

POURQUOI ET COMMENT ENREGISTRER LA SITUATION SOCIALE D'UN PATIENT ADULTE EN MÉDECINE GÉNÉRALE ?

Recommandations aux médecins généralistes en France

Les inégalités sociales de santé sont une réalité en France. Elles sont parfois difficiles à percevoir, au-delà des aspects criants de la grande précarité. Les acteurs des soins primaires se doivent de prendre en compte ces inégalités pour adapter leur prise en charge. Ils peuvent ainsi participer à la réduction des ISS, ou tout du moins ne pas contribuer à les accroître. Cette prise en compte nécessite d'adopter une attitude pro-active pour recueillir des informations et ainsi connaître la situation sociale des patients ; puis adapter si besoin ses pratiques.

1. Sommaire

1. SOMMAIRE	2
2. LISTE DES ABRÉVIATIONS	3
3. PARTICIPANTS	4
3.1. GROUPE DE TRAVAIL	4
3.2. GROUPE DE LECTURE	4
4. ARGUMENTAIRE	5
4.1. LA RÉALITÉ DES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ EN FRANCE	5
4.2. UNE PRIORITÉ DES POLITIQUES DE SANTÉ	6
4.3. PLACE DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE DANS LA LUTTE CONTRE LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ	8
5. OBJECTIF DE CE TRAVAIL	10
6. MÉTHODE	10
7. RÉSULTATS ET RECOMMANDATIONS	10
7.1. GÉNÉRALITÉS	10
7.2. RECOMMANDATIONS POUR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES	12
7.3. RECOMMANDATIONS AUX ÉDITEURS DE LOGICIEL MÉTIER	18
8. CONCLUSION ET PERSPECTIVES	20
8.1. CONCLUSION	20
8.2. PERSPECTIVES	20
9. RÉFÉRENCES	22
10. ANNEXES	24
10.1. ANNEXE 1 - LISTE DES 33 INDICATEURS ISSUS DE LA BIBLIOGRAPHIE	24
10.2. ANNEXE 2 - RECOMMANDATIONS PAR INFORMATION AUX ÉDITEURS DE LOGICIELS MÉTIER	26

2. Liste des abréviations

AAH : Allocation Adulte Handicapé
ACS : Aide pour une Complémentaire Santé
AER : Allocation Équivalent Retraite
ALD : Affection Longue Durée
AMC : Assurance Maladie Complémentaire
AME : Aide Médicale d'Etat
AMO : Assurance Maladie Obligatoire
API : Allocation Parent Isolé
ASPA : Allocation de Solidarité aux Personnes Âgées
ASI : Allocation Supplémentaire d'Invalidité
ASS : Allocation de Solidarité Spécifique
ATA : Allocation Temporaire d'Attente
AV : Allocation Veuvage
CM2 : Cours Moyen - 2ième niveau
CMU : Couverture Maladie Universelle de base
CMUc : Couverture Maladie Universelle complémentaire
COG : Code Officiel Géographique
DMP : Dossier Médical Personnel
DPC : Développement Professionnel Continu
FANTOIR : Fichier ANnuaire TOpographique Initialisé Réduit
FCU : Frottis Cervico-Utérin
FEMASIF : Fédération des maisons et pôles de santé d'Ile de France
FMI : Formation Médicale Initiale
HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique
IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales
INCA : Institut National du Cancer
INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
Inserm : Institut National de la Santé et de la recherche Médicale
IRDES : Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé
IRIS : Îlots Regroupés pour l'Information Statistique
ISS : Inégalités Sociales de Santé
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
RMI : Revenu Minimum d'Insertion
ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique
RSA : Revenu de Solidarité Active
VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

3. Participants

3.1. Groupe de travail

Par ordre alphabétique :

- Jean Sébastien Cadwallader, médecin généraliste, Aubervilliers
- Thomas Cartier, médecin généraliste, Gennevilliers
- Alan Charissou, médecin généraliste, Montreuil
- Sophia Chatelard, médecin généraliste, Saint Martin d'Hères
- Cédric Cheymol, médecin généraliste, Malakoff
- Pierre Chauvin, épidémiologiste, Inserm
- Mady Denantes, médecin généraliste, Paris
- Agnès Giannotti, médecin généraliste, Paris
- Hector Falcoff, médecin généraliste, Paris
- Delphine Flourey, coordinatrice, FEMASIF
- Julien Gelly, médecin généraliste, Saint Ouen
- Gladys Ibanez, médecin généraliste, Villejuif
- Anne-Marie Magnier, médecin généraliste, Paris
- Virginie Ringa, épidémiologiste, Inserm

3.2. Groupe de lecture

Ont relu ce travail (par ordre alphabétique) :

- Isabelle de Beco, médecin généraliste, Paris
- Eric Breton, santé publique, EHESP
- Maxime Catrice, médecin généraliste, Saint Denis
- Pascal Charbonnel, médecin généraliste, Les Ulis
- Jacques Cittée, médecin généraliste, L'Hay les Roses
- Maud Gelly, médecin généraliste, Saint Denis
- Florence Jusot, économiste, Université de Rouen
- Dominique Lagabrielle, médecin généraliste, Saint Martin d'Hères
- Thierry Lang, épidémiologiste, Inserm
- Gilles Lazimi, médecin généraliste, Romainville
- Arielle Le Masne, chargée d'expertise en promotion de la santé, INPES
- Pierre Lombrail, médecin de santé publique, Université Paris XIII
- Didier Ménard, médecin généraliste, Saint Denis
- Laura Petitcollot, médecin généraliste, Ivry sur Seine
- Jeanine Rochefort, médecin, Médecins du Monde
- Claire Rondet, médecin généraliste, Voulx
- Yannick Ruelle, médecin généraliste, Pantin
- Annette Sabah, médecin généraliste, Villejuif
- Christian Simon, informaticien logiciel métier
- Gilles Urbejtél, médecin généraliste, Mantes La Ville

4. Argumentaire

4.1. La réalité des inégalités sociales de santé en France

Une amélioration globale de la santé...

En France, et dans la plupart des pays développés, la santé et l'espérance de vie se sont améliorées au cours des dernières décennies [1,2]. L'espérance de vie des Français à la naissance n'a cessé d'augmenter entre 1950 et 2009, passant pour les femmes de 69,2 à 84,5 années et pour les hommes de 63,4 à 77,8 années [1,2]. La France possède l'espérance de vie à 65 ans la plus élevée d'Europe, pour les hommes comme pour les femmes [3].

...mais des inégalités sociales de santé majeures

Cette amélioration de la santé a surtout concerné les personnes les plus socialement favorisées. En effet, de fortes inégalités sociales de santé (ISS) existent et traversent toute la population en un continuum, appelé aussi "gradient social". L'écart d'espérance de vie à 35 ans entre un cadre et un ouvrier est de 7 ans chez les hommes et de 3 ans chez les femmes. Selon le Haut Conseil de la Santé Publique, ces inégalités sociales de mortalité ont eu tendance à s'accroître ces dernières années [4].

Les inégalités d'espérance de vie se doublent d'inégalités dans le nombre d'années vécues en bonne santé : un cadre de 35 ans peut espérer vivre en moyenne 73 % de son espérance de vie totale sans incapacité, contre seulement 60 % pour un ouvrier («double peine») [5].

Les ISS sont particulièrement marquées en France; ainsi c'est le pays d'Europe (en excluant les pays de l'Est) où les écarts de mortalité selon le diplôme et/ou la catégorie socio-professionnelle sont les plus grands [4, 6-7]. Elles concernent tous les âges de la vie. Dès le plus jeune âge, on observe de fortes inégalités : en classe de CM2, la proportion d'enfants obèses chez les ouvriers était dix fois plus élevée que chez les cadres en 2008 (6 % contre 0,6 %), contre quatre fois en 2002 [8]. En ce qui concerne les adultes, on a montré qu'entre 1982 et 1990, la mortalité par maladies coronariennes avait baissé de 47 % chez les cadres

Ne pas confondre "inégalités de santé" et "inégalités sociales de santé" [10]

Les inégalités sociales de santé (ISS) sont des différences d'état de santé entre des groupes sociaux. Elles témoignent de la relation entre l'état de santé d'un individu et sa position sociale. La position sociale dépend elle-même des revenus, du niveau d'études, de la profession, etc.

