

# Les patients en situation de précarité dans les urgences girondines : repérage et parcours de soins

Pierre Escande

► **To cite this version:**

Pierre Escande. Les patients en situation de précarité dans les urgences girondines : repérage et parcours de soins. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01970196

**HAL Id: dumas-01970196**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01970196>**

Submitted on 4 Jan 2019

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

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

**U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES**

Année 2018

Thèse n°210

THESE POUR L'OBTENTION DU  
**DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement

Par ESCANDE, Pierre, Philippe, Marcel

Né le 17 novembre 1988 à Poissy

Le 13 décembre 2018

**LES PATIENTS EN SITUATION DE PRECARITE DANS LES  
URGENCES GIRONDINES : REPERAGE ET PARCOURS DE  
SOINS**

Sous la direction de : Manon DUBERNAT

Membres du jury :

M. ALLA, François  
M. ADAM, Christophe  
Mme DUHAMEL, Sylvie  
Mme SAVES, Marianne  
Mme DUBERNAT, Manon

Président  
Rapporteur  
Examineur  
Examineur  
Examineur

Remerciements .....	1
Abréviations .....	3
Liste des tableaux .....	4
Liste des figures .....	5
I. Introduction .....	6
A. Définitions de la précarité [1-3] .....	7
B. Rappels historiques .....	8
1. De la précarité [2,4-9] .....	8
a) Au Moyen-âge .....	8
b) A la Renaissance .....	9
c) A l'ère industrielle .....	9
d) A l'époque contemporaine .....	10
2. De l'Hôpital et son rôle social [10-12] .....	12
a) Fin de l'Antiquité et création .....	12
b) Au moyen âge .....	12
c) A la renaissance .....	13
d) A l'ère industrielle .....	13
e) A l'époque contemporaine .....	14
3. Contexte socio-sanitaire en Gironde .....	14
a) Démographie humaine [13] .....	14
b) Démographie de la précarité [13-16] .....	15
c) Démographie médicale [17] .....	16
C. Structures d'urgences [18] .....	18
D. Justification de l'étude .....	19
II. Matériel et méthode .....	20
A. Méthodologie .....	21
1. Objectifs de travail .....	21
2. Type d'étude .....	21
3. Matériel de l'étude .....	21
a) Choix de l'outil de repérage .....	21
b) Conception du questionnaire (cf. Annexe 2) .....	22
4. Protocole de l'étude : .....	22
5. Aspects réglementaires .....	23
B. Critères de sélection des patients .....	23
1. Critères d'inclusion .....	23
2. Critères d'exclusion .....	23
C. Analyse des données .....	23

III.	Résultats .....	24
A.	Description de la population globale.....	25
1.	Âge des patients .....	25
2.	Heure d'arrivée des patients .....	26
3.	Prévalence de la précarité .....	28
4.	Catégorisation de la précarité.....	28
5.	Degré de précarité des patients .....	29
6.	Site d'inclusion des patients .....	29
7.	Précarité et type d'établissement .....	31
B.	Etude des populations précaires et non précaires.....	32
1.	En fonction de l'âge.....	32
2.	En fonction du jour de consultation .....	33
3.	En fonction de l'heure d'arrivée.....	34
4.	En fonction du mode de recours aux urgences .....	36
5.	En fonction du nombre de recours antérieurs aux urgences .....	37
6.	En fonction de la durée des symptômes.....	38
7.	En fonction du type de consultation antérieure.....	39
8.	En fonction des personnes qui ont conseillé de venir aux urgences .....	40
9.	En fonction de la tentative de contact avec le médecin traitant .....	42
a)	Tentative de contact .....	42
b)	Pas de tentative de contact .....	43
10.	En fonction des motivations de recours aux urgences .....	45
11.	En fonction du taux d'ALD .....	47
12.	En fonction des comorbidités.....	47
a)	Score de Charlson modifié .....	47
b)	Détail du score de Charlson .....	49
13.	En fonction des actes réalisés .....	50
14.	En fonction du diagnostic retenu .....	51
15.	En fonction du devenir des patients .....	53
IV.	Discussion .....	54
A.	Intérêt de l'étude .....	55
B.	Faiblesse de l'étude.....	55
C.	Force et faiblesse du questionnaire .....	55
1.	Sur la méthode .....	55
2.	Intérêts et limites du score de Pascal .....	56
D.	Caractéristique de notre population : comparaison avec les données de la littérature .	57
1.	Une population incluse représentative de la population girondine .....	57

2.	Population repérée selon le score de Pascal : critère de jugement principal.....	58
3.	Parcours de soins aux urgences.....	59
a)	Des usagers aux profils et pratiques différents.....	59
b)	Un recours aux urgences plus fréquemment en solitaire et auto référé.....	60
c)	Un recours aux urgences plus fréquent pour des motifs moins aigus .....	61
d)	Un contact préalable et un suivi médical moindre .....	61
e)	Des motivations en grande partie superposables.....	62
f)	Des patients moins malades...ou au suivi plus erratique .....	63
g)	Moins d'examens complémentaires et d'hospitalisation au décours .....	64
h)	Des diagnostics retenus relativement homogènes .....	64
V.	Conclusion.....	66
	Bibliographie .....	69
	Serment d'Hippocrate .....	72
	Annexes .....	73

## Remerciements

Merci au **Professeur François ALLA**, Professeur des université spécialiste en Santé Publique et praticien hospitalier de nous avoir fait l'honneur de bien vouloir présider cette thèse. Veuillez trouver ici l'expression de notre profonde estime et de notre respectueuse gratitude.

Merci également au **Docteur Sylvie DUHAMEL**, Maître de conférence associé et médecin généraliste, d'avoir accepté de juger mon travail. Il y a trois ans vous évaluiez mon premier script de portfolio, aujourd'hui vous être présente pour ma soutenance de thèse. Veuillez croire en ma très sincère reconnaissance.

Merci au **Docteur Marianne SAVES**, Maître de conférence universitaire spécialiste en Santé publique et praticien hospitalier, d'accepter de juger mon travail. Veuillez voir dans ces remerciements l'expression de mon plus grand respect.

Je remercie très sincèrement le **Docteur Christophe ADAM**, Maître de conférences associé et médecin généraliste, d'avoir accepté de faire le rapport de ma thèse. Merci pour vos précieux conseils et pour votre soutien.

Merci au **Docteur Manon DUBERNAT**, Praticien hospitalier et médecin urgentiste, d'avoir été la directrice de ma thèse. Je lui adresse tous mes remerciements pour son soutien, son humanité et son accompagnement depuis mon externat. Je lui en suis sincèrement reconnaissant.

## **MERCI**

A mes parents et mes grands parents, pour leur soutien inébranlable et la transmission de leurs valeurs.

A mes frères et à ma sœur, pour l'enfance partagée qui nous soude à jamais.

A ma femme Jeanne, pour son amour inconditionnel.

A nos deux magnifiques enfants : Martin et Mathieu. Leur joie de vivre est un moteur au quotidien.

A mes amis d'enfance, de faculté et mes cointernes pour les moments de complicité partagés.

A ma belle famille, pour son intégration immédiate.

A mon médecin de famille qui m'a transmis la flamme et à tous ceux qui m'ont inspirés pendant mes études.

Au docteur Gil-Jardine, pour avoir porté ce beau projet de thèse et pour ses capacités de statisticien.

A mes camarades qui ont participé aux inclusions, donnant à ce travail toute sa puissance.

## Abréviations

**AAH** : Allocation Adulte Handicapé  
**ALD** : Affection Longue Durée  
**AME** : Aide Médicale d'Etat  
**AOC** : Atteinte d'un Organe Cible  
**ASF** : Allocation de Soutien Familial  
**ASS** : Allocation Solidarité Spécifique  
**ASV** : Allocation Supplémentaire de Vieillesse  
**ATA** : Allocation Temporaire d'Attente  
**AV** : Allocation Veuvage  
**AVC** : Accident Vasculaire Cérébral  
**CDI** : Contrat à Durée Indéterminée  
**CES** : Centre d'Examen de Santé  
**CH** : Centre Hospitalier  
**CHU** : Centre Hospitalier Universitaire  
**CMC** : Centre Médico-Chirurgical  
**CMU** : Couverture Médicale Universelle  
**CMU-C** : Couverture Médicale Universelle Complémentaire  
**CNIL** : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés  
**CP** : Code Postal  
**CPP** : Comité de Protection des Personnes  
**DRCI** : Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation  
**DREES** : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques  
**EI** : Espace Interquartile  
**EPCI** : Etablissement Public de Coopération Intercommunale  
**EPICES** : Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé  
**FC** : Fréquence Cardiaque  
**FEDORU** : FEDération Des Observatoires Régionaux d'Urgences  
**FR** : Fréquence Respiratoire  
**HIA** : Hôpital d'Instruction des Armées  
**IDE** : Infirmière Diplômée d'Etat  
**INSEE** : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques  
**IR** : Insuffisance Rénale  
**MV** : Minimum Vieillesse  
**ORU** : Observatoire Régional des Urgences  
**PA** : Pression Artérielle  
**PASS** : Permanence d'Accès aux Soins de Santé  
**PUMA** : Protection Universelle MALadie  
**RMI** : Revenu Minimum d'Insertion  
**RSA** : Revenu de Solidarité Active  
**SAMU** : Service d'Aide Médicale Urgente  
**SIDA** : Syndrome d'ImmunoDéficiency Acquis  
**SMUR** : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation  
**SpO2** : Saturation pulsée en Oxygène  
**T°** : Température  
**UHCD** : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée  
**VVP** : Voie Veineuse Périphérique



## Liste des tableaux

Tableau 1: Répartition par âge .....	25
Tableau 2: Répartition par heure d'arrivée .....	26
Tableau 3: Prévalence de la précarité.....	28
Tableau 4: Catégorisation de la précarité .....	28
Tableau 5: Degré de précarité .....	29
Tableau 6: Répartition en fonction du site d'inclusion.....	29
Tableau 7: Public versus privé .....	31
Tableau 8: Répartition en fonction de l'âge.....	32
Tableau 9: Répartition en fonction du jour de consultation .....	33
Tableau 10: répartition en fonction de l'heure d'arrivée .....	34
Tableau 11: Répartition par partie de journée .....	35
Tableau 12: Mode de recours aux urgences .....	36
Tableau 13: Recours antérieurs aux urgences .....	37
Tableau 14: Durée d'évolution des symptômes.....	38
Tableau 15: Existence d'une consultation antérieure .....	39
Tableau 16: Qui a conseillé de venir aux urgences? .....	40
Tableau 17: Tentative de contact avec le médecin traitant .....	42
Tableau 18: Si contact avec le médecin traitant .....	42
Tableau 19: Si pas de contact avec le médecin traitant.....	43
Tableau 20: Quelles sont les motivations de recours aux urgences? .....	45
Tableau 21: Taux d'ALD.....	47
Tableau 22: Score de Charlson modifié .....	47
Tableau 23: Prévalence des comorbidités .....	49
Tableau 24: Actes réalisés.....	50
Tableau 25: Diagnostic retenu.....	51
Tableau 26: Devenir des patients .....	53

## Liste des figures

Figure 1 : Evolution du taux de précarité en % .....	11
Figure 2 : Taux de pauvreté dans les EPCI girondins en 2013 .....	15
Figure 3 : Densité des médecins généralistes libéraux et mixtes en Aquitaine.....	17
Figure 4: Pourcentages des patients par tranches d'âge.....	25
Figure 5: Nombre de patients en fonction de l'heure d'arrivée.....	27
Figure 6: Pourcentages de patients précaires en fonction du site d'inclusion .....	30
Figure 7: Pourcentages de patients en fonction de l'âge.....	32
Figure 8: Prévalences des patients en fonction du jour de la semaine .....	33
Figure 9: Pourcentages de patients précaires et non précaires en fonction de l'heure d'arrivée .....	35
Figure 10: Pourcentages de patients précaires et non précaires en fonction du mode de recours aux urgences.....	36
Figure 11: Pourcentages de patients précaires et non précaires en fonction du nombre de recours antérieurs aux urgences .....	37
Figure 12: Pourcentages des patients précaires et non précaires en fonction de la durée des symptômes.....	38
Figure 13: Pourcentages des patients précaires et non précaires en fonction du type de consultation antérieure .....	39
Figure 14: Pourcentages de patients précaires et non précaires en fonction des personnes qui ont conseillé de venir aux urgences.....	41
Figure 15: Pourcentages de patients précaires et non précaires en fonction de la réponse du médecin traitant .....	43
Figure 16: Pourcentages de patients précaires et non précaires en fonction de la raison de l'absence de tentative de contact avec le médecin traitant .....	44
Figure 17: Pourcentages de patients précaires et non précaires en fonction des motivations de venue aux urgences .....	46
Figure 18: Pourcentages de patients précaires et non précaires en fonction du score de Charlson modifié .....	48
Figure 19: Pourcentages de patients précaires et non précaires en fonction des actes réalisés aux urgences.....	50
Figure 20: Pourcentages de patients précaires et non précaires en fonction du diagnostic retenu aux urgences .....	52
Figure 21: Pourcentages de patients précaires et non précaires en fonction de leur devenir ...	53

# I. Introduction

## A. Définitions de la précarité [1-3]

Si on s'en réfère au Larousse, la précarité se dit de quelque chose de précaire : qui n'offre nulle garantie de durée, de stabilité et qui peut toujours être remis en cause.

Une des définitions les plus classiquement admise est celle qu'en fait Joseph Wresinski - prêtre fondateur d'ATD quart monde - dans son papier du Journal Officiel, paru en 1987. Ainsi, "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."

On voit donc que les notions de pauvreté et de précarité se recouvrent. D'une certaine façon, la première est l'aboutissement de la seconde, chute inexorable de l'individu ayant perdu tous ses filets de sécurité.

Sur le plan juridique, l'article 2 du décret du 20 juillet 1992 réduit le concept à des considérations socio-économiques. Cinq catégories socio-professionnelles sont dites touchées par la précarité : les personnes au chômage, celles bénéficiant d'un contrat emploi solidarité, les bénéficiaires du RMI (actuel RSA) et de la CMU (actuelle PUMA), les personnes sans domicile fixe et les jeunes de 16 à 25 ans en insertion professionnelle.

## **B. Rappels historiques**

### **1. De la précarité [2,4-9]**

Si les expressions précaire et précarité sont très rarement usitées avant la fin des années 70, les concepts, eux, sont bien plus anciens.

Dans notre société, l'intégration passe par la stabilité géographique où le travail fixe l'individu à un territoire.

Depuis toujours, la dynamique de marginalisation trouve son origine dans une dimension économique liée à l'instabilité et la fragilité des situations de travail.

#### **a) Au Moyen-âge**

La question sociale centrale est celle de la mendicité des personnes n'ayant ni ressource personnelle ni revenu lié au travail.

Il existe alors une distinction nette entre mendicité acceptable et mendicité intolérable.

La première concerne des personnes sans revenu parce qu'inaptes au travail mais domiciliées et sédentaires. La seconde est pratiquée par des personnes valides. En cela elle dérange. Il faut donc les mettre au travail ou les châtier sévèrement.

Les exclus de l'époque médiévale sont des paysans ruinés ou des individus exerçant des petits métiers urbains non protégés par les systèmes corporatistes, obligés de partir de chez eux pour trouver du travail ailleurs.

Au XI<sup>e</sup> siècle, avec l'essor urbain, les "exilés des campagnes" deviennent de plus en plus visibles en ville. Le contraste est alors saisissant entre le luxe de certains et l'extrême pauvreté de beaucoup. Les premiers nourrissent à l'égard des seconds un véritable mépris social, source de discriminations et d'exclusion.

L'Eglise palie comme elle peut cette misère sans toutefois s'attaquer à ses racines. Avec l'aide des nobles et des propriétaires terriens, le territoire se maille d'hospices, lieux d'accueil pour les pauvres et les pèlerins.

La fin du Moyen-âge est marquée par l'usage plus fréquent de la monnaie. Apparaissent alors les monts-de-piété. Ces banques pour pauvres, créés à l'initiative des Franciscains, se veulent lutter contre l'usure et les taux d'intérêts abusifs.

Malgré tout, de véritables Cours des Miracles se multiplient dans les grandes villes. Les problèmes qui en résultent sont nombreux : criminalité, prostitution... Les prisons se remplissent.

### **b) A la Renaissance**

La pression démographique de la pauvreté s'accroît encore à la faveur de crises alimentaires. Des mesures drastiques sont prises pour lutter contre ce fléau. Celles-ci vont du travail forcé à l'enfermement pur et simple. La tendance est européenne.

En France, au XVI<sup>e</sup> siècle, les mendiants valides sont réquisitionnés pour nettoyer les rues et les égouts.

Le siècle suivant, Marie de Médicis, mère de Louis XIII, ordonne l'enfermement des mendiants de Paris dans les hôpitaux. Les valides y travaillent du matin au soir.

Les récidivistes sont envoyés aux Galères!

Si durant le Moyen-âge, la pauvreté était une représentation du Christ, elle est criminalisée à la Renaissance.

### **c) A l'ère industrielle**

Les prémices de l'ère industrielle en Grande Bretagne au début du XIX<sup>e</sup> siècle, puis son extension progressive au reste de l'Europe marquent l'avènement d'une nouvelle classe sociale : l'ouvrier. Elle est directement issue des franges les plus populaires de la société féodale.

Le concept anglo-saxon *paupérisme* fait alors son apparition. Il décrit ce paradoxe entre l'enrichissement de la société mais l'appauvrissement de son peuple.

Cette misère moderne, où le pauvre, malgré un emploi, peine à assurer ses besoins vitaux, est bien plus violente que celle des siècles passés. Le patron ayant remplacé le noble, il se dédouane de toutes responsabilités envers ses ouvriers et sa famille. Le seigneur assurait au moins la sécurité physique et de l'emploi contre impôt.

Engel, le célèbre philosophe, décrira la condition ouvrière en ces mots : "le prolétaire qui n'a que ses deux bras, qui mange aujourd'hui ce qu'il a gagné hier, qui dépend du moindre hasard, qui n'a pas la moindre garantie qu'il aura la capacité d'acquérir les denrées les plus indispensables - chaque crise, le moindre caprice de son patron peut faire de lui un chômeur – le prolétaire est placé dans la situation la plus inhumaine qu'être humain puisse imaginer.

L'existence de l'esclave est au moins assurée par l'intérêt de son maître, le serf a au moins un lopin de terre qui le fait vivre, tous deux ont au moins la garantie de pouvoir subsister, mais le prolétaire, lui, est à la fois réduit à lui-même, et mis hors d'état d'utiliser ses forces de telle sorte qu'il puisse compter sur elles."

Cela n'est pas sans rappeler une certaine définition de la précarité.

En réponse à cette violence sociale, la *working class* s'organise avec la création de syndicats, de caisses de solidarité ou de secours mutuel. Les structures prennent de l'ampleur à mesure qu'elles se fédèrent. Elles succèdent ainsi aux corporations de l'Ancien Régime.

A la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, Otto Von Bismarck, unificateur de l'Allemagne et alors chancelier, crée l'assurance maladie obligatoire pour les ouvriers de l'industrie, jetant ainsi les bases d'un système de protection à l'échelle nationale.

Au début des années 1940, l'anglais Sir William Henry Beveridge va plus loin avec son concept de *welfare state* ou Etat providence. A l'époque, il insiste déjà sur le fait que la mise en place d'un système de protection sociale efficace nécessite le plein-emploi...

En France, les ordonnances des 4 et 19 octobre 1945 consacrent la Sécurité Sociale et son système de protection progressivement généralisée à l'ensemble des travailleurs.

#### **d) A l'époque contemporaine**

Les Trente Glorieuses et sa période de plein-emploi voient l'apogée de la protection sociale. Un temps on pense avoir éradiqué la précarité.

Si la survenue du choc pétrolier sonne le glas de cette lune de miel, le vrai tournant est celui de la rigueur, opéré sous la présidence de François Mitterrand, au début des années 80.

