

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2013

Thèse n° 160

THESE

pour l'obtention du

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

DES de Médecine Générale

Par

Anne-Charlotte UDIN

Née le 27 Octobre 1985 à Rennes (35)

Présentée et soutenue publiquement le 17/12/2013

**EXISTE-T-IL UNE ASSOCIATION
ENTRE BRULURE ET PRECARITE ?**

Président : Monsieur le Professeur Agard

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Perrot

SOMMAIRE

INTRODUCTION	p.5
PREMIERE PARTIE : GENERALITES SUR LES BRULURES	p.6
<u>1. EPIDEMIOLOGIE DES BRULURES EN FRANCE</u>	<u>p.6</u>
<u>2. HISTOPATHOLOGIE DE LA BRULURE</u>	<u>p.6</u>
2.1 : <i>Le degré (profondeur)</i>	p.6
a) <i>Le premier degré</i>	p.7
b) <i>Le deuxième degré</i>	p.7
▪ Le deuxième degré superficiel	p.7
▪ Le deuxième degré profond	p.7
c) <i>Le troisième degré</i>	p.8
2.2 : <i>La surface brûlée</i>	p.9
2.3 : <i>L'âge du patient</i>	p.10
2.4 : <i>Etiologie des brûlures</i>	p.10
a) <i>Brûlures thermiques</i>	p.10
b) <i>Brûlures chimiques</i>	p.10
c) <i>Brûlures électriques</i>	p.11
d) <i>Brûlures par radiations</i>	p.11
▪ Radiations ionisantes	p.11
▪ Radiations non ionisantes	p.11
<u>3. PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE</u>	<u>p.11</u>
3.1 : <i>Cicatrisation dirigée</i>	p.11
3.2 : <i>Cicatrisation assistée</i>	p.12
a) <i>Détersion conventionnelle</i>	p.12
b) <i>Excision chirurgicale</i>	p.12
c) <i>Les greffes de peau</i>	p.12
▪ L'autogreffe	p.12
▪ L'homogreffe ou allogreffe	p.12
▪ L'hétérogreffe ou xélogreffe	p.13
▪ Cultures cutanées	p.13
▪ Substituts cutanés	p.13
DEUXIEME PARTIE : GENERALITES SUR LA PRECARITE	p.14
<u>1. DEFINITION DE LA PRECARITE</u>	<u>p.14</u>
<u>2. INEGALITES SOCIALES DE SANTE ET ACCES AUX SOINS</u>	<u>p.15</u>
<u>3. DIFFICULTE D'IDENTIFICATION SIMPLE DE LA PRECARITE</u>	<u>p.16</u>
<u>4. ELABORATION D'OUTIL DE REPERAGE DES PATIENTS EN SITUATION DE PRECARITE</u>	<u>p.18</u>
TROISIEME PARTIE : MATERIEL ET METHODES	p.20
<u>1. OBJECTIFS DE L'ETUDE</u>	<u>p.20</u>
1.1 : <i>Outils d'évaluation</i>	p.20
1.2 : <i>Critères d'identification des situations de précarité</i>	p.20
1.3 : <i>Evaluation de la gravité de la brûlure</i>	p.20
<u>2. METHODES</u>	<u>p.20</u>
2.1 : <i>Type d'étude</i>	p.20
2.2 : <i>Lieu de l'étude</i>	p.21

2.3 : <i>Population étudiée</i>	p.21
a) <i>Critères d'inclusion</i>	p.21
b) <i>Critères d'exclusion</i>	p.21
2.4 : <i>Déroulement de l'étude</i>	p.21
3. <u>MATERIEL</u>	p.21
3.1 : <i>Présentation du questionnaire</i>	p.21
3.2 : <i>Contenu du questionnaire</i>	p.24
a) <i>Les données sur leurs caractéristiques intrinsèques</i>	p.24
b) <i>Les données personnelles et familiales</i>	p.24
c) <i>Les données sur leur consommation de toxiques</i>	p.25
d) <i>Les données sur leur situation socio-économique</i>	p.25
e) <i>Les données sur leurs difficultés</i>	p.25
f) <i>Les données sur leur mode de logement</i>	p.25
g) <i>Les données sur leur situation vis-à-vis de la santé</i>	p.25
h) <i>Les caractéristiques des brûlures</i>	p.25
QUATRIEME PARTIE : RESULTATS	p.27
1. <u>POPULATION ETUDIEE</u>	p.27
1.1 : <i>Caractéristiques intrinsèques</i>	p.27
1.2 : <i>Données personnelles et familiales</i>	p.27
1.3 : <i>Données sur la consommation des toxiques</i>	p.27
1.4 : <i>Données sur la situation socio-économique</i>	p.27
a) <i>Diplôme obtenu le plus élevé</i>	p.27
b) <i>Catégorie socioprofessionnelle</i>	p.28
c) <i>Situation professionnelle</i>	p.28
d) <i>Allocations perçues</i>	p.28
e) <i>Rencontre avec un travailleur social et vacances</i>	p.28
1.5 : <i>Données sur leurs difficultés</i>	p.29
1.6 : <i>Données sur leur mode de logement</i>	p.29
1.7 : <i>Données sur leur situation vis-à-vis de la santé</i>	p.29
2. <u>LES BRULURES</u>	p.29
2.1 : <i>Localisation des brûlures</i>	p.29
2.2 : <i>Surface de la brûlure</i>	p.29
2.3 : <i>Profondeur de la brûlure</i>	p.30
2.4 : <i>Etiologie</i>	p.30
2.5 : <i>Délai de prise en charge</i>	p.30
2.6 : <i>Premiers soins effectués avant prise en charge</i>	p.30
2.7 : <i>Nombre de jours d'arrêt de travail ou ITT</i>	p.30
CINQUIEME PARTIE : DISCUSSION	p.31
1. <u>LIMITES DE L'ETUDE</u>	p.31
1.1: <i>Biais de participation</i>	p.31
1.2: <i>Biais de sélection</i>	p.31
2. <u>DISCUSSION DES RESULTATS BRUTS</u>	p.31
2.1 : <i>Caractéristiques intrinsèques</i>	p.31
2.2 : <i>Données personnelles et familiales</i>	p.31
2.3 : <i>Données sur la consommation des toxiques</i>	p.32
2.4 : <i>Données sur la situation socio-économique</i>	p.32
a) <i>Diplôme obtenu le plus élevé</i>	p.32
b) <i>Catégorie socioprofessionnelle</i>	p.32

c) <i>Situation professionnelle</i>	p.32
d) <i>Allocations perçues</i>	p.32
e) <i>Rencontre avec un travailleur social et vacances</i>	p.32
2.5 : <i>Données sur leurs difficultés</i>	p.33
2.6: <i>Données sur leur mode de logement</i>	p.33
2.7: <i>Données sur leur situation vis-à-vis de la santé</i>	p.33
2.8: <i>Les brûlures</i>	p.33
a) <i>Localisation des brûlures</i>	p.33
b) <i>Surface de la brûlure</i>	p.33
c) <i>Profondeur de la brûlure</i>	p.33
d) <i>Etiologie</i>	p.33
e) <i>Délai de prise en charge</i>	p.34
f) <i>Premier soins effectués avant prise en charge</i>	p.34
g) <i>Nombre de jours d'arrêt de travail ou ITT</i>	p.34
3. <u>LE SCORE EPICES</u>	p.34
3.1 : <i>Calcul du score de précarité selon score EPICES</i>	p.34
3.2 : <i>Caractéristiques principales des brûlures de la population déterminée précaire</i>	p.35
3.3 : <i>Consommation de toxiques</i>	p.36
3.4 : <i>Situation socio-économique</i>	p.36
3.5 : <i>Délai et prise en charge immédiate</i>	p.38
3.6 : <i>Entourage familial</i>	p.39
4. <u>ELEMENTS DE PREVENTION</u>	p.40
4.1 : <i>Le tabac</i>	p.40
4.2 : <i>L'emploi</i>	p.40
4.3 : <i>L'éducation</i>	p.41
4.4 : <i>Le logement</i>	p.41
4.5 : <i>La protection sociale et accès aux soins</i>	p.41
4.6 : <i>La formation médicale</i>	p.42
4.7 : <i>Diffuser l'information sur la prise en charge des brûlures et renforcer la prévention</i>	p.43
 CONCLUSION	 p.44
 BIBLIOGRAPHIE	 p.45
 ANNEXES	 p.48

INTRODUCTION

La brûlure constitue un véritable problème de santé publique. Chaque année, en France, 500 000 personnes nécessitent des soins médicaux pour brûlures. Plus de 10 000 personnes sont hospitalisées et 1000 décès sont imputables à cette pathologie (1). De plus, ces statistiques ne prennent pas en compte toutes les brûlures superficielles qui n'entraînent pas systématiquement de prise en charge médicalisée. Les conséquences médicales somatiques et psychiques qui en découlent peuvent être très importantes. C'est pourquoi la prévention de ce problème de santé doit être renforcée, en repérant les facteurs favorisants et les populations à risque. Ainsi le personnel soignant pourra tenter d'améliorer sa prise en charge, en mettant en œuvre les actions de prévention qui en découleront. Décrypter en quelque sorte les causes, pour mieux prévenir et traiter les conséquences.

Dans la pratique quotidienne des équipes soignantes des centres de brûlés, un lien entre brûlés et précarité est souvent rapporté. Notre travail cherche à analyser si ce ressenti est réel, à l'aide d'outils objectifs. En effet, notre système médical n'intègre pas toujours la dimension sociale des problèmes de santé, et cette sous-estimation participe sans le savoir à une accentuation des inégalités sociales de santé. Cette question s'inscrit également dans un contexte d'évolution des pratiques professionnelles et d'amélioration de la qualité des soins.