Les ISS ne correspondent pas seulement aux différences entre les groupes les plus démunis et les plus favorisés. On observe un « gradient » social de santé dans l'ensemble de la population : l'état de santé des cadres est meilleur que celui des employés, lui-même meilleur que celui des ouvriers. Au sein des ouvriers on observe aussi un gradient social : la mortalité des ouvriers qualifiés est plus faible que celle des ouvriers agricoles, elle-même plus faible que celle des ouvriers non qualifiés.

Les ISS sont considérées par l'Organisation Mondiale de la Santé comme des injustices systématiques et évitables [11].

Les inégalités sociales de santé doivent être distinguées des disparités de santé (souvent appelées "inégalités de santé") qui relèvent principalement d'autres facteurs, génétiques ou physiologiques par exemple.

et professions libérales contre 14 % chez les employés et ouvriers. La survie à 28 jours après un événement coronarien est 2,5 fois plus élevée pour un cadre supérieur que pour une autre catégorie socioprofessionnelle [9].

Les facteurs à l'origine des inégalités sociales de santé

L'environnement socio-économique d'un individu influe sur son état de santé tout au long de sa vie. L'origine sociale des parents joue sur l'état de santé de l'enfant, avant même sa naissance. La scolarité, et plus généralement le niveau d'études, puis la profession et les revenus, vont influencer sur les comportements de santé (dont la consommation de tabac et d'alcool, l'alimentation, l'exercice physique...), l'exposition à certains risques (dont les risques professionnels), et les relations avec le système de santé (prévention, recours aux soins [12,13]). Les relations des individus entre eux (relations sociales), les conditions de logement, l'environnement culturel, sont aussi des déterminants sociaux de la santé. Ainsi des comportements individuels d'exposition à certains risques et les pathologies qui en découlent s'inscrivent dans un parcours de vie socialement déterminé [14].

Ne pas confondre inégalités sociales de santé et précarité [4]

Les problèmes observés dans la population la plus précaire représentent une situation extrême, où le mauvais état de santé, les difficultés d'accès aux soins sont «visibles». À l'inverse, les inégalités sociales de santé qui touchent l'ensemble de la population pourraient passer inaperçues si elles n'étaient révélées par des chiffres.

La santé des plus pauvres représente ainsi la partie émergée d'un iceberg. Réduire les inégalités sociales de santé ne peut donc se traduire uniquement par une politique, évidemment indispensable, de lutte contre l'exclusion et la précarité.

4.2. Une priorité des politiques de santé

4.2.1. Intégration des inégalités sociales de santé dans les politiques de santé

Depuis 2005, l'OMS comprend une Commission des déterminants sociaux de la santé dont la réflexion s'est concrétisée dans le rapport « Comblers le fossé en une génération » [11]. Plusieurs pays tels que le Royaume-Uni, les Pays-Bas ou la Suède, ont intégré la réduction des ISS dans leurs priorités de santé [15-18]. En France, la question des ISS est apparue dans le débat public à l'occasion du rapport d'objectifs de santé publique annexé à la Loi du 9 août 2004 (objectifs 33 et 34), et seulement en termes d'accès aux soins et de réduction de la précarité. En parallèle, la question de la réduction des ISS a suscité un intérêt croissant de la part de la communauté scientifique française. Les rapports parus récemment témoignent de l'actualité et de la gravité de la situation en France [4, 6, 7]. Le plan cancer 2014-2018 (INCA), comporte parmi ses 4 axes principaux la réduction des ISS.

4.2.2. Interventions visant à diminuer les inégalités sociales de santé

Réduire les ISS passe par la prise de conscience du problème, par sa reconnaissance en tant qu'enjeu majeur pour la société, et enfin, par la volonté d'action et de construction d'une politique globale et coordonnée [17, 19].

4.2.2.1. Réponse politique globale

Les politiques retenues par divers pays européens peuvent être classées [17] :

- par le type d'action : sur le contexte social (conditions économiques, logement, environnement, conditions de travail, etc.), sur les comportements (consommations diverses, conduite automobile), et sur la promotion collective de la santé, à visée informative et/ou pédagogique ;
- par la population ciblée : politiques universelles, qui concernent l'ensemble de la population ; ou politiques ciblées, visant soit des groupes ou des zones socialement défavorisés, soit des groupes dont la santé est particulièrement dégradée.

Divers pays européens (Royaume-Uni, Pays-Bas, Suède) ont combiné plusieurs de ces approches [18].

4.2.2.2. Réponses au niveau du système de santé

La réduction des ISS passe également par des actions menées au niveau du système de santé, s'appuyant notamment sur le secteur des soins primaires [19,20]. Des travaux comparatifs ont montré que les systèmes de santé organisés autour des soins primaires sont les plus efficaces pour améliorer la santé des populations [21].

Inégalités sociales de soins : Ce n'est pas une fatalité

Malgré les constats énoncés ci-dessus, il est possible de ne pas contribuer à ces inégalités. Au Royaume-Uni, il y a 25 ans, JT Hart a montré qu'une approche intensive basée sur la prévention et le dépistage des principales pathologies chroniques pouvait corriger des inégalités sociales de santé [24]. Une étude en cabinet de médecine générale a montré pour une population de personnes vues en consultation (ayant donc franchi la première barrière de l'accès aux soins), l'absence de gradient social pour quatre soins de prévention (vaccination contre le tétanos, dépistage des cancers du col utérin, du sein et du colon) [25]. Non seulement le taux d'accès à ces soins de prévention n'était pas corrélé à la situation sociale, mais il était même à des valeurs supérieures à celles connues pour la population nationale. Les professionnels ayant participé à l'étude étaient sensibilisés à la question des ISS et de la prévention. On voit ainsi que cette sensibilisation peut être un levier efficace pour un accès aux soins équitable.

Les interventions relevant des soins primaires peuvent être regroupées en trois ensembles [20] :

- les interventions visant à améliorer l'accès financier aux soins,
 - *exemples: CMUc, Aide à l'acquisition d'une Complémentaire Santé (ACS), Tiers payant*
- les interventions de promotion de la santé auprès de populations ciblées,
 - *exemples :sensibilisation à la transmission du VIH auprès des élèves de seconde de lycée en zone d'éducation prioritaire, document multilingue d'information sur l'organisation du système de soins.*
- les interventions sur l'organisation des soins.
 - *exemples : incitations financières à l'installation en zone urbaine sensible, organisation de la prise en charge des malades chroniques (réseaux, programmes de "disease management" et "case management"¹).*

4.3. Place du médecin généraliste dans la lutte contre les inégalités sociales de santé

Il existe des inégalités sociales de soins au sein même des patientèles des médecins généralistes. Par exemple, dans des cabinets franciliens, le dépistage du cancer du col utérin [22] et la dispensation de conseils hygiéno-diététiques aux hypertendus [23] sont socialement différenciés. Or, à ce jour, les connaissances des médecins sur les ISS sont généralement intuitives et fragmentaires. Si les problèmes de santé accrus des plus pauvres sont évidents, il est probablement plus difficile de se rendre compte de l'existence d'un gradient social de santé au sein d'une patientèle.