Durant cette période, de profondes mutations s'opèrent dans la sphère du travail et viennent chambouler l'axiome qui prévalait jusqu'alors : seul l'inapte au travail peut se trouver dans le besoin.

Les termes de précaires et précarité viennent alors définir des problématiques qui semblaient ne pas exister auparavant.

Celles ci sont de trois type :

- La montée du chômage et notamment d'un chômage de longue durée.
- Les difficultés pour les jeunes à accéder à un premier emploi.

- La précarisation de l'emploi lui-même, avec le développement des contrats à durée déterminée, des contrats à temps partiels.

La fin du CDI universel, qui prévalait jusqu'alors n'est pas sans engendrer une forme d'affaiblissement des liens sociaux et relationnels par le nomadisme salarial qu'il sous-tend. Parallèlement, le rôle intégrateur et stabilisateur de la famille tend à disparaître à mesure que celle-ci vole en éclat.

On voit ici se dessiner toute la complexité multidimensionnelle de la précarité.

En 1998, le Haut Comité de la Santé Publique prévient :

*"Ne voir et ne vouloir traiter que l'exclusion et la grande pauvreté revient à occulter le fait que la précarité est la traduction d'un renforcement des inégalités sociales qui est devenu en quelques années le problème le plus considérable que la société française ait eu à affronter depuis longtemps. Ses causes et ses effets vont bien au-delà de la population visible des exclus."*

La CMU naît un an plus tard.

Depuis, la tendance ne va pas en s'améliorant (cf figure 1).

#### Evolution du taux de précarité, en %

Source : Calcul Centre d'observation de la société, d'après Insee

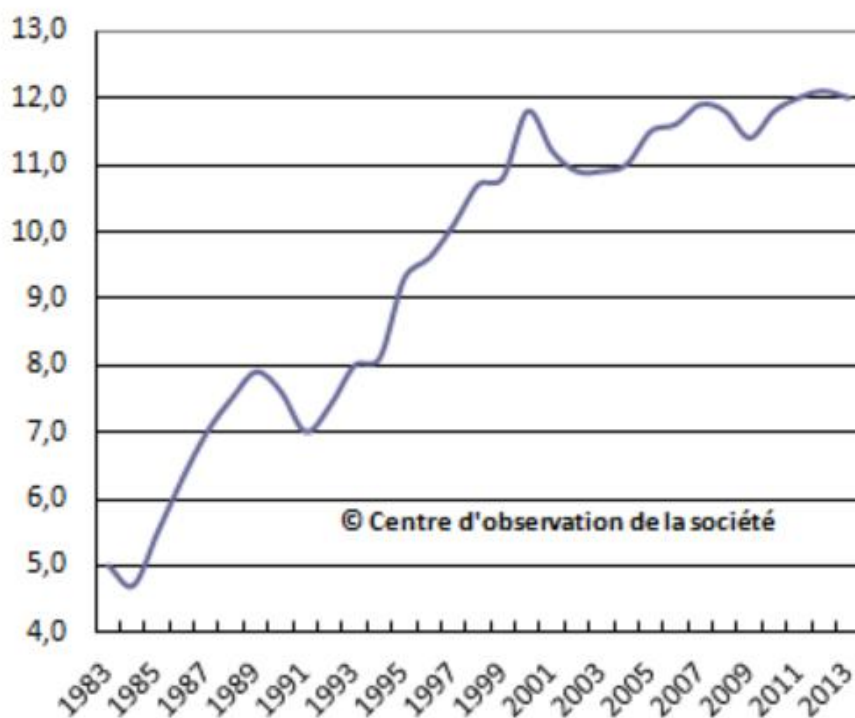


Figure 1 : Evolution du taux de précarité en %



En cette fin du troisième trimestre 2018, l'Etat annonce un recul du taux de chômage qui semble être une bonne nouvelle. Cependant, il n'en faut pas pour autant oublier les autres problématiques développées plus haut.

En effet, la précarisation du travail n'a jamais été aussi haute, la France opérant 30 ans après le Royaume-Uni et 15 ans après l'Allemagne le virage amorcé par Thatcher puis Schröder en matière d'emploi et de protection sociale. Si ces deux pays connaissent actuellement un taux de chômage inférieur à la France, leur taux de pauvreté, lui, y est nettement plus élevé.

## **2. De l'Hôpital et son rôle social [10-12]**

### **a) Fin de l'Antiquité et création**

L'histoire de l'hôpital est intimement lié à la question sociale et, au moins au départ, une affaire religieuse.

C'est très probablement à Antioche, aujourd'hui Antakya en Turquie, alors capitale de la province de Syrie du tout jeune Empire byzantin, qu'est attesté la formation des premiers hôpitaux. La cité, véritable carrefour culturel et économique, compte alors plus de 300 000 habitants et une proportion non négligeable d'indigents, attirés par l'enrichissement de la métropole. Ils sont soignés gratuitement dans des établissements de soins, institutions charitables créées à l'initiative de l'Eglise.

Deux siècles plus tard, sous l'impulsion des médecins nestoriens - chrétiens - ces structures servent de modèles aux hôpitaux de l'empire perse.

En 632, la bataille d'al-Qadisiyya sonne le glas du brillant empire Sassanide et le début de la domination musulmane au Moyen-Orient.

La culture des vaincus influençant, comme souvent, celle des vainqueurs, Bagdad puis bientôt toutes les grandes villes du monde musulman, alors en pleine expansion, se dotent d'édifices médicaux.

### **b) Au moyen âge**

Dans l'occident chrétien, durant plusieurs siècles, il n'y a que peu de différences entre les hospices et les hôpitaux. La mise en place d'hôtels-Dieu favorise cependant une spécialisation de ces établissements : dans les villes, les malades sont le plus souvent dirigés

vers les hôtels-Dieu et les hospices accueillent de préférence les pèlerins, les voyageurs, les personnes vivant dans le dénuement, les vieillards non assistés par leur famille, les incurables. La plupart des villes en Europe en comptent des dizaines, dont quelques-uns spécialisés, tel l'hospice des Quinze-Vingts fondé par Saint Louis, en 1254, à Paris, et consacré aux aveugles. On en trouve aussi dans les bourgs, notamment sur les chemins de pèlerinage. Leur administration est religieuse et la gratuité est de mise. Les croisades et l'explosion du nombre d'ordres templiers dynamisent la créations d'hôpitaux à travers l'Europe.

### **c) A la renaissance**

Au XVII<sup>e</sup> siècle, la pauvreté devient un problème politique et l'Etat s'en empare. Sont alors créés des hôpitaux pour « recueillir » les sans logis, les mendiants, les exclus...La création de l'hôpital général à Paris, puis dans chaque grande ville française, en est l'exemple. Ce sont plus des lieux d'enfermement que de soins et le travail y est obligatoire pour les valides.

A la faveur de la Révolution, l'hôpital est repensé : il s'inscrit dès lors dans un système d'assistance généralisée et est rattaché à la commune (loi du 16 octobre 1796) : c'est l'hospice civil. Son fonctionnement, initialement laïque, voit rapidement le retour des ecclésiastiques.

### **d) A l'ère industrielle**

A partir de la moitié du XIX<sup>e</sup> siècle, la législation s'attache à transformer l'hôpital en renforçant sa mission médicale. La loi du 7 août 1851 dite « d'assistance publique » pose les prémices du service public hospitalier actuel en énonçant « lorsqu'un individu privé de ressources tombe malade dans une commune, aucune condition de domicile ne peut être exigée pour son admission à l'hôpital existant dans la commune ». La loi du 14 juillet 1905 sur les vieillards, les infirmes et les incurables donne à tout français privé de ressources, incapable de subvenir par son travail aux nécessités d'existence, âgé de plus de 70 ans ou ayant une maladie incurable, d'être accueilli gratuitement dans les hôpitaux ou les hospices. Un autre texte fondamental est la loi du 21 décembre 1941 relative aux hôpitaux et hospices publics, qui ouvre l'hôpital à toute la population mais qui institue un prix à la journée d'hospitalisation.

### e) **A l'époque contemporaine**

Avec la réforme Debré à la fin des années 50 et la création des CHU, l'hôpital devient un pôle d'excellence médicale. Cette forme d'élitisme conduit quelque peu à oublier les pauvres.

Il faut alors attendre la loi du 31 juillet 1991, dite de « réforme hospitalière », pour qu'il y ait un rappel de la mission de service public des hôpitaux.

Cette loi caractérise les hôpitaux comme étant des établissements qui « garantissent l'égal accès de tous aux soins qu'ils dispensent. Ils sont ouverts à toutes les personnes dont l'état requiert leurs services. Ils doivent être en mesure de les accueillir de jour et de nuit, éventuellement en urgence, ou d'assurer leur admission dans un autre établissement », « ils dispensent aux patients les soins préventifs, curatifs ou palliatifs que requiert leur état et veillent à la continuité de ces soins, à l'issue de leur admission ou de leur hébergement » et « ils ne peuvent établir aucune discrimination entre les malades en ce qui concerne les soins. Ils ne peuvent organiser des régimes d'hébergement différents selon la volonté exprimée par les malades que dans les limites et selon les modalités prévues par les textes législatifs et réglementaires en vigueur ».

Près de seize siècles après sa création, la boucle est bouclée et l'hôpital semble s'en être retourné à sa mission originelle.

Cependant, avec les transformations socio-économiques des dernières décennies décrites plus avant, est-il pleinement apte à endosser ce rôle pourtant essentiel?

## **3. Contexte socio-sanitaire en Gironde**

### a) **Démographie humaine [13]**

La Gironde, plus grand département de France métropolitaine, comptait au dernier recensement Insee en 2015, 1 548 478 habitants, ce qui en faisait le 6<sup>ème</sup> département le plus peuplé de France.

On y dénombre pas moins de 538 communes. La densité est assez faible : à peine plus de 150 habitants/km<sup>2</sup>.

Plus de la moitié de la population girondine habite dans la communauté urbaine de Bordeaux.

## b) Démographie de la précarité [13-16]

Les notions de précarité et de pauvreté sont, on l'a vu, à la fois distinctes et liées. Dans les faits, les populations subissant une situation de précarité se recoupent souvent avec celles en situation de pauvreté. Cependant les deux populations ne se recouvrent pas exactement : une personne en situation de précarité n'est pas forcément en situation de pauvreté. Nonobstant, le taux de pauvreté permet de donner un ordre de grandeur de celui de précarité. Il était de 12,9 % en 2015 en Gironde. A titre comparatif, il s'élevait à 14,2 % au niveau métropolitain.

On rappelle que la pauvreté est définie par un niveau de vie inférieur au seuil de 60 % de la médiane des niveaux de vie.

Carte 6 : Taux de pauvreté dans les EPCI girondins, en 2013

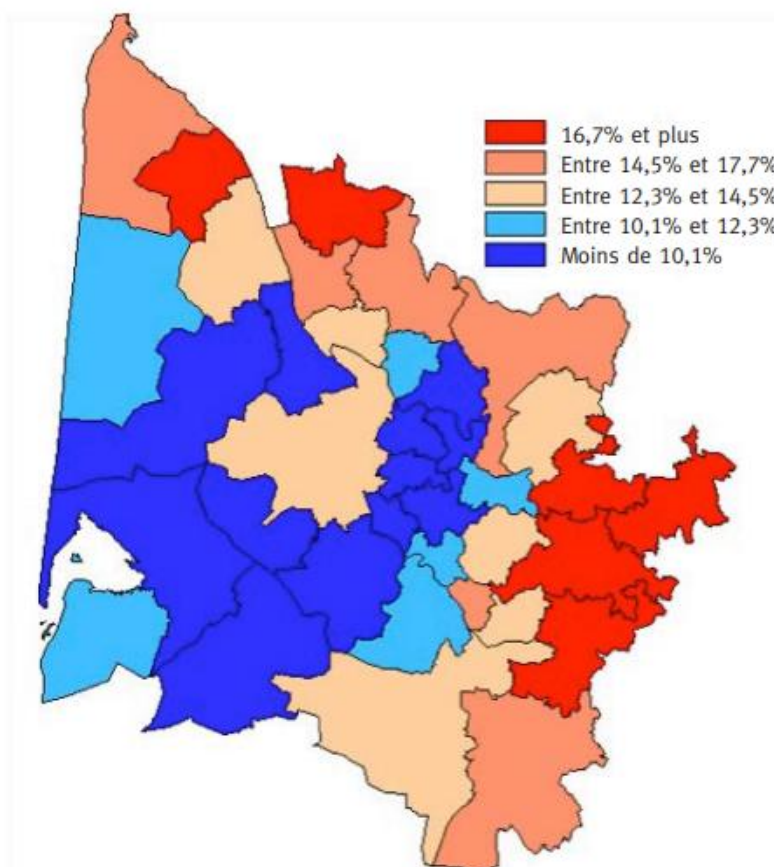


Figure 2 : Taux de pauvreté dans les EPCI girondins en 2013

Fin 2015, en Gironde, 90 500 personnes percevaient des Minimas Sociaux et 113 800 étaient couvertes par le RSA soit respectivement 5,8% et 7,4% de la population départementale. En France métropolitaine, la couverture avoisinait 5,9% et 7,7%.

En 2017, 111 000 girondins bénéficiaient de la CMU-C soit 7,3% de couverture. A titre de comparaison, la moyenne métropolitaine était de 7,5%.

A la même période, le taux de chômage était de 9,5% pour la Gironde versus 9,3% pour la France métropolitaine.

### **c) Démographie médicale [17]**

En 2015, avec une densité moyenne de 308,3 médecins en activité régulière pour 100 000 habitants, la région Aquitaine est la cinquième région de France en terme de densité médicale. La moyenne nationale est de 281,4.

Avec 386,1 médecins en activité régulière pour 100 000 habitants, la Gironde est le département le mieux doté d'Aquitaine. Si on s'intéresse seulement aux médecins généralistes, elle arrive en troisième position derrière les Pyrénées Atlantique et les Landes avec 162,2 professionnels pour 100 000 habitants.

Les médecins généralistes se concentrent principalement dans les cantons à forte densité démographique. Arcachon, Cenon et Bordeaux sont ceux où les densités observées sont les plus élevées et se situent bien au dessus de la densité moyenne du département.

Carte n°2 : Densité des médecins généralistes libéraux et mixtes - à l'échelle des bassins de vie

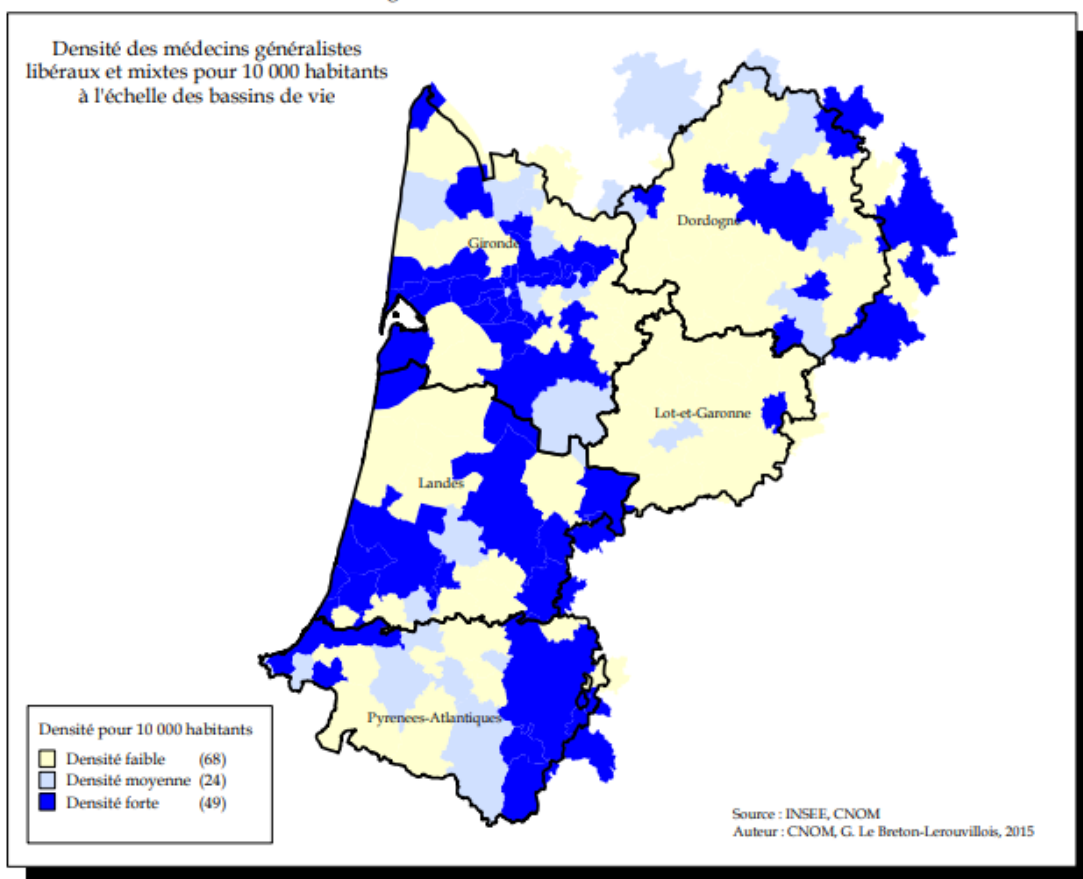


Figure 3 : Densité des médecins généralistes libéraux et mixtes en Aquitaine

## C. Structures d'urgences [18]

En 2016, les services d'urgences de la Gironde ont enregistré 400 492 passages, toutes populations confondues.

La prise en charge des patients est assurée par 14 services d'urgences répartis sur le département :

- CHU de Bordeaux (Groupe hospitalier Pellegrin, Hôpital Saint-André, Hôpital Haut-Lévêque).

- Polyclinique Bordeaux Nord
- Polyclinique Bordeaux Rive Droite
- HIA Robert Picqué à Bordeaux
- Clinique mutualiste de Pessac
- CH de Libourne
- CH de Sainte Foy La Grande
- CH d'Arcachon
- CH Sud Gironde Langon/La Réole
- CH Haute Gironde de Blaye
- Clinique mutualiste du Médoc
- CMC d'Ares

## D. Justification de l'étude

Le taux de précarité est en constante augmentation depuis les quatre dernières décennies, conséquence de modifications socio-économiques à la fois brutales et profondes [8].

Par des caractéristiques qui lui sont propres (sentiment de honte générale, d'exclusion et de mésestime de soi) le patient précaire a tendance à avoir recours aux soins de façon tardive. Cela semble s'expliquer en partie par une prévention et un dépistage moindre mais aussi par un suivi en médecine de ville moins efficace [19]. Ce "renoncement aux soins" est en grande partie dû à une barrière financière et n'est pas sans conséquence pour la santé mentale et physique de cette population. [20]

En outre, une hypothèse fréquemment avancée atteste d'un recours accru aux urgences des patients en situation de précarité. Plusieurs études vont dans ce sens. [21-23] Or, de nos jours, les services d'urgences sont saturés et les effets qui en découlent sont néfastes à la fois pour les patients et pour le personnel. [24]

Si l'article 67 de la loi relative à l'exclusion du 29 juillet 1998 rappelle que "l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies constitue un objectif prioritaire de la politique de santé", la précarité demeure une source de malaise au sein du personnel des services d'urgences et peut nuire à une prise en charge optimale. [25]

Il nous a semblé licite, au regard des implications que cela peut avoir, de nous intéresser à cette population défavorisée. Nous avons donc voulu mesurer la prévalence des patients précaires dans plusieurs structures d'urgences girondines et étudier le parcours de soins de ces requérants pour savoir s'il différait de celui des autres consultants.



# II. Matériel et méthodes

## A. **Méthodologie**

### 1. **Objectifs de travail**

L'**objectif principal** de notre travail était de repérer de façon objective les personnes en situation de précarité se présentant aux urgences. Notre **objectif secondaire** était de décrire le parcours de soins de ces patients.

### 2. **Type d'étude**

Il s'agissait d'une étude épidémiologique prospective multicentrique transversale réalisée aux urgences de 9 Centres Hospitaliers du département de la Gironde (33).

