

CHAPITRE 4.3.

Renoncement aux soins : dépistage et prise en charge

*P. Bodenmann, H. Wolff, T. Bischoff, L. Herzig, P. Warin, S. Chatelard,
B. Burnand, P. Vaucher, B. Favrat, F. Panese, Y.-L. Jackson, F. Vu, I. Guessous*

Objectifs d'apprentissage

- Comment appréhender la précarité au cabinet du médecin de famille.
 - Évaluer la réalité socio-économique de son patient.
- Comment dépister de manière simple le renoncement aux soins pour des raisons économiques au cabinet.

Bien que le système de santé suisse soit reconnu comme très performant, un patient sur dix interrogés au cabinet déclare ne pas y avoir recouru au cours des douze mois précédents pour des raisons économiques. Les raisons du renoncement sont multiples : défaut d'assurance maladie, méconnaissance des aides sociales, absence de médecin traitant, délais d'attente. Même si le soignant peut être alerté de manière intuitive ou via l'anamnèse psychosociale de la situation de précarité ou de pauvreté de son patient, son renoncement à des soins peut être occulté. Nous proposons dans le présent article quelques outils d'aide permettant au médecin de famille d'identifier de manière simple et structurée les patients à risque de renoncer aux soins pour des raisons économiques, patients qui sont souvent précaires, parfois pauvres.

Contexte

Système de santé suisse : performances, coûts

Le système de santé suisse est reconnu comme étant particulièrement performant (haut niveau de satisfaction, haut niveau de technicité, longue espérance de vie et faible taux

QUATRIÈME PARTIE: défis à relever

de mortalité des patients¹), mais aussi très coûteux (troisième système de santé le plus coûteux mondialement après les États-Unis et la Suède, mais devant la France, l'Allemagne et la Belgique par exemple, avec une part de 11,7% du produit intérieur brut²). L'assurance maladie est obligatoire et universelle et se caractérise par une franchise allant de CHF 300.- à CHF 2500.-/mois, dont le coût conditionne celui des primes d'assurance, une quote-part de 10% (et d'au maximum CHF 700.-/an), la possibilité de subsides pour les personnes à bas revenu et la nécessité d'une assurance complémentaire pour les soins dentaires³ (souvent chère). Les tendances au cours des dernières années vont dans le sens d'une augmentation du coût des primes d'assurance (54% en dix ans) et d'une diminution des prestations remboursées⁴.

Précarité, pauvreté

La notion de « précarité » comme « pauvreté potentielle » (donc distincte de la pauvreté) inclut l'idée d'instabilité (par exemple du revenu, lorsqu'il est sujet à oscillations imprévisibles) et de fragilité (manque de pouvoir contractuel, par exemple⁵). Pour qu'il y ait pauvreté, il faut qu'une quantité de ressources matérielles et de citoyenneté excessivement inférieure à la moyenne, un manque tel que le partage des formes de vie communes et la coopération dans les activités habituelles de la société analysée, soient compromis⁵. Dans ce contexte, qu'en est-il des patients les plus précaires en Suisse? Il est important et utile de distinguer la précarité de la pauvreté. La précarité est un état d'instabilité sociale caractérisé par l'absence d'une ou 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. La précarité ne conduit à la pauvreté que lorsqu'elle affecte plusieurs domaines de l'existence, lorsqu'elle se chronicise et qu'elle compromet ainsi gravement les chances d'assumer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même dans un avenir prévisible⁶. Environ 580 000 personnes (13%) vivent en Suisse avec un revenu inférieur au seuil de pauvreté (qui est de CHF 2 200.- pour une personne seule, CHF 3 050.- pour deux adultes sans enfants et CHF 4 050.- pour deux adultes et deux enfants). À ce groupe s'ajoutent quelque 130 000 personnes dont le revenu se situe juste au-dessus du seuil de pauvreté et qui se trouvent par conséquent dans une situation précaire; on les nomme les « *working poor* » et il suffit de peu pour que ces personnes basculent sous le seuil de pauvreté. Le terme « *working poor* », emprunté de l'anglais, désigne un groupe de personnes actives qui, malgré leur emploi, ne parviennent pas à obtenir un revenu suffisant à les préserver de la pauvreté⁵. En Suisse, 1 actif occupé sur 13 (soit plus de 250 000 personnes) faisait partie, en 1999, de la population des *working poor* définie à partir du seuil de pauvreté fixé par la Conférence suisse des institutions d'action sociale (CSIAS). En réalité, 535 000 personnes sont directement touchées par ce phénomène si l'on tient compte des autres membres du ménage et notamment les enfants. Les groupes les plus affectés par ce phénomène sont les femmes, les ressortissants étrangers, les familles monoparentales, les travailleurs peu qualifiés, les indépendants sans employés, les actifs occupés à temps partiel ou ayant des conditions d'emploi flexibles et le personnel des secteurs à bas salaires⁷. Enfin, on dénombrait en 2012 quelque 250 000 personnes tributaires de l'aide sociale et 226 400 personnes tributaires des prestations complémentaires⁸.