¹ Le disease management, est un modèle d'organisation des soins pour les pathologies chroniques, associant quatre éléments. 1) l'identification d'une population de patients atteints de la pathologie (registre), 2) des recommandations et/ou une protocolisation des soins, 3) une aide offerte aux patients pour les aider à gérer leur maladie, 4) un système d'information pour suivre en continu l'évolution des patients et la qualité des soins. L'aide aux patients peut comprendre des conseils et des rappels délivrés par téléphone, des sessions d'éducation, l'organisation des rendez-vous avec l'équipe médicale, voire un accompagnement personnalisé pour les patients les plus vulnérables (case management)

**LES REFLEXIONS MENEES AU SEIN DU GROUPE DE TRAVAIL CONDUISENT AUX
CONSTATS ET PROPOSITIONS SUIVANTS :**

Le recueil systématique d'informations sociales est une condition indispensable à la fois pour :

- évaluer les éventuelles difficultés sociales de chaque patient qui peuvent jouer sur son état de santé,
- mettre en évidence des différences sociales de santé dans sa patientèle,
- guider les pratiques visant à réduire ces différences.

Dans la pratique, contribuer à la réduction des ISS consiste pour un médecin généraliste à :

- faciliter l'accès aux soins (exemples : pratique du tiers payant, horaires et accueil adaptés),
- permettre au patient de bénéficier des soins, y compris préventifs, nécessaires quelles que soient ses difficultés sociales,
- évaluer au mieux les facteurs de risque pour la santé (exemples : les risques professionnels, les risques liés au logement ou à l'environnement social),
- informer le patient de manière adaptée et contribuer à son autonomie, notamment dans l'explication du parcours de soins,
- mettre en oeuvre des moyens et utiliser des outils adaptés aux besoins de santé et à la situation sociale du patient,
- conduire une démarche d'amélioration de la qualité intégrant les critères sociaux (exemple : lorsqu'on souhaite augmenter le taux de réalisation du frottis cervico-utérin (FCU) dans une patientèle, il y aura des efforts différents à mener selon la situation sociale des patientes pour réduire l'inégalité sociale actuelle).
- témoigner auprès des pouvoirs publics de l'importance de la dimension sociale dans les problèmes de santé des patients.

5. Objectif de ce travail

L'objectif de ce travail est de proposer des recommandations afin de recueillir de façon systématique des informations sur la sociale sociale du patient adulte² lors de la consultation en médecine générale.

6. Méthode

A partir de plusieurs rapports récents d'experts nationaux et internationaux [4, 6, 10-11, 26] sur la question des ISS, le groupe de travail a établi une première liste de 33 informations utilisables pour décrire la situation sociale d'un patient (cf. Annexe 1).

Un travail de consensus formalisé [27] a ensuite été réalisé au sein du groupe de travail pour classer ces informations en 3 groupes : informations indispensables, informations utiles, et informations moins pertinentes ou non utilisables en consultation.

Pour rendre ce recueil de données réalisable en consultation de médecine générale, nous avons limité le nombre des informations à enregistrer à celles qui paraissaient les plus pertinentes et les moins contraignantes à recueillir.

7. Résultats et recommandations

7.1. Généralités

7.1.1. Le recueil de la situation sociale s'envisage dans la pratique quotidienne des médecins.

La consultation en médecine générale est un temps relativement court où le médecin doit souvent répondre à plusieurs demandes et effectuer de nombreuses tâches. Les conditions de travail ne sont pas les mêmes pour tous, notamment concernant la possibilité de transférer certaines tâches administratives à un secrétariat.

Tenant compte de ces contraintes, ces recommandations se veulent faisables pour tout praticien dans sa pratique quotidienne. Nous avons ainsi séparé les informations à recueillir en 2 groupes :

- A. Les informations du **groupe A** sont **indispensables** à recueillir pour tous les patients, dès la première consultation.
- B. Les informations du **groupe B** sont **complémentaires**, et peuvent faire l'objet d'un recueil au cours des consultations successives.

² La problématique du renseignement de la situation sociale des enfants dans leur dossier médical est une question toute aussi importante qui justifierait un travail spécifique.

7.1.2. Le recueil de la situation sociale s'envisage différemment selon l'exploitation que l'on souhaite en faire.

A l'échelle de l'individu, connaître la situation sociale d'un patient est utile pour mieux le prendre en charge. A l'échelle de la population prise en charge par un cabinet individuel ou une structure de soins plus large, connaître les caractéristiques sociales de la patientèle permet de mieux décrire son activité et de l'adapter à des besoins spécifiques. Enfin, au niveau d'une population plus large, les informations sur les caractéristiques sociales sont utiles en termes de santé publique, notamment pour effectuer des travaux de recherche et concevoir des programmes de réduction des ISS.

Nous avons défini 3 niveaux d'exploitation pour les informations sélectionnées :

1. Le **niveau 1** : caractéristiques utiles pour la **pratique courante**.
2. Le **niveau 2** : caractéristiques utiles pour **décrire une patientèle**.
3. Le **niveau 3** : caractéristiques utiles pour **décrire de plus larges populations**.

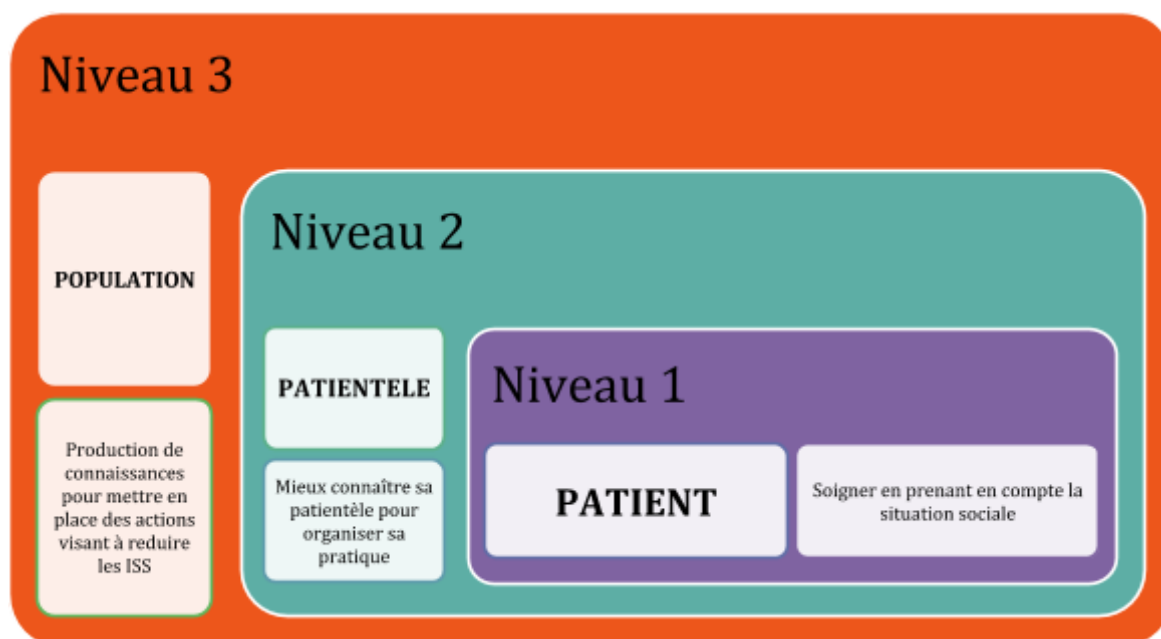


Figure 1 : Définition des niveaux d'informations concernant la situation sociale, en fonction de la finalité du recueil.

7.1.3. Le recueil de la situation sociale doit être réalisé dans le respect du patient et dans la confidentialité

Ce recueil a pour finalité une amélioration de la qualité des soins dispensés. Comme toujours en pratique médicale, il convient de respecter la liberté du patient de donner ou non ces informations, et d'en garantir la confidentialité liée au secret professionnel.

7.2. Recommandations pour les médecins généralistes

7.2.1. Groupe A : Informations indispensables

Le recueil de ces informations est indispensable et réalisable dans le cadre d'une consultation de médecine générale. Leur mise à jour régulière est importante.