Les inclusions se sont déroulées sur 2 plages de 24h (de 8h le matin à 8h le lendemain, en continu), une en semaine (le lundi) et l'autre le week-end (le samedi), durant la fin du mois de juin et le début du mois de juillet 2018.

Les différents chefs des services d'urgences concernés avaient au préalable donné leur accord au déroulement de l'étude, avec la bénédiction de l'ORU. L'ensemble du personnel soignant était au courant de la présence d'un étudiant en recherche dans le service.

### 3. **Matériel de l'étude**

#### a) **Choix de l'outil de repérage**

L'un des principaux enjeux de cette étude était de trouver un outil permettant de discriminer de manière efficace et rapide les patients se présentant aux urgences.

Le score EPICES est à ce jour l'un des plus utilisés. Cependant, bien que court (11 items), il nous paraissait peu adapté à la situation d'urgence.

Nous avons donc opté pour le score de Pascal [25]. Elaboré en 2004 au CHU de Nantes, il a été construit pour un repérage des individus précaires en consultation hospitalière. Il se concentre sur les aspects "matériels" de la précarité. Il est très simple et rapide à utiliser puisqu'il comporte très peu d'items (4).

Ce score est détaillé en annexe (cf. Annexe 1).

Dans une étude de 2014, il était comparé au score Handicap Social (111 items) et au score EPICES (11 items) et s'avérait être suffisamment performant pour qualifier une population précaire. [26]

#### **b) Conception du questionnaire (cf. Annexe 2)**

Les données nécessaires à l'étude ont été recueillies par le biais d'un hétéro-questionnaire standardisé anonyme.

Ce questionnaire avait pour but de recueillir différentes informations socio-géographiques, le score de Pascal, le mode de recours aux urgences (moyens de transport, contact médical préalable), les recours antérieurs aux urgences, la durée du problème de santé motivant la venue, la tentative de joindre le médecin traitant et le cas échéant les conseils prodigués, les motivations de recours aux urgences, la prise en charge ALD, les comorbidités (score de Charlson (cf. Annexe 3)), les constantes vitales, les actes complémentaires réalisés, le diagnostic et le devenir.

#### **4. Protocole de l'étude :**

L'inclusion du patient se faisait lorsque celui-ci était installé en box de consultation, qu'un contact avec l'urgentiste responsable de son dossier avait été effectué et que ce dernier avait donné son accord pour l'entrevue avec l'investigateur (personne qualifiée).

L'investigateur proposait alors au patient de participer à cette recherche et l'informait :

- de l'objectif de l'étude
- du traitement informatisé des données le concernant recueillies au cours de cette recherche
- de l'absence du caractère nominatif des données recueillies

L'investigateur vérifiait également les critères d'éligibilité. Si la personne était d'accord pour participer, elle donnait oralement son accord et sa non-opposition était documentée. Le participant était informé qu'il pourrait, à tout moment, s'opposer à l'utilisation de ses données, dans le cadre de la recherche.

Une fois l'accord recueilli, l'investigateur réalisait le recueil des informations relatives au patient, puis s'assurait par la suite, de compléter les données médicales et le devenir du patient en partenariat avec l'urgentiste responsable du dossier.

## **5. Aspects réglementaires**

Cette étude a reçu l'approbation du CNIL ainsi que de la DRCI. Il s'agit d'un travail hors loi Jardé.

## **B. Critères de sélection des patients**

La population étudiée était l'ensemble des patients se présentant durant la période de l'étude et répondant aux critères d'inclusion.

### **1. Critères d'inclusion**

Tous les patients âgés de plus de 18 ans se présentant dans un service d'urgence.

### **2. Critères d'exclusion**

Les critères d'exclusion étaient les suivants:

- Patient de moins de 18 ans
- Refus de participer à l'étude
- Interrogatoire impossible: patient ne parlant pas français (barrière de la langue), intoxication alcoolique ou stupéfiant aiguë
- Pathologie mettant en jeu le pronostic vital immédiat

## **C. Analyse des données**

L'ensemble des informations a été saisi et analysé de manière statistique à l'aide du logiciel EPIINFO avec un seuil de significativité de  $p=0,05$ . Nous avons réalisé des tests de Fisher pour les variables qualitatives et de Wilcoxon pour les variables quantitatives.

# III. Résultats

## A. Description de la population globale

Au total, durant l'étude, 1165 questionnaires ont été remplis et l'ensemble des données ainsi recueillies ont pu être exploitées.

### 1. Âge des patients

Tableau 1: Répartition des patients par tranche d'âge

Tranches d'âge	Population générale	
	Effectifs	%
< 25	167	14,3
25-34	202	17,3
35-44	164	14,1
45-54	148	12,7
55-64	147	12,6
65-74	133	11,4
>= 75 ans	204	17,5
Total	1165	100

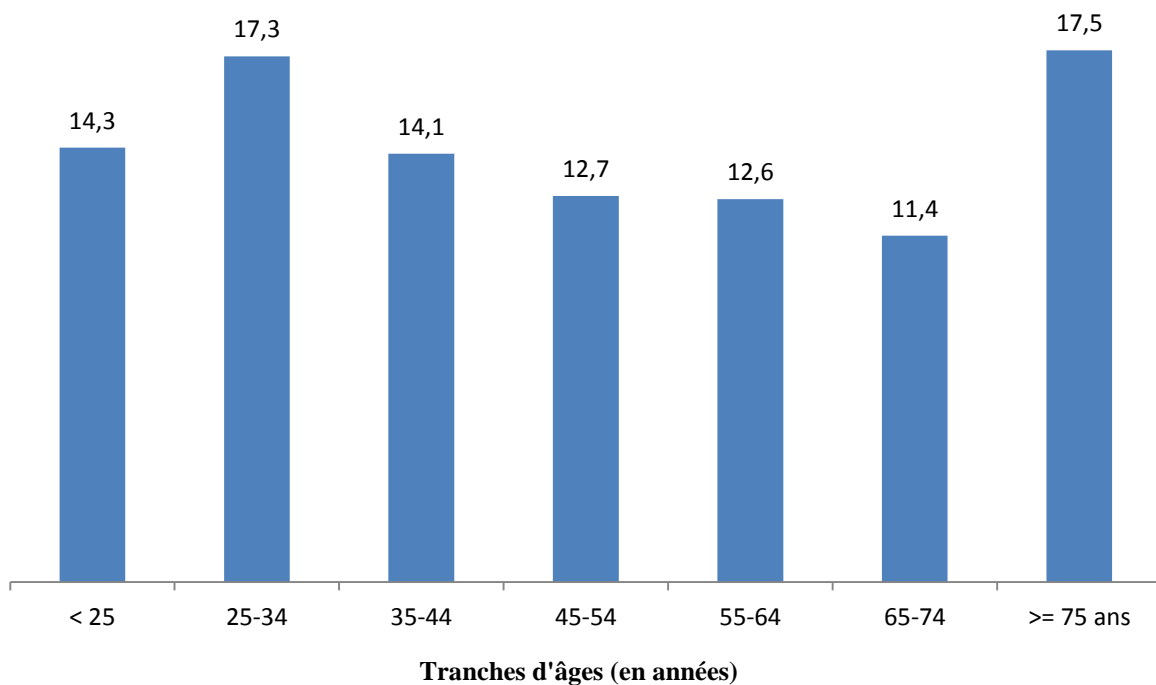


Figure 4: Pourcentages des patients par tranches d'âge

Dans notre étude, 14,3% des patients avaient moins de 25 ans (167). Ils étaient environ un tiers à avoir moins de 35 ans (369).

828 membres de notre effectif étaient en âge d'être actif (moins de 65 ans) soit plus des deux tiers de notre population.

Avec 17,3% (202), la tranche 25-34 ans était la décade la plus représentée.

La population gériatrique représentaient 17,5% de la population étudiée (204).

La moyenne d'âge de la population générale était de 50,7 ans (médiane à 48 ans, EI : 31 - 69 ans).

## 2. Heure d'arrivée des patients

Tableau 2: Répartition des patients par heure d'arrivée

Tranche horaire	Population générale	
	Effectifs	%
0-1h	36	3,1
1-2h	20	1,7
2-3h	17	1,5
3-4h	15	1,3
4-5h	17	1,5
5-6h	22	1,9
6-7h	17	1,5
7-8h	13	1,1
8-9h	39	3,3
9-10h	63	5,4
10-11h	82	7,0
11-12h	68	5,8
12-13h	82	7,0
13-14h	68	5,8
14-15h	70	6,0
15-16h	55	4,7
16-17h	68	5,8
17-18h	57	4,9
18-19h	77	6,6
19-20h	54	4,6
20-21h	57	4,9
21-22h	60	5,2
22-23h	59	5,1
23-00h	49	4,2
Total	1165	100

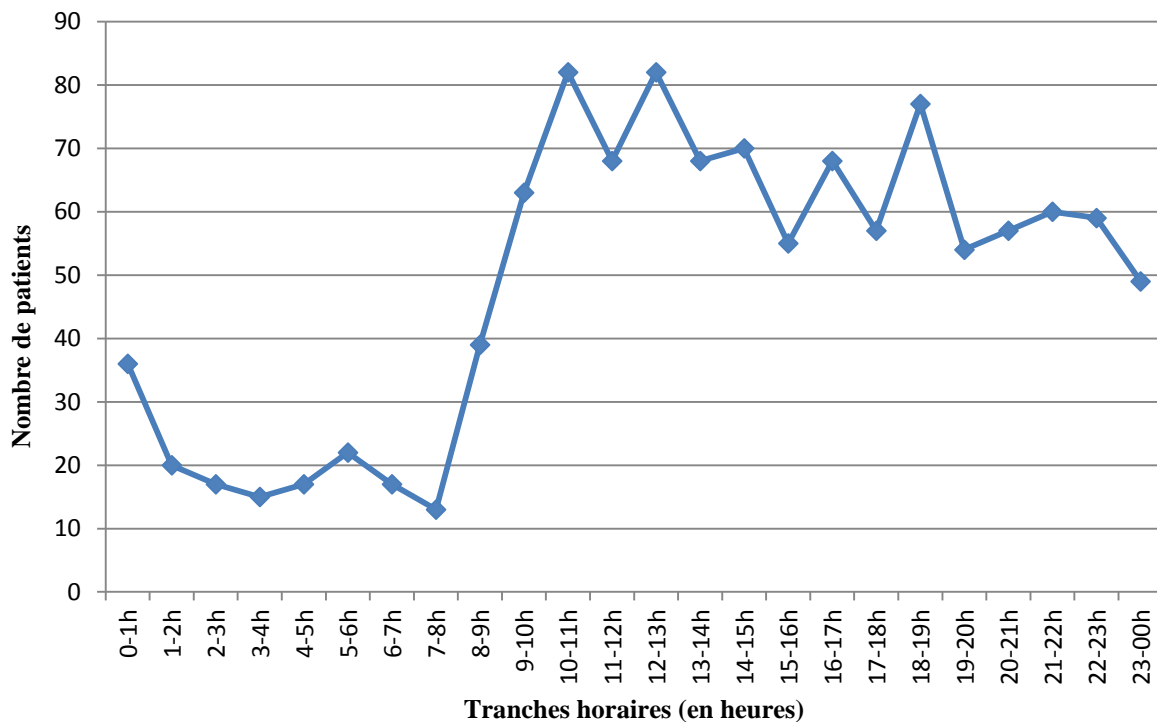


Figure 5: Nombre de patients en fonction de l'heure d'arrivée

Dans notre étude, le flux d'arrivée aux urgences variait en fonction de l'heure de la journée.

On observait une augmentation rapide du rythme des enregistrements en début de journée pour atteindre un acmé entre 10h et 13h avec près de 20 % du flux quotidien.

Le taux décroissait ensuite progressivement avec cependant un nouveau pic isolé de consultation en fin de journée (18-19h).

Il se maintenait constant durant la nuit profonde avec 13,7% des passages quotidiens entre minuit et 8h.



### 3. Prévalence de la précarité

Il s'agissait de notre objectif de recherche principal.

Tableau 3: Prévalence de la précarité

Catégorie	Population générale	
	Effectifs	%
Précaire	325	27,9
Non précaire	840	72,1
Total	1165	100

Dans notre étude, l'utilisation du score de Pascal a permis d'identifier 325 patients (27,9%) comme précaires, parmi les 1165 inclus.

### 4. Catégorisation de la précarité

Tableau 4: Catégorisation de la précarité

Item de précarité	Précaires	
	Effectifs	%
CMU, CMU-c ou AME	146	44,9
Absence de mutuelle	151	46,5
Allocations	162	49,8
Recherche d'un emploi	114	35,1

Sur notre effectif de précaires, 162 (49,8%) attestent toucher des allocations, 151 (46,5%) n'avaient pas de mutuelle, 146 (44,9%) bénéficiaient de la PUMA (ex-CMU), la CMU complémentaire ou l'AME. Enfin, 35,1% d'entre eux (114) étaient à la recherche d'un emploi depuis plus de 6 mois ou d'un premier emploi.

## 5. Degré de précarité des patients

Tableau 5: Degré de précarité

Degré de précarité	Précaires	
	Effectifs	%
1	176	54,2
2	72	22,2
3	55	16,9
4	22	6,8
Total	325	100

Parmi notre population de précaires, plus de la moitié (54,2%) l'était pour une raison, un peu moins du quart (22,2%) pour deux raisons. 55 patients (16,9%) répondaient par l'affirmative à trois de nos items et enfin 22 inclus (6,8%) étaient classés précaires par chaque assertion.

## 6. Site d'inclusion des patients

Tableau 6: Pourcentages de patients précaires en fonction du site d'inclusion

Site	Précaires		Non précaires	Total consultants
	Effectifs	%		
Saint-André	48	45,7	57	105
Pellegrin	76	38,8	120	196
Bordeaux Nord	40	28,6	100	140
Libourne	52	28,0	134	186
Blaye	18	24,0	57	75
Robert Picqué	27	20,9	102	129
Arcachon	28	20,6	108	136
Mutualiste Pessac	20	20,4	78	98
Langon	16	16,0	84	100
Total	325	NC	840	1165

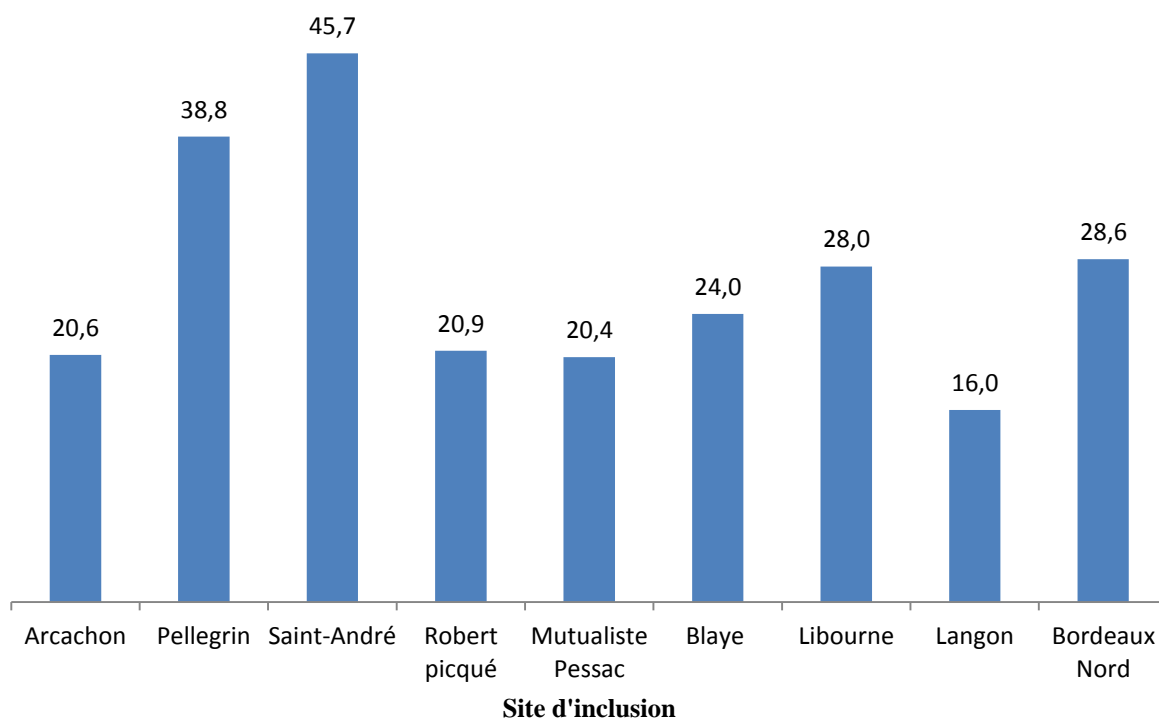


Figure 6: Pourcentages de patients précaires en fonction du site d'inclusion

Avec une population de précaires représentant 45,7% des consultants durant notre étude, l'hôpital Saint André arrive en tête du classement. Sur la même période, le CH de Langon comptait une prévalence de 16% de patients en situation de précarité selon le score de Pascal.

Le CHU Pellegrin affichait une prévalence de 38,8%.

La polyclinique Bordeaux Nord, premier établissement privé de notre étude, voyait 28,6% de sa population de requérants détectés par notre score.

## 7. Précarité et type d'établissement

Tableau 7: Pourcentages de patient précaire en fonction du type d'établissement

<b>Etablissement</b>	<b>Précaires</b>	<b>%</b>	<b>Total consultants</b>	<b>p</b>
<b>Public</b>	265	28,6	927	NS
<b>Privé</b>	60	25,2	238	
<b>Total</b>	325	NC	1165	

Dans notre étude, on observait une prévalence de 28,6% de patients précaires selon notre outil de repérage dans les établissements publics. Elle était de 25,2% dans les structures privées. La différence était non significative.

## B. Etude des populations précaires et non précaires

### 1. En fonction de l'âge

Tableau 8: Répartition des patients en fonction de l'âge

Tranche d'âge	Population générale		Précaires		Non précaires	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
< 25	167	14,3	55	16,9	112	13,3
25-34	202	17,3	71	21,8	131	15,6
35-44	164	14,1	67	20,6	97	11,5
45-54	148	12,7	50	15,4	98	11,7
55-64	147	12,6	36	11,1	111	13,2
65-74	133	11,4	17	5,2	116	13,8
>= 75 ans	204	17,5	29	8,9	175	20,8
Total	1165	100,0	325	100,0	840	100,0

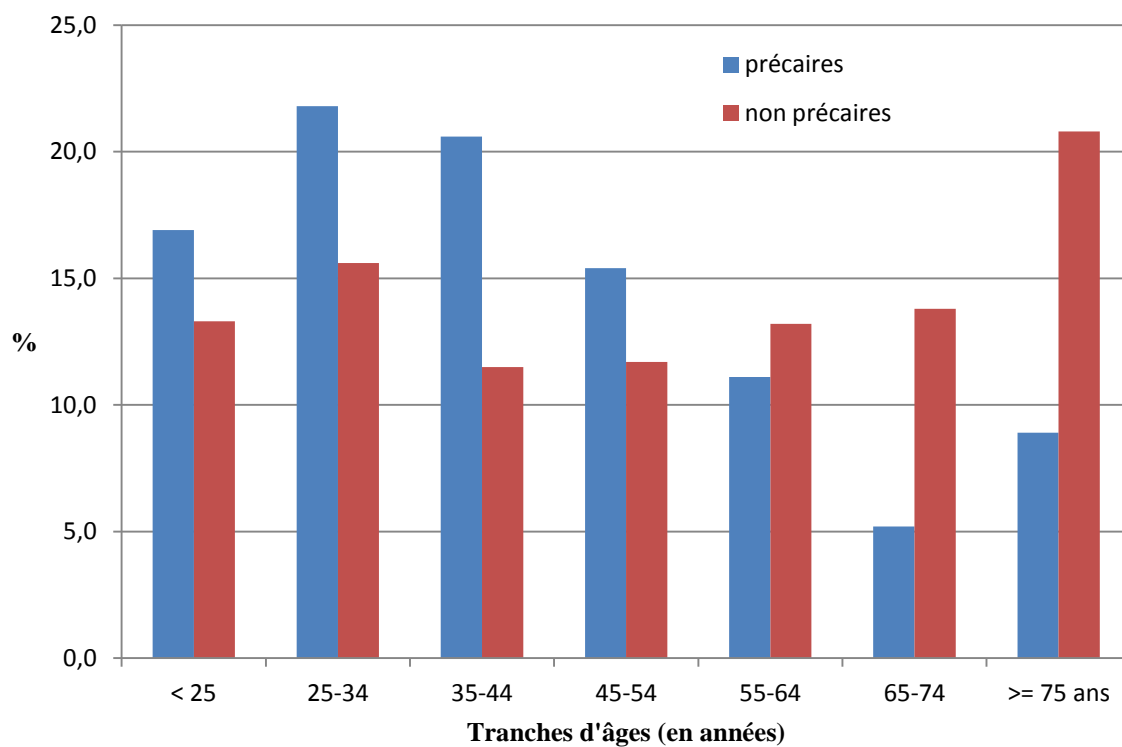


Figure 7: Pourcentages de patients en fonction de l'âge

Près de 3/5<sup>ème</sup> des patients précaires avaient moins de 45 ans (59,3%). Les 25-34 ans étaient les plus représentés avec une prévalence de 21,8% (71). Les séniors comptaient pour moins du cinquième de notre population en situation de précarité (14,1%).