La première et grande difficulté est l'absence de définitions claires et précises permettant de caractériser les populations en situation de précarité. Très peu d'outils validés de repérage de ces situations existent. Nous avons donc été amenés à construire notre propre outil de repérage, sous forme de questionnaire. Grâce aux principaux ouvrages publiés sur le sujet, nous avons pu identifier les caractéristiques habituellement utilisées en France pour définir la vulnérabilité sociale. Elles ont été complétées avec l'aide du Dr PERROT de l'équipe de chirurgie plastique et réparatrice du CHU de Nantes, ainsi que du Pr AGARD responsable de la PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé). Ainsi, nous avons élaboré un questionnaire simple, aussi objectif que possible pour discriminer les populations en situation de précarité, et définir les caractéristiques des brûlures les conduisant à consulter le système de soin.

Grâce à ce score, nous allons pouvoir vérifier, sur des données collectées individuellement, les liens existant entre précarité et brûlés. Nous avons donc mené une enquête prospective sur des consultants adultes pour brûlures (service des urgences adultes et service des brûlés du CHU de Nantes). Nous avons recueilli des données socio-économiques et les caractéristiques du type de lésions, en vue d'analyser la relation entre brûlés et précarité.

PREMIERE PARTIE : GENERALITES SUR LES BRULURES

Une brûlure correspond à la destruction partielle ou totale de la peau. La capacité à cicatriser spontanément dépend de la préservation du capital de cellules épidermiques germinatives, situées au-dessus de la membrane basale. En fonction de la conservation de ce capital, la cicatrisation est rapide, sans séquelles fonctionnelles ni esthétiques ou bien la cicatrisation est possible mais plus lente, avec plus ou moins de séquelles. En cas de destruction totale de ces cellules germinatives, aucune cicatrisation spontanée n'est possible. De ce fait, la profondeur initiale de la brûlure conditionne les possibilités de cicatrisation spontanée ou l'obligation de remplacer la peau par une greffe de peau mince. Elle conditionne également le préjudice esthétique et fonctionnel et constitue -associée à la surface- un élément majeur du pronostic vital chez les grands brûlés.

1. EPIDEMIOLOGIE DES BRULURES EN FRANCE

La difficulté de recenser le nombre exact de brûlures vient en partie du fait que très peu de personnes consultent pour des brûlures superficielles. Il a été recensé environ 500 000 patients ayant consulté en 2007 en France, dont 10 000 nécessitant une hospitalisation. L'étiologie de ces brûlures était un accident domestique pour 400 000 patients et un accident du travail ou de la voie publique pour 100 000 patients. Une prédominance masculine (environ deux tiers des patients hospitalisés), avec un âge moyen lors de l'accident d'environ 35 ans, a également été retrouvé (1).

Parmi les patients brûlés, on observe 1000 décès par an. Chez les patients jeunes (moins de 30 ans), elle représente la deuxième cause de décès.

Les principales causes de brûlures étaient les brûlures thermiques, par flamme (50% des cas) et par liquide (20% des cas). Les brûlures électriques et chimiques représentaient quant à elles 15 à 20% des cas et sont souvent profondes.

2. HISTOPATHOLOGIE DE LA BRULURE

2.1 : Le degré (profondeur)

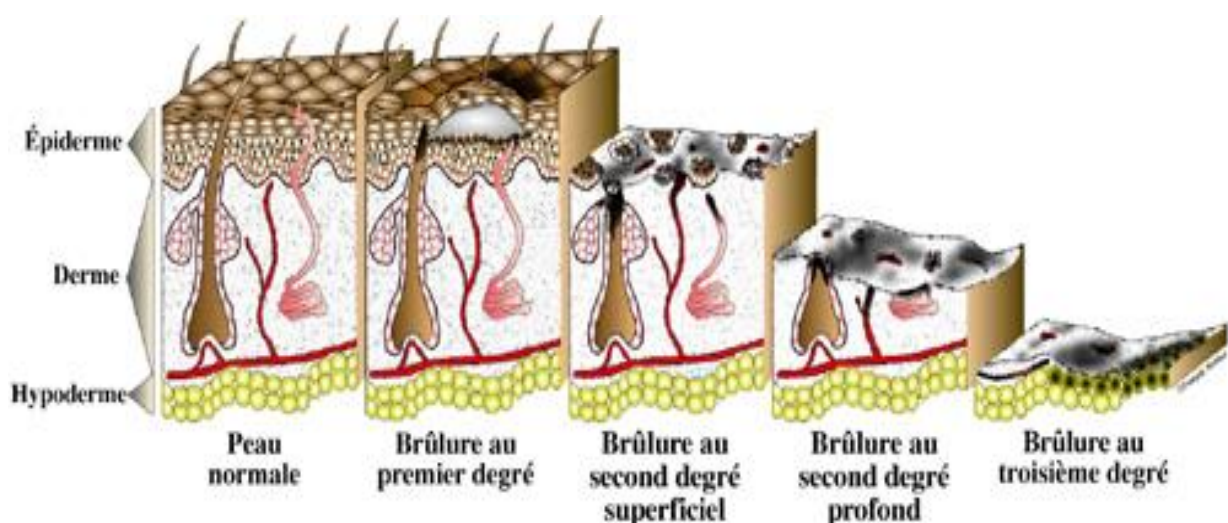


Figure 1 : Les degrés de brûlures : coupes histologiques explicatives.

En 1944, Converse et Robb-Smith ont été les premiers à décrire une classification en trois degrés, fondée sur l'existence de différentes couches histologiques. La classification décrite est la plus couramment utilisée, cette évaluation de la profondeur doit être réalisée après nettoyage de la plaie et excision des phlyctènes.

a) Le premier degré

C'est l'atteinte de la couche cornée sans la dépasser. Cliniquement, il correspond à un érythème fugace et douloureux, qui évolue vers la guérison en deux à quatre jours, laissant place à une fine desquamation. Il n'est pas comptabilisé dans l'évaluation de la surface corporelle brûlée.

b) Le deuxième degré

Caractérisé par la présence d'une phlyctène, il est subdivisé en deux sous-groupes :

- Le deuxième degré superficiel

C'est l'atteinte et le décollement de l'épiderme au dessus du plan des cellules basales germinatives. Cliniquement, c'est une phlyctène dont le sous-sol rosé est extrêmement sensible. La cicatrisation se fait spontanément en une quinzaine de jours sans séquelles esthétiques ni fonctionnelles.



Figure 2: Brûlure du 2nd degré superficiel

- Le deuxième degré profond

L'atteinte de la membrane basale est totale, et ne respecte que quelques rares annexes épidermiques et la partie profonde du derme. Cliniquement, la brûlure apparaît souple mais d'aspect blanchâtre. La sensibilité est faible. Le saignement dermique n'apparaît qu'à la scarification profonde. La cicatrisation spontanée est aléatoire et très longue et laisserait des séquelles majeures. Un geste chirurgical est nécessaire avec une greffe de peau mince.



Figure 3 : Brûlure du 2nd degré profond

c) Le troisième degré

Il est caractérisé par une atteinte totale dermo-épidermique.

- Les vaisseaux dermiques et sous-cutanés nourrisseurs sont coagulés et ne permettent plus aucune régénération tissulaire.
- Cliniquement, il n'y a pas de phlyctène. La lésion est totalement insensible.
- Sa couleur va du blanc jusqu'au noir en cas de carbonisation.
- Les téguments sont cartonnés et impossibles à pincer entre le pouce et l'index.
- Il est parfois possible de visualiser le réseau veineux sous-cutané coagulé, signe pathognomonique des brûlures du troisième degré.
- L'absence de saignement à la scarification confirme le diagnostic.
- Aucune cicatrisation spontanée n'est possible sauf en cas de brûlure de surface très réduite, où la cicatrisation se fera par la périphérie.
- La guérison ne peut être obtenue que par greffe après excision chirurgicale des tissus nécrosés.

En cas de brûlure plus profonde, on parle de carbonisation (brûlure touchant les structures profondes comme les aponévroses, les muscles, les os, les cartilages...).



Figure 4 : Brûlure du 3e degré

Au final, poser un diagnostic/pronostic pour les brûlures du premier et du troisième degré est aisé. Cependant, la distinction entre les brûlures de deuxième degré superficiel et profond est bien plus complexe. Seule l'évolution permet un diagnostic de certitude et le discours initial doit rester prudent. Il ne faut pas hésiter à parler de deuxième degré intermédiaire. Cette différenciation est pourtant fondamentale, car elle correspond à la ligne de démarcation entre brûlure chirurgicale ou non.

2.2 : La surface

Pour les brûlures peu étendues, cette évaluation se fait en considérant que la paume de la main -doigts compris- de la victime représente environ 1% de sa surface corporelle totale. Lors des brûlures étendues, la règle des neuf de Wallace permet d'évaluer rapidement l'étendue de la surface corporelle atteinte chez un adulte ; chaque territoire cutané correspond à un multiple de 9% de la surface corporelle totale : tête et cou (9%), chaque membre supérieur (9%), chaque membre inférieur (18%), chaque face du tronc (18%) et périnée (1%).

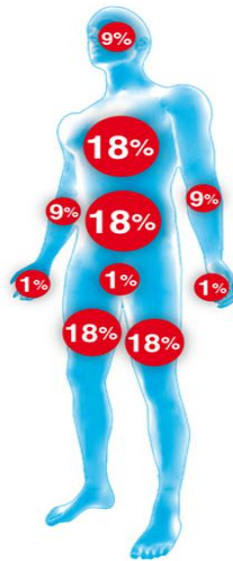


Figure 5 : Règle des 9 de Wallace

2.3 : L'âge du patient

Il s'agit d'un élément essentiel lors de l'évaluation de la profondeur des brûlures. En effet, la peau s'amincit chez le sujet âgé et les cellules germinatives sont ainsi plus superficielles, donc plus facilement détruites par la brûlure. De même, la capacité de cicatrisation sera moins efficace du fait de la diminution de la microcirculation cutanée.

Enfin, l'état général plus fragile du sujet âgé, souvent multi pathologique, compromet également son pronostic. Ainsi, le pronostic d'une brûlure s'aggrave dès 35 ans et peut devenir très grave après 65 ans, même pour des brûlures minimales.

