



Précarité et déterminants sociaux de la santé : quel(s) rôle(s) pour le médecin de premier recours ?

Rev Med Suisse 2009 ; 5 : 845-50

P. Bodenmann
Y. Jackson
T. Bischoff
P. Vaucher
E.-A. Diserens
C. Madrid
F. Althaus
H. Wolff

Deprivation and Social Determinants of Health : any role for the general practitioner ?

Social deprivation also exists in an industrialised country like Switzerland where there are many different social economic levels; social inequalities have increased in the past years having a major impact on social economic determinants of health. Being aware of these determinants and systematically identifying them in patients has become crucial for the general practitioner in order to improve the way s/he delivers care and interacts with more vulnerable populations. Because the general practitioner is often in contact with people of different socioeconomic levels, s/he is a key witness of social inequalities in health. S/he therefore has a responsibility to document them, to promote health, to prevent disease and be an advocate for the disadvantages in order to influence these social determinants of health.

La précarité existe aussi dans un pays industrialisé comme la Suisse, où se côtoient des catégories de populations disparates au niveau socio-économique ; les inégalités sociales croissantes ont, depuis plusieurs années, des répercussions importantes sur les déterminants sociaux de la santé. La connaissance de ces déterminants est devenue indispensable et leur identification systématique par le médecin de premier recours doit lui permettre d'adapter sa prise en charge et d'intégrer des dimensions nouvelles dans la relation singulière qu'il entretient avec son patient. Témoin privilégié des inégalités sociales, il se doit de les documenter, d'encourager la prévention et la promotion de la santé auprès des patients les plus démunis et de plaider en leur faveur pour tenter d'influencer ces déterminants sociaux de la santé.

INTRODUCTION

Trente ans après la signature de la déclaration d'Alma-Ata qui se fixait pour objectif la Santé pour Tous en l'an 2000,¹ le médecin de premier recours, qui a un très large accès à la population² et à ses différentes catégories sociales, demeure un témoin privilégié des *inégalités sociales de la santé*. Celles-ci correspondent à «une répartition inéquitable des ressources matérielles et non matérielles, interdisant aux individus et aux

groupes sociaux d'atteindre des buts généralement reconnus comme légitimes (par exemple une protection sociale)». L'analyse selon des critères sociaux de la distribution des phénomènes de maladie et santé – l'épidémiologie sociale – forme le socle d'une médecine sociale dont le thème majeur est évidemment celui des inégalités.³

PRÉCARITÉ ET PAUVRETÉ

Comment définir la *précarité* ? C'est «un état d'instabilité sociale caractérisé par l'absence d'une ou de plusieurs sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux». Les situations de précarité se développent «lorsque les conditions concernant le niveau socio-économique, l'habitat, les réserves financières, le niveau culturel, d'instruction et de qualification professionnelle, les moyens de participation associative, syndicale et politique, sont défavorables». ⁴ Elle se définit par rapport à la communauté locale ou à l'ensemble de la société à laquelle appartient l'individu, la famille ou le groupe. Elle peut être matérielle (faisant allusion aux biens et aux commodités de la vie) et/ou relationnelle (relations familiales, au travail ou dans la communauté), ⁵ objective ou subjective.

Le terme précarité a tendance à se substituer à ceux, plus classiques, de défaveur sociale, marginalité, misère, pauvreté. Selon certains auteurs, la précarité ne conduirait à la *pauvreté* que lorsqu'elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle «se chronicise» et qu'elle compromet ainsi gravement les chances



de réassumer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même dans un avenir prévisible.⁴ La pauvreté absolue, manque de ressources financières jugées comme minimales pour la survie, se distingue de la pauvreté relative définie par rapport aux ressources moyennes disponibles dans une société.⁶

SITUATION CLINIQUE ET RÉALITÉ LOCALE

Un homme suisse de 60 ans se présente à votre cabinet pour un «check-up». Il n'a pas vu de médecin au cours des dix dernières années, mais il aurait présenté une hypertension artérielle et une hypercholestérolémie non traitées, des crises de goutte, une lithiase rénale, des lombalgies chroniques ainsi que deux fractures du tibia lors d'accidents à moto. Après avoir perdu sa place de cadre dans une entreprise, il s'est trouvé pendant deux ans à l'assurance chômage et est actuellement au bénéfice du revenu d'insertion.