Renoncement aux soins

En 2010, une enquête téléphonique réalisée dans le cadre de onze pays industrialisés a permis de montrer que 10% de la population interviewée en Suisse avait renoncé à des soins médico-dentaires pour des raisons économiques au cours des douze derniers mois⁹. Cette proportion a été corroborée par les enquêtes effectuées dans le cadre de l'étude populationnelle « Bus Santé » de Genève en 2011, puis en 2012^{10,11}: en un an, sur le collectif interviewé de 765 hommes et 814 femmes âgés de 35 à 74 ans, 14,5% avaient renoncé aux soins pour des raisons économiques et dans 74% de ces situations il s'agissait d'un renoncement aux soins dentaires. En trois ans de suivi, ce chiffre est demeuré stable (13,8%) mais une tendance à l'augmentation était constatée parmi les participants avec un revenu mensuel CHF < 3000.- (de 22 à 34%). Parallèlement, une enquête qualitative auprès de 53 personnes ayant consulté dans des structures de soins de Grenoble, Genève et Lausanne a permis de relever auprès des intéressés un certain nombre d'explications générales sur leur renoncement aux soins, allant d'un défaut d'assurance maladie à la non-connaissance des dispositifs d'aides sociales accordées pour financer des soins, l'absence de médecin traitant, des délais d'attente pour l'obtention des soins, voire l'impossibilité de cesser de travailler¹². En 2016, une autre étude (quantitative, n = 3410, et qualitative, n = 454) réalisée en France dans la région Languedoc-Roussillon a confirmé ces résultats et a fait apparaître en plus pour les 32,9% de personnes déclarant avoir renoncé ou reporté au cours des douze derniers mois un ou plusieurs soins un « manque de guidance » de la part des médecins traitants¹³. C'est le cas quand ceux-ci sont insuffisamment vigilants, incitatifs et accompagnants. La pratique médicale dans les centres, maisons ou pôles de santé réduit ce risque¹⁴. Ce renoncement s'inscrit dans un contexte de précarité et de renoncement aux soins plus globaux qui concerne également plusieurs pays d'Europe centrale et d'Europe de l'Est (Bulgarie, Hongrie, Lituanie, Pologne, Roumanie et Ukraine¹⁵). Un rapport récent¹⁶ renforce les chiffres qui précèdent avec 22% de renoncement aux soins pour des raisons économiques au cours de l'année écoulée auprès de l'échantillon suisse de cette enquête, 21% renonçant aux soins dentaires pour le même motif.

Dans ce contexte épidémiologique inquiétant se pose dès lors la question de savoir comment appréhender la précarité/pauvreté des patients, et en particulier leur potentiel renoncement aux soins, dans le cadre de la pratique de cabinet¹⁷. À partir d'une vignette clinique et sur la base de trois articles récemment publiés sur la réalité du médecin de famille dans son cabinet, nous proposons quelques outils permettant l'identification simple, structurée et validée des patients précaires, parfois pauvres, à risque de renoncer aux soins pour des raisons économiques.