2.4 : Etiologies des brûlures

Il existe quatre grands mécanismes de brûlure : thermique, chimique, électrique, radique. L'étiologie de la brûlure est un élément indispensable pour son évaluation, car elle peut modifier la profondeur, la surface ainsi que la prise en charge thérapeutique.

a) Brûlures thermiques

Suite à un contact avec une source chaude (solide, liquide, ou gaz) ou par effet de combustion (flamme), elles représentent plus de 85% de l'ensemble des brûlures. En fonction du mécanisme, il est possible d'être orienté sur la profondeur probable de la brûlure qui est fonction de la température et de la durée du contact.

b) Brûlures chimiques

Elles représentent 3 à 5% de l'ensemble des brûlures. Elles sont le plus souvent causées par des acides ou des bases dont la prise en charge est très différente. Parfois une réaction chimique, notamment d'oxydation, peut entraîner un dégagement de chaleur, ce qui rajoute une composante thermique à la brûlure chimique.

Les brûlures causées par les bases, sont responsables de nécroses par liquéfaction qui favorisent sa pénétration en profondeur jusqu'à ce qu'il soit neutralisé ou éliminé.

Les brûlures par acides entraînent typiquement une nécrose de coagulation, créant une barrière qui limite sa progression en profondeur.

c) Brûlures électriques

L'électrisation, est un accident lié au passage de courant électrique dans l'organisme. Elle représente environ 8% des brûlures, et dans près de 80% des cas, s'associe à des brûlures cutanées. La gravité de la brûlure est fonction de l'intensité et de la tension du courant ainsi que de sa localisation et du temps de contact.

Les brûlures électriques entraînent une brûlure au point de contact appelé point d'entrée mais aussi tout le long du trajet qu'il va suivre dans le corps et au niveau du point de sortie. Les points d'entrée et de sortie du courant sont souvent des brûlures du troisième degré à type de plaques noires, sèches, de petites dimensions. Sur le trajet parcouru, le courant provoque des lésions tissulaires qui aggravent le pronostic local et général.

Lorsqu'il n'y a pas de contact direct avec le courant (pas de point d'entrée/sortie, ni de passage dans le corps) on parle alors de brûlure par arc électrique. Le flash dégagé par un court circuit entraîne un fort dégagement de chaleur responsable des brûlures. Il s'agit donc de brûlures thermiques.

d) Brûlures par radiations

▪ Radiations ionisantes

Ce sont des ondes électromagnétiques capables de produire des ions au contact de la matière. Elles comprennent les rayons X, alpha, bêta, et gamma provenant des matériaux radioactifs. Les irradiations entraînent des lésions cutanées irréversibles par atteinte de l'ADN. A forte dose, les cellules germinatives de la membrane basale se retrouvent alors dans l'incapacité de réaliser de nouvelles mitoses. En plus de cette action spécifique, il peut se rajouter une brûlure par effet thermique due à la transformation des rayonnements en chaleur.

▪ Radiations non ionisantes

Les rayonnements par UVA ou UVB lors d'expositions solaires génèrent le plus souvent des brûlures superficielles. Les lésions causées peuvent être potentialisées par des traitements photo sensibilisants.

3. PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE

En fonction de la profondeur de la brûlure, de la surface, de l'étiologie et du terrain, la prise en charge se fera par cicatrisation dirigée ou par greffe de peau mince.

3.1 : Cicatrisation dirigée

En cas de lésion peu profonde, ayant conservé un capital germinatif suffisamment important pour cicatriser en moins de 21 jours, le traitement local repose exclusivement sur les pansements. Ils sont néanmoins importants pour éviter les infections et favoriser la cicatrisation, en limitant les phénomènes douloureux.

De nombreux pansements ont été développés afin d'optimiser et d'accélérer la guérison : pansements gras, à base de sels d'argent ou imbibés d'antibiotiques ou de corticoïdes, hydro colloïdes, alginates...

Le pansement est l'occasion de vérifier l'évolution de la brûlure, afin de modifier le type de pansement si nécessaire ou de prendre parfois la décision d'une greffe. Ainsi, la cicatrisation dirigée ne se conçoit que pour une durée maximale de 21 jours. Au-delà, sauf cas particulier, cela démontre l'insuffisance de cellules germinatives aptes à cicatriser et la décision de greffe doit alors être prise.

3.2 : Cicatrisation assistée

Les lésions dites « profondes » qui ont perdu leur capacité à cicatriser spontanément devront bénéficier d'une greffe de peau mince. Il existe deux grandes stratégies chirurgicales :

a) Détersion conventionnelle

Elle consiste à guider la détersion progressive de la nécrose cutanée par les pansements et les soins quotidiens. Elle démarre donc comme une cicatrisation dirigée mais une fois un bourgeon sain obtenu, une greffe de peau mince est réalisée. La détersion s'effectue à la limite du tissu mort et vif par clivage enzymatique. Ces enzymes proviennent d'une part des cellules spécialisées (leucocytes, macrophages) apportées par la réaction inflammatoire normale de l'organisme et surtout par les bactéries saprophytes cutanées. L'infection suppurée est un processus normal sans lequel la détersion serait démesurément longue. Sa durée varie en fonction de la localisation, de l'importance et de la nature des tissus à éliminer.

b) L'excision chirurgicale

L'excision chirurgicale est la principale alternative à la détersion conventionnelle. Une excision complète des tissus nécrosés est réalisée d'emblée, suivie immédiatement par une greffe de peau mince. L'excision-greffe précoce, réalisée dès les premières heures qui suivent l'accident et jusqu'au septième jour, permet de raccourcir le temps de cicatrisation et de limiter les complications intercurrentes et les rétractions cicatricielles.

c) Les greffes de peau

▪ L'autogreffe

Prélevée en peau saine sur le patient lui-même, elle est la seule solution définitive. Elle est souvent prélevée en bandes d'environ dix centimètres de large d'une épaisseur de 0.2 à 0.3mm, expansée en filet afin de couvrir la plus grande surface possible.

▪ L'homogreffe ou allogreffe

En cas de brûlure étendue, lorsque les zones donneuses sont insuffisantes, il est parfois nécessaire d'avoir recours à de la peau de cadavre. Une fois greffée, elle se comporte initialement comme de la peau normale s'intégrant par revascularisation, puis elle se lyse au bout de quelques jours ou semaines en fonction du degré de compatibilité entre le receveur et le donneur. Elle constitue donc une couverture temporaire permettant de passer un cap. L'homogreffe est le plus souvent utilisée en association avec de l'autogreffe par bandes alternées, ou en recouvrement d'une autogreffe à large maille ou en pastilles. La difficulté d'obtention et le risque de transmission d'infections virales (Hépatites, VIH...) doivent en limiter l'utilisation.

- L'hétéogreffe ou xénogreffe

Utilisée depuis les années 60, les xénogreffes ou hétéogreffes sont prélevées sur des animaux et en particulier le porc. Elles sont utilisées dans les mêmes conditions que les homogreffes mais sont plutôt des pansements biologiques que de réelles greffes.

- Cultures cutanées

Cultivées in vitro, selon la technique de Green, elles permettent d'obtenir des feuillets de kératinocytes en monocouche. Elles présentent d'innombrables inconvénients : difficultés de manipulation, fragilité, rétractions secondaires, risque de transmission virale, coût financier.

- Substituts cutanés

En plein essor depuis une dizaine d'années, les substituts cutanés sont utilisés préalablement aux autogreffes. A ce jour, ce sont les substituts dermiques qui sont les plus utilisés en matière de brûlure. Ils sont sensés reconstituer le derme après colonisation par les cellules du receveur.

Il en existe trois cas de figure :

- Lorsque les greffes classiques sont impossibles du fait de la faible quantité de zones donneuses disponibles. Elles sont alors utilisées dans les mêmes indications que l'homogreffe.
- Lorsque certaines structures profondes comme des tendons ou des articulations sont exposées. La greffe dermique a alors pour objectif de protéger ces structures et de préparer un sous-sol apte à être greffé.
- Dans le but de limiter les rétractions secondaires dans certaines zones fonctionnellement importantes. Cette capacité à limiter les rétractions n'est cependant pas admise par toutes les équipes.

Ces substituts cutanés présentent néanmoins de nombreuses limites. Le risque infectieux, le coût, et leur efficacité relative ne permettent pas à ce jour de généraliser leur utilisation (2).

DEUXIEME PARTIE : GENERALITES SUR LA PRECARITE

Un travail portant sur l'intérêt du dépistage des populations précaires pour prévenir des complications diabétiques a conclu qu'il existait une corrélation entre la précarité et les patients diabétiques à plus haut risque rénal. Il est mis en évidence une prévalence accrue des formes compliquées de diabète parmi les personnes précaires (3).

Les données du Centre Technique d'Appui et de Formation des Centres d'Examens de Santé (CETAF) ont montrées que le risque d'avoir un mode de vie défavorable pour la santé (tabagisme, absence de suivi médical...) ou de présenter un état de santé altéré (obésité, diabète...) augmente avec le niveau de précarité, car facteur de comorbidités.

Aussi, notre étude a pour but d'identifier ou non si ce lien entre situation de précarité et brûlure existe.

1. DEFINITION DE LA PRECARITE

Les difficultés quotidiennes croissantes de nombreux ménages vivant dans une situation d'instabilité sociale et fragilisés par les mutations socio-économiques sont restées, jusqu'à récemment, au second plan. Aujourd'hui, plus personne ne peut ignorer que la précarité affecte une partie importante de la population tant ses effets sont visibles.

La précarité ne caractérise pas une catégorie sociale particulière mais est le résultat d'un enchaînement d'événements et d'expériences qui débouchent sur des situations de fragilisation économique, sociale et familiale. Soit un ensemble de situations dont les contours sont souvent difficiles à appréhender. À ce jour, la meilleure définition de la précarité reste celle proposée par J. Wresinski, dans le rapport remis au Conseil économique et social en 1987 « l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales et de jouir de leurs droits fondamentaux. » (4). Alors que la définition socio-administrative de la précarité regroupe seulement les catégories suivantes : chômeurs, bénéficiaires du revenu minimum d'insertion (RMI) ou de la couverture maladie universelle (CMU) ou d'un contrat d'emploi solidarité, les personnes sans domicile fixe et les jeunes de 16-25 ans exclus du milieu scolaire et engagés dans un processus d'insertion professionnelle (5).

