

Identification de la vulnérabilité sociale des usagers des consultations de l'hôpital public

Jean Pascal¹, Pierre Lombraïl¹, Christian Agard², Christine Quélier³, Jean-Michel Nguyen⁴

¹ Laboratoire de Santé Publique et d'Epidémiologie, P.I.M.E.S.P., C.H.U de Nantes

² Médecine Interne, Pôle médecine, CHU de Nantes

³ Formation Recherche Sociologie et Santé Publique, Rennes

⁴ Unité Informatique et Statistique Médicale- P.I.M.E.S.P., C.H.U de Nantes

Correspondance :

Dr. Jean PASCAL - CHU de Nantes - Pôle d'Information Médicale, d'Evaluation et de Santé Publique (PIMESP) - Hôpital Saint Jacques 85 rue St Jacques 44093 Nantes Cedex 1 [tel : 02 40 84 69 25 - fax : 02 40 84 69 21 - Email : jean.pascal@chu-nantes.fr]

Introduction

Il existe en France de fortes disparités sociales d'état de santé et de recours aux soins [1,2,3]. Une part non négligeable des inégalités sociales de santé résulte de difficultés d'accès aux soins [4] ou de différences de prise en charge [5]. Si ces difficultés d'accès commencent à être bien documentées en France (obstacles économiques, administratifs, psychosociaux, culturels...), les inégalités de prise en charge médicale sont bien moins connues. Le potentiel de rattrapage de certaines inégalités de santé par des soins de qualité est généralement sous estimé par les professionnels du soin [6,7]. Il en résulte de nombreuses pertes de chances [8], notamment pour les patients en situation de précarité sociale [9,10].

L'hôpital public est particulièrement concerné du fait de son rôle social [11,12]. Une partie de sa clientèle se recrute dans les couches les moins favorisées de la population [13]. Pourtant très peu de données objectives permettent de connaître l'ampleur des inégalités sociales de santé des personnes fréquentant l'hôpital dans notre pays.

Une première difficulté tient à l'absence de caractérisation fiable de la situation sociale de ces personnes dans les systèmes d'information hospitaliers, particulièrement au niveau des consultations externes [14]. Il est donc nécessaire de commencer par pallier ce manque. Très peu d'outils de repérage de ces situations sociales ont été développés à notre connaissance [15,16] et ils sont peu utilisables en routine nous semble-t-il.

Cette mission d'identification de la situation socio-économique des usagers de l'hôpital est le plus souvent dévolue aux Assistantes Sociales (AS), considérées alors comme : « expertes du domaine ». Toutefois, elles ne peuvent s'intéresser qu'à une partie des patients pris en charge et leur nombre est limité. Pour mobiliser au mieux leurs compétences, il peut être utile d'assurer un 1er repérage.

Dans le cadre d'un travail sur les pertes de chances médicales des consultants de l'hôpital public, PHRC National, nous avons été amenés à construire un instrument de repérage des patients en situation de vulnérabilité sociale. Le groupe pluriprofessionnel réuni pour ce travail a souhaité qu'il puisse aussi servir dans le cadre de l'activité clinique des services de consultation de l'hôpital. Le questionnement devait donc porter sur des éléments aussi simples et « objectifs » que possible et divulguables, en peu de temps et sans aide, dans le contexte de confidentialité relative d'une salle d'attente de consultation hospitalière. De manière pragmatique, l'instrument n'était pas destiné à produire une catégorisation « exacte » des situations de vulnérabilité sociale. Il devait servir à identifier le plus grand nombre de personnes qui, du fait de leur situation sociale, présentent plus que les autres consultants des besoins de soins non satisfaits, dans la perspective d'une comparaison ultérieure entre ces deux groupes. Les caractéristiques de vulnérabilité sociale retenues s'appuient sur les travaux français relatifs aux effets de la précarité ou de la pauvreté sur la santé [1,5,11,12,17,18].

L'objectif de ce travail est d'évaluer les propriétés métrologiques d'un outil de repérage de la vulnérabilité sociale construit par un groupe pluri-professionnel et d'objectiver à cette occasion la nature de l'expertise des AS.

