultats de l'étude, et permettre un nouveau temps de sensibilisation

en mettant en avant qu'une prise en charge médico-sociale est primordiale pour une certaine partie de la population réunionnaise. Des rencontres plus régulières des équipes de la PASS et des urgences pour partager leur vécu et attentes serait également une piste. Une présence d'une AS le matin à l'UHCD (Unité d'Hospitalisation de Courte Durée) permettrait une sensibilisation au quotidien et son identification en tant que personne.

Une autre piste d'amélioration serait de favoriser l'information des patients et des accompagnants. Un projet de mise en place d'écran télé dans la salle d'attente des urgences est en cours. La mise en place d'un bandeau d'information sur le service de la PASS serait une idée afin d'orienter les patients.

d. Biais et limites

- *Faible taux de recueil*

Le taux d'utilisation du score de PASCAL a été faible, malgré les nombreuses stratégies mises en place pour maximiser son recueil durant les 5 mois de l'étude. Seuls 17,7% des passages aux urgences adultes ont bénéficié du recueil de ce score lors de la première partie de l'étude et 10,1% lors de la seconde partie de l'étude.

Le recueil du score de PASCAL était particulièrement faible au niveau du poste de l'infirmier d'accueil et d'orientation. La question 3 « Percevez-vous une allocation d'aide sociale ? » n'a été renseignée que dans 3,7% des cas. La question 4 « Êtes-vous à la recherche d'un emploi depuis plus de 6 mois ou d'un premier emploi ? » dans 16, 2% des cas.
Seuls 77 patients avaient un score de PASCAL complet renseigné (4,2%).
Le faible taux de remplissage peut s'expliquer par plusieurs choses. Lors de la mise en place du score, il a fallu définir quel intervenant devait le remplir. La charge de travail de chacun déjà importante (28) était majorée par le COVID. Il a fallu trouver un compromis en proposant aux secrétaires et aux IOA de repartir le score en deux questions sur chaque poste. L'arrivée aux urgences des patients par afflux en fonction des horaires de la journée a pu être un frein au bon remplissage du score. Un autre élément non négligeable est le sentiment des soignants d'être intrusif avec des questions qu'ils considéraient comme stigmatisantes ou peu pertinentes en fonction du motif de consultation.

Cela a pu conduire à une saisie du score uniquement lorsque l'un des critères était présent, amenant comme nous l'avons vu précédemment, un biais de sélection.

Il apparait nécessaire que le repérage de la fragilité sociale soit dédié à un seul poste. Il nous semble, à la lumière de nos chiffres, que le poste le plus adapté serait le secrétariat des urgences. Sachant que les secrétaires ont déjà une partie des informations.

La mise en place sur le logiciel d'une obligation de renseigner le score pour permettre l'accès au dossier permettrait un véritable dépistage avec 100% des patients pris en compte et pas seulement repérés de façon subjective. L'écueil serait qu'il soit rempli de façon automatique et erronée sans réelle recherche des éléments de précarité.

Une autre piste serait d'automatiser le recueil informatique de certains paramètres afin de rendre la saisie du score plus rapide. Ces points seraient à discuter avec les informaticiens en charge du logiciel des urgences.

- *Biais d'information du recueil rétrospectif*

Le recueil rétrospectif à partir du dossier informatisé des urgences n'a pas permis de s'assurer de la qualité du recueil des informations. Certaines données n'étaient pas toujours disponibles dans le dossier médical des urgences comme la consommation de drogues. Ou alors insuffisamment précises comme le lieu de résidence, ce qui n'a pas permis de savoir si les patients vivaient dans un logement social. Cette variable aurait nécessité un recoupement avec d'autres sources d'informations.

- *Biais méthodologique*

Pour réaliser une étude quasi expérimentale de type « avant après » en série chronologique, il est nécessaire de disposer de multiples points avant l'intervention. Cela permet d'évaluer la tendance préexistante et les variations saisonnières éventuelles. Dans cette étude nous possédions le nombre d'alerte PASS sur plusieurs années.