Sur la base des données statistiques disponibles, le Haut Comité de la santé publique estime que le phénomène de précarisation est devenu aujourd'hui massif, puisque l'on peut estimer qu'il touche 20 à 25 % de la population totale vivant en France soit de 12 à 15 millions de personnes (6).

La précarité n'est pas caractérisée par l'absence de biens, mais par la perte des liens communautaires et affectifs, et par l'isolement qu'elle entraîne. Cela accompagne la perte des représentations symboliques, c'est-à-dire des possibilités de secours et d'assistance dont peut disposer la communauté.

Par ailleurs, l'isolement entraîne un affaiblissement, voire une disparition des représentations du corps, de l'espace, du temps et de l'altérité. C'est-à-dire des mécanismes rituels et symboliques qui relient l'individu au groupe. Quand on n'a pas de représentation corporelle, on est alors livré aux agressions pathogènes. Comme n'ayant en quelque sorte pas de corps, on n'attache pas ou peu d'importance aux troubles ou symptômes qui peuvent se manifester, et des maladies peuvent s'installer. Il existe bien une clinique de la précarité, elle est la conséquence de la disparition ou de l'affaiblissement des quatre principales représentations : celle du corps, du temps, le langage de l'espace et surtout les codes qui nous lient aux autres et à la société. Les conséquences médicales somatiques et psychiques en sont extrêmement importantes (7).

En précisant que la santé exige un certain nombre de conditions et de ressources préalables qui sont essentiellement que l'individu doit « pouvoir se loger, accéder à l'éducation, se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu, bénéficier d'un écosystème stable, compter sur un apport durable de ressources et avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable », la Charte d'Ottawa élaborée en 1986 par l'Organisation mondiale de la santé décline de fait les conditions nécessaires de la cohésion sociale et affirme que celle-ci est un préalable indispensable à la bonne santé collective (6).

Les populations qui risquent de se retrouver victimes de précarité sont nombreuses, et ont en commun la particularité de rentrer difficilement dans des cadres traditionnels de la redistribution des ressources. Ceci incite les pouvoirs publics à trouver des solutions particulières qui ne répondent que partiellement à leur problématique complexe. C'est pourquoi le thérapeute sanitaire aura à cœur de bien les connaître pour tenter de les réparer ou les restituer. Tout programme de prévention de traitement ou de suivi passe obligatoirement par là.

2. INEGALITES SOCIALES DE SANTE ET ACCES AUX SOINS

Il n'existe pas de maladies « spécifiques » de la précarité, mais les plus démunis restent aujourd'hui les plus exposés aux risques de tomber malade. Ils présentent généralement, au moment où ils consultent, des pathologies à un stade beaucoup plus avancé et aux conséquences plus délétères pour la santé que la moyenne des patients. C'est pourquoi ils sont, plus souvent que les autres, immédiatement hospitalisés et se voient délivrer essentiellement des soins de première urgence. De plus, le passage par les urgences permettait de constater un suivi médical antérieur défaillant, et une capacité inégale à identifier leurs besoins et formuler leurs attentes. C'est ainsi que ces patients sont moins nombreux à recourir à des pratiques de dépistage, de prévention et le suivi est de moins bonne qualité. Les personnes les plus précaires sont aussi les plus susceptibles de développer des troubles du psychisme, de contracter une maladie transmissible ou de devenir dépendantes à l'alcool, aux drogues ou aux psychotropes (8), (9). « Les études montrent ainsi que, en plus d'un risque plus important d'avoir des problèmes de santé de tous ordres, les ressources et les conditions de vie de personnes en situation de précarité exposent aussi à des plus grandes difficultés à repérer et à faire face à ces problèmes, pour récupérer ou pour s'adapter à leurs conséquences directes » (10).

L'hôpital public est un lieu de recours aux soins privilégié pour les personnes vulnérables médicalement et socialement. Mais l'ampleur des inégalités sociales de santé des personnes fréquentant l'hôpital est mal connue. Car le système d'information hospitalier ne permet pas une caractérisation fiable de la situation socio-économique des consultants. Il existe peu d'outils de repérage des situations de vulnérabilité sociale et sont difficiles à utiliser dans le cadre d'une activité clinique de consultation externe. Il apparaît faisable et acceptable de systématiser l'identification des patients en situation de précarité en consultation. Il permet aux soignants d'avoir une information objective et rapide de la situation sociale des consultants afin d'améliorer la qualité de leur prise en charge. Il peut s'intégrer dans le système d'information hospitalier (11), (12).

La France est à la fois un des pays où l'espérance de vie est une des plus élevées du monde, mais paradoxalement un des pays d'Europe où la mortalité prématurée évitable est la plus forte. Elle est la conséquence principalement d'habitudes de vie à risque telles que le tabagisme ou la consommation excessive d'alcool, considérées souvent abusivement comme individuelles alors que leur stratification sociale est manifeste. Les inégalités de morbidité

témoignent elles aussi d'un gradient social à de rares exceptions près en défaveur des groupes sociaux les plus modestes. Le cadre de vie, les conditions de travail, les facteurs environnementaux constituent autant de déterminants collectifs, générateurs d'inégalité sociale de santé, insuffisamment pris en compte dans une perspective de promotion de la santé (13), (14).

Il n'est pas simple d'en comprendre les causes, mais on sait que les déterminants sociaux interagissent sur l'état de santé selon un mécanisme de causalité en chaîne faisant intervenir différents déterminants psychosociaux intermédiaires tels que l'estime de soi, les problèmes affectifs ou traumatismes vécus dans l'enfance, la richesse du réseau familial et social construit autour de l'individu, etc. Ainsi, l'appartenance à un environnement social déterminé, peut influencer fortement l'état de santé. Un phénomène s'observe chez les bénéficiaires du revenu minimum d'insertion (RMI) et dans la population des chômeurs. Leur situation sociale s'accompagne d'un état de santé plus fréquemment dégradé qui en retour endette leur possibilité de l'améliorer par la reprise d'un emploi. Autre exemple, si on considère que le travail est un « privilège » des personnes en bonne santé, il est aussi un facteur de dégradation de la santé de manière très inégale selon la catégorie socioprofessionnelle et la catégorie d'emploi.

La part attribuable aux inégalités de l'accès aux soins est souvent méconnue, et traduit l'incapacité du système de soins à appréhender la dimension sociale des problèmes de santé ou « socio parésie » comme l'appelait Jonathan Mann.

Dans le domaine de la santé, les systèmes d'information renseignent peu les indicateurs sociaux. L'appareil statistique sanitaire lui-même renseigne difficilement les trois dimensions le plus souvent utilisées par les épidémiologistes (CSP, niveau d'éducation et de revenu) pour décrire les inégalités sociales de santé. Ceci entretient un défaut de prise de conscience de l'importance du problème tout en privant les acteurs, de possibilités d'identification de personnes susceptibles de requérir une attention particulière (13), (14). La majorité des inégalités, sont de deux types. Les inégalités par omission, liées à l'inertie du fonctionnement d'un système de soins qui méconnaît ces inégalités et n'a aucun projet de rattrapage. A cela s'ajoute les inégalités par construction car la non prise en compte des inégalités de santé dans l'élaboration de certains programmes institutionnels ou recommandations de pratiques médicales aboutit à des modalités de prise en charge qui ne réduisent pas les inégalités, mais les construisent mécaniquement (15).

Le système de soins, en sous-estimant la dimension socio-économique des problèmes de santé, participe « inconsciemment » à une accentuation des inégalités sociales de santé. Cette difficulté à appréhender ces dimensions devrait interroger les pratiques dans un contexte d'évolution des pratiques professionnelles et d'amélioration de la qualité des soins.

3. DIFFICULTE D'IDENTIFICATION SIMPLE DE LA PRECARITE

La première difficulté est l'absence de définitions opérationnelles et fiables permettant de caractériser de façon objective les populations « précaires ». De plus, très peu d'outils de repérage de ces situations sociales ont été développés à notre connaissance et semblent peu utilisables en routine. Nous avons été amenés à construire un outil de repérage des usagers en situation de précarité sociale venant consulter à l'hôpital public. Il est remarqué, d'une part, que la majorité des consultants en situation de précarité sociale pouvaient être identifiés par une procédure « simplifiée » et, d'autre part, que les critères de jugement utilisés par les assistants sociaux présentaient un bon pouvoir de discrimination de la précarité.

C'est à la fin des années quatre-vingt-dix que se mettra en place pour la première fois en France, une politique publique susceptible de contribuer à la réduction des inégalités

sociales de santé, dans le cadre de la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions en 1998. Un des axes de cette loi est de garantir aux plus démunis l'égalité d'accès aux soins, à laquelle répondra deux ans plus tard la mise en œuvre de la Couverture maladie universelle (CMU). La politique privilégie une approche de la réduction des inégalités sociales de santé en ciblant des populations spécifiques : « les populations en situation de précarité sociale ». Cette approche catégorielle, s'accompagnera de la mise en œuvre, des Programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins (PRAPS). Un des objectifs des PRAPS est d'améliorer l'accès à la prévention et aux soins des personnes en situation de précarité sociale. Eux-mêmes à l'origine de la mise en place, dans les hôpitaux publics, de Permanences d'accès aux soins de santé (PASS). Aussi, des tentatives de mesure de précarité ont été réalisées en associant un questionnaire de handicap social au PMSI pour proposer des aides spécifiques dans le cadre de la tarification à l'activité (T2A) mais également diminuer la Durée Moyenne de Séjour. Or, au niveau de l'hôpital, le Programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI) ne permet pas de caractériser précisément la situation socio-économique des patients rendant l'identification des populations en situation de précarité sociale prises en charge à l'hôpital difficile. Cette mission d'identification le plus souvent dévolue aux assistantes sociales des hôpitaux. Mais à la vue de la lourdeur du recueil de données (14 indicateurs spécifiques recouvrant 213 items) (ANNEXE N°1) ce type d'outils paraît peu approprié à une détection systématique des personnes vulnérables (8), (16), (12), (17).

