



Renoncement aux soins : comment appréhender cette réalité en médecine de premier recours ?

Rev Med Suisse 2014; 10: 2258-63

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

Patients forgoing health care for economic reasons: how to identify this in a primary care setting ?

Although the performance of the Swiss health system is high, one out of ten patients in general practitioner's (GP) office declares having foregone care in the previous twelve months for economic reasons. Reasons for foregoing care are several and include a lack of knowledge of existing social aids in getting health insurance, unavailability of GPs and long waiting lists for various types of care. Although long term knowledge of patients or a psychosocial history of deprivation or poverty may help identify individuals at risk of foregoing care, many may remain undetected. We propose then a few instruments to help GPs to identify, in a simple and structured approach, patients at risk of forgoing care for economic reasons; these patients are frequently deprived and sometimes poor.

Coordination rédactionnelle:

Drs P. Bodenmann, H. Wolff et Y.-L. Jackson

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 de mortalité des patients),¹ mais aussi très coûteux (troisième système de santé le plus coûteux mondialement après les Etats-Unis et la Norvège, mais devant la France, l'Allemagne et la Belgique, avec une part de 11,3% du produit intérieur brut).² L'assurance-maladie est obligatoire et universelle et se caractérise par une franchise allant de CHF 300.- à 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 remboursées.⁴

maladie est obligatoire et universelle et se caractérise par une franchise allant de CHF 300.- à 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 remboursées.⁴

Précarité, pauvreté

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 prévisible.⁵

Environ 580 000 personnes (13%) vivent en Suisse avec un revenu inférieur au seuil de pauvreté (qui est de CHF 2550.- pour une personne seule, CHF 3800.- pour deux adultes sans enfant et CHF 4950.- pour deux adultes et deux enfants). A ce groupe s'ajoutent quelque 400 000 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. Enfin, on dénombrait en 2012 quelque 250 000 personnes tributaires de l'aide sociale et 225 000 personnes tributaires des prestations complémentaires.⁶

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 mois.⁷ 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:^{8,9} 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%). Enfin, 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 travailler.¹⁰ 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 Ukraine).¹¹

OBJECTIF

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 cabinet. A 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 cardiovasculaires 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 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.

A 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?

DISCUSSION

Comment appréhender la précarité au cabinet du médecin de famille?¹²

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 Policlinique médicale universitaire de Lausanne à 72 heures d'intervalle (test – retest), puis auprès de dix-sept médecins de premier recours (mpr) romands pour la validation du contenu. Les propriétés psychométriques et de validation de l'instrument final intègrent trois dimensions de la précarité en seize questions (huit sur la précarité matérielle, cinq sur la précarité sociale et trois sur l'état de santé). Ces questions ont été testées auprès de 1898 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 1). 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 créés,¹³⁻¹⁵ ce qui n'est pas le cas du DiPCare-Q.

Le médecin de famille est-il en mesure d'évaluer la réalité socio-économique de son patient?¹⁶

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.

Une enquête transversale multicentrique, imbriquée dans une étude sur la précarité au cabinet,¹² 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 sept cantons romands, soit environ 20% de la population nationale suisse. Il s'agit de patients ayant eu une consultation de médecin



Tableau 1. Questionnaire DiPCare-Q

Versions française, allemande, italienne et en anglais sur: Google → DiPCare-Q.

DiPCare-Q

Précarité matérielle	<ul style="list-style-type: none"> • 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.)? • Durant les douze derniers mois, avez-vous eu besoin de demander de l'argent à des proches pour des besoins quotidiens? • Actuellement, le remboursement d'argent (banque, famille, proche, etc.) vous pose-t-il un problème important? • 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)? • Durant les douze derniers mois, avez-vous eu peur d'être expulsé(e) de votre logement ou de perdre votre habitation? • 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? • 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? • Durant le dernier mois, est-il arrivé qu'il n'y ait pas assez à manger dans votre ménage?
Précarité sociale	<ul style="list-style-type: none"> • Durant les douze derniers mois, êtes-vous partis en vacances? • Durant les trois derniers mois, avez-vous partagé une soirée avec des proches ou des amis? • Durant les trois derniers mois, avez-vous été au cinéma, au théâtre, à un concert ou à un événement sportif? • Durant le dernier mois, avez-vous eu la possibilité d'accéder à internet (maison, travail, bibliothèque, internet café, etc.)? • En cas de difficulté, pourriez-vous faire appel à des personnes extérieures à votre ménage pour vous apporter une aide matérielle (argent, nourriture, logement)?
Santé précaire	<ul style="list-style-type: none"> • Actuellement, souffrez-vous d'un handicap physique qui a des conséquences importantes sur votre vie quotidienne? • Actuellement, souffrez-vous de difficultés ou problèmes psychiques qui ont des conséquences importantes sur votre vie quotidienne? • Actuellement, avez-vous des difficultés liées à une consommation d'alcool, de drogue, de jeu, ou autres?