Par consensus, le groupe a retenu **7 informations indispensables** : la date de naissance, le sexe, l'adresse, le statut par rapport à l'emploi, la profession éventuelle, l'assurance maladie et les capacités de compréhension du langage écrit du patient.

Certaines de ces informations pourraient être enregistrées par un autre professionnel que le médecin (secrétaires par exemple). Cela nécessite le respect de la confidentialité lors de la collecte des données.

7.2.1.1. Date de naissance, sexe et adresse

Ces variables sont renseignées dans tous les dossiers médicaux. Tout ou partie de ces informations peut être renseigné automatiquement à partir de la lecture de la carte vitale du patient.

Modalités de saisie :

- La date de naissance est renseignée au format JJ/MM/AAAA.
- Le sexe est renseigné obligatoirement : homme ou femme³.
- L'adresse comporte le numéro de voie, le type de voie et la commune, et le code postal à 5 chiffres. Une ligne complémentaire permet de renseigner une information telle que l'identité de la personne hébergeant le patient, le cas échéant.
- Il faut préciser s'il s'agit uniquement d'une adresse administrative. Cette information est le plus souvent un indicateur de situation sociale précaire.

7.2.1.2. Assurance maladie

Cette information permet de repérer des patients qui pourraient renoncer aux soins prescrits pour raison financière.

Modalités de saisie :

Trois champs d'informations doivent être renseignés :

- AMO : Assurance Maladie Obligatoire (oui/non)⁴
- AMC : Assurance Maladie Complémentaire (aucune, complémentaire santé privée, Couverture Maladie Universelle complémentaire (CMUc) ou Aide Médicale d'Etat (AME))
- Exonération du ticket modérateur (aucune, accident de travail/maladie professionnelle, Affection de Longue Durée (ALD), invalidité, article 115 "anciens combattants").

³ Pour les patient(e) transsexuel(le) ou transgenre, noter le sexe tel que notifié par le patient

⁴ Si la personne est bénéficiaire de l'AME, ou de la CMU de base, il faut noter "oui"

Tout ou partie de ces informations peut être renseigné automatiquement à partir de la lecture de la carte vitale du patient.

7.2.1.3. Statut par rapport à l'emploi et profession

Ces informations contribuent à situer le patient socialement, à préciser la stabilité de sa situation économique et à évaluer ses risques professionnels.

Modalités de saisie :

- Pour le statut par rapport à l'emploi, il faut faire correspondre la réponse du patient à l'une des modalités suivantes :
 - Actif travaillant actuellement
 - Au chômage
 - Retraité(e), pré-retraité(e) ou congé de fin d'activité
 - Étudiant⁵
 - Au foyer
 - Invalidité avec pension
 - Autre situation
- Pour la profession, la donnée recueillie est la dernière profession exercée (en cas de cessation d'activité pour diverses raisons) ou la qualification (en cas de formation en cours). La profession peut changer au cours d'une vie, il est nécessaire d'actualiser l'information périodiquement, tout en conservant l'historique des professions exercées. La profession est recueillie en texte libre, et nécessite d'être la plus explicite et précise possible (exemple : stagiaire coiffeur, coiffeur salarié, ou responsable d'un salon de coiffure), pour permettre notamment ensuite un codage secondaire dans le cadre d'un projet de recherche ou d'une analyse de ses données par le médecin.

7.2.1.4. Capacités de compréhension du langage écrit

Cette information permet de s'assurer que le patient comprend l'ordonnance et de façon générale les recommandations de son médecin.

Avec cette information, il s'agit d'explorer non pas la barrière de la langue, mais la littératie en santé (health literacy)⁶ qui est un déterminant des ISS faisant l'objet de nombreuses études. La compréhension du langage écrit est une des composantes de la littératie en santé (health literacy). Nous l'avons retenu pour sa faisabilité en cabinet de médecine générale.

Modalités de saisie :

Ces capacités sont évaluées par la question suivante : "Avez-vous besoin que quelqu'un vous aide pour comprendre des ordonnances ou des documents d'information médicale remis par votre médecin ou votre pharmacien ?". Les modalités de réponse sont oui ou non.

⁵ Les enfants scolarisés avant l'enseignement supérieur ne sont concernés. Pour eux, il faut noter "autre situation"

⁶ Définition de la littératie en santé : capacité des individus à obtenir, traiter et comprendre les informations de base et les services requis pour prendre des décisions appropriées en termes de santé.

7.2.2. Groupe B : Informations utiles, à compléter au fur et à mesure des consultations

Le recueil de ces informations est souhaitable car utile pour la pratique, mais nécessite un investissement supplémentaire. Il peut être réalisé en plusieurs fois, au cours des consultations successives. La mise à jour régulière de ces informations est importante.

Certaines de ces informations pourraient aussi être enregistrées par un autre professionnel que le médecin (secrétaires par exemple).

Par consensus, le groupe a retenu **9 informations utiles** : le fait d'être en couple, le nombre d'enfants à charge, le fait de vivre seul, le pays de naissance, le niveau d'études, la catégorie socioprofessionnelle INSEE, le fait de bénéficier de minima sociaux, les conditions de logement, et la situation financière perçue.

7.2.2.1. Est en couple / Nombre d'enfants à charge

Ces informations permettent de préciser le mode de vie du patient et sa situation économique.

Modalités de saisie :

- Est en couple : oui/non
- Nombre d'enfants à charge : champ numérique..

7.2.2.2. Vit seul (e)

Cette information permet de savoir si le patient peut être aidé par un autre adulte en cas de besoin.

Elle se différencie de l'information "Est en couple" car une personne en couple qui ne vit pas avec son compagnon sous le même toit est plus fragile qu'une personne ayant un autre adulte responsable vivant avec elle (famille, amis).

Modalités de saisie :

- Il s'agit d'indiquer si le patient vit dans le même logement qu'un autre adulte pouvant lui venir en aide si besoin (oui/non).

7.2.2.3. Pays de naissance

Cette information permet d'approcher l'origine géographique des patients, qui peut jouer directement sur leur santé, sur leurs besoins et leurs comportements.

Modalités de saisie :

- Elle est recueillie en saisie semi-automatisée (à partir d'une nomenclature).

7.2.2.4. Niveau d'études

Le niveau d'études est très lié à de nombreux comportements de santé.

Modalités de saisie :

- L'information est recueillie sous forme : niveau primaire, secondaire (collège/lycée), supérieur, aucun cursus scolaire.

7.2.2.5. Catégorie socioprofessionnelle INSEE

Cette information, en complément de la profession notée en texte libre (qui fait partie du groupe A), présente un intérêt majeur pour la description de sa patientèle.

Modalités de saisie :

Un menu déroulant à deux niveaux emboîtés permet de sélectionner successivement les deux premiers niveaux de l'INSEE :

- Niveau 1 (8 codes) : Agriculteurs exploitants ; Artisans, commerçants et chefs d'entreprise ; Cadres et professions intellectuelles supérieures ; Professions Intermédiaires ; Employés ; Ouvriers ; Retraités ; Autres personnes sans activité professionnelle.
- Niveau 2 (24 codes) : Agriculteurs exploitants ; Artisans ; Commerçants et assimilés ; Chefs d'entreprise de 10 salariés ou plus ; Professions libérales et assimilés ; Cadres de la fonction publique, professions intellectuelles et artistiques ; Cadres d'entreprise ; Professions intermédiaires de l'enseignement, de la santé, de la fonction publique et assimilés ; Professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises ; Techniciens ; Contremaîtres, agents de maîtrise ; Employés de la fonction publique ; Employés administratifs d'entreprise ; Employés de commerce ; Personnels des services directs aux particuliers ; Ouvriers qualifiés ; Ouvriers non qualifiés ; Ouvriers agricoles ; Anciens agriculteurs exploitants ; Anciens artisans, commerçants, chefs d'entreprise ; Anciens cadres et professions intermédiaires ; Anciens employés et ouvriers ; Chômeurs n'ayant jamais travaillé ; Inactifs divers autres que retraités.