Pour répondre à son besoin de repérage des populations précaires, le CHU (ANNEXE N°2) de Nantes a construit un autre outil intéressant en 2001, essentiellement en direction des consultations externes hospitalières. Il comporte 5 caractéristiques de vulnérabilité sociale, explorées par auto-questionnaire : bénéficiaire de la CMU ou de l'AME, absence de mutuelle ou d'assurance maladie complémentaire, difficulté à payer ses médicaments, bénéficiaire d'allocations, absence d'emploi depuis plus de 6 mois (11), (12), (16), (17). L'absence de complémentaire santé a systématiquement été associée à une autre caractéristique pour ne pas prendre en compte les personnes non précaires ayant fait le choix de ne pas souscrire cette assurance. De la même manière, les auteurs ont considéré, devant le caractère subjectif de la déclaration à avoir des difficultés à payer ses médicaments ou examens médicaux, que cet aspect devait être associé au fait objectif de ne pas avoir de complémentaire ou d'être demandeur d'emploi. Enfin, la situation de recherche d'emploi n'étant pas considérée comme un critère suffisant de précarité sociale, elle a été associée à l'absence de complémentaire ou à la difficulté de paiement de médicaments ou d'examen. Cet outil néglige volontairement certains aspects de la précarité (logement, isolement social, éducation) (8).

De nombreux établissements ont développé leurs propres méthodologies de repérage, notamment afin de déclencher les mesures spécialement conçues pour les patients précaires, à l'instar de l'accompagnement social permettant l'ouverture des droits. Ainsi, un établissement a mis en place une grille propre, utilisée à l'accueil des urgences, prévoyant un ensemble de questions dont chacune est assortie d'un score cumulable permettant une totalisation destinée à déclencher un entretien avec une assistance sociale (8), (17), (18).

En 2005, le Centre technique d'appui et de formation des Centres d'examen de santé (CETAF) publiait, dans un rapport d'étude, un score de précarité individuel, le score EPICES, (ANNEXE N°3) construit à partir des populations spécifiques fréquentant les Centres d'examen de santé. La précarité peut donc s'analyser comme un ensemble de facteurs de risques et d'incertitudes sur l'emploi et les ressources qui conduirait à la pauvreté, liée à l'absence simultanée de facteurs de stabilité, notamment, dans le travail, les revenus, les conditions de logement ou la situation individuelle (réseaux sociaux) non identifiables à la pauvreté. L'analyse statistique montre que le score EPICES est un meilleur indicateur de précarité et d'inégalité de santé. En raison de son caractère quantitatif, le score EPICES peut

être utilisé pour la surveillance longitudinale, au niveau individuel comme au niveau des populations (12), (19).

La précarité a évolué en fonction des conceptions et des représentations et semble plus complexe car elle concerne des parcours de vie et de vulnérabilités individuelles. Alors qu'il s'agit d'un phénomène en perpétuel mouvement, caractérisé par l'instabilité des trajectoires de vies individuelles, souvent transitoires, la catégorisation présente alors la précarité comme un phénomène statique, ce qui pourrait paraître paradoxal au vu de sa définition. Elle expose au danger d'une stigmatisation de ces populations, risquant de renforcer les phénomènes de précarisation. Mais, catégoriser constitue à un moment donné un outil nécessaire pour permettre l'action, planifier, adapter l'offre de soins et évaluer leurs effets.

La nature des caractéristiques d'identification de la précarité sociale choisies peut poser question. Les critères retenus pour des raisons de faisabilité (consultations, absence d'aide au remplissage de l'auto questionnaire) et d'acceptabilité (réelles ou perçues) renvoient majoritairement à des considérations économiques (niveau de protection sociale et bénéfice de prestations sociales, chômage). Elles recouvrent essentiellement le domaine de la « pauvreté objective ». L'exploration de la « pauvreté subjective » semble difficile au vu des critères présentés, et des critères de jugement utilisés par les assistantes sociales pour justifier d'un état de précarité sociale (« souffrance psychique », « addiction à l'alcool »).

Il est admis que les facteurs précarisant ne se limitent pas aux seuls facteurs économiques. L'outil recouvre d'autres dimensions de la précarité sociale telles que les caractéristiques socio-économiques (niveau d'étude, catégories socioprofessionnelles, type de contrat de travail et niveau de revenu) et d'insertion sociale (type de logement et niveau d'insertion), et discriminait significativement sur ces caractéristiques les « précaires » et « non précaires ». Toutefois, si la sensibilité maximale de l'outil atteint 80 %, quelle(s) dimension(s) de la précarité sociale n'est (ou ne sont) pas explorée(s) par les 20 % restants ? Cela renvoie au problème du choix méthodologique de l'évaluation de l'outil de repérage en l'absence de gold standard.

Il s'agit de proposer un outil d'identification des populations en situation de précarité sociale afin de pouvoir décrire les pertes de chance médicale de prévention qui peuvent s'observer plus fréquemment chez ces personnes que chez les autres. Ceci permettrait d'envisager un repérage systématique des personnes venant consulter.

4. ELABORATION D'OUTIL DE REPERAGE DES PATIENTS EN SITUATION DE PRECARITE

Les caractéristiques choisies ne cherchaient pas à décrire finement les personnes en situation de précarité sociale, mais à en identifier le plus grand nombre par une procédure simple. Pour construire cet outil de repérage, le questionnement devait donc porter sur des éléments aussi simples et "objectifs" que possible et divulguables, en peu de temps et sans aide, dans le contexte de confidentialité relative d'une salle d'attente de consultation hospitalière.

La lecture des principaux ouvrages publiés sur le sujet dans notre pays a permis d'identifier les caractéristiques habituellement utilisées en France pour définir la vulnérabilité sociale. Elle a été complétée par une série d'entretiens avec des professionnels médicaux, paramédicaux et administratifs, et de la recherche d'éventuels instruments de repérage utilisés par des équipes hospitalières ou des services sociaux.

La caractérisation de la précarité sociale par les assistantes sociales retrouve à minima, le plus souvent, trois critères : conditions de logement, situation familiale, niveau de

ressources (20). A défaut d'être caricatural, certains critères semblent plus puissants que d'autres. Ainsi, les assistantes sociales décrivent une personne qui : « a des amis, est satisfait de sa vie, a de bonnes relations avec sa famille (...) mais travaille en foyer occupationnel », ce dernier critère a alors été déterminant pour définir son diagnostic de précarité. Les critères de jugement des assistantes sociales associés à la précarité sociale concernaient le fait de bénéficier de minimum social, l'isolement social (plus particulièrement familial, voire associé à des rapports conflictuels), l'addiction à l'alcool, la négligence physique, la souffrance psychique, l'absence de logement fixe, la faiblesse des revenus (dont endettement) et/ou les conditions d'emploi (recherche d'un emploi, non satisfait de son métier). A l'inverse, les critères associés à la non précarité sociale concernaient la bonne qualité du réseau social et surtout familial (vivre en famille, en couple, avoir des enfants), le fait d'avoir un travail en CDI, d'être satisfait de son métier, d'être satisfait de sa vie, d'avoir des loisirs, d'être propriétaire, d'estimer avoir des revenus suffisants et/ou d'être retraité (21).

Les éléments « d'expertise » des assistantes sociales peuvent être identifiés et codifiés, et ces éléments ont un bon pouvoir de discrimination de la précarité sociale. Toutefois, il faut tenir compte que les assistantes sociales aient pu identifier des situations de précarité sociale par excès, du fait par exemple de leurs missions hospitalières. Cela sous-estimerait la sensibilité de l'outil de repérage et surestimerait sa spécificité.

Les inégalités sociales de santé sont moins le fait d'une inégalité devant les soins que la résultante d'un ensemble d'inégalités économiques, sociales et culturelles, donc l'effet cumulatif négatif est d'autant plus marqué que la catégorie sociale est défavorisée. Les déterminants des inégalités de santé peuvent être regroupés en quatre grandes catégories :

- Les capitaux culturel, social, économiques et sanitaire acquis à l'entrée dans l'âge adulte, en grande partie liés à l'origine sociale, susceptible par la suite de modifications favorable ou défavorable.
- Les conditions d'emploi et de travail concernant les modes d'insertion professionnelle, le chômage, les conditions de travail, les revenus...
- Les conditions de vie et les mode de vie concernant le logement, les problèmes d'argent, la consommation médicale, le tabac, l'alcool, les pratiques culturelles, la sociabilité fondatrice du lien social et d'intégration.
- Les inquiétudes et le stress, conditionnés par l'ensemble des variables précitées et agissant en retour sur elles, se développent de façon inégale selon le milieu social (14), (21).

Cet outil permettrait, d'une part, aux soignants d'avoir une information objective et rapide de la situation sociale des consultants afin d'améliorer la qualité de leur prise en charge, d'autre part, aux services de consultations d'avoir une estimation de la prévalence du phénomène pour pouvoir mieux adapter leurs stratégies de soins et leurs moyens au type d'utilisateurs qui fréquentent leurs services, information dont ils ne disposent pas aujourd'hui.

TROISIEME PARTIE : MATERIEL ET METHODES

1. OBJECTIFS DE L'ETUDE

L'objectif principal de l'étude est de mettre en évidence ou non un lien entre les situations de précarité et les brûlures. Pour évaluer la précarité, il faut d'abord définir les critères s'y rapportant car il n'en n'existe pas de définition consensuelle.

1.1 : Outils d'évaluation :

L'évaluation des personnes en situation de précarité est difficile car peu d'outils existent dans ce domaine. J'ai été amenée à élaborer un "score de précarité" en me référant aux outils tels que le score EPICES, discussion avec les assistantes sociales, médecins du service des brûlés, médecin de la PASS...

Le score permettait également d'évaluer la gravité des brûlures pour lesquelles consultaient les patients.

1.2 : Critères d'identification des situations de précarité :

- Les données intrinsèques
- La situation socio-économique
- La situation vis-à-vis de l'emploi
- Le logement
- La consommation de toxiques
- La situation vis-à-vis de la santé
- Les données personnelles et familiales

1.3 : Evaluation de la gravité de la brûlure :

- La localisation et pourcentage de surface brûlée
- La profondeur (degré)
- L'agent vulnérant (étiologie)
- Les comorbidités associées

Les objectifs secondaires de mon étude sont d'identifier les situations à risque de brûlures, afin de pouvoir développer des actions de prévention.