Mais il est également nécessaire de disposer de multiples points après l'intervention pour déterminer l'effet de l'intervention en prenant en compte la tendance sous-jacente. Dans notre étude cette période post-intervention est courte et constitue une faiblesse méthodologique.

5. CONCLUSION

Dans notre étude la mise en place d'un score de dépistage de la précarité sociale n'a pas permis d'améliorer la prise en charge sociale du patient. Il s'agit de la première étude à l'échelle nationale qui propose la mise en place d'un outil de repérage de la fragilité sociale en pratique courante dans un service d'urgences. Cette démarche a du sens dans un département où la précarité est un enjeu de santé publique majeur, 39% de la population vit sous le seuil de pauvreté.

Comme le souligne le Professeur LOMBRAIL au sujet des inégalités sociales de santé : « Les défis à relever tiennent aux acteurs individuellement et au système collectivement » (30). Il met en avant l'importance de ne pas considérer les inégalités de santé sous le seul angle du recours au soin (accès primaire) mais de porter une attention particulière à la qualité des soins (accès secondaire).

Dans notre travail nous avons vu quels éléments fondamentaux étaient à retravailler pour aboutir à une véritable prise en charge médico-sociale. La création d'un score local apparaît comme une suite logique. Ce nouveau travail permettra de juger si une évaluation sociale systématique permet d'améliorer la coordination entre la PASS et les urgences, afin d'améliorer la prise en charge des personnes vulnérables aux urgences du CHU Félix Guyon. Après validation, on pourrait envisager que ce score soit développé sur l'ensemble de l'hôpital et permettre ainsi une sollicitation ciblée des service sociaux dès l'hospitalisation des patients afin de garantir à tous une prise en charge sociale si nécessaire et éviter la sollicitation des assistantes sociales en urgence au moment de la sortie du patient.

6. ANNEXES

Annexe 1 : Score de PASCAL originel

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

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

Annexe 2 : Score de PASCAL revu et utilisé

Avez-vous la Protection Universelle Maladie (PUMA) (ex-CMU), la Complémentaire Santé Solidaire (CSS) ou l'Aide Médicale d'État (AME) ?	OUI	NON
Recevez-vous une mutuelle santé ou une assurance maladie complémentaire ?	OUI	NON
Recevez-vous une de ces allocations : le RSA, l'Allocation Adulte Handicapé (AAH), l'Allocation de Soutien Familial (ASF), l'Allocation de Soutien Spécifique (ASS), l'Allocation Temporaire d'Attente (ATA), l'Allocation de Veuvage ou l'Allocation de Solidarité aux Personnes Âgés (ASPA) ?	OUI	NON
Êtes-vous à la recherche d'un emploi depuis plus de 6 mois ou d'un 1er emploi ?	OUI	NON

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

Annexe 3: Affiche placardée pour rappel au secrétariat des urgences

SCORE PASCAL

Avez-vous la protection universelle maladie (PUMA) (ex-CMU), la complémentaire santé solidaire (CSS) ou l'aide médicale d'état (AME) ?	OUI NON
Avez-vous une mutuelle santé ou une assurance maladie complémentaire ?	OUI NON
Recevez-vous une allocation d'aide sociale ? *Pour exemple* *Le RSA, l'allocation adulte handicapé (AAH), l'allocation de soutien familial (ASF), l'allocation de soutien spécifique (ASS), l'allocation temporaire d'attente (ATA), l'allocation de veuvage, l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA)*	OUI NON
Êtes-vous à la recherche d'un emploi depuis plus de 6 mois ou d'un premier emploi ?	OUI NON

A renseigner pour chaque patient **majeur**, merci

Annexe 4: Affiche placardée pour rappel au poste d'accueil et d'orientation des urgences