Concernant les non précaires, 2/5<sup>ème</sup> d'entre eux avaient moins de 45 ans (40,5%). Les plus représentés étaient les plus de 75 ans avec 20,8% de l'effectif non précaire. Plus du tiers (34,6%) étaient des séniors.

La moyenne d'âge des précaires était de 43,3 ans (médiane à 39 ans, EI : 28 - 55 ans)

Celle des non précaires était de 53,6 ans (médiane à 53 ans, EI : 33 -73 ans).

Il existait une différence hautement significative entre nos 2 groupes ( $p < 0,001$ ).

## 2. En fonction du jour de consultation

Tableau 9: Répartition en fonction du jour de consultation

Jour	Population générale		Précaires		Non précaires		p
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	
Week-end	597	51,2	148	45,5	449	53,5	0,015
Semaine	568	48,8	177	54,5	391	46,5	
Total	1165	100	325	100	840	100	

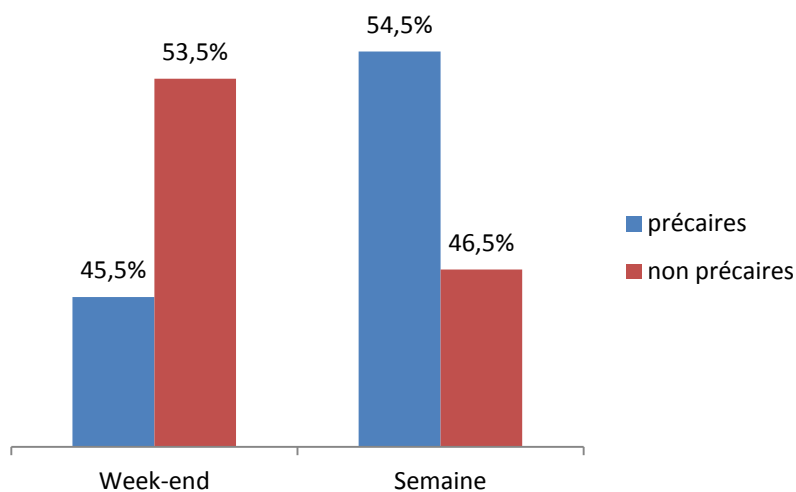


Figure 8: Prévalences des patients en fonction du jour de la semaine

Dans notre étude, 45,5% des patients identifiés comme précaires ont consulté le week-end (samedi) contre 53,5% des non précaires. En semaine (lundi), les proportions s'établissaient respectivement à 54,5% et 46,5%. Cette différence de choix du jour de consultation était significative ( $p = 0,015$ ).

A noter une proportion équivalente de consultants le week-end et la semaine dans la population générale.

### 3. En fonction de l'heure d'arrivée

Tableau 10: Répartition en fonction de l'heure d'arrivée

Tranche horaire	Population générale		Précaires		Non précaires	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
0-1h	36	3,1	9	2,8	27	3,2
1-2h	20	1,7	9	2,8	11	1,3
2-3h	17	1,5	7	2,2	10	1,2
3-4h	15	1,3	2	0,6	13	1,5
4-5h	17	1,5	8	2,5	9	1,1
5-6h	22	1,9	11	3,4	11	1,3
6-7h	17	1,5	4	1,2	13	1,5
7-8h	13	1,1	3	0,9	10	1,2
8-9h	39	3,3	11	3,4	28	3,3
9-10h	63	5,4	16	4,9	47	5,6
10-11h	82	7,0	28	8,6	54	6,4
11-12h	68	5,8	20	6,2	48	5,7
12-13h	82	7,0	25	7,7	57	6,8
13-14h	68	5,8	18	5,5	50	6,0
14-15h	70	6,0	20	6,2	50	6,0
15-16h	55	4,7	16	4,9	39	4,6
16-17h	68	5,8	20	6,2	48	5,7
17-18h	57	4,9	11	3,4	46	5,5
18-19h	77	6,6	22	6,8	55	6,5
19-20h	54	4,6	11	3,4	43	5,1
20-21h	57	4,9	9	2,8	48	5,7
21-22h	60	5,2	17	5,2	43	5,1
22-23h	59	5,1	16	4,9	43	5,1
23-00h	49	4,2	12	3,7	37	4,4
Total	1165	100	325	100	840	100

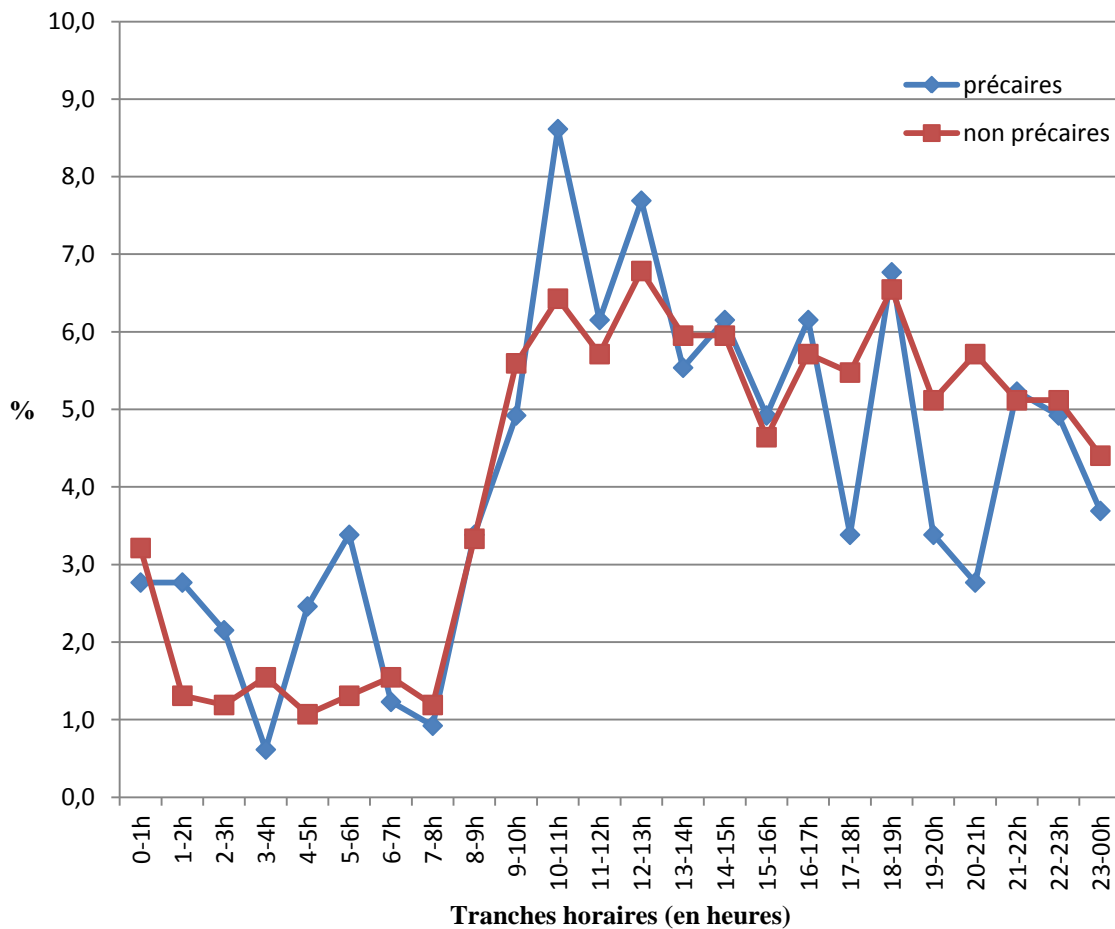


Figure 9: Pourcentages de patients précaires et non précaires en fonction de l'heure d'arrivée

Tableau 11: Répartition par partie de journée

Partie de journée	Précaires en %	Non précaires en %	p
matinée (8-12h)	23,1	21,1	NS
après-midi (12h-18h)	33,8	34,5	
soirée (18h-24h)	26,8	32,0	
nuit profonde (00h-8h)	16,3	12,4	
Total	100	100	

Dans notre étude, les prévalences de présentation des patients précaires et non précaires par tranche horaire étaient à peu près superposables. On notait cependant des différences avec un taux moindre de défavorisés en soirée (26,8% versus 32%), cette tendance s'inversant en nuit profonde (16,3% versus 12,4%). Il ne s'agissait cependant que de tendances, aucune de ces différences n'étant statistiquement significatives.



#### 4. En fonction du mode de recours aux urgences

Tableau 12: Mode de recours aux urgences

Mode de recours	Population générale		Précaires		Non précaires		p
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	
SMUR	11	0,9	1	0,3	10	1,2	/
Ambulance privée	125	10,7	36	11,1	89	10,6	NS
Pompiers	265	22,7	71	21,8	194	23,1	NS
Seul	260	22,3	95	29,2	165	19,6	<0,01
Accompagné d'un tiers	504	43,3	122	37,5	382	45,5	<0,01
Total	1165	100	325	100	840	100	

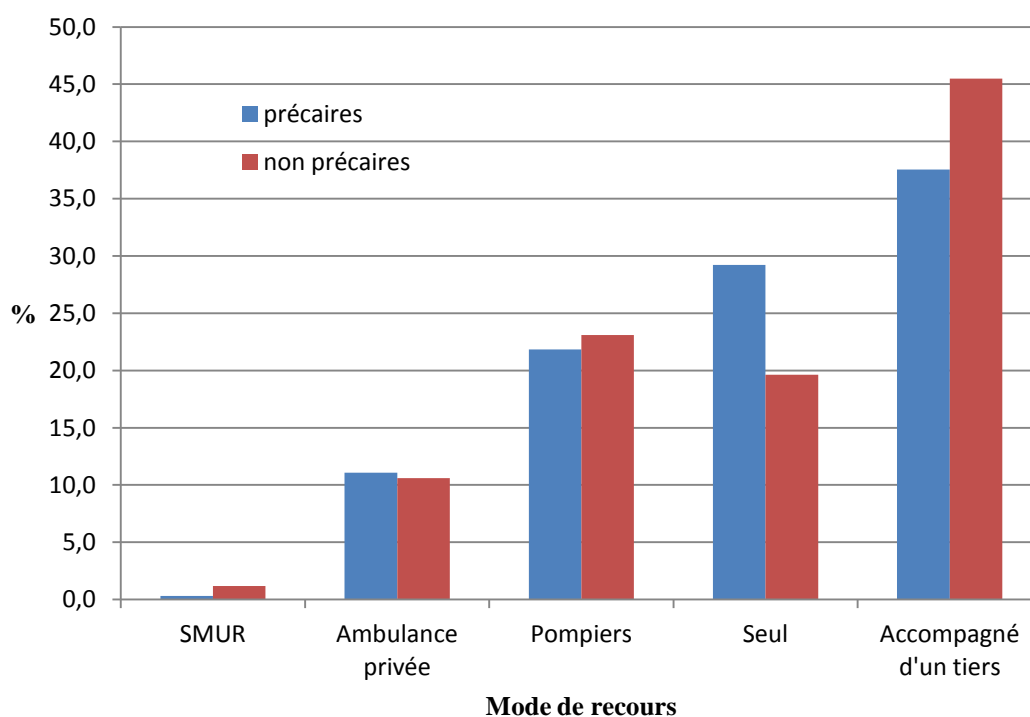


Figure 10: Pourcentages de patients précaires et non précaires en fonction du mode de recours aux urgences

De manière globale, dans notre étude, les patients se présentaient préférentiellement aux urgences accompagnés d'un tiers. Le taux d'accompagnement variait cependant de 37,5% chez les patients précaires à 45,5% chez les non précaires ( $p < 0,01$ ).

De façon significative, les consultants en situation de précarité arrivaient plus fréquemment seul que les autres (29,2% versus 19,6%,  $p < 0,01$ ).

Les proportions de recours aux transports sanitaires, quels qu'ils soient, ne différaient pas.

## 5. En fonction du nombre de recours antérieurs aux urgences

Tableau 13: Recours antérieurs aux urgences

Recours antérieurs	Population générale		Précaires		Non précaires		p
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	
Jamais	247	21,2	64	19,7	183	21,8	0,18
Une fois	213	18,3	51	15,7	162	19,3	
Plus d'une fois	705	60,5	210	64,6	495	58,9	
Total	1165	100	325	100	840	100	

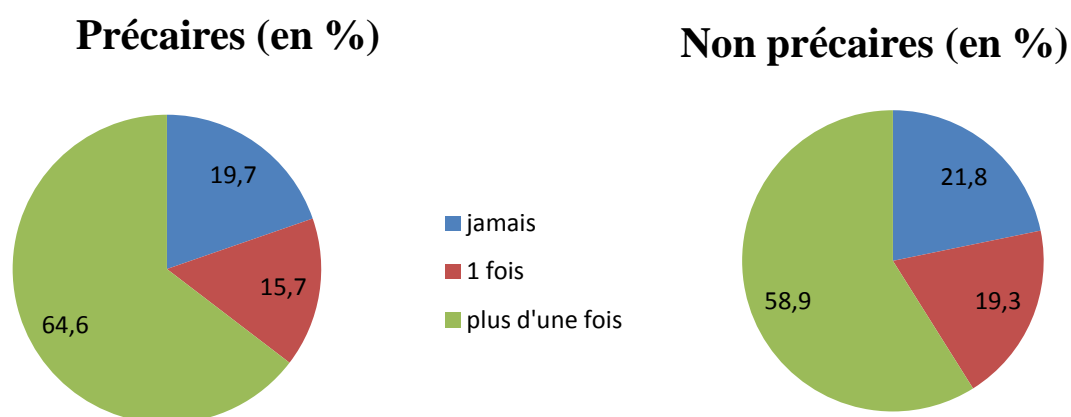


Figure 11: Pourcentages de patients précaires et non précaires en fonction du nombre de recours antérieurs aux urgences

Les patients identifiés comme précaires étaient 19,7% (64) à n'avoir jamais eu recours aux urgences par le passé et 15,7 % (51) à s'y être présentés une fois. 64,6 % (210) d'entre eux alléguaient avoir séjourné dans un service d'urgences plus d'une fois.

Chez les non précaires, 21,8% (183) n'y étaient jamais venus auparavant, 19,3% (162) une fois et 58,9% plus d'une fois. Nos deux groupes ne présentaient pas de différences statistiquement significatives ( $p = 0,18$ ).

## 6. En fonction de la durée des symptômes

Tableau 14: Durée d'évolution des symptômes

Durée des symptômes	Population générale		Précaires		Non précaires		p
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	
< 24h	707	60,7	191	58,8	516	61,4	0,015
> 24h	296	25,4	74	22,8	222	26,4	
> 1 semaine	109	9,4	36	11,1	73	8,7	
> 1 mois	53	4,5	24	7,4	29	3,5	
Total	1165	100	325	100	840	100	

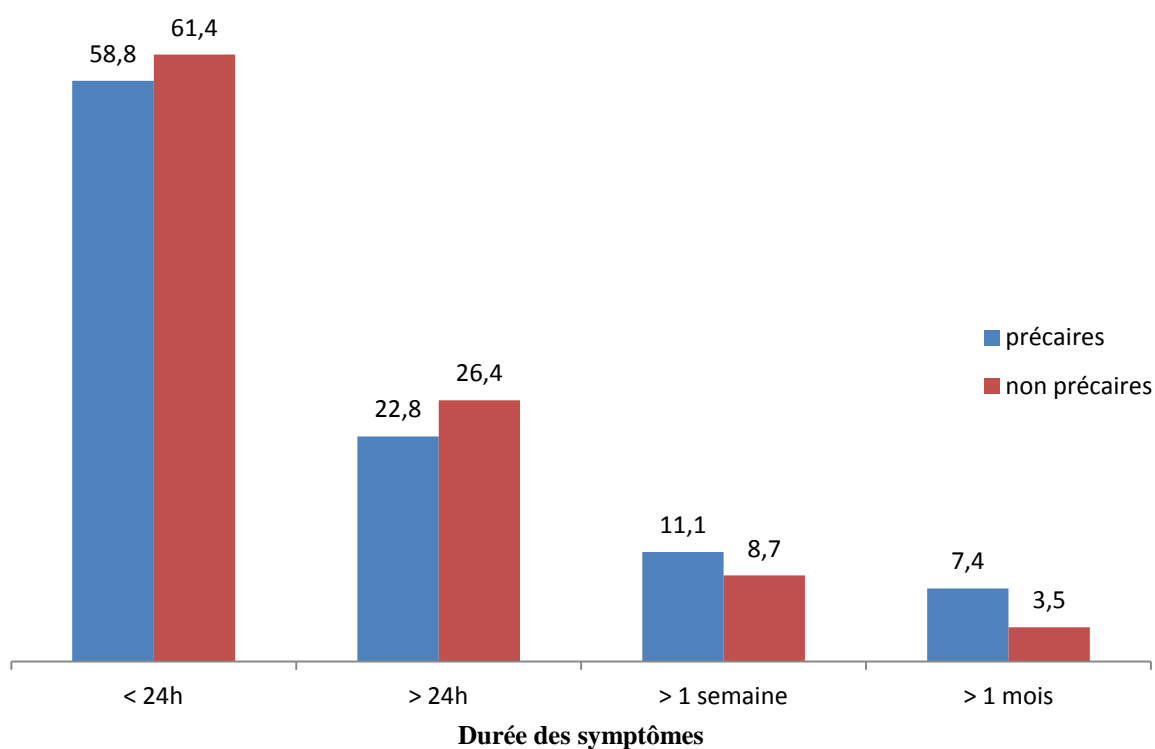


Figure 12: Pourcentages des patients précaires et non précaires en fonction de la durée des symptômes

Dans notre étude, la population identifiée comme précaire a consulté en raison de symptômes évoluant depuis moins de 24 heures dans 58,8% des cas. La proportion chutait à 22,8% pour des symptômes datant de 1 à 6 jours, à 11,1% lorsque le problème durait depuis plus d'une semaine et à 7,4% pour des anomalies constatées depuis plus d'un mois.

En comparaison, ces prévalences s'élevaient respectivement à 61,4%, 26,4%, 8,7% et 3,5% chez les non précaires. Nos groupes différaient significativement ( $p = 0,015$ ).