7.2.2.6. Minima sociaux

Cette information permet de préciser la situation socio-économique des patients et peut aider à repérer des patients précaires.

Modalités de saisie :

Il s'agit de préciser si le patient bénéficie oui ou non d'un revenu minimal social (oui⁷/non).

⁷ Exemples : revenu de solidarité active (RSA, ex-RMI), allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA), allocation adulte handicapé (AAH), allocation de solidarité spécifique (ASS), allocation équivalent retraite (AER), allocation temporaire d'attente (ATA), allocation supplémentaire d'invalidité (ASI) et allocation veuvage (AV), allocation parent isolé (API)

7.2.2.7. Statut vis à vis du logement

Cette information peut aider à repérer des patients précaires.

Modalités de saisie :

Il s'agit de préciser si le patient est : propriétaire, locataire, vit dans un foyer, est hébergé ou est sans abri.

7.2.2.8. Situation financière perçue

Cette information permet d'estimer de façon globale la situation financière des patients. C'est une information subjective, mais liée à de nombreux comportements de santé.

Modalités de saisie :

La question peut être posée en ces termes : "En ce qui concerne la situation financière de votre foyer, diriez-vous que : 1) vous n'avez pas de problème particulier ; 2) c'est juste, il faut faire attention ; 3) vous avez du mal à y arriver ; 4) c'est très difficile".

7.2.3. Récapitulatif des informations à enregistrer dans le dossier médical

Les 16 informations retenues par le groupe de travail sont synthétisées dans le tableau ci-dessous.

Intitulé	Groupe A	Groupe B
	Indicateurs indispensables	Indicateurs utiles
Date de naissance	X	
Sexe	X	
Adresse	X	
Assurance maladie	X	
Statut par rapport à l'emploi	X	
Profession	X	
Capacités de compréhension du langage écrit	X	
Est en couple		X
Nombre d'enfants à charge		X
Vit seul (e)		X
Pays de naissance		X
Niveau d'études		X
Catégorie socioprofessionnelle INSEE		X
Bénéficie de minima sociaux		X
Statut vis à vis du logement		X
Situation financière perçue		X

7.2.4. Comment exploiter ces informations pour améliorer la qualité des soins ?

Les informations sur la situation sociale permettent au médecin d'adapter sa pratique pour chaque patient (niveau 1). Certaines informations sont d'ores et déjà recueillies de façon très régulière en consultation (ex : sexe et âge). D'autres sont utiles pour améliorer la qualité des soins. Ainsi :

- Connaître l'adresse d'un patient est indispensable pour évaluer la proximité par rapport au cabinet médical, pour permettre une correspondance avec le patient (de documents administratifs par exemple), pour évaluer une éventuelle situation de précarité vis à vis du logement (adresse administrative uniquement), ou un risque lié à un logement insalubre connu du médecin.
- Connaître le statut par rapport à l'emploi et le cas échéant la profession d'un patient est indispensable pour évaluer au mieux les facteurs de risques professionnels dans le cadre de pathologies courantes (allergie, lombalgie, toux chronique, céphalée, trouble du sommeil etc). Cette information est également utile afin d'adapter une prise en charge thérapeutique selon les conditions de travail (usage de médicaments altérant la vigilance, travail auprès d'enfants, en altitude etc). Le médecin pourrait penser à dépister plus systématiquement la maladie coronarienne chez les ouvriers (dont on sait qu'ils ont un sur-risque cardio-vasculaire), ou à être plus systématique sur la date du dernier frottis chez les patientes ayant un emploi non qualifié (dont on sait qu'elles sont moins bien dépistées).
- Connaître le type de couverture sociale est indispensable avant toute prescription de traitement, d'exams radiologiques ou biologiques, avant l'adressage d'un patient à un confrère. En effet, un patient bénéficiant de l'assurance maladie obligatoire seule (AMO) n'a pas de prise en charge du ticket modérateur. De nombreux cas de renoncements aux soins, de problèmes d'observance ou de non suivi des préconisations trouvent leur origine dans le remboursement partiel des frais engagés. Cela sous-tend également la nécessité pour tout médecin généraliste, de bénéficier d'un réseau de professionnels de santé exerçant en secteur 1.
- Enfin, connaître les capacités de compréhension du langage écrit du patient est également une information indispensable à recueillir au cours d'une consultation. En effet, les patients qui ne lisent pas correctement le français ne le disent généralement pas spontanément à leur médecin. Cela nécessite pourtant une adaptation du mode de transmission des informations.

Parallèlement, toutes ces informations peuvent être exploitées à plus grande échelle. Une patientèle caractérisée au niveau social, peut permettre au médecin d'envisager des actions répondant à des besoins spécifiques de cette patientèle (niveau 2). Par exemple mettre à disposition des supports d'informations sur certains risques professionnels, ou se former sur des pathologies particulièrement fréquentes chez des groupes de patients identifiés. L'analyse peut aussi permettre de se rendre compte d'une différence dans les soins apportés à ses patients (ex. vaccinations, dépistage des cancers, prévention cardio-vasculaire) selon leur catégorie sociale. Cette prise de conscience est nécessaire pour pouvoir corriger ces différences. Elle peut aussi être un argument pour rechercher des moyens humains ou financiers supplémentaires afin de répondre aux besoins spécifiques de la population prise en charge.

Enfin, avoir ces informations systématiques sur la situation sociale ouvre le champ à de nombreuses possibilités d'exploitation à l'échelle populationnelle, dans le cadre de travaux de recherche, d'évaluation et d'intervention en santé publique (niveau 3). Dans les conditions déterminées par la loi, ces données pourraient être extraites, afin par exemple de les comparer entre elles, de caractériser les besoins de populations par territoire, etc. Les informations peuvent également être retraitées, agrégées ou enrichies. Par exemple, l'adresse des patients peut être reliée à sa zone IRIS (Îlots Regroupés pour l'Information Statistique). Le but peut être de montrer un gradient dans l'état de santé des populations, mais aussi dans les soins qui leur sont proposés. Le but peut aussi être de montrer une baisse de ce gradient suite à la mise en place d'actions ciblées.

7.3. Recommandations aux éditeurs de logiciel métier

7.3.1. Recommandations générales

Nos recommandations ont 4 conséquences en termes de logiciel métier. En effet, chaque praticien devra pouvoir :

1. Renseigner facilement les 14 informations utiles dans son dossier informatisé
2. Retrouver l'évolution de ces informations dans le temps
3. Réaliser un recueil standardisé de ces informations
4. Extraire ces données pour pouvoir les analyser

7.3.1.1. Prévoir des champs de saisie pour toutes ces informations

Chacune de ces informations doit pouvoir être renseignée dans le dossier du patient, quel que soit le logiciel métier. Par exemple, à ce jour, la grande majorité des logiciels métier ne permet pas de noter, dans un champ de saisie dédié, les capacités de compréhension du langage écrit du patient. Il faut donc que les éditeurs de logiciel métier ajoutent, dans leurs programmes, les champs de saisie manquants pour permettre l'enregistrement de toutes ces informations.

L'aspect intuitif et facilitant du logiciel n'est pas à négliger. Il faut prévoir une présentation agréable et logique de ces champs de saisie. Ils doivent apparaître comme naturellement intégrés aux autres éléments du dossier. Enfin, la saisie doit être facilitée par des menus déroulants et des cases à cocher. Les champs de texte libre doivent être utilisés uniquement pour les informations n'ayant pas de modalité de réponse prédéterminées.

Enfin, le renseignement automatique de ces champs à partir des données contenues dans la carte vitale, ou le DMP des patients, devra être programmé à chaque fois que cela sera possible.