Vignette clinique

Vous suivez à votre cabinet un patient de 70 ans présentant de multiples facteurs de risque cardio-vasculaires dans un contexte de syndrome métabolique. Après quelques années de suivi, lors d'une consultation, le patient vous informe qu'il ne vit qu'avec CHF 1500.- par mois, se nourrit essentiellement de pâtes et de riz et n'est

QUATRIÈME PARTIE: défis à relever

pas en mesure de soigner ses dents. Il vous confie qu'il lui est arrivé à plusieurs reprises de renoncer à certains soins pour des raisons économiques.

À partir de cette situation vécue, révélée dans le cadre clinique, trois questions se posent en pratique ambulatoire de cabinet :

1. Comment appréhender la précarité potentielle du patient au cabinet du médecin de famille ?
2. Le médecin de famille est-il en mesure d'évaluer la réalité socio-économique de son patient ?
3. Comment identifier de manière simple les personnes à risque de renoncer à des soins pour des raisons économiques ?

Nous répondrons à chacune de ces trois questions au travers d'études locales dont les résultats seront comparés à ceux de la littérature internationale.

Discussion

1. Comment appréhender la précarité au cabinet du médecin de famille¹⁸ ?

Réponse à cette question dans l'article Vaucher P., et al. Detecting and measuring deprivation in primary care: Development, reliability and validity of a self-reported questionnaire: The DiPCare-Q. *BMJ Open* 2012.

L'objectif de cette étude a été de développer et de valider un outil permettant de détecter et de mesurer la précarité matérielle et sociale d'un patient. Pour ce faire, 38 questions issues d'une revue systématique de la littérature ont été testées auprès de 200 patients de la Polyclinique médicale universitaire de Lausanne à soixante-douze heures d'intervalle (test - retest), puis auprès de 17 médecins de premier recours (mpr) romands pour la validation du contenu. Les propriétés psychométriques et de validation de l'instrument final intègrent 3 dimensions de la précarité en 16 questions (8 sur la précarité matérielle, 5 sur la précarité sociale et 3 sur l'état de santé). Ces questions ont été testées auprès de 1 898 patients issus de 47 cabinets romands. Le questionnaire final, le DiPCare-Q (*Deprivation in Primary Care - Questionnaire*, ou questionnaire sur la précarité au cabinet du MPR), est un instrument simple, valide et fiable, qui devrait permettre de mieux identifier et cerner la précarité des patients en pratique ambulatoire de médecin de famille (**tableau I**). Au niveau international, même si différents scores cliniques existent, ils demeurent pour la plupart « imprégnés » des particularités du système médico-social du pays où ils ont été créés¹⁹⁻²¹, ce qui n'est pas le cas du DiPCare-Q.

2. Le médecin de famille est-il en mesure d'évaluer la réalité socio-économique de son patient²² ?

Réponse à cette question dans l'article Chatelard S., et al. General practitioners can evaluate the material, social and health dimensions of patient social status. *Plos One* 2014.

CHAPITRE 4.3. Renoncement aux soins : dépistage et prise en charge

Tableau I. Questionnaire DiPCare-Q en français
(*Deprivation in Primary Care - Questionnaire*).

Précision : ce questionnaire peut être utilisé dans la pratique clinique et a été validé pour la recherche sur la précarité.