## 7. En fonction du type de consultation antérieure

Tableau 15: Existence d'une consultation antérieure

Consultation antérieure	Population générale		Précaires		Non précaires		p
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	
Médecin traitant	284	24	74	22,8	210	25	NS
Médecin spécialiste	40	3,4	14	4,3	26	3,1	NS
Médecin remplaçant	31	2,6	7	2,2	24	2,9	NS
Médecin de garde	29	2,4	6	1,8	23	2,7	NS
SOS médecin	49	4,1	16	4,9	33	3,9	NS
Urgentiste	40	3,4	13	4	27	3,2	NS
Pas de consultation	716	60,4	206	63,4	510	60,7	NS

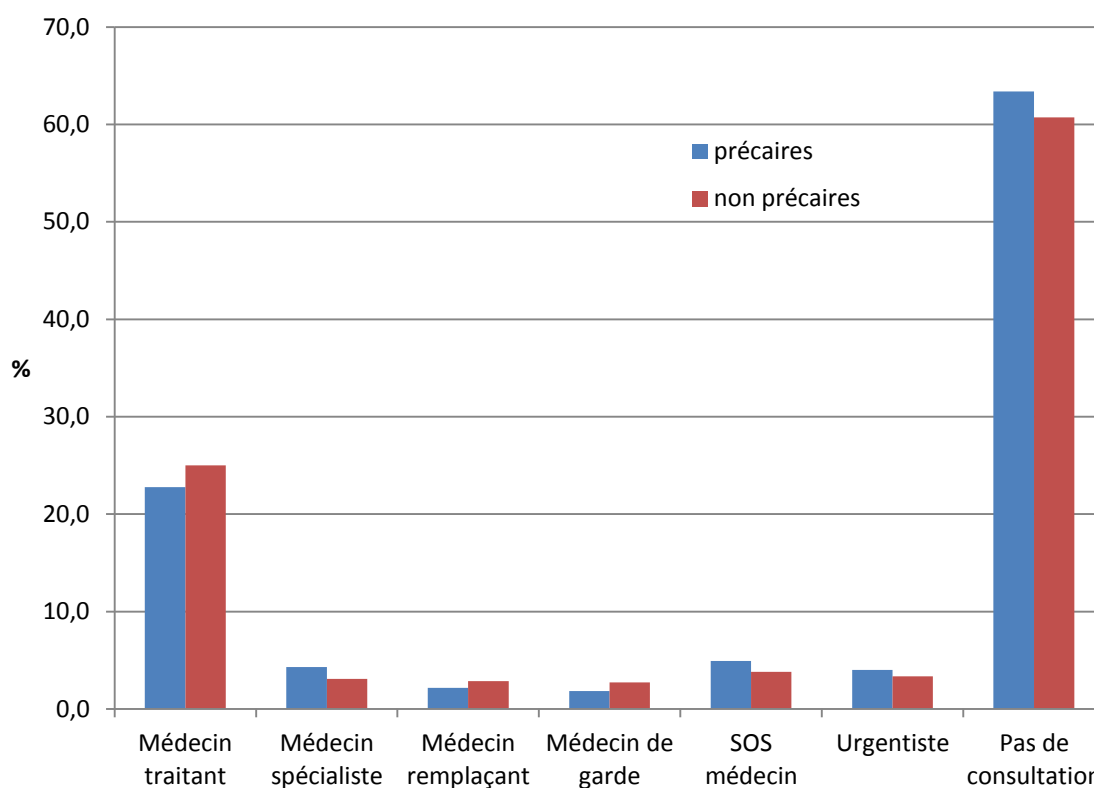


Figure 13: Pourcentages des patients précaires et non précaires en fonction du type de consultation antérieure

Un quart des patients identifiés comme non précaires avait consulté leur médecin traitant auparavant. Cette proportion était de 22,8% chez les précaires.

De manière générale, la plupart des requérants se présentaient aux urgences sans consultation médicale préalable. Le taux était de 63,4% chez les précaires versus 60,7% chez les non précaires, soit une différence non significative.

## 8. En fonction des personnes qui ont conseillé de venir aux urgences

Tableau 16: Qui a conseillé de venir aux urgences?

Qui a conseillé de venir?	Population générale		Précaires		Non précaires		p
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	
Un médecin	266	22,4	65	20,0	201	23,9	0,16
Le SAMU	173	14,6	53	16,3	120	14,3	0,24
Le 112	1	0,1	1	0,3	0	0,0	NS
Les urgences	14	1,2	1	0,3	13	1,5	0,12
La police	14	1,2	7	2,2	7	0,8	0,07
Les pompiers	97	8,2	22	6,8	75	8,9	0,28
Un paramédical	49	4,1	10	3,1	39	4,6	0,4
L'entourage	164	13,8	47	14,5	117	13,9	NS
L'employeur	15	1,3	3	0,9	12	1,4	NS
Autre professionnel de santé	18	1,5	5	1,5	13	1,5	NS
Décidé seul	384	32,4	122	37,5	262	31,2	0,04

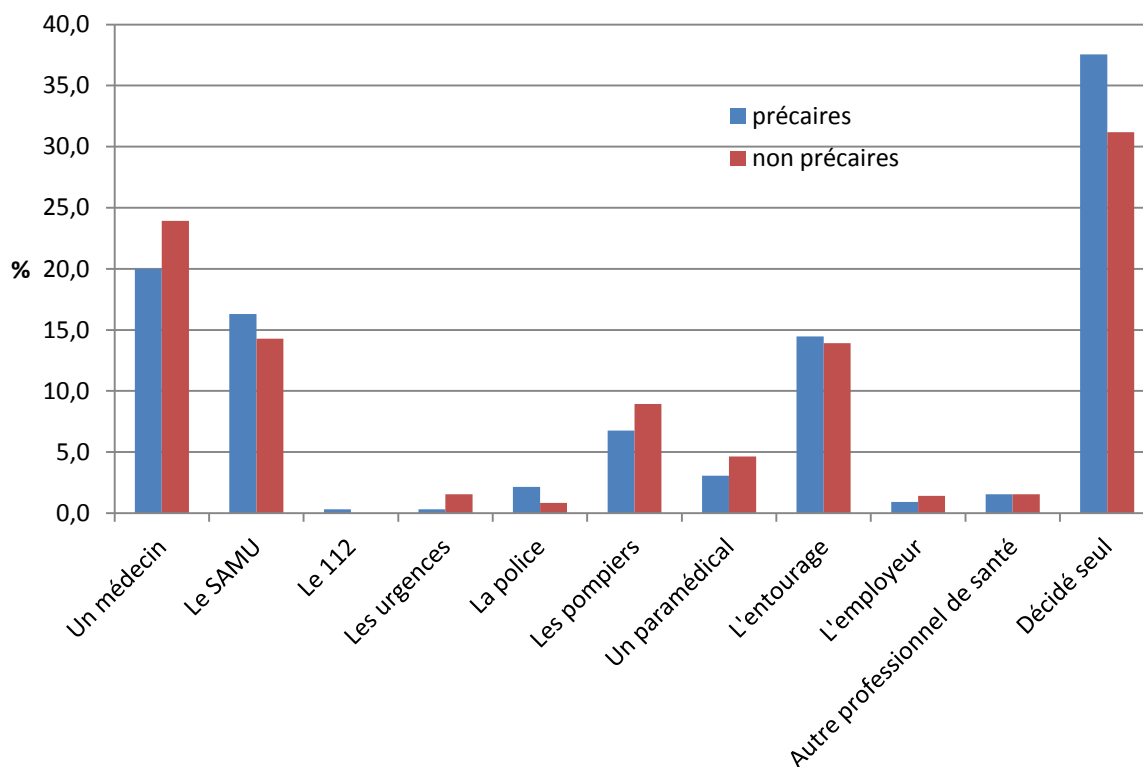


Figure 14: Pourcentages de patients précaires et non précaires en fonction des personnes qui ont conseillé de venir aux urgences

Dans notre étude, 22,4% des patients précaires étaient venus sur le conseil d'un médecin, soit une proportion identique aux non précaires (23,9%).

De façon significative, les identifiés précaires prenaient plus souvent seuls la décision de venir consulter que les autres requérants (37,5% contre 31,2%,  $p = 0,04$ ).

Enfin, plus d'une fois sur six, c'est le SAMU ou l'entourage qui conseillaient de venir aux urgences.

D'une façon générale, dans plus de trois cas sur cinq, la venue aux urgences échappait à une régulation médicale préalable (63,1% chez les précaires et 60,3 chez les non précaires).

## 9. En fonction de la tentative de contact avec le médecin traitant

Tableau 17: Tentative de contact avec le médecin traitant

Contact avec le médecin traitant	Population générale		Précaires		Non précaires		p
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	
Oui	307	26,4	73	22,5	234	27,9	0,06
Non	858	73,6	252	77,5	606	72,1	
Total	1165	100	325	100	840	100	

Le taux de patients ayant tenté de contacter son médecin traitant s'élevait à 23,1% (75) chez les patients identifiés comme précaires contre 28% (235) chez les non précaires. La différence n'était cependant pas significative ( $p = 0,06$ ).

### a) Tentative de contact

Tableau 18: En cas de tentative contact avec le médecin traitant

Tentative de contact avec le médecin traitant	Population générale		Précaires		Non précaires		p
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	
Conseil de venir aux urgences	207	66,8	50	66,7	157	66,8	NS
Ne pouvait pas recevoir	38	12,3	11	14,7	27	11,5	NS
Injoignable	40	12,9	7	9,3	33	14,0	0,3
En vacances non remplacé	5	1,6	1	1,3	4	1,7	NS
Consultation avec remplaçant non souhaitée	5	1,6	2	2,7	3	1,3	NS
RDV dans la journée mais impossible d'attendre	18	5,8	5	6,7	13	5,5	NS

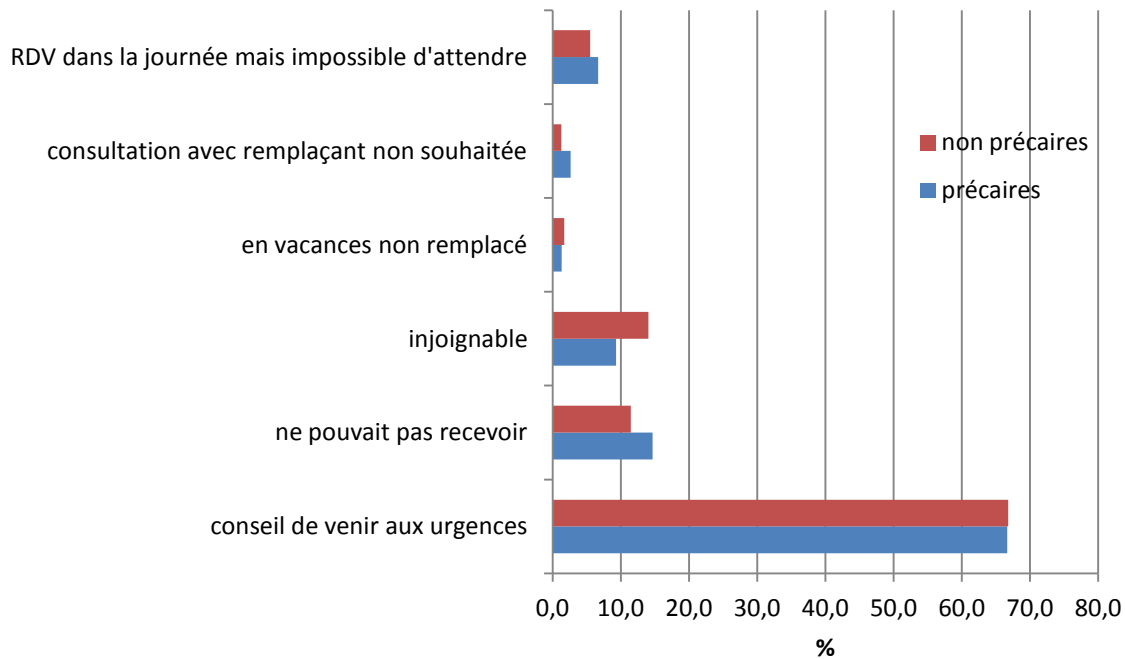


Figure 15: Pourcentages de patients précaires et non précaires en fonction de la réponse du médecin traitant

En cas de tentative de contact avec le médecin traitant, les prévalences de réponses étaient identiques dans les deux populations.

A noter que dans les deux tiers des cas, le médecin conseillait d'aller aux urgences.

Sur ce plan là, aucune différence significative entre nos 2 groupes ne ressortait des analyses statistiques.

### b) Pas de tentative de contact

Tableau 19: Raison de l'absence de contact avec le médecin traitant

Raison de l'absence de contact	Population générale		Précaires		Non précaires		p
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	
Pas de médecin traitant	57	6,7	34	13,6	23	3,8	<0,01
Conseil de consulter aux urgences la prochaine fois	19	2,2	5	2,0	14	2,3	NS
Consultation aux urgences préférée	514	60,1	140	56,0	374	61,8	NS
Déplacement impossible chez le médecin	89	10,4	31	12,4	58	9,6	NS
Injoignable (week-end, autre département...)	181	21,2	44	17,6	137	22,6	0,14



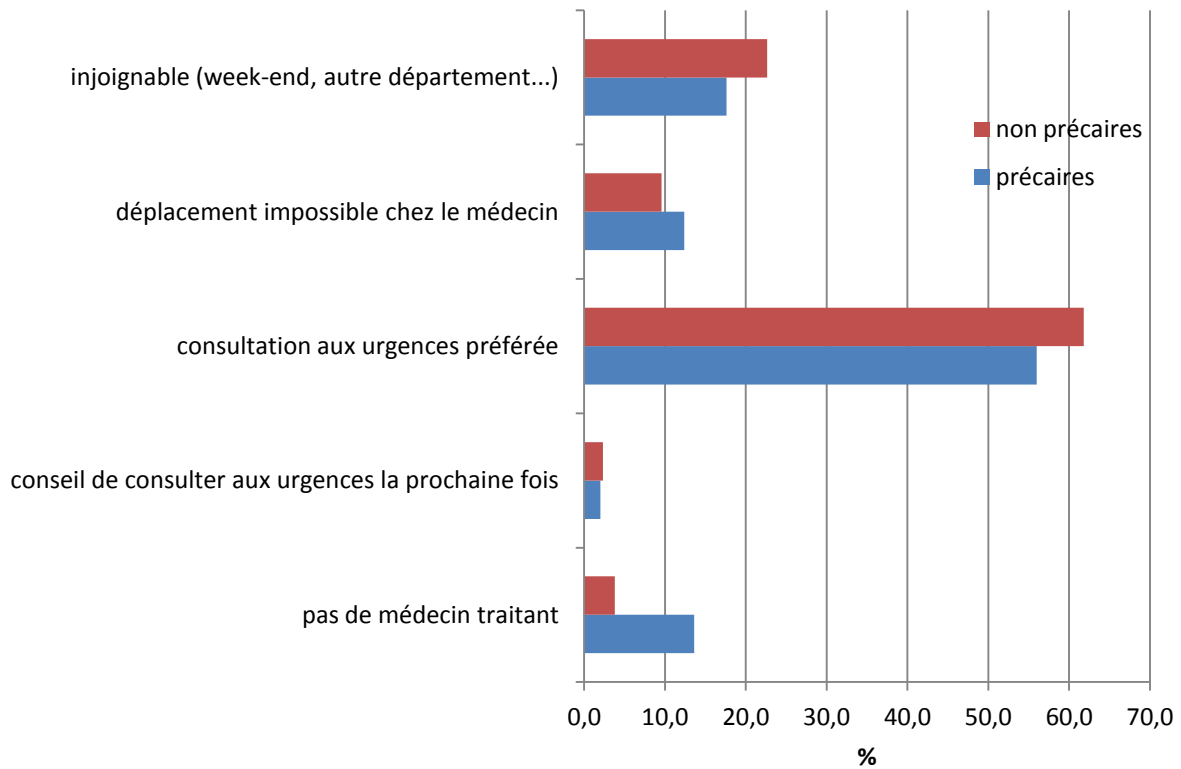


Figure 16: Pourcentages de patients précaires et non précaires en fonction de la raison de l'absence de tentative de contact avec le médecin traitant

D'une manière générale, quand on leur demandait les raisons de l'absence de contact avec le médecin traitant, les patients répondaient qu'ils préféraient consulter aux urgences directement. Le taux était de 61,8% chez les non précaires et 56% chez les précaires.

13,6% des requérants en situation de précarité n'ayant pas tenté de joindre leur médecin traitant n'en avaient tout simplement pas. Ce taux n'était que de 3,8% chez les autres consultants ( $p < 0,01$ ).

Au total, 10,4% (34) des patients identifiés comme vulnérable n'avaient pas de médecin traitant déclaré. Le taux chutait à 4,2% (23) chez les non précaires.

## 10. En fonction des motivations de recours aux urgences

Tableau 20: Motivations de recours aux urgences

Motivations	Population générale		Précaires		Non précaires		p
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	
Examen complémentaire	587	50,4	160	49,2	427	50,8	NS
Consultation spécialisée	188	16,1	54	16,6	134	16,0	NS
Sentiment de gravité	319	27,4	93	28,6	226	26,9	NS
Souhait d'une hospitalisation	69	5,9	18	5,5	51	6,1	NS
Ne va pas mieux malgré traitement	108	9,3	34	10,5	74	8,8	NS
Soigner seul sans résultats	135	11,6	44	13,5	91	10,8	0,34
Le problème doit être réglé	529	45,4	149	45,8	380	45,2	NS
Pas d'argent à avancer	16	1,4	13	4,0	3	0,4	<0,01
Attente dans un autre service	7	0,6	4	1,2	3	0,4	0,1
Convocation	6	0,5	1	0,3	5	0,6	NS
Accident du travail	38	3,3	7	2,2	31	3,7	0,2
Accident de la voie publique	50	4,3	14	4,3	36	4,3	NS
Accident de la vie quotidienne	82	7,0	22	6,8	60	7,1	NS
Accident scolaire ou sportif	12	1,0	4	1,2	8	1,0	NS
Victime d'une agression	38	3,3	17	5,2	21	2,5	0,02
Hôpital plus proche du domicile	89	7,6	24	7,4	65	7,7	NS

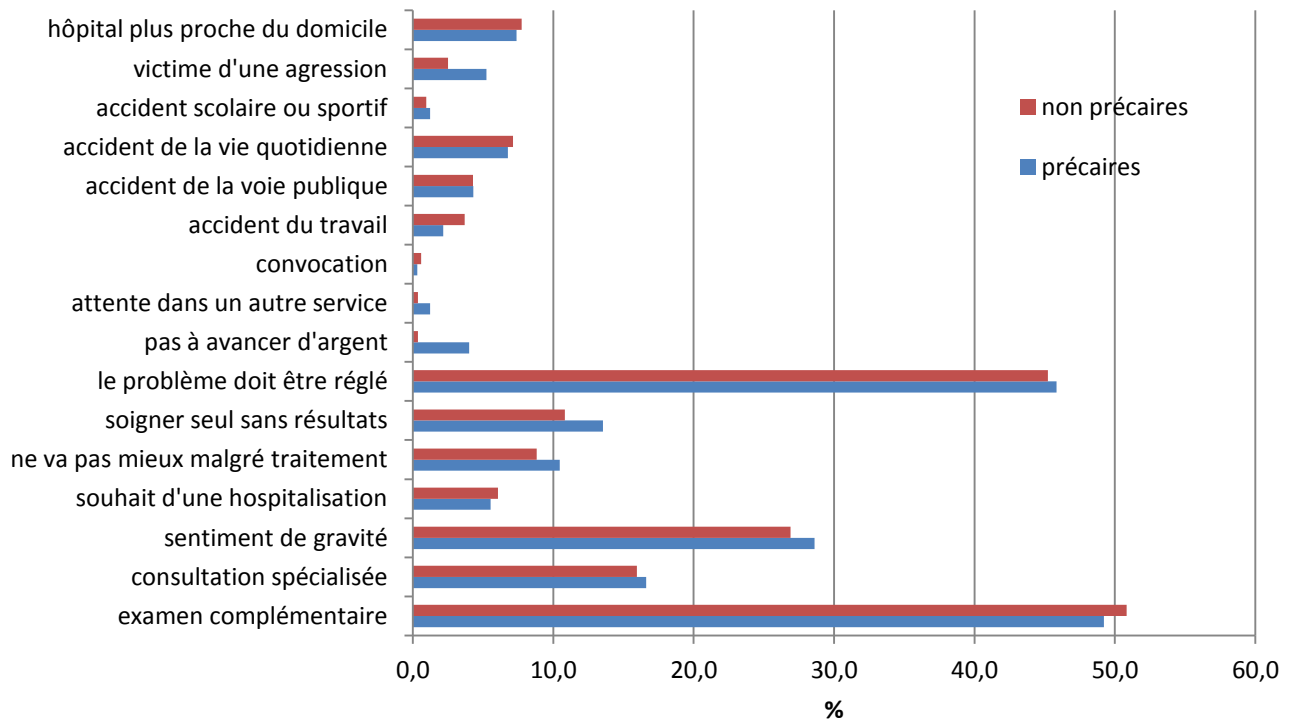


Figure 17: Pourcentages de patients précaires et non précaires en fonction des motivations de venue aux urgences

Dans notre étude, les principales motivations de venue aux urgences ne différaient pas dans les deux groupes. En première position, et dans la moitié des cas, on trouvait la demande d'examen complémentaire.