7.3.1.2. Donner une temporalité aux données

Son **importance est majeure**. Si l'âge est un indicateur de la situation sociale, c'est bien parce qu'à travers le temps, la situation des personnes change face à l'emploi, face au logement, face à la vie de famille, etc. Un patient qui aura connu une période de chômage de 6 mois sur les 24 derniers mois n'aura pas la même situation sociale qu'un patient ayant connu 20 mois de chômage sur la même période. Il faut donc que les informations saisies soient horodatées automatiquement dans la base de données du logiciel et qu'un historique

des données saisies soit sauvegardé. Cet historique doit être consultable aisément en consultation et extractible pour des travaux d'analyse.

7.3.1.3. Standardisation des données

La standardisation de la saisie est primordiale. Sans elle, aucune analyse n'est possible. Pour le niveau 2, elle implique que tous les professionnels d'une même structure de soins renseignent toutes les informations selon des modalités strictement identiques. Quant au niveau 3, il implique la même rigueur, mais au niveau national. Il faut donc que tous les éditeurs de logiciel métier s'accordent pour utiliser les mêmes formats de données, les mêmes thésaurus et dictionnaires de réponses possibles ; en l'occurrence ceux proposés dans les présentes recommandations (cf. partie suivante "Recommandation par information"). Afin de réduire les erreurs de saisie, il faut réduire au strict minimum l'utilisation de champs de texte libre, au profit de l'utilisation de menus déroulants et de cases à cocher.

7.3.1.4. Extraction des données

Elle est nécessaire pour pouvoir en faire l'analyse. Les éditeurs doivent prévoir une structuration de la base de données et des applications permettant à tout utilisateur habilité de réaliser cette extraction facilement à partir de son logiciel métier.

7.3.1.5. Interopérabilité entre les logiciels métiers

De même, la structuration de la base de données doit permettre la récupération de ces données lors d'un changement de logiciel métier.

7.3.2. Recommandations par information

Elles sont récapitulées en annexe 2

8. Conclusion et perspectives

8.1. Conclusion

Les inégalités sociales de santé sont une réalité en France. Elles sont parfois difficiles à percevoir, au-delà des aspects criants de la grande précarité. Les acteurs des soins primaires se doivent de prendre en compte ces inégalités pour adapter leur prise en charge. Ils peuvent ainsi participer à la réduction des ISS, ou tout du moins ne pas contribuer à les accroître. Cette prise en compte nécessite d'adopter une attitude pro-active pour recueillir des informations et ainsi connaître la situation sociale des patients ; puis adapter si besoin ses pratiques.

Le groupe de travail a identifié un nombre restreint d'informations utiles à la caractérisation de la situation sociale des patients. Le recueil de ces informations demande une attention particulière mais reste faisable à grande échelle, soit au cours de la première consultation, soit au fur et à mesure des consultations. L'actualisation, de même que l'accès aux données antérieures sont essentiels. A noter qu'une majorité de ces informations peut être recueillie par du personnel non soignant dans le cadre par exemple de l'accueil, du secrétariat médical...

Au-delà du sexe, de l'âge et de l'adresse, les informations sur **la couverture sociale, la situation par rapport à l'emploi et les capacités de compréhension du patient** sont indispensables à une prise en charge adaptée. Ce recueil doit être réalisé dans le respect de la confidentialité.

La généralisation du recueil de ces données est un levier important pour témoigner des inégalités sociales de santé sur notre territoire, et pour mettre en place et évaluer des actions concrètes visant à les réduire.

8.2. Perspectives

Au-delà des présentes recommandations, ce travail suggère l'intérêt de :

- **Aborder la question des ISS dans la FMI et le DPC.** La question des ISS apparaît dans le référentiel métier et compétence de la médecine générale [28]. Il nous semble important d'intégrer la notion de gradient social de santé de manière transversale dès l'enseignement aux étudiants de 1er et 2ème cycles des études médicales. Une offre de DPC existe concernant les inégalités sociales d'accès aux soins de prévention. Ce type de formations mériterait d'être multiplié afin de sensibiliser les médecins généralistes à la réalité des ISS dans leur pratique.
- **Intégrer les ISS dans les réflexions sur l'organisation des soins primaires,** notamment sur le mode de financement des structures de soins primaires. Le postulat est que les structures travaillant avec une population plus défavorisée

nécessitent des aides spécifiques, du fait de la complexité de la prise en charge de cette population. Par exemple, le nouveau mode de rémunération sur objectif de santé publique (ROSP) pourrait valoriser financièrement l'enregistrement de la situation sociale des patients et permettre de financer la surcharge de travail administratif et sanitaire liée à la prise en charge de ces patients défavorisés.

- **Associer les autres acteurs du champ médico-social**, sans oublier les représentants des patients, au diagnostic de la situation sociale d'un territoire, afin que tous travaillent à la mise en place d'interventions visant à diminuer les ISS. La mise en place d'équipes de soins de 1er recours, dans des maisons, pôles et centres de santé, est facilitatrice de ces collaborations interprofessionnelles.

Ainsi ce travail est une étape indispensable à toute action ou modification organisationnelle visant à réduire les inégalités sociales de santé en soins primaires.

9. Références

1. IRDES. Espérance de vie à la naissance en France sur la période 1950-2009. Paris: IRDES;2011 [mis à jour janvier 2011;consulté le 06 avril 2013]. Disponible sur : <http://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ChiffresGraphiques/Cadrage/IndicateursEtatSante/EspéranceVie/EspéranceVieFranceEtOCDE.htm>
2. EHEMU. Espérance de santé en France. Montpellier: EHLEIS;avril 2012 [consulté le 06 avril 2013]. Disponible sur : http://www.eurohex.eu/pdf/CountryReports_Issue5_translated/France.pdf
3. Blanpain N. L'espérance de vie s'accroît, les inégalités sociales face à la mort demeurent. INSEE Première. 2011;1372.
4. Haut Conseil pour la Santé Publique. Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité. Paris: HCSP;2009 [consulté le 06 avril 2013]. Disponible sur : http://www.hcsp.fr/explore.cgi/hcspr20091112_inegalites.pdf
5. Cambois E, Robine JM. Pour qui la retraite sonnera ? Les inégalités d'espérance de vie en bonne santé avant et après 65 ans. BEH. 2011;8-9: 82-6.
6. Moleux M, Schaetzel F, Scotton C. Les inégalités sociales de santé : déterminants sociaux et modèles d'action. Paris: IGAS; mai 2011 [consulté le 06 avril 2013]. Disponible sur : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000580/0000.pdf>
7. Potvin L, Moquet MJ, Jones CM. Réduire les inégalités sociales en santé. Saint-Denis: INPES; 2010 [consulté le 06 avril 2013]. Disponible sur : <http://www.inpes.sante.fr/cfesbases/catalogue/pdf/1333.pdf>
8. Guignon N, Collet M, Gonzalez L, De Saint Pol T, Guthmann JP, Fonteneau L. La santé des enfants en grande section de maternelle en 2005-2006. Etudes et Résultats. 2010;737.
9. Lang T, Ducimetière P, Arveiler D, Amouyel P, Ferrières J, Ruidavets JB et al. Is hospital care involved in inequalities in coronary heart disease mortality? Results from the French WHO-MONICA Project in men aged 30-64. J Epidemiol Community Health. 1998 Oct;52(10):665-71.
10. INPES. Inégalités sociales de santé : définition et concepts du champ. Saint-Denis: INPES; février 2012 [consulté le 06 avril 2013]. Disponible sur : <http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/ISS/definition.asp>
11. WHO. Closing the gap in a generation. Commission on social determinants of health final report. Genève: WHO; 2008 [consulté le 06 avril 2013]. Disponible sur : http://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008.pdf
12. Martin-Fernandez J, Grillo F, Parizot I, Caillavet F, Chauvin P. Prevalence and socioeconomic and geographical inequalities of household food insecurity in the Paris region, France, 2010. BMC Public Health. 20 mai 2013;13(1):486.
13. Kurtze N, Eikemo TA, Kamphuis CBM. Educational inequalities in general and mental health: differential contribution of physical activity, smoking, alcohol consumption and diet. Eur J Public Health. 4 janv 2013;23(2):223-229.