Matériel et méthode

➤ Construction de l'outil de repérage

La lecture des principaux ouvrages publiés sur le sujet dans notre pays a permis d'identifier les caractéristiques habituellement utilisées en France pour définir la vulnérabilité sociale. Elle a été complétée par une série d'entretiens avec des professionnels médicaux, paramédicaux et administratifs, et de la recherche d'éventuels instruments de repérage utilisés par des équipes hospitalières ou des services sociaux. L'ensemble a été soumis

au jugement d'un groupe pluriprofessionnel, issu des services participant à l'étude constitué de médecins (urgences, médecine interne, infectiologie, gastro-entérologie, hygiène, informatique médicale, santé publique), d'assistantes sociales et d'un odontologiste des hôpitaux de Nantes et de Saint-Nazaire.

Les caractéristiques choisies ne cherchent pas à décrire finement les personnes en situation de vulnérabilité sociale, mais à en identifier le plus grand nombre par une procédure légère. Le groupe a retenu 5 caractéristiques: ❶ bénéfice de la couverture maladie universelle ou de l'Aide Médicale d'Etat ; ❷ absence de Mutuelle santé ou d'Assurance maladie complémentaire ; ❸ difficultés déclarées à payer les médicaments ou les examens médicaux ; ❹ bénéficie d'un minimum social [19](*excluant l'allocation supplémentaire invalidité, le groupe craignant une confusion avec la pension d'invalidité*) : Revenu Minimum d'Insertion (RMI), Allocation Adulte Handicapé (AAH), Allocation Parent Isolé (API), Allocation Solidarité Spécifique (ASS), Allocation d'Insertion (AI), l'allocation de veuvage, le minimum vieillesse ou l'allocation supplémentaire de vieillesse ; ❺ recherche déclarées d'un emploi depuis plus de 6 mois ou d'un 1^{er} emploi. L'instrument de repérage comprend donc **5 caractéristiques**, présentées sous la forme d'un auto questionnaire (*cf. tableau I*).

Afin d'améliorer la spécificité du repérage, lors de la phase de construction de l'outil, le groupe a tenu à établir une règle de décision précisant 5 critères de vulnérabilité sociale à partir des 5 caractéristiques. La caractéristique ❷ devait être associée à une autre pour devenir un critère car isolée elle prenait en compte une partie de la population qui avait fait le choix de ne pas être couverte par une protection complémentaire santé et qui n'était pas en situation de vulnérabilité sociale (la littérature, communiquée au groupe, montre pourtant qu'il s'agit d'un phénomène marginal [20]). La caractéristique ❸ isolée, risquait d'élargir l'inclusion du fait de son caractère subjectif et le groupe a décidé de ne la prendre en compte qu'associée aux caractéristiques ❷ ou ❺. La caractéristique ❺, dans sa deuxième composante : « *Etre à la recherche (...) d'un 1^{er} emploi* », peut concerner de jeunes adultes à la recherche d'un 1^{er} emploi vivant au domicile de leurs parents ou en relation de couple non vulnérables socialement. Afin de limiter ce biais, elle devait être associée à une autre caractéristique (❷ ou ❸) pour devenir un critère.

Ainsi, **une situation de vulnérabilité sociale** a été définie par le groupe selon la **règle de décision** suivante : « **être concerné par au moins 1 de ces 5 critères** : ❶ ou ❹ ou ❷ + ❸ ou ❷ + ❺ ou ❸ + ❺ ».

Tableau I. – Les caractéristiques de vulnérabilité sociale explorées par auto questionnaire

❶ Avez-vous la CMU (<i>couverture maladie universelle</i>), la CMU C omplémentaire ou l'Aide Médicale d'Etat (AME : <i>hospitalière ou totale</i>) ?	oui non
❷ Avez-vous une Mutuelle santé ou une Assurance maladie complémentaire ?	oui non*
❸ Avez-vous du mal à payer vos médicaments ou vos examens médicaux ?	oui non
❹ Recevez-vous une de ces allocations : le RMI, l'AAH (<i>allocation adulte handicapé</i>), l'API (<i>allocation parent isolé</i>), l'ASS (<i>allocation solidarité spécifique</i>), l'AI (<i>allocation d'insertion</i>), l'allocation de veuvage, le <u>minimum</u> vieillesse ou l'allocation <u>supplémentaire</u> de vieillesse ?	oui non
❺ Etes-vous à la recherche d'un emploi depuis plus de 6 mois ou d'un 1 ^{er} emploi ?	oui non

*A la différence des 4 autres caractéristiques, c'est la réponse « non » à cette caractéristique qui contribue à identifier une situation de vulnérabilité sociale.