2. METHODES

2.1 : Type d'étude

Il s'agit d'une étude :

Statistique : comprenant l'examen et le traitement de données numériques relatives à un type d'évènement non souhaité afin d'améliorer la connaissance du risque.

Analytique : visant à analyser des données en vue de répondre à une question spécifique, à comprendre la relation cause-effet et à établir un niveau de risque.

Prospective : partant d'une source de dysfonctionnement et tentant de retrouver les défaillances successives aboutissant à un accident.

2.2 : Lieu de l'étude

Il était important de définir le lieu de l'étude afin de pouvoir inclure un nombre suffisant de participants, mais également représentatif de la diversité de la population dans son ensemble. La grande majorité des personnes atteintes de brûlures se présentent au service des urgences et/ou à la consultation du service des brûlés.

2.3 : Population étudiée

A chaque patient lui était demandé son accord pour participer à cette étude de façon anonyme.

a) Critères d'inclusion

- Patient d'âge supérieur ou égal à 18 ans,
- Comprenant la langue française,
- Capable de répondre au questionnaire (sachant lire et écrire),
- Consultant pour le motif : brûlure

b) Critères d'exclusion

- Patient âgé de moins de 18 ans,
- Patient ne comprenant pas bien la langue française,
- Patient incapable de répondre au questionnaire : illettré, analphabète

2.4 : Déroulement de l'étude

Cette étude a été réalisée en collaboration entre le service des brûlés et le service d'accueil des urgences adultes du CHU de Nantes. L'étude s'étendait sur une période allant de janvier 2012 à octobre 2012.

La participation à l'enquête, non obligatoire, a été proposée à tous patient entrant aux urgences adultes du CHU de Nantes pour motif « brûlure », ainsi que les patients consultants dans le service des brûlés le lundi après-midi.

Chacun d'entre eux recevait un questionnaire anonyme à questions fermées, à remplir eux-mêmes pour la première partie (2 pages), et par un médecin pour la deuxième partie (1 page).

3 : MATERIEL

3.1 : Présentation du questionnaire

Le questionnaire comportait 26 questions abordant les différentes dimensions de la précarité ainsi que les caractéristiques propres de l'individu.

**Questionnaire anonyme à remplir par le patient.
Merci de votre attention.**

- 1- Etes-vous un homme ou une femme ?
- 2- Quelle est votre année de naissance ?
- 3- Quelle est votre nationalité ?
- 4- Vivez-vous en couple ?
- 5- Consommation tabagique ? Combien de cigarettes par jour ?
- 6- Consommation d'alcool ? Combien de verres par jour ?
- 7- Avez-vous un traitement psychotrope ? un suivi psychologique ?
- 8- Consommation de toxiques ?
 - Cannabis
 - Cocaïne ?
 - Héroïne ?
 - Autres :
 - Ecstasy ?
 - Aucun ?
- 9- Combien avez-vous d'enfants ?
- 10- Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille (autres que vos parents/enfants) ?
- 11- Quel est votre diplôme le plus élevé :
 - Jamais scolarisé
 - Pas de diplôme
 - Certificat d'études primaires
 - B.E.P.C. (brevet des collèges)
 - B.E.P. ou C.A.P.
 - Bac général ou technique
 - Diplôme de l'enseignement supérieur
 - Autres :
- 12- Quelle est votre catégorie socioprofessionnelle actuelle (chômeur ou retraité : catégorie d'origine) :
 - Cadre supérieur
 - Profession intermédiaire
 - Employé
 - Autres :
 - Artisan/Commerçant/chef d'entreprise
 - Agriculteur
 - Ouvrier
- 13- Quelle est votre situation professionnelle (plusieurs réponses possibles) :
 - Indépendant
 - CDI
 - CDD
 - Intérimaire
 - Congé parental
 - Chômage ou recherche d'emploi
 - Stage de formation/Insertion
 - Invalidité ou longue maladie
 - Retraite ou préretraite
 - Etudiant/Lycéen/en apprentissage
 - Au foyer/sans activité
 - Autres :

14- Percevez-vous une des allocations suivantes ?

- | | |
|--|--|
| - Allocation logement | - Allocation supplémentaire vieillesse |
| - Allocation chômage | - Allocation veuvage |
| - Revenu minimum d'insertion | - Allocation d'équivalent retraite |
| - Revenu de solidarité active | - Allocation de solidarité spécifique |
| - Allocation adulte handicapé | - Allocation parents isolés |
| - Allocation supplémentaire d'invalidité | |
| - Autres : | - Aucune |

15- Rencontrez-vous parfois un travailleur social (assistante sociale, éducateur...) ?

16- Y a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (EDF, loyer, alimentation) ?

17- En cas de difficultés (financières, familiale, santé...), y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour :

- Vous héberger quelques jours ?
- Vous apporter une aide matérielle/Financière ?

18- Comment êtes vous logé actuellement ?

- | | |
|----------------------------------|---------------------|
| - Propriétaire | - Caravane, |
| - Locataire | - Sans abri |
| - Locataire d'un logement social | - Logement meublé |
| - Hébergé dans la famille/amis | - Autres |
| - Résidence collective | - Cité U |
| - foyer de jeunes travailleurs | -Maison de retraite |
| - Squat | - Hôtel |

19- Êtes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?

20- Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire (mutuelle) ?

21- Bénéficiez-vous de la couverture médicale universelle (CMU) ?

22- Bénéficiez-vous de l'aide médicale d'état ?

23- Au cours des 12 derniers mois :

- Combien de fois avez-vous consulté un médecin ?
- Combien de fois avez-vous consulté un dentiste ?

24- Avez-vous une affection ou une maladie prise en charge à 100% par la sécurité sociale (ALD, maladie professionnelle ou accident de travail, invalidité) ?

25- Souffrez-vous d'une maladie chronique ou handicap, si oui laquelle ?

26- En général souffrez-vous d'angoisse, troubles du sommeil, fatigue chronique, déprime... ?

**Questionnaire anonyme à remplir par le médecin.
Merci de votre attention.**

- 1- Localisation de la brûlure ?
- 2- Surface de la brûlure (Pourcentage de surface corporelle totale) ?
- 3- Profondeur de la brûlure (Degré) ?
- 4- Etiologie (Agent vulnérant : thermique, chimique, électrique) ?
- 5- Délai de prise en charge ?
- 6- Premier soins effectués avant prise en charge ?
- 7- Co-morbidités du patient ?
- 8- Nombre de jours d'arrêt de travail ou ITT ?

La dernière page du questionnaire était remplie par le médecin et comportait 8 questions pour caractériser la gravité de la brûlure pour laquelle le patient consultait.

3.2 : Contenu du questionnaire

Ces questions portaient sur différents paramètres afin de repérer les personnes en situation de précarité et leur degré de précarité.

Les volontaires ont remplis par eux-mêmes et anonymement le questionnaire de 2 pages.

a) Les données intrinsèques

Sexe, âge, nationalité.

Ces critères permettent de définir une population et d'objectiver un possible lien avec la précarité et/ou les brûlures.

b) Les données personnelles et familiales

S'ils vivaient en couple, le nombre d'enfants, s'ils ont eu des contacts avec des membres de leur famille autre que parents/enfants au cours des six derniers mois, si en cas de difficultés ils peuvent compter sur des personnes de leur entourage pour les héberger ou apporter une aide matériel.

Ces critères sont utilisés par le score EPICES pour repérer une situation de précarité. De plus, ils permettent aussi de définir l'environnement social de la population, en particulier son isolement qui est un facteur important de précarité.

c) Les données sur leur consommation de toxiques

Tabac, alcool, psychotropes, toxiques.

Ce sont des critères qui ne sont pas étudiés dans le score EPICES pour évaluer la précarité. Cependant, dans les services des brûlés, ces toxiques apparaissent régulièrement comme facteurs de gravité de brûlures, mais également comme à l'origine des brûlures (rixes, inattention...)

d) Les données sur leur situation socio-économique

Diplôme le plus élevé obtenu, profession et catégorie socioprofessionnelle, leur situation professionnelle, les allocations perçues, s'ils rencontrent un travailleur social, s'ils sont partis en vacances au cours des 12 derniers mois.

Seul le fait d'avoir accès aux loisirs et/ou de rencontrer un travailleur social sont étudiés dans le score EPICES. Nous avons tenu à ajouter la situation socioéconomique en précisant le degré d'instruction, leurs ressources et leur statut professionnel. Ces derniers critères semblent être un marqueur de l'accès aux soins, ou protecteurs des situations à risques de brûlures, voire de précarité. Les personnes les mieux instruites, avec une situation professionnelle stable et des métiers moins à risque de brûlures, sont-elles protégées ? Plus à même de réagir, de connaître la prise en charge immédiate d'une brûlure ?

e) Les données sur leurs difficultés

A faire face à leurs besoins, à demander à leur entourage de l'aide matérielle ou hébergement en cas de besoins.

Ce critère est utilisé dans le score EPICES. Il permet de déterminer si la personne peut bénéficier d'une aide de son environnement social, afin de se préserver de la précarité.

f) Les données sur leur mode de logement

Propriétaire, locataire, hébergé, sans abri...

Ce Critère n'est pas utilisé dans le score EPICES, mais nous souhaitons objectiver ou non un lien entre le mode de logement et la précarité et/ou les brûlures. La stabilité supposée du propriétaire est-elle réelle ?

g) Les données sur leur situation vis-à-vis de la santé

S'ils bénéficient d'une assurance maladie complémentaire, de la couverture médicale universelle, de l'aide médicale d'état, le nombre de consultation chez un médecin et/ou dentiste dans les douze derniers mois, s'ils souffrent d'une affection ou maladie prise en charge à 100% par la sécurité sociale, ou encore d'une maladie chronique ou d'un handicap, s'ils souffrent d'angoisse, troubles du sommeil, fatigue chronique, déprime.