Un tabagisme et une anamnèse familiale positive apparaissent encore à l'entretien, ainsi qu'une tension artérielle diastolique à la limite supérieure de la norme et une surcharge pondérale (IMC = 27 kg/m²) au status. Vous documentez en fin de consultation une consommation d'alcool à risque dans un contexte socioprofessionnel et familial difficile.

Quels sont les éléments de l'environnement social, professionnel et familial ayant un impact sur la santé de ce patient ? Une évaluation systématique des *déterminants sociaux de la santé* nous aide-t-elle à appréhender la précarité sociale de certains de nos patients ?

Même dans les pays les plus industrialisés, les moins riches ont une espérance de vie plus courte et sont en moins bonne santé que les plus favorisés. Bien que personne ne meure de faim dans notre pays, la Suisse demeure un

espace où se côtoient des catégories de populations disparates notamment au niveau socio-économique : on estimait en 2006 à 10,8% la part de personnes vivant sous le seuil de pauvreté dans le canton de Vaud (soit CHF 2250.–/mois pour une personne vivant seule, CHF 3850.– pour un ménage monoparental avec deux enfants et CHF 4750.– pour un couple avec deux enfants). Dans l'ensemble du pays, 8,5% de la population vivait sous le seuil de pauvreté en 2005. Ce seuil de pauvreté fixé à une valeur de référence dérivée de quatre variables (coût du logement, forfait pour l'entretien au sens large, prime pour l'assurance maladie obligatoire et CHF 100.– par membre du foyer de plus de seize ans)⁷ était plus fréquemment atteint par des familles monoparentales, des jeunes parents, des familles nombreuses et des personnes de nationalité étrangère. De plus, il y avait jusqu'en 2004 un accroissement annuel de 10% des bénéficiaires de l'aide sociale (12,5% entre 2004 et 2005 à Lausanne).⁸

Ainsi, en Suisse une personne sur onze en âge de travailler est touchée par la pauvreté, et une personne sur 25 est *working poor* (une personne active qui a un emploi la plus grande partie de l'année mais qui vit dans un ménage pauvre de par la faiblesse de ses revenus – revenus d'activité et prestations sociales).

DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ

Les inégalités sociales croissantes de la santé (non seulement en termes d'accessibilité aux soins mais aussi de répercussions sur la santé d'un environnement social défavorable) ont permis de comprendre que la santé (état de bien-être physique, mental et social selon la définition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) dès 1946) est très influencée par des déterminants sociaux (tableau 1) ; issus de données scientifiques établies, ceux-ci ont été systématisés par l'OMS en 1998, en 2004⁹ et en 2008.¹⁰

La connaissance de ces déterminants sociaux est indis-

Tableau 1. Déterminants sociaux de la santé selon l'Organisation mondiale de la santé⁹

Déterminants sociaux	Impact(s) sur la santé
1. Gradient social	Les personnes situées au bas de l'échelle sociale sont très fréquemment exposées au risque de maladies graves ou de décès prématuré
2. Stress	Les facteurs psychosociaux associés au stress (anxiété, sentiment de vulnérabilité, mauvaise opinion de soi-même) ont des effets cumulatifs avec le temps et entraînent une dégradation de la santé mentale en particulier
3. Petite enfance	Les fondements de la santé de l'adulte prennent ancrage lors de la période prénatale et de la petite enfance
4. Exclusion sociale	L'exclusion sociale peut à terme avoir un impact sur les risques de séparation – divorce/demandes d'invalidité/ et comportements à risque
5. Travail	Le stress au travail, un faible niveau d'autonomie, la charge de travail, une valorisation inadéquate, sont autant d'éléments pouvant avoir un impact sur l'état de santé, en termes de morbidité mais aussi de mortalité prématurée
6. Chômage	Les effets délétères sur la santé peuvent s'initier dès que le travailleur sent que son emploi est menacé. Des maladies prolongées ou un état de santé mental déficient sont plus importants lorsque l'emploi est précaire ou lors de chômage par rapport à une situation d'emploi stable et satisfaisante
7. Soutien social	Lors d'isolement et d'exclusion, des taux plus élevés de décès prématurés notamment d'origine cardiaque ont été mis en évidence
8. Dépendances	Se réfugier dans l'abus de substances (tabac, alcool, drogues illicites) a pour impact notamment d'accroître les inégalités de santé
9. Alimentation	Bien qu'un régime alimentaire équilibré et un approvisionnement suffisant en denrées alimentaires soient essentiels pour un état de bonne santé et de bien-être, l'accessibilité à de telles denrées est très variable
10. Transports	Toutes les démarches visant à éviter la sédentarité améliorent d'une façon générale l'état de santé