➤ Validation de l'outil de repérage

L'auto questionnaire a été validé sur un échantillon de patients du Service d'Accueil et d'Urgences du CHU de Nantes du 14 mai au 6 juillet 2001. Ce service a été retenu du fait, d'une part, de la possibilité d'y recruter rapidement le nombre de sujets nécessaires et, d'autre part, de la diversité des caractéristiques socio-économiques du public accueilli.

L'échantillon devait comporter un groupe de patients en situation de vulnérabilité sociale et un groupe témoin, en référence au jugement des assistantes sociales. En l'absence de référence, les assistantes sociales de l'hôpital ont été considérées comme expertes, pour ce qui concerne les aspects économiques et sociaux de la vulnérabilité sociale des personnes prises en charge à l'hôpital. Elles ont établi par jugement concordant, en aveugle du test, la référence vis-à-vis de laquelle a été évalué l'instrument. En l'absence de données sur le sujet, pour avoir une précision acceptable ($\pm 5\%$) de l'estimation de la sensibilité et de la spécificité, l'échantillon nécessaire a été estimé à 100 personnes dans chaque groupe.

L'échantillon a été constitué au fur et à mesure des entrées dans le service, à différents temps de la journée et de la semaine par un Attaché de Recherche Clinique (ARC), par tirage au sort parmi les présents du moment. Les patients âgés de plus de 15 ans et acceptant de répondre étaient inclus. Les patients ne pouvant ou souhaitant pas répondre étaient exclus et remplacés par le patient suivant de même statut (âge et sexe) parmi les présents. L'entretien se déroulait en deux temps. Dans un premier temps, l'ARC présentait l'étude, recueillait l'accord de participation du patient, son âge, son sexe, le motif de l'exclusion. Puis, le patient inclus remplissait seul l'auto questionnaire. A la fin du remplissage, l'ARC lui demandait s'il avait rencontré des difficultés pour le comprendre

et le remplir. Puis, il reprenait avec lui chacune des questions, afin de valider ses réponses. Dans un deuxième temps, ce patient rencontrait deux assistantes sociales ignorant le résultat de l'auto questionnaire. Un entretien semi-directif, d'une durée moyenne de 15 minutes, était mené conjointement, par les deux assistantes sociales, à l'aide d'un guide abordant les thématiques suivantes : le logement, la situation familiale, la situation par rapport à l'emploi, les ressources financières, le réseau social, la santé (dépendance, souffrance psychique), l'accès aux soins. L'entretien recherchait systématiquement des éléments de rupture (socioprofessionnelle et/ou familiale), de dépendance, de souffrance (morale et/ou physique), de besoins non pourvus (estimés par lui comme indispensables), de difficultés d'accès aux droits, de perte d'estime de soi. A la fin de l'entretien, chacune notait indépendamment et séparément ses propres critères de jugement et son diagnostic de situation (« précaire » ou « non précaire »). En cas de désaccord, les dossiers correspondant leurs étaient soumis à la recherche d'un consensus.

➤ **Analyse statistique**

Afin de pouvoir évaluer les propriétés métrologiques de l'outil, l'analyse statistique des données a été réalisée à l'aide du logiciel SPSS version 10.0. Les variables qualitatives ont été comparées par le test du Chi² et les variables quantitatives par le test t de student. Le seuil de signification retenu est de 5% et les tests ont été réalisés en attitude bilatérale. La concordance des jugements des assistantes sociales a été mesurée par le coefficient Kappa . Les propriétés métrologiques du test évaluées sont la sensibilité et la spécificité. Des courbes ROC ont été réalisées afin de comparer le rapport sensibilité/spécificité des différentes combinaisons possibles des caractéristiques de l'outil (indépendamment des conditions requises par la règle de décision des experts locaux ayant déterminé les critères).

Afin d'objectiver la nature de l'expertise des AS, les critères de jugement des assistantes sociales amenant au diagnostic de situation (« précaire », « non précaire »), recueillis au cours des entretiens semi-directifs, ont été identifiés et codés par une sociologue. L'analyse du contenu textuel codé de chaque entretien a reposé sur une Analyse en Composantes Multiples (ACM) afin d'objectiver le caractère discriminant de leur diagnostic. La partie descriptive de l'analyse a été réalisée sous SPLUS 6 et l'ACM sous SPAD 4.5.