Ces critères sont étudiés par le score EPICES. Ils permettaient de déterminer l'accès aux soins par la population, et donc la prise en charge des brûlures.

h) Les caractéristiques des brûlures.

Enfin une dernière partie de ce questionnaire était rempli par un médecin pour caractériser la brûlure.

Les données portaient sur la localisation, la surface, le degré de brûlure, le type d'agent vulnérant et mécanisme d'agression, le délai de prise en charge, les premiers soins effectués avant la prise en charge, les comorbidités du patient et le nombre de jours d'arrêt de travail.

QUATRIEME PARTIE : RESULTATS

1. POPULATION ETUDIEE

118 patients ont participé à l'étude.

1.1 : Caractéristiques intrinsèques

Une patiente à rempli le questionnaire, mais la partie médicale est restée vierge, donc ce document n'a pas été étudié.

6 autres questionnaires non correctement remplis dans la première partie (partie patient) n'ont pas pu être pris en compte.

Parmi les 111 questionnaires recueillis restants, 52 concernaient des femmes et 59 des hommes. La moyenne d'âge était 37,5 ans avec des extrêmes allant de 18 ans à 80 ans

Les hommes étaient en moyenne plus vieux avec une moyenne d'âge de 40 ans, tandis que les femmes avaient une moyenne d'âge de 37,5 ans.

Un homme était de nationalité Algérienne, un autre de nationalité Portugaise, et une femme de nationalité Chinoise.

1.2 : Données personnelles et familiales

Sur 111 patients,

84 d'entre eux sont en couple.

73 patients ont au moins un enfant, dont 6 ne sont plus en couple.

96 des 111 ont eu des contacts avec des membres de leur famille autre que parents/enfants au cours des six derniers mois.

1.3 : Données sur la consommation des toxiques

Sur 111 patients,

- 43 d'entre eux fument du tabac, dont 21 fument un paquet de cigarettes ou plus par jour.

- 7 d'entre eux boivent de l'alcool tous les jours.

- 1 consomme du cannabis.

- Aucun ne consomme de psychotrope ou n'a de suivi psychiatrique.

1.4 : Données sur la situation socio-économique

a) Diplôme le plus élevé obtenu

Sur 111 patients,

- 1 n'a jamais été scolarisé

- 7 n'ont pas de diplôme

- 7 ont leur certificat d'étude primaire

- 3 ont leur B.E.P.C. (brevet des collèges)

- 35 ont un B.E.P. ou C.A.P.

- 31 ont un bac général ou technique

- 28 ont un diplôme de l'enseignement supérieur

b) Catégorie socioprofessionnelle

Sur 111 patients,

- 8 sont cadres supérieurs
- 8 ont une profession intermédiaire
- 40 sont employés
- 5 sont artisans, commerçants ou chef d'entreprise
- 3 est agriculteur
- 22 sont ouvriers
- 25 autres dont 2 ont notifié être fonctionnaires, et 5 étudiants

c) Situation professionnelle

Sur 111 patients,

- 5 sont indépendants
- 50 sont en CDI
- 10 sont en CDD
- 3 sont intérimaires
- 6 sont en congés parental
- 11 sont au chômage ou en recherche d'emploi
- 1 est en stage de formation ou insertion
- 3 sont en invalidité ou longue maladie
- 10 sont en retraite ou préretraite
- 4 sont étudiant, lycéen ou en apprentissage
- 7 sont au foyer ou sans activité
- 1 est dans une autre situation professionnelle

d) Allocations perçues

Sur 111 patients,

- 26 perçoivent l'allocation d'aide au logement
- 7 perçoivent l'allocation chômage
- 3 perçoivent le revenu de solidarité active
- 2 perçoivent l'allocation adulte handicapé
- 1 perçoit l'allocation supplémentaire d'invalidité
- 1 perçoit l'allocation parents isolés
- 4 perçoivent une autre allocation
- 1 perçoit l'allocation supplémentaire vieillesse
- 75 ne perçoivent aucunes allocations

e) Rencontre avec un travailleur social et vacances

Sur 111 patients,

- 12 rencontrent parfois un travailleur social
- 69 d'entre eux sont partis en vacances au cours des 12 derniers mois

1.5 : Données sur leurs difficultés

Sur 111 patients,

- 24 patients ont des périodes dans le mois où ils rencontrent de réelles difficultés financières à faire face à leurs besoins
- 70 d'entre eux peuvent, en cas de difficultés, compter sur leur entourage pour les héberger quelques jours ou leur apporter une aide matérielle/Financière

1.6 : Données sur leur mode de logement

Sur 111 patients,

- 57 sont propriétaires,
- 41 sont locataires,
- 4 sont locataires d'un logement social
- 6 sont hébergés par la famille/amis
- 1 vit dans un foyer de jeunes travailleurs
- 1 vit dans une cité universitaire
- 1 vit autrement

1.7 : Données sur leur situation vis-à-vis de leur santé

Sur 111 patients,

- 97 bénéficient d'une assurance maladie complémentaire
- 10 bénéficient de la couverture médicale universelle
- 4 bénéficient de l'aide médicale d'état

Sur 111 patients,

- 101 d'entre eux ont consulté leur médecin et 64 ont consulté leur dentiste au cours des 12 derniers mois
- 20 ont une affection ou une maladie prise en charge à 100% par la sécurité sociale
- 17 souffrent d'une maladie chronique ou d'un handicap
- 25 souffrent d'angoisse, troubles du sommeil, fatigue chronique ou de déprime

2. LES BRULURES

2.1 : Localisation des brûlures

77 brûlures concernaient les membres supérieurs
26 brûlures concernaient les membres inférieurs
15 brûlures concernaient le tronc
18 brûlures concernaient le visage
Et 1 brûlure concernait les organes génitaux externes

2.2 : Surface de la brûlure (Pourcentage de surface corporelle totale)

54 brûlures portaient sur une surface cutanée inférieure ou égale à 1.5%
46 brûlures portaient sur une surface cutanée allant de 1.6% à 5% inclus
6 brûlures portaient sur une surface cutanée entre 5.1% et 10% inclus
4 brûlures portaient sur une surface cutanée entre 10.1% et 20%
1 brûlure portait sur 36% de surface cutanée

2.3 : Profondeur de la brûlure (degré)

8 brûlures étaient du 1^{er} degré
62 brûlures étaient du 2^e degré superficiel
50 brûlures étaient du 2^e degré profond
3 brûlures étaient du 3^e degré

2.4: Etiologie (Agent vulnérant : thermique, chimique, électrique)

92 brûlures étaient d'origine thermique
14 brûlures étaient d'origine chimique
4 brûlures étaient d'origine électrique

2.5 : Délai de prise en charge

67 brûlures étaient prises en charge dans les 24h
28 brûlures étaient prises en charge dans les 5 jours
14 brûlures étaient prises en charge dans les 10 jours
1 brûlure était prise en charge le 16^e jour

2.6 : Premiers soins effectués avant prise en charge

67 brûlures ont bénéficiées d'un refroidissement à l'eau froide
26 brûlures ont bénéficiées de l'application d'un corps gras
25 brûlures n'ont bénéficiées d'aucuns soins avant leur prise en charge médicale

2.7 : Nombre de jours d'arrêt de travail ou ITT

48 personnes n'ont eu aucuns jours d'arrêt de travail ou ITT
7 personnes ont eu 5 jours d'arrêt de travail ou ITT
15 personnes ont eu 8 jours d'arrêt de travail ou ITT
12 personnes ont eu 10 jours d'arrêt de travail ou ITT
18 personnes ont eu 15 jours d'arrêt de travail ou ITT
9 personnes ont eu 20 jours d'arrêt de travail ou ITT
2 personnes ont eu 1 mois d'arrêt de travail ou ITT

CINQUIEME PARTIE : DISCUSSION

1. LIMITES DE L'ETUDE

1.1 : Biais de participation

Cette étude présente probablement un biais de participation. Le biais lié au volontariat est difficilement mesurable et inévitable. Effectivement, les patients n'avaient aucune obligation à remplir ce questionnaire. Les personnes qui ne sont pas en situation de précarité remplissent-elles plus facilement ce genre de questionnaire, sont-elles plus à l'écoute de leurs besoins et soucieuses de participer à l'amélioration du système de soins ?

De plus, il n'existait aucun contrôle sur la véracité des réponses, les patients ont-ils volontairement ou non, minimisé ou majoré leur situation de précarité ?

Cette étude portait sur les personnes se présentant aux services des urgences du CHU et dans le service des brûlés. Les personnes en situation de précarité consultent-elles moins facilement, ou alors pour des brûlures plus graves ? A l'inverse les personnes non en situation de précarité consultent-elle plus facilement et avant les possibles complications ?

1.2 : Biais de sélection

Cette étude, menée au CHU, était destinée à des personnes sachant lire, écrire et comprenant des questions simples fermées.

Ce questionnaire ne prend pas en compte les personnes analphabètes, population très probablement en situation de précarité. De même, ce questionnaire n'a pu être déposé au centre de la PASS, les personnes ne parlant pas français, n'ont pas pu être interrogées. Cela concernait une population très certainement précaire : exilé, demandeurs d'asile, en situation irrégulière...

La quasi-totalité des patients avait une couverture sociale (mutuelle, CMU, AME), peut-on en déduire que les autres n'ont pas consulté faute d'accès aux soins ?

2. DISCUSSION DES RESULTATS BRUTS

2.1 : Caractéristiques intrinsèques

111 questionnaires complets ont été recueillis. 52 concernaient des femmes et 59 des hommes.

La moyenne d'âge était 37,5 ans, majoritairement des personnes de nationalité française, donc la population étudiée est globalement représentative de la population actuelle.

De plus, il n'apparaît pas que le sexe, l'âge et la nationalité ont une influence sur la survenue de brûlures et la précarité.

2.2 : Données personnelles et familiales

Sur 111 patients, la majeure partie d'entre eux sont en couple avec enfant(s), et 96 d'entre eux ont eu des contacts avec des membres de leurs famille au cours des six derniers mois. La population étudiée est en grande partie entourée des siens, soit non isolée. Ce critère est considéré comme « protecteur » vis-à-vis de la précarité.