pensable, en particulier dans le domaine de la recherche en santé publique. Leur identification systématique est également utile au médecin de premier recours et lui permet de reconnaître plus régulièrement une précarité, voire une pauvreté. Cependant, la complexité de certaines questions et la difficulté de leur intégration dans l'anamnèse habituelle, rendent leur utilisation peu aisée en pratique clinique.

Différents index de précarité permettant de cibler des zones géographiquement défavorisées ont été développés au cours des dernières années;^{5,11,12} initialement surtout britanniques, ces index ont été généralisés et adaptés à d'autres pays tels que la Belgique, la Suède, la Nouvelle-Zélande, les Etats-Unis et le Québec. Cependant ces index ne demeurent utiles que pour un usage populationnel.

Le praticien, confronté – dans la relation singulière patient-médecin – aux caractères multidimensionnels de la précarité et aux inégalités sociales de la santé, pourrait bénéficier de l'existence de scores individuels de la précarité.

PRÉCARITÉ INDIVIDUELLE : SCORE(S) ?

Les onze questions du score EPICES (*Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé pour les Centres d'Examens de Santé*) intègrent l'ensemble des dimensions de la précarité définies notamment par Townsend et Warzinsky (tableau 2). Ce score permet de mesurer la précarité d'un individu en tenant compte de ses caractéristiques socio-économiques et environnementales. La première version du score comportait 41 questions posées à 7208 personnes lors d'une enquête ponctuelle menée en 1998 dans dix-huit centres d'examen de santé en France. Sa validation intervient en 2002 avec onze questions posées à 197 389

Tableau 2. Les onze questions du score EPICES¹³

Questions
1. Rencontrez-vous parfois un travailleur social ?
2. Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ?
3. Vivez-vous en couple ?
4. Etes-vous propriétaire de votre logement ?
5. Y a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF, etc.) ?
6. Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des douze derniers mois ?
7. Etes-vous allé au spectacle au cours des douze derniers mois ?
8. Etes-vous parti en vacances au cours des douze derniers mois ?
9. Au cours des six derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants ?
10. En cas de difficultés, y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ?
11. En cas de difficultés, y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ?

Calcul du score : Chaque réponse (oui ou non) donne un score pondéré en fonction d'un coefficient positif ou négatif selon la question posée. Ceci permet d'obtenir un score total variant de 0 (absence de précarité) à 100 (précarité maximale). Le score EPICES n'étant pas adapté à la Suisse, les coefficients ne sont pas intégrés au tableau.

consultants de 58 centres.¹³

Bien que particulièrement intéressant pour la pratique clinique (questions simples et intuitives pour la plupart) et utilisé dans différents domaines de recherche,¹⁴⁻¹⁶ il demeure « imprégné » par les particularités du système médico-social français tout comme d'autres scores validés.¹⁷⁻¹⁹ Ainsi, l'utilisation clinique de ces scores doit être pondérée différemment, et leur usage en recherche revalidé aux caractéristiques propres du pays étudié.

Tableau 3. Ressources internet administratives suisses utiles pour le médecin de premier recours confronté à des situations de précarité