Résultats

Parmi les 255 patients interrogés, 222 répondaient aux critères d'inclusion, 33 ont été exclus. Ces derniers n'étaient pas significativement différents des inclus pour l'âge et le sexe et la barrière de la langue n'a jamais été un motif d'exclusion. L'échantillon des patients inclus se composait de 130 hommes (59 %) et 92 femmes, d'âge moyen 53 ans (σ : 20 ans ; extrêmes 15 à 93 ans).

➤ **Evaluation des propriétés métrologiques de l'outil**

Cent soixante treize patients (78%) ont rempli seuls le questionnaire, contre 49 (22%) qui ont nécessité une aide au remplissage, le plus souvent pour des raisons physiques ou matérielles ; 192 patients (87%) disent avoir répondu sans difficulté particulière aux questions.

Parmi les 222 patients interrogés, les diagnostics des assistantes sociales étaient concordants dans 215 cas ($kappa = 0,94$ [IC : 0,89 - 0,98]).

L'analyse de la validité concourante montre que 115 patients (52 %) ont été identifiés « en situation de vulnérabilité sociale » par les assistantes sociales. Si ces patients sont un peu plus jeunes que les patients non vulnérables socialement (50 ans contre 56 ans, $p = 0,01$), ils ne diffèrent pas statistiquement pour le sex ratio H/F (1,55 contre 1,28, $p > 0,05$).

L'outil de repérage a identifié 105 patients (47%) « en situation de vulnérabilité sociale » : sa sensibilité est de 70 % (Ic : 64-76) et sa spécificité de 77% (Ic : 71-82).

Trente cinq patients diagnostiqués en situation de vulnérabilité sociale par les assistantes sociales n'ont pas été reconnus comme tels par l'outil de repérage. L'analyse des caractéristiques élémentaires montre que 26 d'entre eux (74 %) déclarent ne pas avoir souscrit de complémentaire santé (mutuelle ou assurance), 2 sont à la recherche d'un emploi et 1 estime avoir des difficultés à payer ses frais médicaux (*les 6 autres ne présentent aucune des caractéristiques élémentaires de vulnérabilité sociale de l'outil*).

Vingt cinq patients n'étant pas considérés comme vulnérables par les assistantes sociales ont été identifiés en situation de vulnérabilité sociale par l'outil. L'analyse des critères de vulnérabilité sociale montre que 16 d'entre eux (64%) présentent un seul critère et 6 présentent 2 critères. Parmi ces 25 patients, 18 perçoivent un minimum social, 13 n'ont pas de complémentaire santé et 12 bénéficient de la CMU.

La répartition dans l'échantillon de l'ensemble des critères de vulnérabilité sociale est significativement différente entre les deux groupes « vulnérables » - « non vulnérables » déterminés par les assistantes sociales (*cf. tableau II*).

Tableau II. – Répartition des critères* de vulnérabilité sociale dans les deux groupes (« vulnérable »-« non vulnérable ») déterminés par les Assistantes Sociales

Outil de repérage	critère	Assistants sociaux (référence)				p
		Vulnérabilité sociale (n = 115)**		Absence de vulnérabilité sociale (n = 107)**		
		effectif	%	effectif	%	
	critère 1 (CMU/AME***)	49	42,6	12	11,2	<10 ⁻³
	critère 4 (allocation)	48	41,7	18	16,8	<10 ⁻³
	critère 2 + 3 (absence mutuelle + difficultés à payer)	20	17,4	5	4,7	<10 ⁻³
	critère 2 + 5 (absence mutuelle + recherche emploi)	32	27,8	3	2,8	<10 ⁻³
	critère 3 + 5 (difficultés à payer + recherche emploi)	11	9,6	3	2,8	0,038

* Les critères sont des combinaisons des caractéristiques présentées dans le tableau 1.

** Un individu peut cumuler plusieurs critères (somme des % >100)

*** 2 bénéficiaires de l'AME, identifiés en situation de vulnérabilité sociale par les assistantes sociales

La lecture des courbes ROC montre que la meilleure combinaison est celle où un sujet est identifié en situation de vulnérabilité sociale s'il présente au moins une des cinq caractéristiques de l'outil : sensibilité 80% (Ic : 75-85), spécificité 67% (Ic : 61-73).