DiPCare-Q

1. Durant les douze derniers mois , avez-vous eu de la peine à payer les factures de votre ménage (impôts, assurances, téléphone, électricité, cartes de crédit, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Durant les douze derniers mois , avez-vous eu besoin de demander de l'argent à des proches pour des besoins quotidiens ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Durant les douze derniers mois , quelqu'un dans votre ménage a-t-il dû renoncer à se faire soigner parce que vous n'aviez pas assez d'argent (dentiste, médecin, achat de médicaments) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Durant les douze derniers mois , avez-vous eu peur d'être expulsé(e) de votre logement ou de perdre votre habitation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Durant les douze derniers mois , avez-vous dû renoncer à acheter des habits alors que vous-même ou un membre de votre ménage en avait pourtant besoin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Durant les douze derniers mois , avez-vous dû renoncer à acheter des meubles ou des appareils alors que vous ou un membre de votre ménage en aviez pourtant besoin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Durant les douze derniers mois , êtes-vous partis en vacances ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Durant les trois derniers mois , avez-vous partagé une soirée avec des proches ou des amis ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Durant les trois derniers mois , avez-vous été au cinéma, au théâtre, à un concert ou à un événement sportif ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Durant le dernier mois , est-il arrivé qu'il n'y ait pas assez à manger dans votre ménage ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Durant le dernier mois , avez-vous eu la possibilité d'accéder à Internet (maison, travail, bibliothèque, Internet café, etc.) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. En cas de difficulté, pourriez-vous faire appel à des personnes extérieures à votre ménage pour vous apporter une aide matérielle (argent, nourriture, logement) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Actuellement , le remboursement d'argent (banque, famille, proche, etc.) vous pose-t-il un problème important ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Actuellement , souffrez-vous d'un handicap physique qui a des conséquences importantes sur votre vie quotidienne ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Actuellement , souffrez-vous de difficultés ou problèmes psychiques qui ont des conséquences importantes sur votre vie quotidienne ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Actuellement , avez-vous des difficultés liées à une consommation d'alcool, de drogue, de jeu, ou autres ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

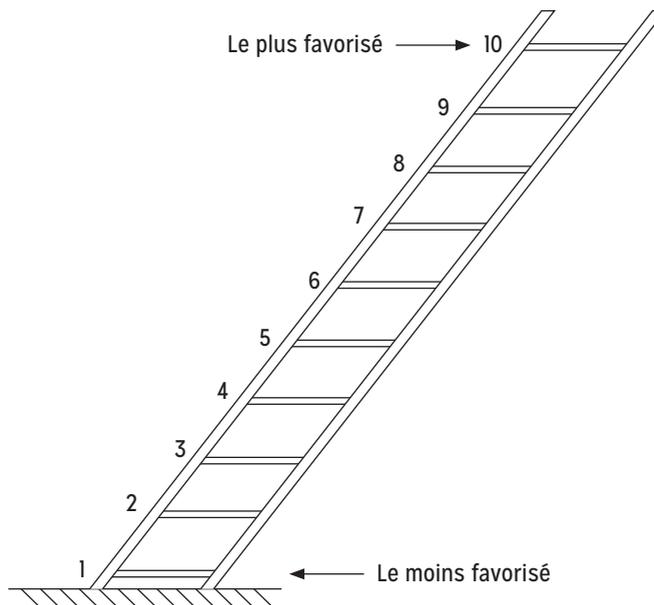
QUATRIÈME PARTIE: défis à relever

Une enquête transversale multicentrique, imbriquée dans une étude sur la précarité au cabinet¹⁸, a été conduite auprès de 47 cabinets romands (répartis uniformément en milieu urbain, de banlieue et rural); l'échantillon de patients était représentatif de la population des 7 cantons romands, soit environ 20% de la population nationale suisse. Il s'agit de patients ayant eu une consultation de médecin de famille dans un des 47 cabinets qui participent à l'étude pendant une période de douze semaines, entre septembre 2010 et février 2011 (avec un maximum de 50 patients par cabinet). Quatre types de mesures ont été réalisés:

- la mesure du statut social perçu par les MPR, évalué au travers de l'échelle subjective du statut social de MacArthur, allant de 1 à 10 (**figure 1**).
- L'évaluation propre du patient sur la même échelle (n = 2 030).
- Le recueil de potentiels facteurs explicatifs d'une différence subjective d'évaluation entre le médecin et le patient quant au statut socio-économique du patient (évaluation de la précarité matérielle et sociale selon le DiPCare-Q, de l'état de santé selon l'EuroQol Q5D, du salaire, et du niveau d'éducation du patient).