Venait ensuite la volonté de régler rapidement le problème (45,4% des cas).

En troisième position (27,4%) on trouvait à part égale dans les deux groupes le sentiment de gravité.

De manière significative, les patients identifiés comme précaires étaient plus souvent victimes d'agression (5,2% versus 2,5%,  $p = 0,02$ ) et alléguaient plus fréquemment l'absence d'avance des frais (4% versus 0,4%,  $p < 0,01$ ) comme motif de venue.

## 11. En fonction du taux d'ALD

Tableau 21: Taux d'ALD

ALD	Population générale		Précaires		Non précaires		p
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	
Oui	382	32,8	80	24,6	302	36	<0,01
Non	783	67,2	245	75,4	538	64	
Total	1165	100	325	100	840	100	

La proportion de patient déclarée en ALD variait de façon significative entre les deux groupes étudiés avec 24,6% chez les précaires et 36% chez les non précaires ( $p < 0,01$ ).

## 12. En fonction des comorbidités

### a) Score de Charlson modifié

Tableau 22: Score de Charlson modifié

Score de Charlson	Population générale		Précaires		Non précaires	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
0	545	46,8	194	59,7	351	41,8
1	133	11,4	47	14,5	86	10,2
2	95	8,2	23	7,1	72	8,6
3	75	6,4	10	3,1	65	7,7
4	84	7,2	11	3,4	73	8,7
5	84	7,2	13	4,0	71	8,5
6	53	4,5	9	2,8	44	5,2
>6	96	8,2	18	5,5	78	9,3
total	1165	100	325	100	840	100

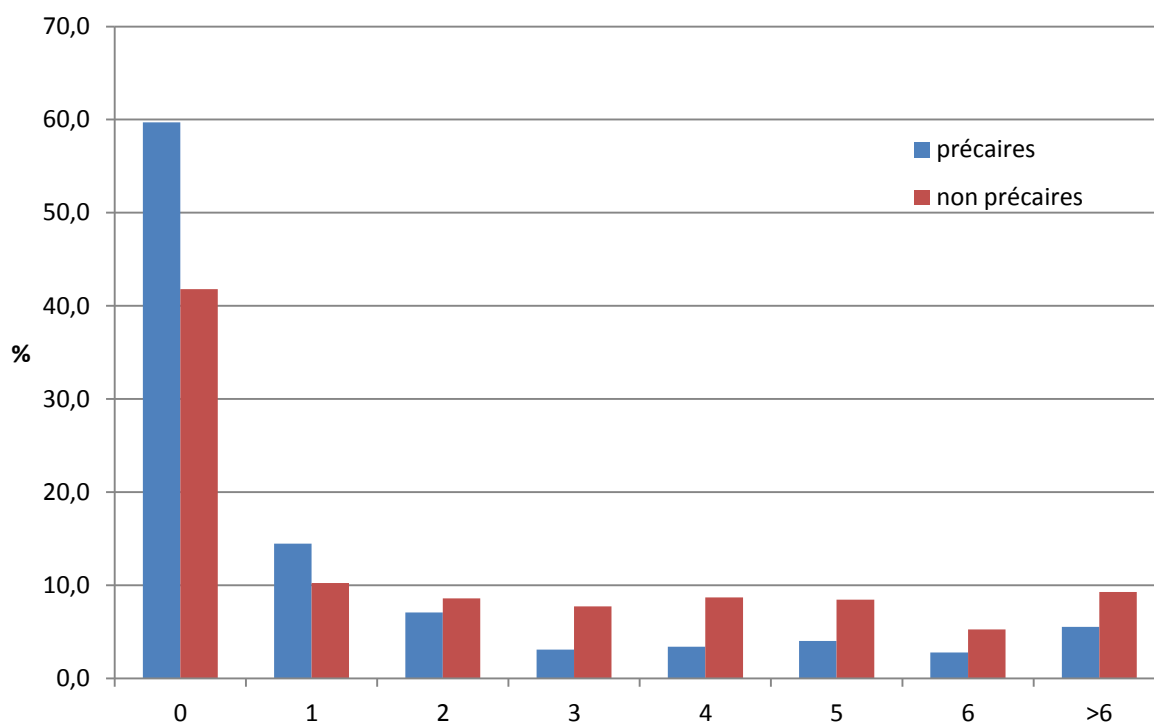


Figure 18: Pourcentages de patients précaires et non précaires en fonction du score de Charlson modifié

Dans notre étude, il ressortait que près de 60% des patients précaires avaient un score de Charlson modifié à 0. En comparaison, ils étaient à peine plus de 40% chez les non précaires.

Si un quart des identifiés vulnérables avaient un score supérieur ou égal à 2, ce taux doublait presque (48%) chez les autres consultants.

La moyenne du score dans la population générale était de 2,7 (médiane = 2, EI : 1 - 4), de 2,1 (médiane = 1, EI : 1 - 2) dans la population précaire et de 3 (médiane = 2, EI : 1 - 5) dans la non précaire. Entre nos deux groupes, la différence était significative ( $p < 0,01$ ).

## b) Détail du score de Charlson

Tableau 23: Prévalence des comorbidités

Comorbidité	Population générale		Précaires		Non précaires		p
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	
Infarctus du myocarde	62	5,3	9	2,8	53	6,3	0,01
Insuffisance cardiaque congestive	75	6,4	11	3,4	64	7,6	<0,01
Maladie vasculaire périphérique	47	4,0	15	4,6	32	3,8	NS
AVC	38	3,3	5	1,5	33	3,9	0,04
Démence	36	3,1	6	1,8	30	3,6	0,18
Maladie pulmonaire chronique	49	4,2	15	4,6	34	4,0	NS
Connectivite	17	1,5	4	1,2	13	1,5	NS
Maladie éruptive	17	1,5	3	0,9	14	1,7	0,22
Hépatopathie légère	8	0,7	1	0,3	7	0,8	NS
Diabète	92	7,9	19	5,8	73	8,7	0,11
Hémiplégie	3	0,3	2	0,6	1	0,1	0,18
IR modérée à sévère	31	2,7	7	2,2	24	2,9	NS
Diabète avec AOC	17	1,5	2	0,6	15	1,8	0,17
Tumeur	97	8,3	21	6,5	76	9,0	0,19
Leucémie	7	0,6	0	0,0	7	0,8	0,2
Lymphome	1	0,1	0	0,0	1	0,1	NS
Hépatopathie modérée à sévère	9	0,8	4	1,2	5	0,6	0,27
Métastases	10	0,9	1	0,3	9	1,1	0,3
SIDA	3	0,3	2	0,6	1	0,1	0,18

Il existait des différences significatives entre nos deux populations. En effet, les non précaires rapportaient plus souvent des antécédents d'infarctus du myocarde (6,3% contre 2,8%,  $p = 0,01$ ), d'insuffisance cardiaque congestive (7,6% versus 3,4%,  $p < 0,01$ ) et d'AVC (3,9% contre 1,5%,  $p = 0,04$ ) que les défavorisés.

A noter que dans notre population générale, les principales comorbidités rapportées étaient les tumeurs (8,3%) et le diabète (7,9%).

### 13. En fonction des actes réalisés

Tableau 24: Actes réalisés

Type d'acte	Population générale		Précaires		Non précaires		p
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	
Aucun	235	20,2	64	19,7	171	20,4	NS
Biologie	562	48,2	146	44,9	416	49,5	0,17
Radiographie	361	31,0	99	30,5	262	31,2	NS
Avis spécialisé	204	17,5	50	15,4	154	18,3	0,26
VVP	403	34,6	88	27,1	315	37,5	<0,01
Autre imagerie	208	17,9	43	13,2	165	19,6	0,01
Autre	301	25,8	79	24,3	222	26,4	NS
Total actes	2039	NC	505	NC	1534	NC	/
Moyenne d'actes par patient	1,75	NC	1,55	NC	1,83	NC	/

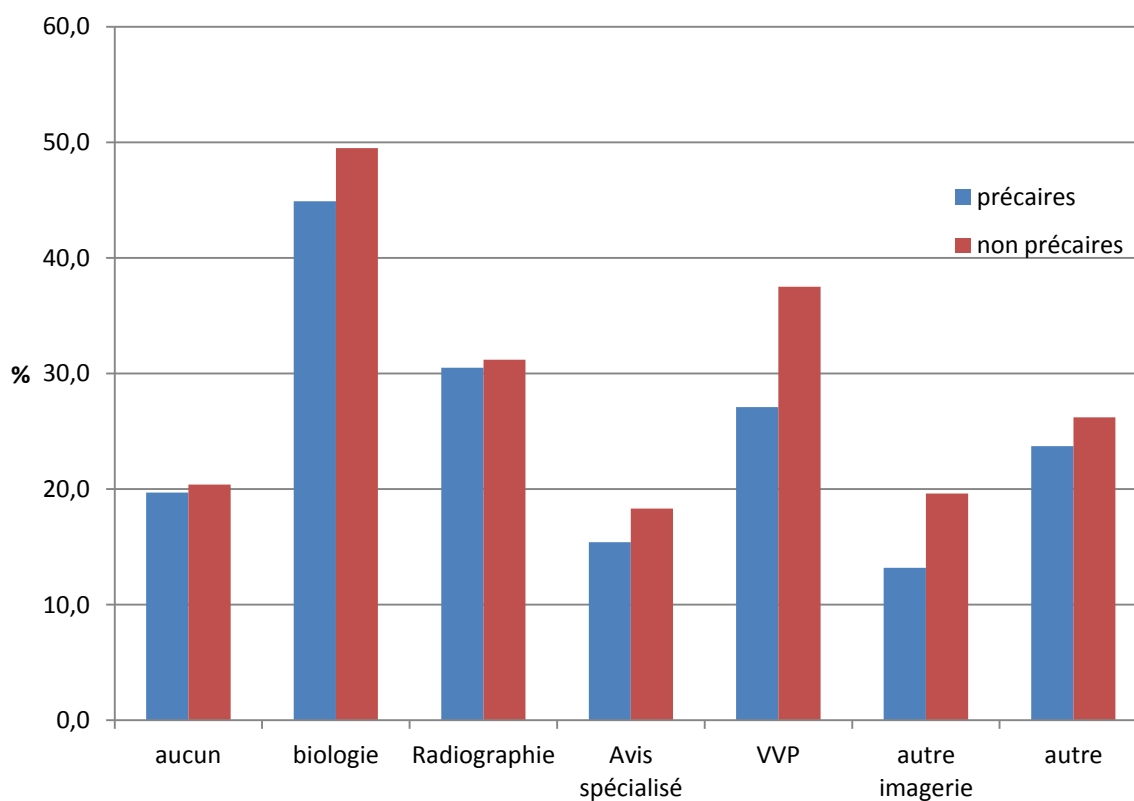


Figure 19: Pourcentages de patients précaires et non précaires en fonction des actes réalisés aux urgences

Une consultation sur cinq ne justifiait pas la réalisation d'acte complémentaire, et ce de manière globale.

Les non précaires étaient prélevés une fois sur deux contre 44,9% des précaires ( $p = 0,17$ ).

De façon significative, les non précaires bénéficiaient plus souvent de la pose d'une voie veineuse périphérique (37,5% contre 27,1%,  $p < 0,01$ ).

Même si les proportions de radiographies étaient à peu près identiques dans les deux groupes (31%), les patients identifiés vulnérables bénéficiaient moins souvent d'explorations radiologiques plus poussées (13,2% versus 19,6%,  $p = 0,01$ )

Au total, en venant aux urgences, un patient précaire bénéficiait en moyenne d'1,55 actes. Ce chiffre montait à 1,83 chez le patient non précaire.

#### 14. En fonction du diagnostic retenu

Tableau 25: Diagnostic retenu

Diagnostic	Population générale		Précaires		Non précaires		p
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	
Cardio-vasculaire	120	10,3	33	10,2	87	10,4	0,02
Pneumologie	43	3,7	12	3,7	31	3,7	
Hépto-gastro-entérologie	111	9,5	28	8,6	83	9,9	
ORL - Ophthalmologie	81	7,0	17	5,2	64	7,6	
Neurologie	75	6,4	17	5,2	58	6,9	
Néphrologie-urologie	68	5,8	17	5,2	51	6,1	
Psychiatrie	33	2,8	18	5,5	15	1,8	
Traumatologie	410	35,2	115	35,4	295	35,1	
Infectiologie	76	6,5	28	8,6	48	5,7	
Dermatologie	39	3,3	12	3,7	27	3,2	
Rhumatologie	3	0,3	2	0,6	1	0,1	
Médecine interne	10	0,9	5	1,5	5	0,6	
Gynécologie	22	1,9	5	1,5	17	2,0	
Oncohématologie	14	1,2	3	0,9	11	1,3	
Gériatrie	25	2,1	3	0,9	22	2,6	
Réanimation	5	0,4	0	0,0	5	0,6	
Endocrinologie	4	0,3	0	0,0	4	0,5	
Sortie contre avis	26	2,2	10	3,1	16	1,9	
Total	1165	100	325	100	840	100	



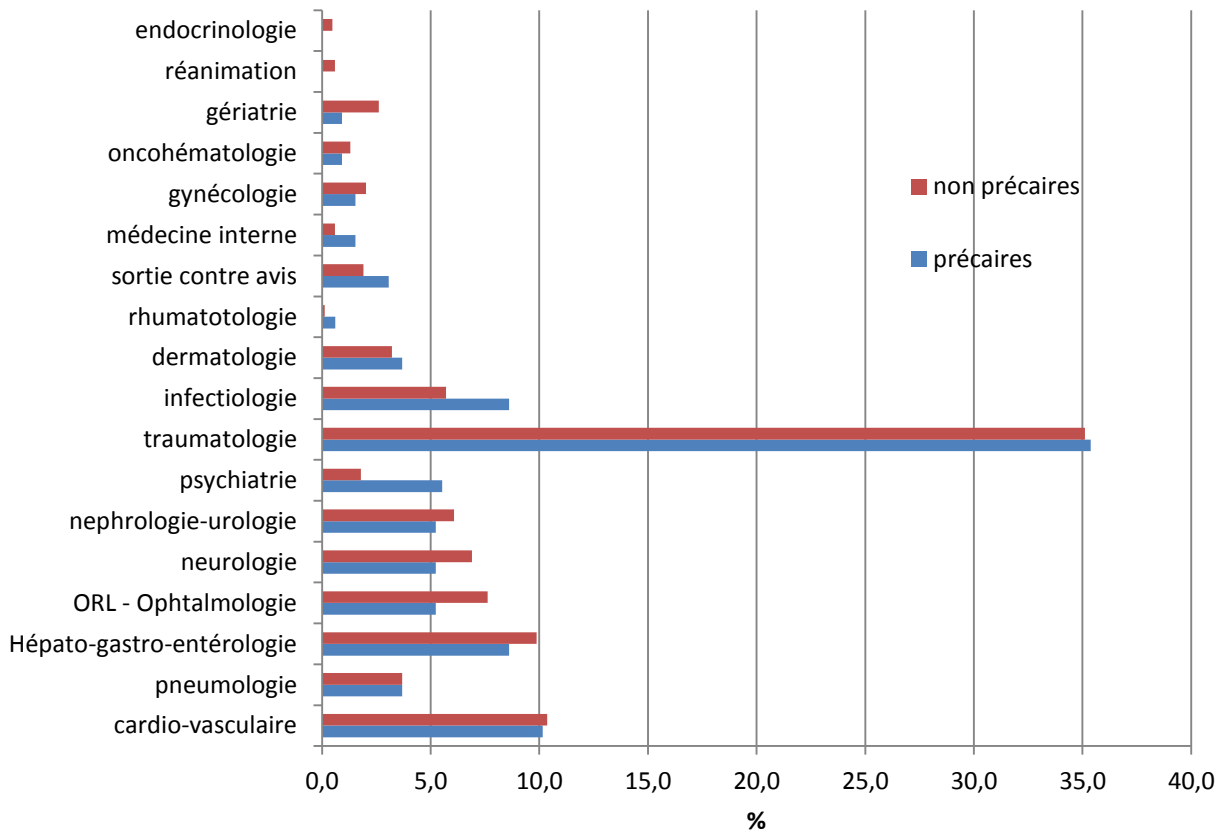


Figure 20: Pourcentages de patients précaires et non précaires en fonction du diagnostic retenu aux urgences

Dans notre étude, les diagnostics retenus étaient principalement d'ordre traumatologique et ce de façon équivalente dans les deux groupes (35,2%).

Les patients précaires étaient surreprésentés dans les catégories infectiologiques (8,6% versus 5,7%) et psychiatriques (5,5% contre 1,8%).

A contrario, les non précaires présentaient plus souvent des pathologies d'ordres ORL ou ophtalmologiques (7,6% contre 5,2%), neurologiques (6,9% versus 5,2%) ou bien gériatriques (2,6% contre 0,9%). Les deux groupes différaient de façon significative.

## 15. En fonction du devenir des patients

Tableau 26: Devenir des patients

Devenir	Population générale		Précaires		Non précaires		p
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	
retour à domicile	848	72,8	244	75,1	604	71,9	0,07
UHCD	117	10,0	28	8,6	89	10,6	
hospitalisation	171	14,7	40	12,3	131	15,6	
autre	29	2,5	13	4,0	16	1,9	
total	1165	100	325	100	840	100	

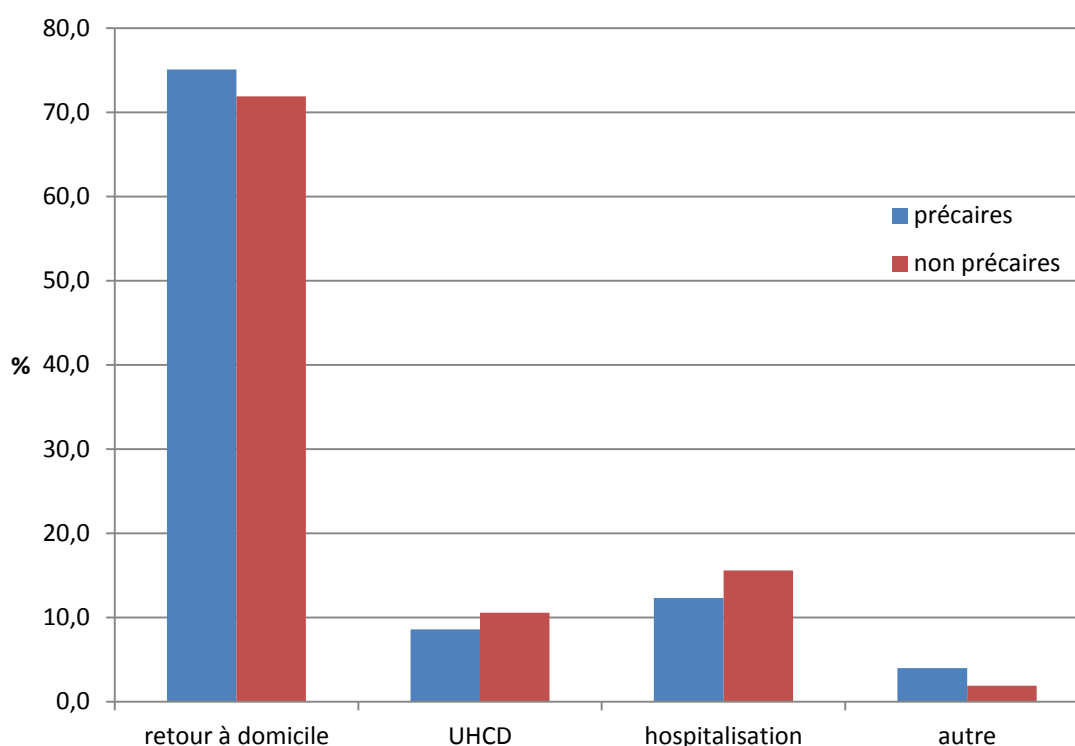


Figure 21: Pourcentages de patients précaires et non précaires en fonction de leur devenir

Dans notre étude, les trois quart des patients précaires (75,1%) rentraient à domicile après leur passage aux urgences. La proportions étaient un peu moindre chez les non précaires (71,9%).