Avec un outil réduit à 2 caractéristiques, la meilleure combinaison est celle où un sujet est identifié en situation de vulnérabilité sociale s'il présente au moins une des deux caractéristiques ② ou ④ (Se = 76% [Ic : 70-81] ; Sp = 73% [Ic : 67-79]) ; réduit à 3 caractéristiques, c'est la combinaison ②, ④ ou ⑤ (Se = 79% [Ic:73-84] ; Sp = 72% [Ic:66-78]) ; réduit à 4 caractéristiques, c'est la combinaison ②, ③, ④ ou ⑤ (Se = 80% [Ic:74-85] ; Sp = 69% [Ic:63-75]).

➤ Objectivation de la nature de l'expertise des AS

135 types de critères de jugement ont été utilisés par les 2 AS, ceux-ci pouvant être regroupés en 16 principaux critères de jugement. L'ACM a porté sur 40 critères (95 apportant une information discriminante non significative) et concerne 444 diagnostics de situation. L'ACM montre la très bonne distinction des populations « vulnérables » et « non vulnérables » par les AS (fig).

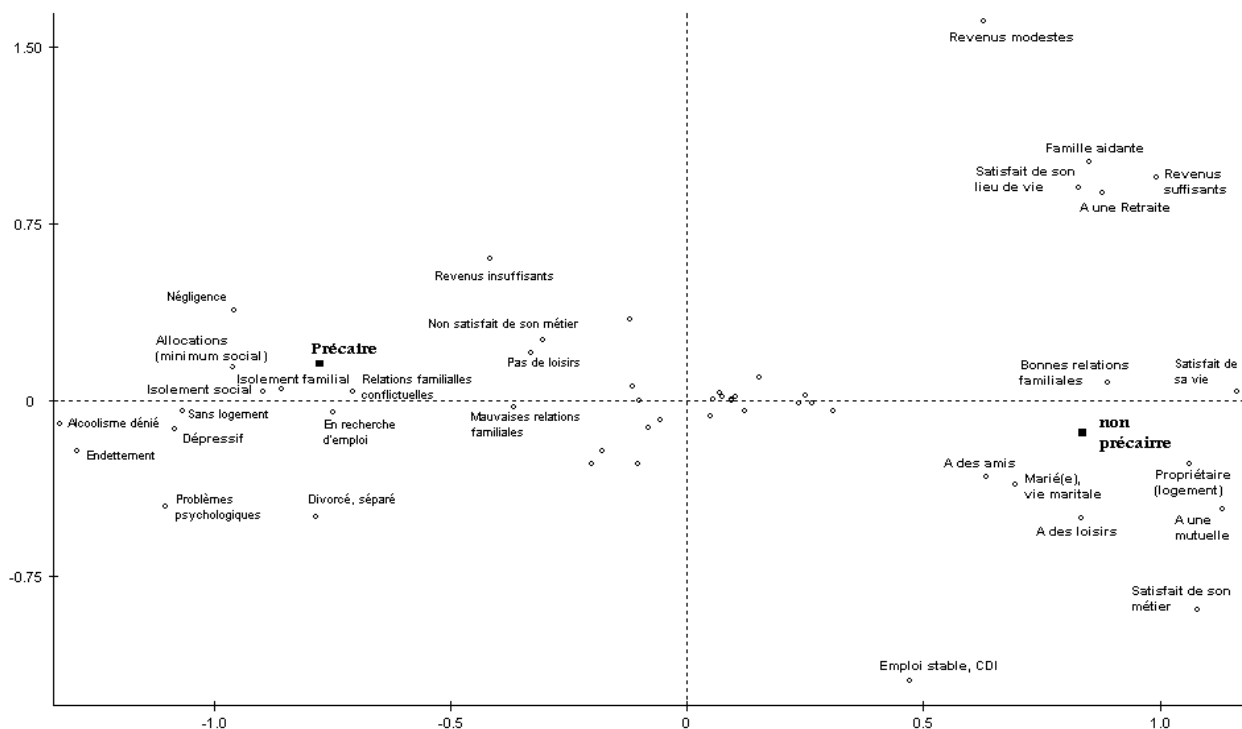


Fig. ACM des critères de jugement des Assistantes Sociales

Les critères de jugement associés à la vulnérabilité sociale concernent le fait de bénéficier de minimum social, l'isolement social (*plus particulièrement familial voire associé à des rapports conflictuels*), l'addiction à l'alcool, la négligence physique, la souffrance psychique, l'absence de logement fixe, la faiblesse des revenus (*dont endettement*), être à la recherche d'un travail.