Confédération	Description du site
Plate-forme ch.ch www.ch.ch	Aborde les trois domaines de la sécurité sociale (assurances, prévoyance, aide)
Conférence suisse des institutions d'action sociale (CSIAS) www.csias.ch	Association professionnelle de soutien des personnes en détresse et de lutte contre la pauvreté
Office fédérale des assurances sociales (OFAS) www.bsv.admin.ch	Site institutionnel de référence pour la sécurité sociale
Guide social pour la Romandie (GSR) www.guidesocial.ch	Lois, procédures et institutions liées à l'action sociale
Cantons romands	Chemin d'accès
Vaud www.vd.ch	Rubrique <i>Par Thème</i> puis <i>Santé-social</i>
Genève www.ge.ch	Rubrique <i>Thèmes</i> puis <i>Social</i>
Neuchâtel www.ne.ch	Rubrique <i>Social et santé</i>
Valais www.vs.ch	Rubrique <i>Particuliers</i> puis <i>Santé et affaires sociales</i>
Fribourg www.fr.ch	Rubrique <i>Santé et affaires sociales</i>
Jura www.ju.ch	Rubrique <i>Santé-social</i>
Communes	Construction de l'adresse
Nombreuses informations sociales spécifiques	Nom de la commune suivi de l'extension <i>.ch</i> www.lausanne.ch www.delemont.ch www.chatel-montsalvens.ch



DISCUSSION

Le médecin de premier recours, confronté quotidiennement au fardeau de la maladie chez la personne socialement défavorisée,²⁰ influencé dans ses décisions cliniques par le niveau socio-économique de son patient,²¹ et reconnu par la société comme un acteur devant apporter des solutions aux inégalités sociales,²⁰ peut contribuer significativement à les réduire.

Une attitude empathique, le travail en réseau socio-sanitaire interdisciplinaire, une bonne connaissance des situations de précarité courante et des ressources disponibles dans ces secteurs (chômage, invalidité, revenu de réinsertion, etc.) (tableau 3), l'élaboration de plans de paiement, la prescription de médicaments génériques et la remise d'échantillons gratuits sont quelques-unes des stratégies utiles et souvent utilisées face à ces patients vulnérables²² fréquemment dans l'attente de «bons conseils» de leur médecin.²³

Même si influencer de manière tangible l'ensemble des déterminants sociaux de la santé qui dépendent fréquemment de conditions socio-économiques – et par conséquent de décideurs de la santé publique, de politiques et d'économistes – ne semble pas à la portée du médecin de premier recours, ses efforts pourraient et devraient se concentrer sur trois niveaux d'intervention:^{6,24}

1. documenter les inégalités sociales en intégrant dans son anamnèse les différentes dimensions des déterminants sociaux de la santé au travers de questions simples et respectueuses du patient telles que celles du score EPICES.¹³
2. Encourager la prévention et la promotion de la santé auprès de ces populations désavantagées qui adoptent fréquemment des comportements à risque et souffrent d'atteintes chroniques.
3. Plaider en faveur de ces patients particulièrement vulnérables en tant que médecin, mais aussi en tant que citoyen de la société civile, conjuguant ainsi obligations profes-

sionnelles et convictions humanistes, afin qu'une «médecine de qualité soit prodiguée sans exception».^a

«Quand vous hésitez devant une action, demandez-vous ce qu'elle apportera de bon aux plus déshérités».

Mahatma Gandhi

Implications pratiques

- > Le médecin de premier recours, qui a un très large accès aux différentes catégories sociales de la population, est un témoin privilégié des inégalités sociales de la santé
- > Il peut et devrait être un acteur important en vue de les réduire
- > Documenter ces inégalités, encourager la prévention et la promotion de la santé auprès des populations désavantagées et plaider en leur faveur permet d'influencer leurs déterminants sociaux de la santé

Adresses

Drs Patrick Bodenmann, Paul Vaucher, Esther-Amélie Diserens et Fabrice Althaus
Unité des populations vulnérables
Dr Carlos Madrid
Service de stomatologie et médecine dentaire
Dr Thomas Bishoff
Institut universitaire de médecine générale
PMU, 1011 Lausanne
patrick.bodenmann@hospvd.ch
paul.vaucher@hospvd.ch
esther-amelie.diserens@hospvd.ch
fabrice.althaus@hospvd.ch
carlos.madrid@hospvd.ch
thomas.bishoff@hospvd.ch

Dr Yves Jackson
Unité mobile de soins communautaires
HUG, Rue Hugo-de-Senger 4, 1205 Genève
yves.jackson@hcuge.ch

Dr Hans Wolff
Unité de médecine pénitentiaire, CMU
Service de médecine de premier recours
HUG, Av. de Champel 9, 1211 Genève 4
hans.wolff@hcuge.ch

a Maxime apparaissant sur la plaque du Boston Medical Center, États-Unis d'Amérique.