Le taux d'hospitalisation (UHCD et hospitalisation dans un service) atteignait 20,9% chez les patients en situation de vulnérabilité et 26,2% chez les autres. Cependant, nos groupes ne différaient pas de façon significative.

# IV. Discussion

## **A. Intérêt de l'étude**

Notre étude comporte plusieurs forces :

- Il s'agit d'une étude prospective et multicentrique.
- A notre connaissance, c'est la première étude de cette ampleur à avoir été réalisée dans les urgences girondines.
- Il s'agit de la première étude à l'échelle nationale à utiliser le score de Pascal, depuis sa création, comme outil de repérage aux urgences.
- Peu d'étude sur la précarité s'intéresse à la dichotomie établissement public-privé.
- Avec 1165 inclus, la puissance de l'étude est confortable.

## **B. Faiblesse de l'étude**

Il faut cependant souligner plusieurs faiblesses :

- Par souci d'exhaustivité, il aurait été intéressant de pouvoir inclure l'ensemble des services d'urgences de la Gironde.
- Le faible nombre de jours de recueil - deux par centre - ainsi que la réalisation de cette étude durant l'été ne permet pas d'écarter une éventuelle influence de la période de l'année sur les résultats obtenus. De plus, les dates de recueil ne sont pas identiques selon les centres d'inclusions renforçant l'idée précédemment développée.

## **C. Force et faiblesse du questionnaire**

### **1. Sur la méthode**

Le questionnaire a été établi à partir des données de la littérature et de différentes études déjà réalisées [33,35]

Nous avons volontairement choisi de ne pas nous intéresser à la caractérisation des patients précaires mais plutôt à leur trajectoire aux urgences, de nombreuses études ayant déjà été réalisées sur ce sujet [22,30]

L'utilisation d'un hétéro-questionnaire à réponses fermées a permis de maximiser le taux de réponse et de compréhension des questions. Il s'avérait rapide à remplir (moins de 5 minutes) et permettait de limiter **le biais de sélection** dû à la "fuite" de patients, faute de n'avoir pu les interroger à temps.

Cependant il exposait à de nombreux inconvénients :

- Un **biais de mémorisation**, inhérent à toute interrogation sur des éléments antérieurs (recours antérieurs aux urgences, antécédents...)
- Les réponses fermées, et leurs nombres possiblement faibles, limitent les possibilités d'expression du patient. Il persiste un degré irréductible de subjectivité vu la nature des réponses d'où un facteur d'incertitude.
- Le fait que le questionnaire soit rempli par un tiers expose inévitablement à un **biais de désirabilité sociale** notamment sur les questions d'ordre motivationnel.

Par ailleurs, le nombre important d'impétrants (neuf au total) expose d'autant plus à des **biais de sélection, de réalisation et d'interprétation**.

Il aurait été aussi souhaitable de pouvoir tester le questionnaire au préalable, permettant, de fait, d'ajuster certains éléments et d'homogénéiser les pratiques entre les différents investigateurs. Ceci n'a pu être fait, faute de temps.

## 2. Intérêts et limites du score de Pascal

A ce jour, la grande majorité des études sur la précarité aux urgences utilise comme outil de repérage le score EPICES [22,30,41]. Il a fait ses preuves en terme d'efficacité et est largement utilisé dans les CES et par les assistantes sociales.

Toutefois, la mise en place de ce score en routine aux urgences a été évalué à Nice en 2010 par le Dr Del Giudice [30] et selon le mode de diffusion et de recueil, le taux de participation variait de 7 à 96%, ce dernier étant assuré par l'implication d'un intervenant mandaté à cette fin.

Sa généralisation est donc problématique en l'absence d'une tierce personne entièrement dédiée à son remplissage. A l'heure des économies de santé, cette pratique semble donc illusoire.

En revanche, le score de Pascal, outil aussi validé en repérage de la précarité, bien que moins usité dans la littérature, nous est d'emblée apparu plus adapté aux services d'urgences. Simple (4 items), peu intrusif et objectif, son remplissage nécessite moins d'une minute. Lors de la confection de son score en 2004, Pascal rapportait que 78% des inclus avaient réussi à remplir le questionnaire seul. Ceux nécessitant une aide extérieure l'étaient en raison de difficultés physiques ou matérielles [26].

Cependant, cet outil ne tient compte que de la dimension matérielle de la précarité, faisant fi de la part sociale. Son approche est purement exclusive, puisque qu'une seule réponse suffit à classer un patient précaire. Il contribue de fait - tout comme le score EPICES - à catégoriser les patients suivant un schéma binaire "exclus-inclus" alors même que depuis 1998, le principe de précarité s'attelle à éviter cet étiquetage, les concernées étant les personnes situées entre les groupes sociaux les plus privilégiés et ceux les plus défavorisés [5].

A titre comparatif, dans une population étiquetée vulnérable selon le score EPICES, le score de Pascal détectait 84,2% de précaires [27].

## **D. Caractéristique de notre population : comparaison avec les données de la littérature**

### **1. Une population incluse représentative de la population girondine**

En ce qui concerne l'âge, les moins de 25 ans (mineurs exclus) représentent 14,3 % des patients admis. En comparaison, les 16-25 ans représentent 18% dans l'étude de la DREES de 2003 [28] et 30% dans une étude similaire à la notre, menée à Arras en 2011[22].

Notre chiffre est donc inférieur aux données de la littérature. Ce résultat surprenant ne peut être expliqué par la seule éviction des mineurs de notre étude. Une explication plus probable et évoquée plus haut est la réalisation des inclusions pendant les périodes estivales, avec un jour de week-end. Les dates de recueil n'ont peut être pas permis de recueillir un échantillon significatif pour cette tranche d'âge.

Notre étude retrouve une moyenne d'âge de consultants à 50,7 ans, mineurs exclus. Pris isolément, ce chiffre est difficilement interprétable puisque, dans la littérature, la plupart des études de ce type s'intéressent à la moyenne d'âge des tous venants (0 à 99 ans).

A titre de comparaison, le panorama des Urgences 2015 de la FEDORU [29] retrouvait un âge moyen à 39 ans avec un taux de mineur (moins de 18 ans) de 28%.

Pour mémoire, la moyenne d'âge nationale est de 41,4 ans en 2018.

En termes de répartition par âge, nous retrouvons à peu près les mêmes proportions pour notre population que pour celle de Gironde, selon les données de l'INSEE [13], notamment pour les moins de 30 ans. On note cependant un taux nettement plus important des plus de 75 ans : 18,7% dans notre étude contre 10,7% dans la population générale girondine. A l'échelle nationale, en 2015, la proportion de la population gériatrique aux urgences était de 14% [29].

## **2. Population repérée selon le score de Pascal : critère de jugement principal**

28% de notre population incluse est en situation de précarité selon le score de Pascal. A titre de comparaison, dans le travail mené à Arras [22], ce taux atteignait 48%. Lors de la création de son score aux urgences de Nantes [26], Pascal retrouvait un taux à 47%. A noter que son score a évolué depuis (1 item en moins). Notre chiffre se rapproche plus des 29% de personnes en situation de précarité consultant dans les Centres de Santé dans un travail mené en 2003 [31]. Plus récemment une recherche avançait une prévalence de précarité de 38% dans la population générale [32].

Cependant, dans notre étude, il existe de grandes disparités selon les centres d'inclusion. En effet, l'hôpital Saint-André compte 45,7% de requérants identifiés comme précaires, soit près du triple du taux observé à Langon (16%).

Il faut garder à l'esprit que toute comparaison reste difficile puisque la plupart des études dont nous avons parlées utilisent le score EPICES comme outil de repérage.

Les populations et les lieux d'études ne sont, en outre, pas semblables.

C'est probablement cet élément qui est le plus important. En effet, les points communs entre les études menées au CHU de Nantes en 2004 [26], au CHU de Nice en 2010 [30] et au CH d'Arras en 2011 [22] sont, d'une part, leurs proportions équivalentes de patients repérés précaires (respectivement 47%, 50% et 48%), mais surtout, leur localisation en centre-ville. Leur accès en est donc fortement favorisé, notamment en l'absence de véhicule personnel ou

d'aide extérieure. Dans notre étude, un des hôpitaux qui répond le plus à ce critère de proximité du centre-ville est le CHU Saint-André. La prévalence de précaires repérés y est de 45,7%.

### **3. Parcours de soins aux urgences**

#### **a) Des usagers aux profils et pratiques différents.**

Dans notre étude, les patients identifiés comme précaires sont significativement plus jeunes que les non précaires (43,3 ans versus 53,7 ans de moyenne d'âge,  $p < 0,01$ ).

Contrairement à ce qu'on pourrait penser, ils ne fréquentent pas plus les établissements publics que privés (28,6% versus 25,2%).

En revanche, comparativement à l'autre groupe, ils se présentent bien plus souvent en semaine (54,5% contre 46,5%,  $p < 0,01$ ). On note une tendance de recours aux urgences en nuit profonde plus importante (16,3% contre 12,4%), sans que celle-ci ne ressorte significative.

Le relatif jeune âge des patients vulnérables est un élément souvent mis en évidence [26]. Pour l'expliquer, deux pistes sont intéressantes. La première est liée au taux de chômage important chez les jeunes qui peinent à trouver un premier emploi.

La deuxième est la faible performance des tests actuels pour dépister la précarité chez les personnes âgées. Le score EPICES par exemple, n'a initialement été validé que pour les 16-59 ans. Passée la période dite "active", le score de Pascal ne se cote plus que sur 3 items, un retraité ne pouvant être, par définition, à la recherche d'un emploi.

Cependant, le repérage des patients précaires dans ce type de population fait l'objet de travaux [34].

Sur le choix du type d'établissement, Del Giudice trouvait, dans son travail à Nice [30], des différences encore plus importantes que les nôtres avec une prévalence de précaires de 50% dans le public et de 20% dans le privé.

Toutefois, ces résultats sont à extrapoler avec prudence, la répartition géographique de la précarité et des établissements de soins variant d'une ville à l'autre. C'est un aspect qui n'a pas été étudié dans notre travail mais les patients précaires se rendent plus volontiers dans des structures de soins à faible distance de leur lieu d'habitation [22].



La différence semaine - week-end est un aspect peu étudié dans la littérature. Nous pensons que les patients non vulnérables et, par définition, plus actifs, attendent volontiers le week-end pour consulter en cas de problèmes peu urgents. Les patients précaires - en tout cas pour la partie non active, soit le tiers de notre effectif (35,1%) - sont moins soumis aux impératifs liés à la vie professionnelle.

Plusieurs travaux attestent que les consultations nocturnes sont plus fréquemment observées chez les patients en situation de grande pauvreté [35] et de précarité sociale [36]. Un échantillon plus grand dans notre étude aurait sûrement permis de mettre en exergue cet élément.

#### **b) Un recours aux urgences plus fréquemment en solitaire et auto référé**

Dans notre étude, les patients précaires se présentent plus souvent seuls que les non précaires (29,2% versus 19,6%,  $p < 0,01$ ) qui sont plus fréquemment accompagnés d'un tiers (45,5% versus 37,5%,  $p < 0,01$ ).

Les personnes en situation de précarité prennent davantage seules la décision de venir consulter (37,5% contre 31,2%,  $p = 0,04$ ).

Si le mode de transport n'est pas finement renseigné dans le questionnaire, l'usage d'un véhicule sanitaire pour se rendre aux urgences n'est pas significativement différent entre les deux groupes (ambulance privée dans plus d'un cas sur dix et pompiers dans plus d'un cas sur cinq).

Le score de Pascal est un outil d'identification de précarité matérielle. Cependant, les liens qui unissent la déficience matérielle et sociale sont forts. L'isolement social peut être une des raisons qui expliquent le moindre taux d'accompagnement des patients vulnérables.

De la même façon, étant moins entourées, on peut imaginer que les personnes en situation de précarité prennent plus souvent seules la décision de consulter aux urgences.

Dans son étude sur les patients précaires à Arras [22], Chevelle trouvait une proportion plus importante de recours aux pompiers (29% vs 18%) qu'elle expliquait par un moindre accès aux transports personnels ou par des considérations économiques.

Dans son étude de 2013 [37], la DREES rapporte un recours aux pompiers et aux ambulances équivalent de l'ordre de 11%.

Notre proportion importante de recours aux pompiers (22,7%) peut s'expliquer par la forte prévalence de patients âgés dans notre étude. En effet cette population est connue pour avoir un recours plus élevés aux transports sanitaires [28].

**c) Un recours aux urgences plus fréquent pour des motifs moins aigus**

Dans notre travail, les patients identifiés comme vulnérables allèguent avoir eu plus souvent recours aux urgences par le passé que les non précaires (64,6% vs 58,9%). Toutefois, cette différence n'apparaît pas significative. En revanche, ils viennent plus fréquemment pour des motifs non aigus (plus d'une semaine) que les autres patients (18,5% vs 12,2%,  $p= 0,015$ ).

Pour une analyse plus fine, il aurait été préférable d'augmenter le nombre de réponses possibles pour le recours antérieurs aux urgences. En effet, notre étude ne permet pas de faire le distinguo entre une personne étant venue deux fois et celle qui enregistre déjà son quinzième passage. Dans leurs études respectives, Chevelle [22] et Saryoul [23] ont montré que la précarité influençait l'utilisation des urgences comme accès aux soins primaires, expliquant des recours multiples pour des motifs parfois peu urgents.

Dans son travail réalisé à Tourcoing [35], Doukhan retrouvait, dans la population générale de consultants aux urgences, une proportion à peu près similaire de patients se présentant pour des motifs non aigus (16,9% contre 13,9% dans notre étude).

**d) Un contact préalable et un suivi médical moindre**

Notre étude ne met pas en évidence de différence significative entre les deux groupes sur l'existence d'une consultation antérieure pour le problème de santé actuel (63,4% pour les précaires, 60,7% pour les autres). Cependant, le taux de tentative de contact du médecin traitant semble supérieur chez les patients non vulnérables (28% versus 23,1%).

Quant on s'intéresse aux raisons de cette différence, le seul item qui ressort de façon significative est tout simplement l'absence d'un médecin traitant chez les sujets identifiés précaires (13,6% versus 3,8%,  $p < 0,01$ ).

Dans notre travail, l'absence de médecin traitant déclaré est de 10,4% chez les patients en difficulté contre 4,2% chez les autres.

A titre comparatif, dans son étude de 2013 [37], la DREES retrouvait une prévalence de démarches entreprises par les patients avant leur passage aux urgences de 32%, soit 68% des requérants échappant à un contact médical préalable.

La différence du taux de médecin traitant déclaré est un élément qui ne ressort pas dans d'autres études, notamment celle de Chevelle à Arras [22], ou encore dans un travail s'intéressant au parcours des patients précaires en médecine générale interrogés en centre d'hébergement [39].

Un biais de mémorisation seul ne peut expliquer cette différence significative. Cela peut s'expliquer par une population précaire jeune, moins sujette aux affections chroniques et donc au suivi qui en résulte. C'est un élément que nous allons développer plus loin.

Des analyses en sous-groupes permettraient peut-être d'apporter des pistes de réflexions supplémentaires.

#### **e) Des motivations en grande partie superposables**

Un des éléments qui revient une fois sur deux pour expliquer la venue aux urgences est la nécessité ressentie de réaliser un examen complémentaire.

La deuxième motivation rapportée, et ce de manière globale, est la volonté d'une résolution rapide du problème de santé (45% des cas environ).

Pour clore le podium, on trouve le sentiment de gravité ressentie avec 26% d'allégations.

En 2013, la DREES [37] retrouvait des proportions à peu près identiques aux nôtres pour les motifs sus-cités.

Notre population de précaires diffère en deux points des non précaires : par la prévalence d'agressions (5,2% versus 2,5%,  $p = 0,02$ ) et par la venue pour raison financière (4% versus 0,4%,  $p < 0,01$ ).

En 2011 à Arras [22], Chevelle retrouvait aussi des motivations financières plus nombreuses chez ses patients précaires, mais de façon non significative. C'est une motivation globalement peu rapportée par les patients. A noter que dans l'étude de Doukhan [35], c'était une raison émise par 6,9% des requérants pour expliquer leur venue aux urgences.

La CMU (maintenant PUMA) a été créée pour permettre un accès aux soins identique pour tous, notamment pour les plus démunis. 20 ans après sa création, l'aspect pécuniaire reste un critère significatif, bien que minime, de choix de mode de soins.

La prévalence plus importante d'agressions est en revanche un élément qui ressort de notre travail. La précarité est fortement liée aux conduites à risques [40]. Certaines d'entre elles peuvent être à l'origine de violences. C'est une hypothèse pouvant expliquer la différence observée.

Dans le travail du Dr Belin mené en 2007, la part des précaires chez les patients victimes de violences volontaires était de 57,5% pour 36% dans la population témoin [41].

#### **f) Des patients moins malades...ou au suivi plus erratique**

Un des aspects intéressants de notre étude est d'évaluer, d'une part, la prévalence d'ALD et, d'autre part, le score de Charlson modifié dans la population étudiée.

Dans la population générale, en 2016, 16,9% des personnes affiliées au régime général de l'Assurance Maladie bénéficiaient du dispositif ALD [42]. Notre travail met en évidence une différence significative entre les précaires, avec un taux de couverture de 24,5%, et les non précaires avec 36% de bénéficiaires ( $p < 0,01$ ).

Des différences telles s'observent aussi avec le score de Charlson modifié. En effet, 59,7% des précaires et 41,8% des non précaires ont un score égal à 0. Les identifiés vulnérables sont 25,8% à avoir un score supérieur ou égal à 2 contre 48% des autres patients.

La principale hypothèse pour expliquer cette différence tient bien évidemment aux proportions plus élevées de patients non précaires dans les tranches d'âges supérieures. La prévalence des comorbidités et les prises en charges spécifiques qui en résultent étant intimement liées à l'âge.

Une autre hypothèse peut être un suivi médical moins régulier, à l'origine d'une moindre opportunité de détection de maladie chronique chez les personnes vulnérables. Des études sur le suivi des patients précaires en médecine de ville confortent cette idée [18,39].

Cependant, des analyses en sous-groupes seraient souhaitables pour étayer ces hypothèses.

### **g) Moins d'examens complémentaires et d'hospitalisation au décours**

Les parts de patients ne bénéficiant pas d'examens complémentaires est identiques dans nos 2 populations (19,7% versus 20,4%).

Cependant, il ressort que les patients précaires se voient moins souvent prélever leur sang pour analyses biologiques (44,9% versus 49,5%,  $p = 0,17$ ), nécessitent un recours à une voie veineuse périphérique moindre (27,1% versus 37,5%,  $p < 0,01$ ) et bénéficient d'un nombre d'imageries complémentaires (échographie, scanner, IRM) plus faible (13,2% versus 19,6%,  $p = 0,01$ ).

En moyenne, en passant aux urgences, un patient vulnérable avait moins d'actes complémentaires réalisés qu'un patient non identifié comme tel (1,55 actes contre 1,83 actes).

Dans son étude, Chevelle [22] retrouvait des proportions de patients bénéficiant d'examens complémentaires identiques (81% et 82% respectivement), en revanche les patients identifiés précaires avaient plus d'analyses biologiques (61% vs 48%) mais moins de radiographies (44% vs 54%) que les non précaires.