Les critères associés à la non vulnérabilité sociale concernent la bonne qualité du réseau social et surtout familial (*vivre en famille, en couple, avoir des enfants*), le fait d'avoir un travail en CDI, d'être satisfait de son métier, d'être satisfait de sa vie, d'avoir des loisirs, d'être propriétaire, d'estimer avoir des revenus suffisants, d'être retraité.

Discussion

Le choix des 5 caractéristiques de vulnérabilité sociale explorées par auto-questionnaire mérite discussion. En effet, les caractéristiques retenues pour des raisons de faisabilité et d'acceptabilité (réelles ou perçues) renvoient majoritairement à des considérations financières directes (difficultés déclarées à acheter des médicaments) ou indirectes (étendue de la protection sociale et bénéfice de minima sociaux) et sont donc des mesures de la pauvreté. Toutefois, l'exploration de la « *pauvreté subjective* » [21] semble difficile dans ce contexte, notamment si elle suppose celle des critères que semblent utiliser les AS pour fonder leur appréciation.

Une seule caractéristique explore directement une dimension de la précarité telle que définie par le conseil économique et social : la recherche d'un emploi [22]. L'absence de certaines dimensions de la vulnérabilité (face au logement, à l'isolement social ou à l'éducation par exemple) et son appréhension statique peuvent être regrettées si l'on considère que la santé « est la conséquence qu'une personne [ou un groupe] bénéficie ou non de droits fondamentaux qui devraient être ceux de toute société démocratique » [5]. En fait, le bénéfice d'un minimum social est en soi le marqueur d'une situation de vulnérabilité (handicap, physique ou mental pour l'AAH, monoparentalité pour l'API) ou de vulnérabilité (face à l'emploi pour le RMI) qui justifie l'attribution de cette prestation. Par ailleurs, le cumul des difficultés sociales relativise l'arbitraire du choix opéré.

Le choix du groupe d'experts locaux de combiner ces 5 caractéristiques, afin de constituer 5 critères de repérage de la vulnérabilité sociale, est discutable. En effet, les résultats montrent une amélioration significative des qualités métrologiques de l'outil, se traduisant par une augmentation de 10 points de sa sensibilité au prix d'une diminution équivalente de la spécificité, si un sujet est identifié en situation de vulnérabilité sociale par au moins une des 5 caractéristiques de l'auto questionnaire.

La validité de critère de l'instrument est discutable en théorie tant il est difficile de saisir dans toute son ampleur la réalité du phénomène étudié. Les assistantes sociales ne prétendent pas détenir la « vérité » en la matière et elles opèrent en fonction de règles de décision qui mériteraient vraisemblablement d'être explicitées. Ce sont à l'hôpital les professionnels les plus rompus au remplissage de cette tâche. Leur jugement paraît donc représenter aujourd'hui la meilleure référence disponible, même s'il produit vraisemblablement une proportion significative de sujets mal classés et qu'il leur a été demandé de se prononcer dans un intervalle de temps inférieur à la durée moyenne d'un entretien social habituel. Il est possible que les assistantes sociales identifient des situations de vulnérabilité sociale par excès ce qui sous-estimerait la sensibilité de l'instrument et surestimerait sa spécificité. Ceci n'est pas gênant, dans la perspective d'une utilisation clinique, s'il s'agit d'attirer l'attention des équipes soignantes sur des personnes risquant plus particulièrement d'avoir des besoins de soins non satisfaits.

Par ailleurs, on peut questionner le choix d'explorer la vulnérabilité sociale à travers ces 5 caractéristiques si, comme le montrent les résultats, l'outil réduit à 2 caractéristiques, « absence de complémentaire santé » ou « bénéfice d'un minimum social », a une sensibilité presque aussi bonne que celle où un sujet est identifié en situation de vulnérabilité sociale s'il présente au moins une des cinq caractéristiques de l'outil. Cette option ouvrirait la perspective d'un repérage possible à travers les seules données administratives du patient, dès l'enregistrement de son entrée aux admissions des consultations de l'hôpital, et donc d'une automatisation éventuelle du recueil ou d'alerte.