SCORE PASCAL

Avez-vous la protection universelle maladie (PUMA) (ex-CMU), la complémentaire santé solidaire (CSS) ou l'aide médicale d'état (AME) ?	OUI NON
Avez-vous une mutuelle santé ou une assurance maladie complémentaire ?	OUI NON
Recevez-vous une allocation d'aide sociale ? *Pour exemple* *Le RSA, l'allocation adulte handicapé (AAH), l'allocation de soutien familial (ASF), l'allocation de soutien spécifique (ASS), l'allocation temporaire d'attente (ATA), l'allocation de veuvage, l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA)*	OUI NON
Êtes-vous à la recherche d'un emploi depuis plus de 6 mois ou d'un premier emploi ?	OUI NON

A renseigner pour chaque patient **majeur**, merci

7. BIBLIOGRAPHIE

1. INSEE, Institut National de la Statistique et des Études Économiques. Le taux de pauvreté reste stable en 2018 à La Réunion. [En ligne]. https://www.insee.fr/fr/statistiques/5016838. Consulté le 25 octobre 2021.

2. INSEE, Institut National de la Statistique et des Études Économiques. Une situation sociale hors norme. [En ligne]. https://www.insee.fr/fr/statistiques/1291838. Consulté le 25 octobre 2021.

3. Haut Comité de la santé publique. La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé [En ligne]. https://www.viepublique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/984001250.pdf. Consulté le 25 octobre 2021.

4. Barnato AE, Alexander SL, Linde-Zwirble WT, Angus DC. Racial variation in the incidence, care, and outcomes of severe sepsis: analysis of population, patient, and hospital characteristics. Am J Respir Crit Care Med. 2008 Feb 1;177(3):279–84.

5. Moulin JJ, Dauphinot V, Dupre C, et al. Inégalités de santé et comportements : comparaison d'une population de 704 128 personnes en situation de précarité à une population de 516 607 personnes non précaires, France, 1995-2002. Bull Epidemiol Hebd. 2005/10/31 ; 43 :213-215.

6. Pascal J, Quélier C, Agard C, Nguyen JM, Lombrail P, Peut-on identifier simplement la précarité sociale parmi les consultants de l'hôpital ? Sci Soc Santé, 2006 ; 24-3 :33-58.

7. Arcaya MC, Arcaya AL, Subramanian SV. Inequalities in health: definitions, concepts, and theories. Glob Health Action. 2015;8:27106.

8. IRDES, Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé. Bibliographie sur les Inégalités sociales de santé. [En ligne]. www.irdes.fr/documentation/syntheses/les-inegalites-sociales-de-sante.pdf. Consulté le 25 octobre 2021.

9. Geeraert J, Rivollier E. L'accès aux soins des personnes en situation de précarité. Soins. 2014 Nov ;59(790) :14–8.

10. Afrite A, Bourgueil Y, Dufournet M, Mousquès J. Les personnes recourant aux 21 centres de santé de l'étude Epidaure-CDS sont-elles plus précaires ? [En ligne]. http://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes165.pdf. Consulté le 26 octobre 2021.

11. Escande P. Les patients en situation de précarité dans les urgences girondines: repérage et parcours de soins. Thèse de médecine. Université de Bordeaux : 2018, 76p. [En ligne]. https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01970196/document. Consulté le 26 octobre 2021.

12. Lordey B. Dépistage des personnes précaires âgées de 18 à 65 ans consultant aux urgences du CHU de Grenoble grâce au score EPICES. Thèse de médecine. Université Grenoble Alpes :2019, 42p. [En ligne]. https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas02326612/document. Consulté le 26 octobre 2021.

13. CHEVELLE M. Les personnes en situation de précarité aux urgences du centre hospitalier d'Arras (repérage avec le score EPICES, parcours de soins et mode de sortie). Thèse de médecine. Université de Lille ;2011,123p.

14. Ministère des Solidarités et de la Santé. Assistant de service social (ASS). [En ligne]. https://solidarites-sante.gouv.fr/metiers-et-concours/les-metiers-du-travail-social/les-fiches-metiers-du-travail-social/article/assistant-de-service-social-ass. Consulté le 26 octobre 2021.