14. Cambois E, Jusot F. Contribution of lifelong adverse experiences to social health inequalities: findings from a population survey in France. *Eur J Public Health*. 2011 Oct;21(5):667-73. doi: 10.1093/eurpub/ckq119
15. Department of Health. Tackling health inequalities: a programme for action. Londres: Department of Health; 2 juillet 2003 [consulté le 06 avril 2013]. Disponible sur : http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4019362.pdf
16. Mackenbach JP, Stronks K. The development of a strategy for tackling health inequalities in the Netherlands. *Int J Equity Health*. 2004;3(11). doi:10.1186/1475-9276-3-11
17. Mackenbach JP, Bakker M, editors. Reducing inequalities in health, a European perspective. Londres: Routledge; 25 avril 2012.
18. Jusot F. Les interventions de réduction des inégalités sociales en Europe. In : Potvin L, Moquet MJ, Jones CM. Réduire les inégalités sociales en santé. Saint-Denis: INPES; 2010 [consulté le 06 avril 2013]. Disponible sur : http://www.inegalites.fr/IMG/pdf/Les_interventions_de_reduction_inegalites_sante_europe.pdf
19. Couffinhal A, Dourgnon P, Geoffard PY, Grignon M, Jusot F, Lavis J, Naudin F, Polton D. Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé ? Un éclairage européen – Deuxième partie : quelques expériences européennes. *QES*. 2005;93.
20. Jusot F, 2012. Comment les soins primaires peuvent-ils contribuer à réduire les inégalités de santé ? *QES*. 2012;179.
21. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. *Health Serv Res*. 2003 Jun;38(2):831-65.
22. Rigal L, Saurel-Cubizolles MJ, Falcoff H, et al. Do social inequalities in cervical cancer screening persist among patients who use primary care? The Paris Prevention in General Practice survey. *Prev Med*. 2011;53:199-202.
23. Rigal L, Falcoff H, Rahy Z, Flores P, Saurel-Cubizolles M-J, Ringa V. Absence de conseils hygiéno-diététiques donnés aux hypertendus et caractéristiques des patients et de leur médecin généraliste. *Global Health Promotion*. 2013 Jun 1;20(2 suppl):33–42.
24. Hart JT, Thomas C, Gibbons B, Edwards C, Hart M, Jones J, Jones M, and Walton P. Twenty five years of case finding and audit in a socially deprived community. *BMJ*. 1991 June 22; 302(6791): 1509–1513.
25. Pilod C, Lagabrielle D, Sass C, El Sawy A. Mesurer les gradients sociaux dans l'accès aux soins de prévention. *Audit clinique auprès de 671 patients*. *Exercer*. 2011;(96):40-46.
26. Haut Conseil pour la Santé Publique. Indicateurs de suivi des inégalités sociales de santé [Internet]. 2013 juin. Disponible sur: <http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=360>
27. Letrillart L, Vanmeerbeek M. À la recherche du consensus : quelle méthode utiliser ? *Exercer*. 2011;99:170-7.
28. Référentiels métiers et compétences médecins généralistes, sages-femmes et gynécologues-obstétriciens. Paris: Berger-Levrault; 2010.

10. Annexes

10.1. Annexe 1 - liste des 33 indicateurs issus de la bibliographie

Le groupe de travail tient à préciser que tous ces indicateurs peuvent avoir une pertinence pour la prise en charge des patients ou la réflexion sur les ISS. Ils n'ont pas tous été retenus parce que pour certains d'entre eux, le recueil est difficile à réaliser en cabinet de médecine générale de manière standardisée.

Intitulé	Groupe A Indicateurs indispensables	Groupe B Indicateurs utiles	Groupe C Indicateurs non retenus
Date de naissance	X		
Sexe	X		
Adresse	X		
Assurance maladie	X		
Statut par rapport à l'emploi	X		
Profession	X		
Capacités de compréhension du langage écrit	X		
Est en couple		X	
Nombre d'enfants à charge		X	
Vit seul (e)		X	
Pays de naissance		X	
Niveau d'études		X	
Catégorie socioprofessionnelle INSEE		X	
Bénéficie de minima sociaux		X	
Statut vis à vis du logement		X	
Situation financière perçue		X	
IRIS (mesure écologique du niveau socio-économique du lieu de résidence)			Non utilisable en consultation
Plus haut diplôme obtenu			Moins pertinent que le niveau d'étude.

Type de contrat de travail (contrat à durée déterminée, indéterminée)			Question considérée comme trop intrusive et pertinence non supérieure à celle du statut par rapport à l'emploi.
Temps de travail (temps complet, temps partiel)			Manque de pertinence (difficulté d'interprétation)
Revenu du ménage			Question considérée comme trop intrusive et pertinence non supérieure à la situation financière perçue
Nombre d'enfant			Moins pertinent que nombre d'enfant à charge
Nationalité			Moins pertinent que le pays de naissance
Origine ethnique			Moins pertinent que le pays de naissance
Ancienneté de résidence en France			Pertinence non évidente selon la bibliographie
Situation administrative par rapport à l'immigration			Pertinence inférieure à celle de l'assurance maladie
Langue maternelle			Pertinence inférieure à la compréhension du langage écrit
Capacité de compréhension du langage orale			Difficulté d'évaluation et pertinence non supérieure à celle de la compréhension du langage écrit
Analphabétisme			Difficulté d'évaluation et pertinence non supérieure à celle de la compréhension du langage écrit
Culture de santé ("health literacy")			Concept complexe, difficulté d'évaluation en pratique courante
Salubrité du logement			Difficile à évaluer de manière standardisée, pertinence surtout pour les risques d'exposition à des toxiques, redondance partielle avec l'adresse pour ce qui est de la situation sociale
Réseau social			Pertinence non supérieur à la question de vivre seul
Score EPICES, version complète (11 questions) ou version courte (enquête ESPS 2004, 4 questions)			N'est pas un indicateur mais un score. Non faisable au quotidien en consultation.

10.2. Annexe 2 - recommandations par information aux éditeurs de logiciels métier

10.2.1. Date de naissance

- Format : chiffre JJ/MM/AAAA
- Modalités de réponse possibles : autoriser les dates de naissance "incohérentes", utilisées par l'assurance maladie pour certains patients nés à l'étranger (exemple : 01/30/1958)
- Modalité(s) informatique(s) de saisie :
 - Récupération de la donnée à partir de la carte vitale
 - Saisie manuelle : 3 champs de saisie numérique (un pour le jour, le mois et l'année). En cas de date de naissance incohérente, alerte (fenêtre pop-up) pour demander la validation de cette donnée incohérente (ex : "la date de naissance que vous avez renseignée n'est pas une date cohérente, validez-vous cette date de naissance ?")
- Texte d'aide éventuel : aucun

10.2.2. Sexe

- Format : texte
- Modalités de réponse possibles :
 - Masculin
 - Féminin
- Modalité(s) informatique(s) de saisie : soit liste déroulante, soit cases à cocher exclusives
- Texte d'aide éventuel (qui s'afficherait à la demande de l'utilisateur, par exemple via un "infobouton") : "En cas de patient(e) transsexuel(le) ou transgenre, noter le sexe tel que notifié sur la carte d'identité."