Les résultats de cette étude montrent, d'une part, que les éléments d'expertise des assistantes sociales peuvent être identifiés et codifiés, et, d'autre part, que ces éléments ont un excellent pouvoir de discrimination de la vulnérabilité sociale. Ces résultats devraient aider à modéliser l'avis des assistantes sociales afin de construire une échelle de mesure de la vulnérabilité sociale.

La limite à la généralisation des résultats présentés est que les clients des urgences hospitalières ne sont pas représentatifs de ceux de l'ensemble des consultations du CHU, ni ceux d'un CHU de l'ensemble des hôpitaux publics. Ceci influence la prévalence des situations observées, comme on peut le constater entre les services d'accueil des urgences de deux CHU, La Pitié à Paris et Besançon [8]. Mais ceci ne saurait spécifier la nature

des traits principaux à prendre en compte pour identifier des situations sociales problématiques trop largement répandues dans la société française.

Enfin, une chose est d'essayer d'identifier des pertes de chances qui peuvent s'observer plus fréquemment chez des personnes en situation de vulnérabilité sociale (objet du PHRC), une autre est de passer à un repérage systématique en routine de ces personnes, même si l'intention est d'essayer de rattraper les besoins de soins non satisfaits qui peuvent l'être. Il faut d'abord valider l'hypothèse et connaître plus précisément la nature de ces besoins afin de s'interroger sur leur possibilité de rattrapage et la nature de l'acteur le mieux placé pour ce faire, en fonction de la trajectoire des personnes concernées. Il faudrait tester ensuite l'efficacité des interventions envisageables. Deux stratégies se présentent schématiquement, qui ne s'excluent probablement pas [23]. La première est de considérer que le repérage de besoins de soins préventifs non satisfaits devrait faire partie de tout acte de soins, notamment à l'hôpital public du fait de la spécificité de la clientèle. Il s'agit d'un élément d'une démarche collective d'amélioration de la qualité des prestations. La deuxième serait de proposer des mesures spécifiques à certains individus reconnus comme plus « à risque » du fait de leur appartenance sociale. Mais cette « discrimination positive » porterait en germe des risques d'une stigmatisation qui devrait rendre prudent quant à son adoption et sa mise en œuvre.

Conclusion

Dans les conditions d'un repérage en routine, telles qu'elles peuvent se rencontrer en pratique dans les consultations de l'hôpital et en considérant que l'absence de complémentaire santé est en soi un marqueur d'inégalité sociale d'accès aux soins [20], notamment préventifs, ou de vulnérabilité sociale [24], la solution serait d'utiliser en pratique cet outil en considérant qu'une personne est susceptible d'être en situation de vulnérabilité sociale si elle présente au moins une des cinq caractéristiques de l'outil. Dans le cadre d'une gestion médico-administrative exhaustive des données, intégrées dans le système d'information de l'hôpital, l'outil réduit aux deux caractéristiques administratives, absence de complémentaire santé ou bénéfice d'un minimum social, aiderait les professionnels de l'hôpital dans le repérage des situations de vulnérabilité sociale, afin de proposer des programmes de rattrapage ciblés, notamment préventifs. Ce d'autant que cet outil permettrait, d'une part, aux soignants d'avoir une information objective et rapide sur la situation sociale des consultants afin d'améliorer la qualité de leur prise en charge et, d'autre part, aux services de consultations d'avoir une estimation de la prévalence du phénomène pour pouvoir mieux adapter leurs stratégies de soins et leurs moyens au type d'usagers qui fréquentent leurs services, information dont ils ne disposent pas actuellement.

Remerciements : Cette étude s'inscrit dans le cadre d'un Programme Hospitalier de Recherche Clinique national sur les : « *Pertes de chances médicales de la clientèle en situation de précarité sociale ou de pauvreté consultant à l'hôpital public* » - BRD 99/11-E. H. Hélène Abbey-Huguenin a bénéficié d'une bourse de la Fédération pour la Recherche Médicale pour la contribution à ce travail. Les auteurs remercient mesdames Pajot et Trebillon, assistantes sociales au CHU de Nantes et monsieur Moisan, ARC, qui ont permis le recueil des données, ainsi que les professionnels du service d'accueil et d'urgences du CHU sans lesquels ce travail n'aurait pu avoir lieu et les autres membres du comité de pilotage: Pr Ballereau, Pr Barrier, Dr Berranger, Pr Galmiche, Pr Giumelli, Dr Grinand, Pr Grolleau, Dr Laboux, Dr Libeau, Mme Pasquier, Dr Pinzaru, Dr Pouliquen, Mme Vachet.