15. Rapport FHF, Fédération Hospitalière de France et médecins du Monde. La prise en charge des personnes vulnérables : agir ensemble à l'hôpital et dans le système de santé. 2014 [En ligne]. https://www.fhf.fr/Presse-Communication/Supports-de-communication-FHF/Rapport-FHF-et-Medecins-du-Monde-La-prise-en-charge-des-personnes-vulnerables-agir-ensemble-a-l-hopital-et-dans-le-systeme-de-sante. Consulté le 26 octobre 2021.

16. Labbe E, Moulin JJ, Gueguen R, Sass C, Chatain C, Gerbaud L. Un indicateur de mesure de la précarité et de la « santé sociale » : le score EPICES L'expérience des Centres d'examens de santé de l'Assurance maladie. Rev IRES. 2007 ;1(53) :3-49.

17. Castiel D. De la précarité au handicap social. In : Hirsch E. Traité de bioéthique. Érès; 2010, 592-604.

18. Fouchard A, Bréchat P-H, Castiel D, Pascal J, Sass C, Lebas J, et al. Caractéristiques métrologiques et comparaison de trois outils de repérage de la précarité sociale dans une permanence d'accès aux soins de santé hospitalière à Paris. Rev DÉpidémiologie Santé Publique. 2014 Aug;62(4):237–47.

19. HAS, Haute Autorité de Santé. Guide Méthodologique. Méthodes quantitatives pour évaluer les interventions visant à améliorer les pratiques. Juin 2007. [En ligne]. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/eval_interventions_ameliorer_pratiques_guide.pdf. Consulté le 28 octobre 2021.

20. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. J Chronic Dis. 1987;40(5):373–83.

21. INSEE, Institut National de la Statistique et des Études Économiques. 787 000 Néo-aquitains vivent sous le seuil de pauvreté, les deux tiers sous l'influence des grandes aires urbaines. [En ligne]. https://www.insee.fr/fr/statistiques/3695469. Consulté le 25 octobre 2021.

22. INSEE, Institut National de la Statistique et des Études Économiques. Une proximité qui ne suffit pas à réduire les difficultés de formation et d'emploi. [En ligne]. https://www.insee.fr/fr/statistiques/4964208. Consulté le 25 octobre 2021.

23. Observatoire des Territoires. Taux de pauvreté - moins de 30 ans. [En ligne]. https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/taux-de-pauvrete-moins-de-30-ans. Consulté le 25 octobre 2021.

24. Saryoul S. Influence de la précarité sur le choix des urgences ou du médecin généraliste pour une consultation de soins primaires. Thèse de médecine. Université de Bourgogne ; 2016, 64p. [En ligne]. https://nuxeo.u-bourgogne.fr/nuxeo/site/esupversions/1bdc478b-bf91-479a-9ca6-76484925dddf. Consulté le 25 octobre 2021

25. DREES, Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques. Ricroch L, Vuagnat A. Temps, parcours et délais aux urgences : résultats de l'enquête nationale. [En ligne]. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-02/a_vuagnat_g-1-1.pdf. Consulté le 28 octobre 2021.

26. Cour des comptes Rapport public annuel 2019. Les urgences hospitalières : des services toujours trop sollicités. [En ligne]. https://www.ccomptes.fr/system/files/2019-02/08-urgences-hospitalieres-Tome-2.pdf .Consulté le 29 octobre 2021.

27. ARS, Agence Régionale de Santé La Réunion. Maisons de Santé Pluri-professionnelles (MSP). [En ligne]. https://www.lareunion.ars.sante.fr/maisons-de-sante-pluri-professionnelles-msp-4. Consulté le 25 octobre 2021.

28. HAS, Haute Autorité de Santé. La check-list "sécurité du patient au bloc opératoire" [En ligne]. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2620042/fr/la-check-list-securite-du-patient-au-bloc-operatoire. Consulté le 29 octobre 2021.