Figure 1. Mesure du statut social perçu par les médecins de premier recours et leurs patients.

Évalué au travers de l'échelle subjective du statut social de MacArthur allant de 1 (statut le moins favorisé) à 10 (statut le plus favorisé).



* Ces différents outils de prise en charge apparaissent dans divers chapitres de cet ouvrage.

CHAPITRE 4.3. Renoncement aux soins: dépistage et prise en charge

- L'évaluation de la posture globale du médecin par rapport à la précarité de ses patients et à son influence sur la santé et les soins.

Cette étude met en évidence que le médecin de famille est en mesure d'évaluer le statut social de son patient, en considérant les dimensions matérielle, sociale et de santé de la précarité, ainsi que le niveau d'éducation et le salaire. Toutefois, d'une façon générale, le médecin de famille a tendance à surestimer (d'un demi-point sur dix) le statut social de son patient par rapport à l'évaluation faite par le patient lui-même. En y regardant de plus près, on relève deux cas de figure: lorsque le médecin a une réflexion sur ses propres préjugés à l'égard de la précarité de ses patients, il a tendance à surestimer leur statut social, comme s'il améliorait inconsciemment la représentation qu'il s'en fait en positivant de manière optimiste leur situation. Alors que lorsqu'il déclare s'adapter de manière pragmatique en donnant un traitement moins coûteux aux patients les plus précaires, il a tendance à sous-estimer le statut social des patients, comme s'il accordait une plus grande importance à leurs difficultés financières que n'en accordent les patients eux-mêmes. La faculté globale des MPR d'appréhender la position sociale des patients et ses conséquences sur la santé avait déjà été mise en évidence dans des travaux qualitatifs²³. Il a aussi été démontré que dans un cabinet où les médecins sont sensibilisés aux problématiques d'inégalités sociales, le gradient social habituellement retrouvé dans les soins de prévention (vaccination, dépistage de cancers) peut être annulé²⁴.

3. Comment dépister de manière simple le renoncement aux soins pour des raisons économiques au cabinet²⁵ ?

Réponse à cette question dans l'article Bodenmann P, et al. Screening primary-care patients forgoing health care for economic reasons. *Plos One* 2014.

Cette étude comprenait trois objectifs:

- a. Évaluer la prévalence des patients renonçant aux soins pour des raisons économiques.
- b. Identifier une question qui permettrait d'écarter l'option que le patient renonce aux soins pour des raisons économiques.
- c. Estimer l'influence de l'attitude du médecin sur le renoncement aux soins par ses patients.

La méthodologie est identique à celle de l'article précédent auprès des mêmes 47 médecins de famille. En termes de mesures, la question «Avez-vous, vous ou un membre de votre famille, renoncé aux soins au cours des douze derniers mois pour des raisons économiques (dentiste, médecin, achat de médicaments)?» a été autoadministrée par questionnaire en salle d'attente. Parmi les autres données récoltées figurent le niveau d'éducation, le salaire, l'éventuelle précarité (via le DiPCare-Q), la perception du niveau social au travers de l'échelle sociale, ainsi que les caractéristiques sociodémographiques (âge, genre, nationalité, nombre de personnes dans le ménage, salaire par ménage et par personne). Parmi les 2026 patients interrogés, 10,7% (IC 95%: 9,4-12,1) avaient renoncé aux soins pour des raisons économiques