Dans notre travail, les patients précaires semblaient rentrer plus fréquemment à domicile et la prévalence d'hospitalisation dans leur groupe était moins élevée (20,9% versus 26,2%,  $p = 0,07$ ). Toutefois, ces différences n'apparaissaient pas significatives après analyses statistiques. Une puissance plus importante aurait peut-être permis d'arriver à une autre conclusion.

Cependant, dans son travail à Arras [22], Chevelle arrivait aux mêmes résultats.

A titre de comparaison, en 2015, la FEDORU déclarait un taux d'hospitalisation globale de 22% [29] avec des écarts allant de 11% pour la population pédiatrique à 56% pour la population gériatrique.

### **h) Des diagnostics retenus relativement homogènes**

Les prévalences de diagnostics retenus pour nos deux groupes sont à peu près identiques.

Un problème traumatologique est le plus fréquemment rapporté (35,2%).

Ces chiffres sont similaires à ceux de la littérature [35,37].

Nos groupes ne sont cependant pas statistiquement homogènes ( $p = 0,02$ ). Les patients précaires sont plus souvent sujets à des affections infectiologiques (8,6% vs 5,7%) et psychiatriques (5,5% vs 1,8%).

Ce dernier élément est abondamment rapporté dans la littérature [22,36,41].

A l'inverse, les patients non précaires sont plus volontiers sujets à des affections sensorielles (ORL, ophtalmologique et neurologique) ou gériatriques. La différence de moyenne d'âge entre nos deux groupes en est probablement une des causes.

# V. Conclusion

Dans notre étude, 28% des patients se présentant aux urgences étaient en situation de précarité, selon le score de Pascal, soit plus d'un sur quatre. Ce travail a permis de mettre en évidence des tendances déjà connues, et d'en révéler d'autres.

Les patients identifiés précaires étaient significativement plus jeunes que les autres. Ils se présentaient aux urgences plus fréquemment seuls, de leur propre chef, en semaine et pour des motifs de recours moins aigus que les non précaires.

Ils étaient moins nombreux à avoir un médecin traitant et étaient moins sujets à une prise en charge ALD.

Ils venaient aux urgences pour les mêmes raisons que les autres, une faible proportion invoquant cependant des motivations financières ou une agression physique.

Ils bénéficiaient aussi fréquemment d'actes complémentaires mais nécessitaient moins souvent la pose d'une VVP ou la réalisation d'imageries médicales poussées.

En revanche, ils n'étaient pas moins hospitalisés que les autres.

Pour finir, on rapportait plus de symptômes infectiologiques et psychiatriques chez les patients vulnérables.

Notre étude conforte l'idée qu'une partie des patients identifiés précaires a recours aux urgences pour des pathologies de soins primaires.

Cependant, son principal intérêt réside dans l'utilisation d'un outil de repérage simple - le score de Pascal -, permettant de mettre en évidence des différences significatives entre deux populations. Sa facilité d'utilisation permet, en outre, de se passer d'une personne qualifiée pour sa réalisation. Ce qui constitue un avantage certain par rapport aux autres scores de repérage de la précarité développés à ce jour [27].

L'enjeu est de taille : l'identification rapide d'une catégorie de défavorisés aux urgences permettrait de mettre en place, en aval, des moyens propices à la réinsertion de ces patients dans une filière de soins adaptée, sans nuire à la gestion du flux. En effet, l'organisation d'un service d'urgences, et sa réponse ponctuelle à une problématique de santé donnée n'est pas adaptée à ce genre de requérants, qui nécessitent une prise en charge globale et personnalisée.

Les moyens à mettre en œuvre sont multiples : brochures de sensibilisation, partenariat avec les assistantes sociales, orientation vers un CES ou la PASS...

Ce pourrait être l'un des rôles dévolu au Médecin d'Accueil et d'Orientation, personne dont de plus en plus de services d'urgences se dotent.



Cette étude se pose en travail préliminaire à d'éventuelles recherches visant à optimiser l'utilisation du score de Pascal aux urgences dans la détection des patients précaires.

Comme le disait Molinié : "L'hôpital doit non seulement soigner mais aussi participer à la réinsertion des exclus dans un réseau de soins de type médico-social, adapté aux caractéristiques de cette population." [43]

Cela passe en premier lieu par leur détection.

## Bibliographie

- [1] Wresinski J, Grande pauvreté et précarité économique et sociale, Journal Officiel, février 1987, p. 5.
- [2] Cingolani P, « Introduction », *La précarité*. 2006, p. 5-20.
- [3] Ministère des Affaires sociales et de l'Intégration. « Arrêté du 20 Juillet 1992 relatif aux examens périodiques de santé », 1992, *Journal officiel*.
- [4] Uytdenbroek L, La pauvreté au fil des siècles : toujours la même histoire ?, Vivre Ensemble Education, 2010, p. 1-7
- [5] Haut Comité de la santé publique, La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé, février 1998, p. 15
- [6] Choukroun O, Pauvreté, précarité, quelle santé promouvoir ?, *La santé de l'homme* n° 348, 2000, p. 12-14
- [7] Bizard F. Histoire de la protection sociale en France. 2012.  
Disponible sur : <http://www.fredericbizard.com/histoire-de-la-protection-sociale-en-france/>
- [8] Centre d'observation de la Société, L'étendue de la précarité en France, 2015.  
<http://www.observationsociete.fr/travail/statuts/letendue-de-la-precarite-en-france.html>
- [9] Raveaud G, De la pauvreté en Allemagne...et en Europe, *Alternatives économiques*, 2012.  
Disponible sur <https://blogs.alternatives-economiques.fr/gilles-raveaud/2012/12/20/de-la-pauvrete-en-allemande-et-en-europe>
- [10] Le Coz R, *La naissance de l'hôpital*, Histoire des Sciences Médicales, Tome 17, n°2, 1998, p. 139-40
- [11] Llobet G, « HOSPICE », *Encyclopædia Universalis* [en ligne], consulté le 2 septembre 2018. URL : <http://www.universalis.fr/encyclopedie/hospice/>
- [12] Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Histoire de l'hôpital et prise en charge des personnes en situation de pauvreté. 2009.  
Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale [en ligne]  
Disponible sur : <http://www.cnle.gouv.fr/Histoire-de-la-prise-en-charge-des.html>
- [13] INSEE, Dossier complet - Département de la Gironde, 2018 [en ligne]  
Disponible sur <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-33#chiffre-cle-1>
- [14] CMU, Bénéficiaires de la CMU-C, 2018 [en ligne]  
Disponible sur [http://www.cmu.fr/effectifs\\_cmuc.php](http://www.cmu.fr/effectifs_cmuc.php)
- [15] DREES, Répartition des allocataires des minima sociaux par département au 31 décembre de chaque année depuis 1996, 2017 [en ligne]  
Disponible sur <https://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/minima-sociaux/les-minima-sociaux/article/nombre-d-allocataires-des-minima-sociaux>

- [16] Observatoire Girondin de la Précarité et de la Pauvreté, Rapport 2016, p. 26
- [17] Ordre des Médecins d'Aquitaine, La démographie médicale en Région Aquitaine - situation en 2015, p. 13-15, 29, 53.
- [18] Observatoire Régional des Urgences, activités des structures d'urgences 2016 - panorama de la région Nouvelle-Aquitaine, p. 53, 85.
- [19] Geeraert J. et Rivollier E. "L'accès aux soins des personnes en situations de précarité" Soins, novembre 2014 ; 790, p. 14-18
- [20] Moulin JJ et coll., 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, Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 2002 ; 43, p. 213-16.
- [21] Rapport de la sécurité sociale "Les urgences hospitalières : une fréquentation croissante, une articulation avec la médecine de ville à repenser", 2014, p.359
- [22] 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. Th D Med. Lille, Faculté de médecine et de pharmacie, 2011.
- [23] Saryoul S, Influence de la précarité sur le choix des urgences ou du médecin généraliste pour une consultation de soins primaires. Th D Med. Dijon , Faculté de médecine, 2016
- [24] Beltramini A, Debuc E, Pateron D. Organisation des structures d'urgences. EMC – Médecine d'urgence 2016 ; 11(1), p. 1-9
- [25] Darcourt G, Dubert JM. La perception des exclus par les services d'urgence. Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale. 2003 ;7(62), p.7–10
- [26] Pascal J. et al. Identification de la vulnérabilité sociale des usagers des consultations de l'hôpital public. Approches économiques des inégalités de santé. 2004, p. 1-7
- [27] Pascal 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" Revue d'épidémiologie et de santé publique n°62, 2014, p. 237-247
- [28] Carrasco V, Baudeau D. Les usagers des urgences. Premiers résultats d'une enquête nationale. Etudes et Résultats. DREES. 2003;(212)
- [29] Dr Redjaline & Pourcel. Panorama des Urgences 2015, FEDORU. novembre 2016.
- [30] Del Giudice F. Etude sur la mise en place du score EPICES en routine aux urgences. Université de Nice; 2010.
- [31] Moulin, Sass C, Labbe E, et al. Le score EPICES : l'indicateur de précarité des Centres d'examen de santé de l'Assurance Maladie. 2005

- [32] Afrite A, Bourgueil Y, Dufournet M, Mousquès J. Les personnes recourant aux 21 centres de santé de l'étude Epidaure-CDS sont-elles précaires? Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé. mai 2011;(165).
- [33] Baudeau D, Carrasco V. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières, Etudes et Résultats, DREES. janvier 2003;(215)
- [34] Glavany M et al. Précarité et santé après 60 ans : études des consultants d'une permanence d'accès aux soins de santé. Annale Gériatrie 2010 ; 3(2), p. 103-9
- [35] Maric M, et al. La prise en charge des populations dites précaires dans les établissements de soins. Série études et recherches. novembre 2008;(81)
- [36] Cambois E. Les personnes en situation sociale difficile et leur santé. Les travaux de l'Observatoire. DREES. 2004.
- [37] Boisguérin B, Valdelièvre H. Urgences : la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation. DREES, Etudes et Résultats. juillet 2014;(889)
- [38] Doukhan M. Motifs de recours aux urgences du centre hospitalier de Tourcoing : une approche du point de vue du patient en 2011. Mémoire. 2011.
- [39] Ballidan N. Patients en situation de précarité : quel parcours de soins en médecine générale ? thèse. Université de Lille. 2015.
- [40] DREES. L'état de santé de la population. Rapport 2009-2010. 2010.
- [41] Belin S. Utilisation du score EPICES pour évaluer la précarité des victimes de violences volontaires. Etude transversale au CHU de Saint-Etienne sur 275 victimes vues en consultation de Médecine Légale. Faculté de Médecin de Saint-Etienne. 2007.
- [42] Ameli.fr. Prévalence des ALD en 2016. [en ligne]  
Disponible sur <https://www.ameli.fr/1-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/affection-de-longue-duree-ald/prevalence/prevalence-des-ald-en-2016.php>
- [43] Moliné E. L'hôpital public en France : bilan et perspective. Avis et Rapports du Conseil Economique et Social. 2005.
- [44] Charlson ME et al. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. J Chronic Dis. 1987;40(5):373-83
- [45] Berrut G et al. Évaluation des comorbidités chez la personne âgée. Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil 2015 ; 13 (supplement 1) : 7-12

## 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 les 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.*

## Annexes

### Annexe 1- Score de Pascal

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

Depuis sa création en 2004, le RMI a été remplacé par le RSA, l'Allocation Parent Isolé par l'Allocation de soutien familial et l'Allocation Insertion par l'Allocation Temporaire d'Attente.

## Annexe 2 - Questionnaire

Numéro :

Âge : (si ≥ 75 ans, joindre le traitement)

CP :

Site :

Date :

Heure :

Bénéficiez-vous de la CMU, CMU complémentaire ou AME ?  Oui  Non

Avez-vous une mutuelle santé ou une assurance maladie complémentaire ?  Oui  Non

Recevez-vous une de ces allocations : le RSA, l'AAH, l'ASF, l'ASS, l'ATA, l'AV, le MV ou l'ASV? \*  Oui  Non

Etes-vous à la recherche d'un emploi depuis plus de 6 mois ou d'un 1<sup>er</sup> emploi ?  Oui  Non

Comment êtes-vous venu ?

SMUR  Ambulance privée  Pompiers  Seul  Accompagné d'un tiers

Avez-vous déjà eu recours aux urgences ?  Non  1 fois  > 1 fois

Depuis combien de temps le problème a-t-il commencé ?  < 24H  > 24H  > 1 semaine  > 1 mois

Avant cette consultation, aviez-vous déjà-vu un médecin pour ce problème ?

Mon médecin traitant  Un médecin remplaçant  SOS médecin  Je n'ai pas consulté  
 Un médecin spécialiste  Un médecin de garde  Un urgentiste

Qui vous a conseillé de voir un médecin aux urgences ?

Un médecin  Le service des urgences  Un paramédical (IDE, Kiné...)  Autre professionnel de santé  
 Le SAMU (15)  La police (17)  Votre entourage  Je l'ai décidé seul  
 Le 112  Les pompiers (18)  Votre employeur

Avez-vous tenté de joindre votre médecin traitant ?

Oui  Non

Si oui

- Il vous a conseillé de venir aux urgences
- Il ne pouvait vous recevoir
- Il est injoignable
- Il est en vacances et n'est pas remplacé
- Vous ne souhaitiez pas consulter le remplaçant
- Vous aviez un rendez-vous dans la journée mais ne pouviez attendre

Si non

- Je n'en ai pas
- Il vous avait dit "la prochaine fois, consultez aux urgences"
- Vous préférez aller aux urgences
- Vous ne pouviez pas vous déplacer chez le médecin

Au final, pourquoi êtes-vous venu aux urgences ? (choix multiples)

- Pour bénéficier d'un examen complémentaire (radio, biologie...)
- Pour bénéficier d'une consultation spécialisée (cardiologue, pneumologue...)
- Vous pensiez que c'était grave
- Vous souhaitiez une hospitalisation
- Vous avez consulté, mais ça ne va pas mieux malgré le traitement
- Vous avez essayé de vous soigner seul sans résultat
- Vous avez besoin que ce problème soit réglé
- Vous savez que vous n'auriez pas besoin d'avancer d'argent
- Vous êtes attendu dans un autre service
- Vous êtes reconvoqué
- Vous avez été victime d'un accident de travail
- Vous avez été victime d'un accident de la voie publique
- Vous avez été victime d'un accident de la vie quotidienne
- Vous avez été victime d'un accident scolaire ou sportif
- Vous avez été victime d'une agression
- L'hôpital est l'endroit le plus proche de chez vous pour les soins

Bénéficiez-vous d'une prise en charge ALD ?  Oui  Non

Comorbidité(s) :

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="radio"/> Infarctus du myocarde             | <input type="radio"/> Maladie ulcéreuse   | <input type="radio"/> Leucémie                      |
| <input type="radio"/> Insuffisance cardiaque congestive | <input type="radio"/> Hépatopathie légère | <input type="radio"/> Lymphome                      |
| <input type="radio"/> Maladie vasculaire périphérique   | <input type="radio"/> Diabète             | <input type="radio"/> Hépatopathie modérée à sévère |
| <input type="radio"/> AVC                               | <input type="radio"/> Hémiplégie          | <input type="radio"/> Métastases                    |
| <input type="radio"/> Démence                           | <input type="radio"/> IR modérée à sévère | <input type="radio"/> SIDA                          |
| <input type="radio"/> Maladie pulmonaire chronique      | <input type="radio"/> Diabète avec AOC    |   |
| <input type="radio"/> Connectivité                      | <input type="radio"/> Tumeur              |   |

Constantes vitales

T° :                      FC :                      PA :                      FR :                      SpO<sub>2</sub> :

Acte réalisé :

- |                                       |                                    |                                      |
|---------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> Biologie        | <input type="radio"/> Radiographie | <input type="radio"/> Autre imagerie |
| <input type="radio"/> Avis spécialisé | <input type="radio"/> VVP          | <input type="radio"/> Autre          |

Diagnostic :

Devenir

- Retour à domicile       UHCD       Hospitalisation       Autre

En acceptant de participer à cette étude, je prends note qu'aucune de ces informations n'est nominative.

Je ne m'oppose pas à participer à cette étude observationnelle

**\*Minima sociaux :**

- AAH = Allocation Adulte Handicapé
- ASF = Allocation de Soutien Familial (ex Parent Isolé)
- ASS = Allocation Solidarité Spécifique
- ATA = Allocation Temporaire d'Attente (ex Allocation Insertion)
- AV = Allocation Veuvage
- MV = Minimum Vieillesse
- ASV = Allocation Supplémentaire de Vieillesse



### Annexe 3 - Score de Charlson modifié [44-45]

Nombre de points attribués	Conditions
<b>1 point</b>	Infarctus myocardique Insuffisance cardiaque Insuffisance vasculaire périphérique Maladie cérébro-vasculaire Démence Maladie pulmonaire chronique Maladie du tissu conjonctif Maladie ulcéreuse Hépatopathies Diabète
<b>2 points</b>	Hémiplégie Maladie rénale modérée à sévère Diabète avec lésions organiques Tumeurs de toutes origines
<b>3 points</b>	Hépatopathie modérée à sévère
<b>6 points</b>	Tumeurs solides métastatiques SIDA

Une fois le score initial calculé, on ajoute un modificateur en fonction de l'âge du patient:

50-59 ans	= 1
60-69 ans	= 2
70-79 ans	= 3
80-89 ans	= 4
90-99 ans	= 5

Cela donne un total qui permet d'estimer la probabilité de survie à 10 ans du patient:

Total	Probabilité de survie à 10 ans
0	99%
1	96%
2	90%
3	77%
4	53%
5	21%
6	2%
>6	0%

## **Résumé**

**NOM :** ESCANDE

**Prénom :** Pierre

**Date de soutenance :** 13 décembre 2018

**Titre en français :** Les patients en situation de précarité dans les urgences girondines : repérage et parcours de soins.

**Introduction :** La population précaire est en forte augmentation ces dernières décennies. Ces patients sont souvent méconnus des services d'urgences. Leur prise en charge globale n'est pas optimale.

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer de façon objective la prévalence des patients précaires aux urgences. L'objectif secondaire était de décrire leur parcours de soins.

**Matériel et méthode :** Il s'agissait d'une étude épidémiologique prospective, transversale, multicentrique réalisée dans neuf services d'urgences girondins, fin juin et début juillet 2018. Tous les patients majeurs se présentant aux urgences sur deux plages de 24 heures étaient susceptibles d'être inclus. Ils remplissaient, à l'aide d'un intervenant, un questionnaire précisant leur statut de précarité selon le Score de Pascal, des données sociodémographiques et leur parcours de soins.

**Résultats :** 1165 patients ont été inclus. 28% (n = 325) étaient en situation de précarité. Comparativement aux autres, ils étaient plus jeunes (moyenne d'âge : 43,3 ans versus 53,6 ans,  $p < 0,001$ ) et venaient aux urgences plus fréquemment seuls (29,2% versus 19,6%,  $p < 0,01$ ), en semaine (54,5% versus 46,5%,  $p = 0,015$ ), de leur propre chef (37,4% versus 31,2%,  $p = 0,04$ ), pour des motifs moins aigus (18,5% versus 12,2%,  $p = 0,015$ ). Ils déclaraient moins souvent un médecin traitant (13,6% versus 3,8%,  $p < 0,01$ ). Leurs motivations de consultation étaient identiques aux autres et ils bénéficiaient aussi souvent d'actes complémentaires. Ils n'étaient pas plus hospitalisés mais étaient plus souvent sujets à des symptômes infectieux (8,6% versus 5,7%) et psychiatriques (5,5% versus 1,8%).

**Conclusion :** Plus du quart des patients aux urgences est en situation de précarité. Leurs parcours de soins diffèrent de celui des autres requérants. Le repérage de ces personnes paraît essentiel afin de mieux les orienter au décours de leur passage aux urgences.

**Titre en anglais :** Patients in precarious situation in Gironde emergency rooms : screening and care process.

**Discipline :** médecine générale

**Mots clés :** précarité - urgences - score de Pascal - parcours de soins