Bibliographie

- 1 Breilh J, Ho MW, Katz A, et al. La santé pour tous ! Se réapproprié Alma Ata. Edition du CETIM 2007.
- 2 Green LA, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. The ecology of medical care revisited. *N Eng J Med* 2001;344:2021-5.
- 3 Abel T, Duetz Schmucki M, Huwiler-Müntener K. Médecine sociale et sociologie de la santé. In: Gutzwiller F, Paccaud F, éditeurs. Médecine sociale et préventive – Santé Publique. 3^e éd. rév. Berne: Hans Huber, A paraître 2009.
- 4 Warzinski J. Grande pauvreté et précarité économique et sociale. Rapport présenté au nom du Conseil économique et social, Journal officiel de la République Française, avis et rapports du Conseil économique et social 1987;1-104.
- 5 * Townsend P. Deprivation. *J Soc Policy* 1987;16:125-46.
- 6 * McCally M, Haines A, Fein O, et al. Poverty and ill health: Physicians can, and should, make a difference. *Ann Intern Med* 1998;129:726-33.
- 7 Crettaz E. Terminologie des statistiques de la pauvreté. Office fédéral de la statistique, 2007.
- 8 Rossini S, Favre-Baudraz B. Les oubliés de la protection sociale. Lausanne: Réalités sociales, 2004; 156 p.
- 9 ** Wilkinson R, Marmot MR. Les déterminants sociaux de la santé. Les faits. 2^e éd. rév. Organisation mondiale de la santé, Bureau régional de l'Europe, 2004.
- 10 ** Marmot MR, Friel S, Bell R, Houweling TAJ, Taylor S. Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. *Lancet* 2008;372:1661-9.
- 11 Jarman B. Identification of underprivileged areas. *BMJ* 1983;286:1705-8.
- 12 Carstairs V. Deprivation explaining differences in mortality between Scotland and England and Wales. *BMJ* 1989;299:886-9.
- 13 * Labbe E, Moulin JJ, Gueguen R, et al. Un indicateur de mesure de la précarité et de la «santé sociale»: le score EPICES. L'expérience des Centres d'examen de santé de l'Assurance maladie. *Revue de l'Ires* 2007;53:3-49.
- 14 Moulin JJ, Labbe E, Sass C, Chatain C, Gerbaud L. Social precariousness and risk factors: The EPICES score. *Revue Francophone de Psycho-Oncologie* 2006; 2:115-21.
- 15 Bihlan H, Laurent S, Sass C, et al. Association among individual deprivation, glycemic control, and diabetes complications. *Diabetes Care* 2005;28;11:2680-5.
- 16 La Rosa E, Le Clésiau H, Valensi P. Metabolic syndrome and psychosocial deprivation. Data collected from a Paris suburb. *Diabetes Metab* 2008;34:155-61.
- 17 Pascal J, Abbey-Huguenin H, Agard C, et al. Elaboration d'un outil de repérage des usagers en situation de vulnérabilité sociale consultant à l'hôpital. *Presse Med* 2004;33:710-5.
- 18 Pampalon R, Hamel D, Raymond G. Indice de défavorisation pour l'étude de la santé et du bien-être au Québec – Mise à jour 2001. Institut national de santé publique du Québec 2001;1-12.
- 19 Balarajan R, Yuen P, Machin D. Deprivation and



general practitioner workload. *BMJ* 1992;304:529-34.

20 * Gruen RL, Pearson SD, Brennan AT. Physician-citizen – public roles and professional obligations. *JAMA* 2004;291:94-8.

21 Bernheim SM, Ross JS, Krumholz HM, Bradley EH. Influence of patients' socioeconomic status on clinical management decisions: A qualitative study. *Ann Fam Med*

2008;6:53-5.

22 Bodenmann P, Jackson Y, Wolff H. Prise en charge des patients précaires: que faut-il savoir? *Rev Med Suisse* 2008;4:S6-S7.

23 Piatt John D, Hetsler M, Wagner TH. Cost-related medication underuse: Do patients with chronic illnesses tell their doctors? *Arch Intern Med* 2004;164:1749-55.

24 * Flores P, Falcoff H. Peut-on agir en médecine générale sur les inégalités sociales de la santé? *Rev Prat* 2004:54.

* **à lire**

** **à lire absolument**