

L'accès aux soins des plus démunis

L'un des objectifs et missions de la Fondation Hospitalière de la Miséricorde (PSPH : participant au service public hospitalier) à travers ses services et plus particulièrement - **la PASS** (permanence d'accès aux soins de santé : soigne, oriente, accompagne les personnes démunies, vulnérables... pour ces personnes la notion de précarité est quasiment constante) et - **le CPMI** (centre de prévention des maladies infectieuses : information, prévention, dépistage VIH, HEP B, HEP C, IST, centre de lutte antituberculeuse et coordination de la vaccination pour le Calvados ; pour tous et en particulier les populations les plus à risques d'infection... pour beaucoup en situation de précarité...).

La notion de précarité est souvent délicate à apprécier, nous avons tous une notion globale des indicateurs permettant d'évaluer le degré de précarité. Jusqu'ici les critères de précarité reposaient sur les données socio administratives (1992) relatives à l'emploi en particulier. Or, les relations entre la précarité sur ces seuls critères et les modes de vie et la santé ont récemment été décrites (2005).

Une des caractéristiques de la précarité est la relation étroite entre les données sociales et les données de santé ce pourquoi le rapprochement médicosocial pour ces objectifs de santé publique est primordial, ceci est d'actualité dans notre travail de terrain avec la PASS et le CPMI à la Miséricorde. Pour argumenter ce sujet il est intéressant de se pencher sur des travaux publiés depuis peu (2006).

Un score individuel de précarité « le score Epices » a été construit grâce au recoupement des données concernant la position sociale, les modes de vie, l'accès aux soins, la santé des usagers et l'on dégage alors 11 questions fondamentales qui établissent ce score, questions probablement clés lorsque que l'on s'interroge, score utilisable pour évaluer une situation, aider à repérer, orienter, accompagner, suivre l'évolution d'un parcours...

Un total, calculé sur la base de coefficients ajoutés ou retranchés d'une constante, selon que la réponse de la personne est oui (Ref BEH n°14/2006), résultat de 0 à 100 : la notion de précarité est significative à partir de 30 : l'article correspondant est disponible sur Internet.

Pour votre information, voici les 11 questions du score Epices: constante = 75,14

	Oui	Non
1-Rencontrez vous parfois un travailleur social ?	+10,06	0
2-Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ?	-11,83	0
3-Vivez-vous en couple ?	-8,28	0
4-Etes-vous propriétaire de votre logement ?	-8,28	0
5-Y-a-t'il des périodes dans le mois ou vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF...)?	+14,80	0
6-Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?	-6,51	0
7-Etes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois ?	-7,10	0
8-Etes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?	-7,10	0
9-Au cours des 6 derniers mois avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que parents ou enfants ?	-9,47	0
10-En cas de difficultés, il y a-t'il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ?	-9,47	0
11-En cas de difficultés, il y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ?	-7,10	0

Des relations « score- dépendantes » sont systématiquement mises en évidence selon cette étude, les tendances les plus marquées sont observées pour :

-le non suivi dentaire, le non suivi gynécologique, la perception négative de la personne pour son état de santé, la maigreur chez les hommes, l'obésité et le diabète chez les femmes par exemple.

Comme pour toutes les études transversales, les relations observées ne permettent pas de conclure sur l'existence de relations causales entre les variables étudiées, la précarité pouvant être la cause comme la conséquence des problèmes de santé ou de mode de vie.

A l'usage par exemple, le score Epices a été transposé en secteur hospitalier pour des sujets atteints de diabète ce qui a permis la mise en évidence d'une relation quantitative entre le score, le non contrôle du diabète et la survenue de micro angiopathies, ce qui montre l'intérêt de cet indicateur dans les populations à haut risque (l'intérêt d'une prise en charge des personnes pour faire baisser ce score...)

Nous pouvons agir, chacun dans nos professions, en l'occurrence le médical et le social, pour favoriser l'accès aux soins des plus démunis ; par des actions conjointes, des concertations, la communication, le développement du réseau des partenaires.

Il convient de travailler ensemble pour favoriser donc l'accès aux soins et par là même tenter de se rapprocher de « l'équilibre », « rétablir » au mieux, **contribuer à faire reculer le niveau de précarité des individus**, c'est parfois très fastidieux pour la personne et pour les professionnels du médical et du social car multifactoriel et souvent très long.

Néanmoins à la base de la notion de l'humanisme, de la relation d'aide, pour favoriser l'accès aux soins, améliorer l'équilibre de santé « Médico. Psycho. Social » il faut trouver alors le bon interlocuteur, chercher ensemble des solutions... Au-delà de la technique nécessaire mais insuffisante, il faut des Mots pour les Maux, parfois des outils d'évaluation.

Caen le 29/04/09
Dr Salaün Marie-Anne
Médecin coordinateur
CPMI-PASS Miséricorde Caen