10.2.3. Adresse

- Format : texte
- Modalités de réponse possibles : utiliser le répertoire FANTOIR
- Modalité(s) informatique(s) de saisie : à adapter selon le dictionnaire, champ de saisie libre alphanumérique pour le numéro (exemple : 32bis), liste déroulante pour le type de voie, un champ de texte libre pour la première partie de l'adresse, un 2ème champ de texte libre pour le complément d'adresse, un champ de saisie numérique pour le code postal, une liste déroulante pour la commune qui se met à jour lorsque le champ du code postal est renseigné + une case à cocher/décocher "Il s'agit d'une adresse administrative".
- Texte d'aide éventuel : "Si le patient est hébergé, noter le nom de la personne qui héberge. Exemple : Chez Monsieur Untel."

10.2.4. Assurance maladie

Trois champs d'informations doivent être renseignés :

1. AMO (Assurance Maladie Obligatoire)
 - Format : texte
 - Modalités de réponse possibles :
 - Oui
 - Non
 - Modalité(s) informatique(s) de saisie :
 - Automatique à partir de la carte vitale : enregistrement du oui automatiquement si la carte vitale du patient est insérée dans le lecteur et qu'elle "témoigne" de droits ouverts.
 - Saisie manuelle : soit liste déroulante, soit cases à cocher exclusives
 - Texte d'aide éventuel : "La CMU de base et l'AME sont des AMO, il faut donc noter "Oui" "

2. AMC (Assurance Maladie Complémentaire)
 - Format : texte
 - Modalités de réponse possibles :
 - Aucune
 - Complémentaire santé privée
 - Couverture Médicale Universelle complémentaire (CMUc)
 - Aide Médicale d'Etat (AME)
 - Modalité(s) informatique(s) de saisie : liste déroulante
 - Texte d'aide éventuel : "La CMUc est bien une AMC qui complète la CMU de base. L'AME fait office d'AMO et d'AMC."

3. Exonération du ticket modérateur
 - Format : texte
 - Modalités de réponse possibles :
 - Aucune
 - Accident de travail
 - Maladie professionnelle
 - Affection de longue durée (ALD)
 - Invalidité, article 115 "anciens combattants"
 - Modalité(s) informatique(s) de saisie :
 - Automatique à partir de la carte vitale
 - Saisie manuelle : cases à cocher avec choix multiples possibles
 - Texte d'aide éventuel : aucun

10.2.5. Statut par rapport à l'emploi

- Format : texte
- Modalités de réponse possibles :
 - Actif travaillant actuellement, ou en congé
 - Retraité(e), pré-retraité(e) ou congé de fin d'activité

- Chômeur
- Au foyer
- Invalidité avec pension
- Étudiant
- Autre situation
- Modalité(s) informatique(s) de saisie : liste déroulante
- Texte d'aide éventuel : "Les enfants scolarisés avant l'enseignement supérieur ne sont pas concernés. Pour eux, il faut noter "Autre situation"."

10.2.6. Profession

- Format : texte
- Modalités de réponse possibles : texte libre (de taille suffisante)
- Modalité(s) informatique(s) de saisie : texte libre
- Texte d'aide éventuel : "La profession doit être notée de la manière la plus explicite et précise possible. Par exemple : stagiaire coiffeur, coiffeur salarié, ou responsable d'un salon de coiffure."

10.2.7. Capacités de compréhension du langage écrit

- Format : texte
- Modalités de réponse possibles à la question suivante : "Avez-vous besoin que quelqu'un vous aide pour comprendre des ordonnances ou des documents d'information médicale remis par votre médecin ou votre pharmacien ?" :
 - Oui
 - Non
- Modalité(s) informatique(s) de saisie : cases à cocher exclusives
- Texte d'aide éventuel : aucun

10.2.8. Est en couple

- Format : texte
- Modalités de réponse possibles :
 - Oui
 - Non
- Modalité(s) informatique(s) de saisie : cases à cocher exclusives ou liste déroulante
- Texte d'aide éventuel : aucun

10.2.9. Nombre d'enfants à charge

- Format : numérique
- Modalités de réponse possibles : chiffre entre 0 et 20
- Modalité(s) informatique(s) de saisie : liste déroulante
- Texte d'aide éventuel : aucun

10.2.10. Vit seul (e)

- Format : texte
- Modalités de réponse possibles :
 - Oui
 - Non
- Modalité(s) informatique(s) de saisie : cases à cocher exclusives ou liste déroulante
- Texte d'aide éventuel : "Il s'agit d'indiquer si le patient vit avec ou sans autre adulte sous le même toit."

10.2.11. Pays de naissance

- Format : texte
- Modalités de réponse possibles : utiliser le thésaurus COG de l'INSEE
- Modalité(s) informatique(s) de saisie : liste déroulante ou saisie semi automatique
- Texte d'aide éventuel : aucun

10.2.12. Niveau d'études

- Format : texte
- Modalités de réponse possibles :
 - Niveau primaire
 - Niveau secondaire (collège/lycée)
 - Enseignement supérieur
 - Aucun cursus scolaire
- Modalité(s) informatique(s) de saisie : liste déroulante
- Texte d'aide éventuel : "Pour les patients ayant grandi dans un autre pays, noter la correspondance."

10.2.13. Catégorie socioprofessionnelle INSEE

- Format : texte
- Modalités de réponse possibles : nomenclature INSEE (intitulés et codes)
- Modalité(s) informatique(s) de saisie : Un menu déroulant à deux niveaux emboîtés permet de sélectionner successivement les deux premiers niveaux de l'INSEE :
 - Niveau 1 (8 codes) : Agriculteurs exploitants ; Artisans, commerçants et chefs d'entreprise ; Cadres et professions intellectuelles supérieures ; Professions Intermédiaires ; Employés ; Ouvriers ; Retraités ; Autres personnes sans activité professionnelle.
 - Niveau 2 (24 codes) : Agriculteurs exploitants ; Artisans ; Commerçants et assimilés ; Chefs d'entreprise de 10 salariés ou plus ; Professions libérales et assimilés ; Cadres de la fonction publique, professions intellectuelles et artistiques ; Cadres d'entreprise ; Professions intermédiaires de l'enseignement, de la santé, de la fonction publique et assimilés ; Professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises ; Techniciens ; Contremaîtres, agents de maîtrise ; Employés de la fonction publique ; Employés administratifs d'entreprise ; Employés de commerce ; Personnels

des services directs aux particuliers ; Ouvriers qualifiés ; Ouvriers non qualifiés ; Ouvriers agricoles ; Anciens agriculteurs exploitants ; Anciens artisans, commerçants, chefs d'entreprise ; Anciens cadres et professions intermédiaires ; Anciens employés et ouvriers ; Chômeurs n'ayant jamais travaillé ; Inactifs divers autres que retraités.

- Texte d'aide éventuel : aucun

10.2.14. Minima sociaux

- Format : aucun
- Modalités de réponse possibles :
 - Oui
 - Non
- Modalité(s) informatique(s) de saisie : cases à cocher exclusives
- Texte d'aide éventuel : Exemples : revenu de solidarité active (RSA, ex-RMI), allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA), allocation adulte handicapé (AAH), allocation de solidarité spécifique (ASS), allocation équivalent retraite (AER), allocation temporaire d'attente (ATA), allocation supplémentaire d'invalidité (ASI) et allocation veuvage (AV), allocation parent isolé (API)

10.2.15. Statut vis à vis du logement

- Format : texte
- Modalités de réponse possibles :
 - Propriétaire
 - Locataire
 - Vit dans un foyer
 - Est hébergé
 - Est sans abri
- Modalité(s) informatique(s) de saisie : liste déroulante
- Texte d'aide éventuel : aucun

10.2.16. Situation financière perçue

- Format : texte
- Modalités de réponse possibles à la question "En ce qui concerne la situation financière de votre foyer, diriez-vous que ?":
 - 1. Vous n'avez pas de problème particulier
 - 2. C'est juste, il faut faire attention
 - 3. Vous avez du mal à y arriver
 - 4. C'est très difficile
- Modalité(s) informatique(s) de saisie : liste déroulante
- Texte d'aide éventuel : aucun