QUATRIÈME PARTIE: défis à relever

au cours des douze derniers mois. Ce nombre se rapproche de ceux de Schoen⁹, Wolff¹⁰, et Guessous¹¹. D'une façon générale, les patients qui avaient renoncé aux soins avaient un salaire plus bas, étaient plus jeunes, plus pauvres, recevaient plus souvent de l'aide sociale, étaient plus fréquemment sans emploi, et étrangers. Il s'agit de la première étude sur le renoncement aux soins pour des raisons économiques au cabinet du médecin de famille en Suisse. La question «Durant les douze derniers mois, avez-vous eu de la peine à payer les factures de votre ménage (impôts, assurances, téléphone, électricité, cartes de crédit, etc.)?» s'est avérée statistiquement plus performante pour identifier le renoncement aux soins pour des raisons économiques qu'une combinaison âge/genre/niveau d'éducation/salaire et bien adaptée à l'anamnèse sociale du patient. Sa valeur prédictive négative est de 96,3% et une valeur prédictive positive de 30,6%. Cette question semble particulièrement intéressante, pertinente et utile car elle peut être généralisée dans différentes sociétés et cultures. Un autre résultat de cette étude concerne les médecins. Sur un échantillon formé de 72% d'hommes, âgés en moyenne de 54 ans et ayant une durée moyenne d'activité en cabinet de dix-neuf ans, il apparaît que ceux qui déclarent se sentir impuissants face à la précarité de leurs patients majorent le risque de ces patients de renoncer aux soins de 50%. D'une façon générale, l'étude révèle également l'absence de dépistage de la précarité par les médecins lorsqu'ils se sentaient mal à l'aise avec cette question et les situations qui lui sont liées, lorsqu'ils considéraient ne pas disposer d'assez de temps pour s'en occuper et lorsqu'ils n'avaient pas de solution à proposer. Ces éléments se trouvant vérifiés dans la littérature²⁶⁻²⁸.

Conclusion

Votre patient de 70 ans, présentant un syndrome métabolique, vous a confié qu'il lui est arrivé à plusieurs reprises de renoncer à certains soins pour des raisons économiques. Comme nous l'avons vu, ce patient s'apparente aux 10,7% de patients ayant renoncé aux soins pour des raisons économiques dans 47 cabinets de médecins romands. Bien que le soignant puisse être alerté de la situation de précarité ou de pauvreté de son patient de manière intuitive ou *via* l'anamnèse psychosociale, le renoncement à des soins de ce dernier est à risque d'être occulté (par exemple, en lien avec un sentiment de honte ou de culpabilité éprouvé par le patient à l'égard du soignant, etc.). Dans ce contexte, la question unique suivante, du fait de sa valeur prédictive négative intéressante, peut être considérée comme un outil utile d'aide à l'identification d'un potentiel renoncement aux soins: «Durant les douze derniers mois, avez-vous eu de la peine à payer les factures de votre ménage?» À titre de comparaison, nous pourrions dire que cette question unique équivaut au «*D-dimer* social» du renoncement aux soins. Si la réponse à cette question est affirmative, nous suggérons de compléter de manière structurée l'évaluation sociale du patient en posant les questions faisant partie du DiPCare-Q. En ce qui concerne les outils de prise en charge, disponibles et conseillés, ils ont été précisés dans un précédent numéro de la *Revue médicale suisse* en 2013⁶. Ils permettent, en particulier, d'intégrer à la clinique du MPR des éléments pertinents relatifs aux déterminants socio-économiques de la santé et de la maladie, à la littérature en santé, aux compétences transculturelles et à la poursuite d'un travail en réseau et dans un processus d'interdisciplinarité⁶. La **figure 2** résume la