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 = 2030).

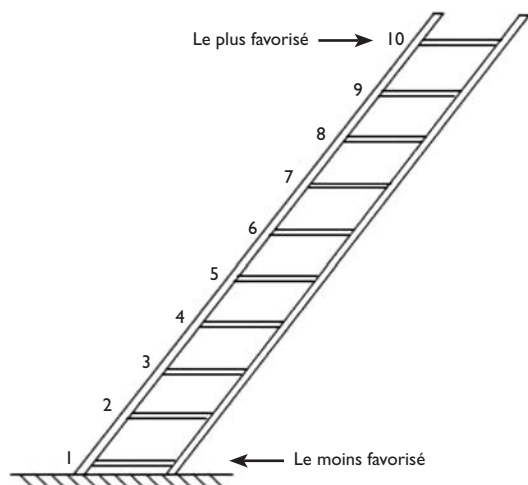


Figure 1. Mesure du statut social perçu par les médecins de premier recours et leurs patients

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).

- 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).
- 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 améliorerait 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 qualitatifs.¹⁷ 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 annulé.¹⁸

Comment dépister de manière simple le renoncement aux soins pour des raisons économiques au cabinet?¹⁹

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 comprend trois objectifs :

1. évaluer la prévalence des patients renonçant aux soins pour des raisons économiques.
2. Identifier une question qui permettrait d'écartier l'option que le patient renonce aux soins pour des raisons économiques.
3. 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. 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 auto-administrée par questionnaire en salle d'attente des cabinets des mêmes 47 médecins de famille (forment l'échantillon des médecins de l'étude précédente). 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 au cours des douze derniers mois. Ce nombre se rapproche de ceux de Schoen,⁷ Wolff,⁸ et Guessous.⁹ 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 majoraient 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

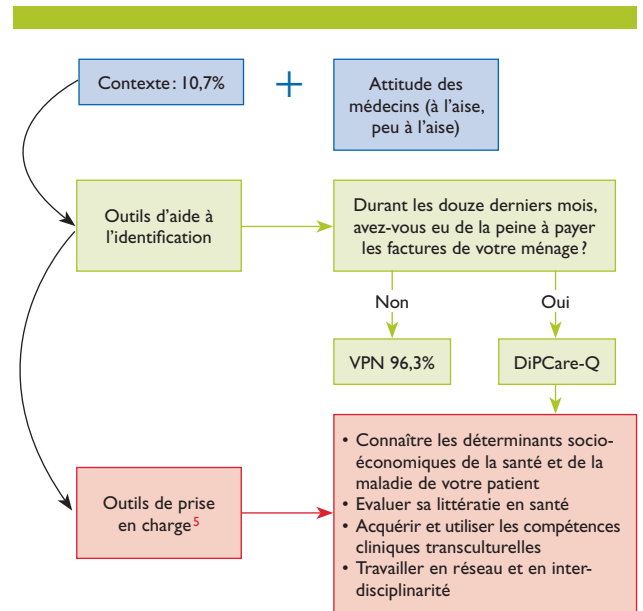


Figure 2. Renoncement aux soins pour des raisons économiques au cabinet du médecin de famille
Réalité, identification et prise en charge.

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 littérature.²⁰⁻²²

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?». A 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 2013.⁵ 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 littératie en santé, aux compétences



transculturelles et à la poursuite d'un travail en réseau et dans un processus d'interdisciplinarité.⁵ La figure 2 résume la 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. ■

Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

Remerciements

Aux 47 médecins de premier recours qui ont participé aux trois études au cabinet du médecin de famille : Gilbert Abetel, Jacques Aubert, Elisabeth Becciolini-Lebas, Corinne Bonard, Robert Bourgeois, Jacques Carrel, Georges Conne, Christian Cuendet, Michel Dafflon, Gabrielle de Torrente, Pierre De Vevey, Maryse De Vevey, Hedy Decrey, Charles Dvorak, Frédéric Fellrath, Elisabeth Flammer, Francine Glassey-Perrenoud, Nils Gueissaz, Jean-Luc Held, Lilli Herzig, Blaise Ingold, Nicole Jaunin, Sébastien Jotterand, Michel Junod, Philippe Krayenbuhl, Maxime Mancini, Jacques Meizoz, Alain Michaud, Marie Neeser, Marie-Amélie Pernet, Antonio Petrillo, François Pilet, Michel Ravessoud, Laurent Rey, Joël Rilliot, Xavier Risse, Pierre-Yves Rodondi, Olivier Rubli, Laurent Schaller, Pierre-Alain Schmied, Alain Schwob, Paul Sébo, Johanna Sommer, Anne-Lise Tesarik-Vouga, Rodrigo Vasquez, François Verdon et Daniel Widmer.

Au Pr Jacques Cornuz pour sa lecture attentive et ses commentaires avisés.

Adresses

Drs Patrick Bodenmann et Francis Vu
Unité des populations vulnérables
Prs Thomas Bischoff et Bernard Favrat
Dr Lilli Herzig
Institut universitaire de médecine générale
PMU
Pr Francesco Panese
Faculté des sciences sociales et politiques
Institut des sciences sociales
Faculté de biologie et médecine
Division des maladies chroniques (IG)
Pr Bernard Burnand
Institut de médecine sociale et préventive
Université de Lausanne
Dr Paul Vaucher
Centre universitaire romand de médecine légale
Lausanne-Genève
CHUV, 1011 Lausanne
patrick.bodenmann@hospvd.ch
francis.vu@chuv.ch
thomas.bischoff@hospvd.ch
bernard.favrat@hospvd.ch
lili.herzig@chuv.ch
francesco.panese@unil.ch
bernard.burnand@chuv.ch
paul.vaucher@chuv.ch

Pr Hans Wolff
Service de médecine et de psychiatrie pénitentiaires
Drs Yves Jackson et Idris Guessous
Service de médecine de premier recours
Département de médecine communautaire, de premier
recours et des urgences
HUG, 1211 Genève 14
hans.wolff@hcuge.ch
yves.jackson@hcuge.ch
idris.guessous@hcuge.ch

Dr Philippe Warin
Directeur de recherche CNRS
Laboratoire PACTE / Observatoire ODENORE
MSH-Alpes
BP 47
38040 Grenoble cedex 9
France
philippe.warin@sciencespo-grenoble.fr

Dr Sophia Chatelard
Rue Alphonse Allais 2
38400 Saint Martin d'Hères
France
sophiachatelard@gmail.com

Bibliographie

- 1 www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf
- 2 Murray CJ, Frenk J. Ranking 37th – measuring the performance of the U.S. health care system. *N Engl J Med* 2010;362:98-9.
- 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 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.
- 6 Schuwey C, Knöpfel C. Nouveau manuel sur la pauvreté en Suisse. Caritas, 2014.
- 7 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.
- 8 Wolff H, Gaspoz J, Guessous I. Health care renunciation for economic reasons in Switzerland. *Swiss Med Wkly* 2011;141:w13165.
- 9 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.
- 10 odenore.msh-alpes.fr/documents/rapport_ceresoreu_odenore_4_nov_2013.pdf
- 11 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.
- 12 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.
- 13 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.
- 14 Balarajan R, Yuen P, Machin D. Deprivation and general practitioner workload. *BMJ Open* 1992;304:529-34.
- 15 Pampalon R, Hamel D, Gamache P, et al. An area-based material and social deprivation index for public health in Quebec and Canada. *Can J Public Health* 2012;103(Suppl. 2):S17-22.
- 16 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.
- 17 Willems SJ, Swinnen W, De Maeseneer JM. The GP's perception of poverty: A qualitative study. *Fam Pract* 2005;22:177-83.
- 18 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.
- 19 Bodenmann P, Favrat B, Wolff H, et al. Screening primary-care patients forgoing health care for economic reasons. *PLoS One* 2014;9:e94006.
- 20 Alexander GC, Casalino L, Meltzer DO. Patient-physician communication about out-of-pocket costs. *JAMA* 2003;290:953-8.
- 21 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.
- 22 Gruen RL, Campbell EG, Fau-Blumenthal D, Blumenthal D. Public roles of US physicians: Community participation, political involvement, and collective advocacy. *JAMA* 2006;296:2467-75.

* à lire

** à lire absolument