29. SFMU, Société Française de Médecine d'Urgences. Le triage en structure des urgences Recommandations formalisées d'experts 2013. [En ligne]. https://www.sfmu.org/upload/referentielsSFMU/rfe_triage2013.pdf. Consulté le 29 octobre 2021.

30. ADSP Actualité et Dossier en Santé Publique n° 73 – Le système de soins et les inégalités sociales de santé. Lombrail P. [En ligne]. https://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?clef=113. Consulté le 29 octobre 2021.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis 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 le demandera.
Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu 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 et méprisé si j'y manque.

RÉSUMÉ

Repérage de la fragilité sociale aux urgences du CHU de Saint Denis de La Réunion et lien avec le service de la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS)
Étude quasi expérimentale de février à juin 2021
Introduction : À la Réunion 39% de la population vit sous le seuil de pauvreté.
Les urgences sont un lieu de premier recours pour ces personnes vulnérables. Au CHU Félix-Guyon il existe un outil : « l'alerte PASS » qui permet d'informer le service de la PASS qu'une situation nécessiterait leur expertise. Il est peu utilisé.
Objectif : Le but de l'étude est de dépister la précarité à l'aide du score de PASCAL aux urgences du CHU Félix-Guyon afin d'améliorer le taux de recours aux consultations et ordonnances de la PASS.
Méthode : Il s'agit d'une étude quasi expérimentale de type « avant-après » menée aux urgences du CHU Félix-Guyon du 1er février au 30 juin 2021. Le score de PASCAL a été mise en place à l'entrée des urgences. Nous avons étudié le nombre d'alertes PASS réalisées avant et après intervention.
Une analyse descriptive a été réalisé à partir de 400 dossiers patients ayant un score de PASCAL positif.
Résultats : 1720 patients ont été inclus, le nombre d'alertes PASS est resté stable sur les 2 périodes (30 et 28). 97% des patients étaient considérées comme précaires après dépistage. Notre étude a mis en évidence une population jeune (46,4 ans) avec peu de comorbidités. Les urgences étaient un lieu de premier recours pour 74,2% d'entre eux.
Conclusion : Le dépistage de la précarité aux urgences du CHU Félix-Guyon n'a pas permis d'améliorer le taux de recours aux dispositifs de la PASS. Cette étude est un travail préalable pour aboutir à une meilleure prise en charge médico-sociale aux urgences du CHU Félix Guyon.
Discipline : médecine d'urgences

MOTS-CLÉS : Précarité - Inégalités sociales de Santé - Dépistage - Urgences - La Réunion

ABSTRACT

Identification of social fragility in the emergency room of the University Hospital of Saint Denis La Réunion and link with the Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS)
Quasi-experimental study from February to June 2021

Background: In Reunion, 39% of the population lives below the poverty line.
Emergency departments are the first port of call for these vulnerable people. At the Félix-Guyon University Hospital, there is a tool: "the PASS alert", which informs the PASS service that a situation requires their expertise. It is rarely used.
Method: This is a quasi-experimental before-and-after study conducted in the emergency department of the CHU Félix-Guyon from 1 February to 30 June 2021. The PASCAL score was set up at the entrance of the emergency room. We studied the number of PASS alerts performed before and after the intervention.
A descriptive analysis was carried out on 400 patient files with a positive PASCAL score.
Results: 1720 patients were included, the number of PASS alerts remained stable over the two periods (30 and 28). 97% of the patients were considered as precarious after screening. Our study revealed a young population (46.4 years) with few comorbidities. The emergency room was the first port of call for 74.2% of them.
Conclusion: Screening for precariousness in the emergency room of the Félix-Guyon University Hospital did not improve the rate of use of the PASS services. This study is a preliminary work to achieve a better medical and social care in the emergency room of the CHU Félix Guyon.
Discipline: clinical emergency medicine

KEYWORDS: Precariousness - Social Inequalities in Health - Screening - Emergency - La Réunion