CHAPITRE 4.3. Renoncement aux soins: dépistage et prise en charge

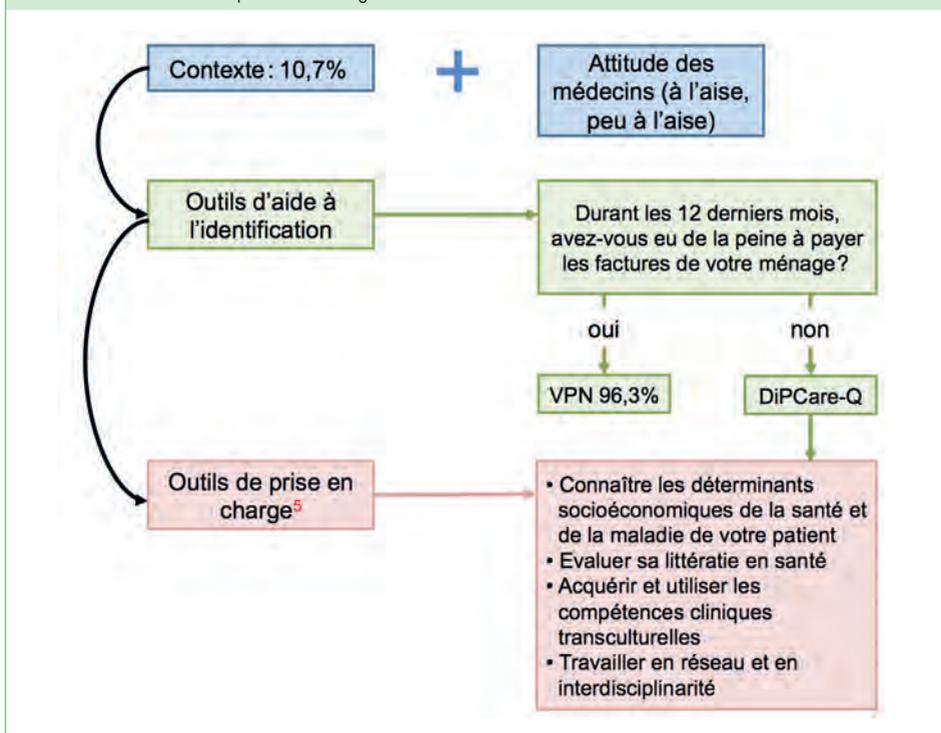
démarche proposée. La rigueur dans cette démarche devrait nous permettre d'évoluer de l'intuition relative au statut social des patients à une appréciation analytique et intégrée dans le raisonnement clinique d'une problématique qui associe le médical et le social.

Implications pratiques

- Le renoncement aux soins au cabinet du médecin de famille pour des raisons économiques est une réalité en Suisse. Le médecin interniste généraliste est en mesure d'évaluer la réalité socio-économique de son patient en utilisant notamment le DiPCare-Q, et de dépister de manière simple le renoncement aux soins pour des raisons économiques au travers d'une seule question.
- La connaissance d'outils de prise en charge lui permettra d'étayer la situation et d'y faire face.

Figure 2. Renoncement aux soins pour des raisons économiques au cabinet du médecin de famille.

Réalité, identification et prise en charge.



* Ces différents outils de prise en charge apparaissent dans divers chapitres de cet ouvrage.