Bibliographie

1. Leclerc A, Fassin D, Grandjean H, Kaminski M, Lang T. Les inégalités sociales de santé. Paris : La Découverte, 2000.
2. Haut Comité de la Santé Publique. La santé en France 2002. Paris : La documentation française, 2002.
3. De Kervasdoué J. Carnet de Santé de la France 2003. Paris : Dunod, 2003.
4. Brucker G, Nguyen DT, Lebas J. L'accès aux soins des personnes démunies à l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris. Bull Acad Natle Méd, 1997; 181: 23-42.
5. Haut Comité de Santé Publique. La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé. Rennes : ENSP, 1998.
6. Williamson JW, Alexander M, Miller GE. Priorities in patient care research and continuing medical education. JAMA 1968 ; 204 : 8 – 15.
7. Lombrail P, Vitoux-Brot C, Bourrillon A *et al.* Another look at emergency room overcrowding: accessibility of the health services and quality of care. Int J Quality health Care 1997; 9: 225-232.
8. Lang T, Davido A, Diakité B *et al.* Using the hospital emergency department as a regular source of care. Eur J Epidemiol 1997; 13: 223-228.
9. Lombrail P. Accès aux soins. In Leclerc A, Fassin D, Grandjean H *et al.* Les inégalités sociales de santé. Paris : La Découverte, 2000 ; 403-418.
10. Goddard M, Smith P. Equity of access to health care services: Theory and evidence from the UK. Soc Sci Med 2001 ; 53(9) : 1149-1162.

11. Farge-Bancel D, Jourdain-Menninger D. Hôpital public, le retour à l'Hôtel Dieu. Paris, Hermes, 1997.
12. Imbault-Huart MJ. Médicalisation et fonctions sociales de l'hôpital : une approche historique. In Lebas J, Chauvin P. Précarité et santé. Paris : Flammarion 1998 ; 225-233.
13. Lang T, Davido A, Diakité, *et al.* Non-urgent care in the hospital medical emergency departement in France: how much and wich health needs does it reflect. *J Epidemiol Community Health* 1996; 50: 456-462.
14. Lombrail P, Brodin M. La qualité de l'information administrative est nécessaire à la qualité des soins. *Informatique et Santé (Springer-Verlag)* 1993 ; 6 : 246-254.
15. Mizrahi A, Mizrahi A. Inégalité d'accès aux soins : cumul des risques sociaux et consommation de soins. In Lebas J, Chauvin P. Précarité et santé. Paris : Flammarion, 1998 ; 45-57.
16. Girard F, Gueguen R, Guenot C *et al.* Proposition d'un score de précarité. *Rev Epidémiol Sante Publique* 2000 ; 48 : 3S106 - 3S107.
17. Wresinski MJ. Grande pauvreté et précarité économique et sociale. Conseil économique et social, JO, Paris, 1987.
18. Loisy C. Pauvreté, précarité, exclusion. Définition et concepts. In Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale. Les travaux de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale. Paris : La Documentation française, 2000 ; 23 – 50.
19. Demailly D. Les allocataires des minima sociaux en 1998-1999. *DREES - Etude et Résultats* 2000 ; 67 : 1-8.
20. Dourgnon P., Grignon M., Jusot F. L'assurance maladie réduit-elle les inégalités sociales de santé ? Une revue de la littérature. *CREDES - Bulletin d'information en économie de la santé* 2001 ; 43:1-8.
21. INSEE. Données sociales-La société française, 2002-2003. Paris, INSEE, 2002
22. Auvray L., Dumesnil S., Le Fur P. Santé Soins et protection sociale en 2000. Paris : CREDES, 2001.
23. Mackenbach JP, Bakker MJ, Sihto M, Diderichsen F. Strategies to reduce socio-economic inequalities in health. In Mackenbach J, Bakker M. *Reducing inequalities in health. A european perspective.* Routledge 2002 : 25-49.
24. Ministère de l'emploi et de la solidarité - Direction générale de la santé. Synthèse des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins en faveur des personnes en situation précaire. Paris : Ministère de l'emploi et de la solidarité, 2001.