Bibliographie

- 1 www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf
- 2 Base de données sur les Comptes nationaux de la santé de l'Organisation mondiale de la santé. Consulté le 24.07.2017 sur le site <http://donnees.banque-mondiale.org/indicateur/SH.XPD.TOTL.ZS>
- 3 Reinhardt UE. The Swiss health system: Regulated competition without managed care. *JAMA* 2004;292: 1227-31.
- 4 OFS. Office fédéral de la statistique, rapport annuel, 2010.
- 5 Dictionnaire suisse de politique sociale. Consulté sur internet le 25.07.2017 sur le site www.socialinfo.ch
- 6 Vu F, Bischoff T, Wolff H, et al. Médecine sociale en 2013: quand la précarité précède la pauvreté. *Rev Med Suisse* 2013;9:2232-9.
- 7 Flückiger Y, Deutsch Y, Silber J. La population des bas salaires et des working poor en Suisse, dans: Comprendre la pauvreté, pour mieux la combattre: rapport sur la pauvreté sous l'angle de la statistique. Éd. par Fluder R, Nolde M, Priester T, Wagner A. OFS, Neuchâtel, 1999, pp. 247-275.
- 8 Schuwey C, Knöpfel C. Nouveau manuel sur la pauvreté en Suisse. Caritas. 2014.
- 9 Schoen C, Osborn R, Squires D, et al. How health insurance design affects access to care and costs, by income, in eleven countries. *Health Aff (Millwood)* 2010; 29:2323-34.
- 10* Wolff H, Gaspoz J, Guessous I. Health care renunciation for economic reasons in Switzerland. *Swiss Med Wkly* 2011;141:w13165.
- 11* Guessous I, Gaspoz JM, Theler JM, et al. High prevalence of forgoing healthcare for economic reasons in Switzerland: A population-based study in a region with universal health insurance coverage. *Prev Med* 2012;55: 521-7.
- 12* Warin P, Chauveaud C, Mazet P. Ce que renoncer aux soins veut dire. Odenore, Études & Recherches n° 50, novembre 2013. <https://odenore.msh-alpes.fr/content/cereso-ce-que-renoncer-aux-soins-veut-dire>
- 13 Revil H, Warin P. Le renoncement aux soins des assurés sociaux en Languedoc-Roussillon. Diagnostic dans le régime Général, le régime Social des Indépendants et le régime de la Mutualité Sociale Agricole. Odenore, Études & Recherches n° 58, Mars 2016. Consulté sur <https://odenore.msh-alpes.fr/content/le-renoncement-aux-soins-des-assur%C3%A9s-sociaux-en-languedoc-roussillon-diagnostic-dans-le-r%C3%A9gime-g%C3%A9n%C3%A9ral>
- 14 Warin P. Medical activism and performance engineering: the case of associative health centres. *Quaderni* 2009; 68:37-37.
- 15 Tambor M, Pavlova M, Rechel B, et al. The inability to pay for health services in Central and Eastern Europe: Evidence from six countries. *Eur J Public Health* 2014;24: 378-85.
- 16 Osborn R, Squires D. Commonwealth Fund 2016 International Health Policy Survey of Adults in 11 Countries. Presented at 2016 Commonwealth Fund International Symposium, Washington D.C. November 17, 2016.
- 17 Le Collège de la médecine générale. Pourquoi et comment enregistrer la situation sociale d'un patient adulte en médecine générale? Groupe de travail universitaire et professionnel. Version 3.0 au 8 janvier 2014. Gr
- 18* Vaucher P, Bischoff T, Diserens E, et al. Detecting and measuring deprivation in primary care: Development, reliability and validity of a self-reported questionnaire: The DiPCare-Q. *BMJ Open* 2012;2:e000692.
- 19 Pascal J, Abbey-Huguenin H, Agard C, et al. Development of a tool for the identification of socially vulnerable hospital patients. *Presse Med* 2004;33:710-5.
- 20 Balarajan R, Yuen P, Machin D. Deprivation and general practitioner workload. *BMJ Open* 1992;304:529-34.
- 21 Pampalon R, Hamel D, Gamache P, et al. An areabased material and social deprivation index for public health in Quebec and Canada. *Can J Public Health* 2012; 103(Suppl. 2):S17-22.
- 22 Chatelard S, Bodenmann P, Vaucher P, et al. General practitioners can evaluate the material, social and health dimensions of patient social status. *PLoS One* 2014;9:e84828.
- 23 Willems SJ, Swinnen W, De Maeseneer JM. The GP's perception of poverty: A qualitative study. *Fam Pract* 2005;22:177-83.
- 24 Pilod C, Lagabrielle D, Sass C, et al. Mesurer les gradients sociaux dans l'accès aux soins de prévention. *Audit clinique auprès de 671 patients. Exercer* 2011;96: 40-6.
- 25 Bodenmann P, Favrat B, Wolff H, et al. Screening primary-care patients forgoing health care for economic reasons. *PLoS One* 2014;9:e94006.
- 26 Alexander GC, Casalino

CHAPITRE 4.3. Renoncement aux soins : dépistage et prise en charge

L, Meltzer DO. Patientphysician communication about out-of-pocket costs. JAMA 2003;290:953-8.

27 Alexander GC, Casalino L, Tseng C. et al. Barriers to patient-physician communication

about out-of-pocket costs. J Gen Intern Med 2004;19:856-60.

28 Gruen RL, Campbell EG, Fau-Blumenthal D, Blumenthal D. Public roles of US physicians: Community participation, political involvement, and collective advo-

cacy. JAMA 2006;296:2467-75.

* **à lire**

** **à lire absolument**