2.3 : Données sur la consommation des toxiques

Sur 111 patients, 43 d'entre eux fument du tabac, soit un peu moins de la moitié. 7 d'entre eux boivent de l'alcool tous les jours. 1 consomme du cannabis. Aucun ne consomme de psychotrope ou n'a de suivi psychiatrique.

Les toxiques ne sont pas considérés comme un facteur de risque de précarité dans le score EPICES, contrairement à la gravité et au pronostic des brûlures. Dans ce questionnaire, rempli sans contrôle par les patients, la prise de toxiques ne semble pas très importante, sauf pour le tabac. Le tabac serait-il le seul réel toxique impliqué dans les brûlures ? Ou alors, la consommation de toxiques tels que l'alcool ou l'usage de produits illicites est-elle minimisée car encore tabou en France ?

2.4 : Données sur la situation socio-économique

a) Diplôme le plus élevé obtenu

59 d'entre eux, soit plus de la moitié ont au minimum un baccalauréat, et seulement 15 n'ont pas le brevet des collèges. On peut considérer qu'une majeure partie de la population étudiée est instruite.

b) Catégorie socioprofessionnelle

Sur 111 patients, la grande majorité est employée ou ouvrière. Cela regroupe des emplois manuels, où la brûlure peut avoir lieu dans le cadre du travail avec des situations à risques plus fréquentes.

c) Situation professionnelle

La répartition est très éclectique. On peut considérer que les personnes en CDI, en retraite et en congé parental, soit ici plus de la moitié avec 66 personnes, sont en situation de stabilité professionnelle, ce qui est considéré comme protecteur vis-à-vis de la précarité.

Les personnes en CDD, intérimaires, au chômage, sans activité, ou en invalidité, soit 35 personnes sont quant à elles en situation qui favorise la précarité.

d) Allocations perçues

Sur 111 patients, la majorité ne perçoit aucune allocation. Est-ce par qu'ils sont financièrement au-dessus des plafonds pour en bénéficier ? Ou sont-ils mal informés sur ce à quoi ils peuvent avoir droit ? Dans le questionnaire, la seule allocation perçue qui se dégage est l'allocation d'aide au logement, la plus demandée probablement ?

e) Rencontre avec un travailleur social et vacances

12 rencontrent parfois un travailleur social, ce critère est selon le score EPICES un marqueur fort de précarité.

69 d'entre eux sont partis en vacances au cours des 12 derniers mois ce qui représente plus de la moitié de la population.

2.5 : Données sur leurs difficultés

Sur 111 patients, 24 patients ont des périodes dans le mois où ils rencontrent de réelles difficultés financières à faire face à leurs besoins. C'est un critère de précarité important mais 70 d'entre eux peuvent, en cas de difficultés, compter sur leur entourage pour les héberger ou leur apporter une aide financière. On en déduit que malgré les difficultés rencontrées, la majorité d'entre eux peuvent demander de l'aide pour s'en sortir.

2.6 : Données sur leur mode de logement

L'essentiel de la population se partage entre locataire et propriétaire. Ce critère ne semble donc pas être discriminant pour la précarité ou les brûlures.

2.7 : Données sur leur situation vis-à-vis de la santé

Sur 111 patients, la très grande majorité bénéficie d'une couverture sociale, dont 10 de la couverture médicale universelle, ce qui à priori n'est pas un facteur limitant pour venir consulter un médecin. D'ailleurs la quasi totalité ont vu un médecin au cours des 12 derniers mois, et plus de la moitié un dentiste. Ce qui permet de dire que cette population a accès aux soins facilement.

Une vingtaine présentait une maladie chronique en ALD, soit peu de personnes avec des comorbidités pour la prise en charge de brûlures.

25 d'entre eux se considéraient victimes d'angoisse, déprime, troubles du sommeil (22,5%), mais dans l'ensemble la population étudiée se sentait en bonne santé.

2.8 : Les brûlures

a) Localisation des brûlures

La majorité des brûlures concernaient les membres supérieurs, soit les membres que nous utilisons le plus pour manipuler, travailler...

Toutefois 18 brûlures concernaient le visage, une zone particulièrement à risque de complication et plus grave en termes de pronostic.

b) Surface de la brûlure (Pourcentage de surface corporelle totale)

L'ensemble des brûlures concernait moins de 5% de surface cutanée brûlée. Seules 11 brûlures dépassaient les 5% de surface cutanée brûlée.

c) Profondeur de la brûlure (degré)

Concernant la profondeur des brûlures, la très grande majorité concernait des brûlures du 2^e degré, avec une distribution équitable entre le 2^e degré profond et superficiel. Ces brûlures potentiellement graves justifiaient donc parfaitement d'un avis spécialisé.

d) Etiologie (Agent vulnérant : thermique, chimique, électrique)

92 brûlures étaient d'origine thermique (soit 82,9%).

e) Délai de prise en charge

Dans la moitié des cas, les brûlures étaient prises en charge dans les 24h, soit un délai rapide. Pour seulement 15 cas, ce délai dépassait les 10 jours. La rapidité de prise en charge semble être un élément important mais négligé pour la moitié de la population. Or ce critère est tout aussi important que la localisation ou la profondeur des brûlures.

f) Premier soins effectués avant prise en charge

On remarque que 25 brûlures n'ont bénéficié d'aucun soin avant leur prise en charge médicale. Or on sait que la prise en charge immédiate peut faire la différence en termes de pronostic comme en termes de séquelles. Il semble qu'environ une personne sur quatre ne connaît pas cette information pourtant importante.

g) Nombre de jours d'arrêt de travail ou ITT

Dans presque la moitié des cas, il n'y a pas eu besoin d'arrêt de travail. Pour l'autre moitié, les brûlures nécessitaient un arrêt de travail allant de 1 à 2 semaines, donc suffisamment grave et invalidante.

3. LE SCORE EPICES

Avec ce questionnaire j'ai pu appliquer le score EPICES pour différencier deux populations : précaire et non précaire. D'après les données de la littérature, c'est le seul outil simple et validé qui existe à l'heure actuel. La fragilité sociale mesurée par le score EPICES apparaît comme un déterminant majeur des inégalités de santé, indépendant des variables socio-économiques traditionnelles. L'importance de la contribution de la fragilité sociale aux inégalités de santé mise en évidence peut s'expliquer par l'aspect multidimensionnel du score qui permet ainsi une mesure globale de la fragilité sociale (22).

Les analyses ont montré que le score EPICES est lié de manière statistiquement significative à tous les indicateurs de position sociale, de mode de vie, d'accès aux soins et de santé. La concordance optimale entre EPICES et l'article 2 de l'arrêté ministériel de 1992 a été obtenue avec un seuil à 40 pour EPICES. Ainsi, les personnes dont le score est supérieur à 40 ont été définies comme précaires EPICES (12), (5). Depuis 2007, certains suggèrent de réduire encore le seuil. Il a été observé que des valeurs de score supérieur à 30,2 sont associées à des risques élevés de mode de vie péjoratifs et de mauvaise santé. En conséquence, la valeur de 30,2 est généralement utilisée comme seuil de précarité, les relations avec la santé étant particulièrement importante à partir de cette valeur (23).

3.1 : Calcul du score de précarité selon score EPICES

En utilisant le score EPICES, sur les 111 patients, 58 personnes sont déterminées non précaires et 53 personnes comme précaires (soit 47.45% de la population totale étudiée).

Ensuite, nous avons comparé les caractéristiques principales (degré et pourcentage de surface brûlée) entre les deux populations.

3.2 : Caractéristiques principales des brûlures de la population déterminée précaire

Parmi les 53 brûlures correspondant aux 53 personnes précaires,
 1 brûlure était du 1^{er} degré sur les 8 brûlures au 1^{er} degré.
 15 brûlures étaient du 2nd degré superficiel sur les 62 brûlures au 2nd degré superficiel.
 34 brûlures étaient du 2nd degré profond sur les 50 brûlures au 2nd degré profond.
 Les 3 brûlures au 3^e degré de la population totale étudiée concernaient des personnes précaires.

Parmi les 53 brûlures correspondant aux 53 personnes précaires,
 19 brûlures portaient sur une surface cutanée inférieure ou égale à 1.5%, sur les 54 brûlures de même surface.
 25 brûlures portaient sur une surface cutanée allant de 1.6% à 5% inclus, sur les 45 brûlures de même surface.
 5 brûlures portaient sur une surface cutanée entre 5.1% et 10% inclus, sur les 6 brûlures de même surface.
 3 brûlures portaient sur une surface cutanée entre 10.1% et 20%, sur les 4 brûlures de même surface.
 La brûlure qui portait sur 36% de surface cutanée concernait une personne précaire.

		Population précaire	Population non précaire	Total par degré	% de précaires par degré de brûlure
Degré et profondeur de brûlure	1 ^{er} degré	53	58	8	12,50%
	2 ^e degré superficiel	1	7	62	24,19%
	2 ^e degré profond	15	47	50	68,00%
	3 ^e degré	34	16	3	100,00%
		3	0	Total par %	% de précaires par % de surface cutanée brûlée
% de surface cutanée brûlée	<1,5%	19	35	54	35,19%
	1,5% à 5%	25	20	45	55,56%
	6% à 10%	5	1	6	83,33%
	11% à 20%	3	1	4	75,00%
	>20%	1	0	1	100,00%

Il semble, d'après les résultats de notre étude, que la population précaire présente des brûlures plus profondes et de surface plus importante.

Plusieurs hypothèses d'explication possibles :

- La population précaire présente de manière générale des brûlures plus graves ?
- La population précaire se brûle-t-elle en général de manière plus importante et/ou aurait plus de risques de se brûler dans une même situation ?
- La population précaire ne se présente pas ou moins aux urgences du CHU pour les brûlures de moindre profondeur ? ou tarde à consulter ?
- La population non précaire se brûle dans une moindre mesure et/ou a une activité moins à risque ?
- La population non précaire se présente-t-elle aux urgences du CHU plus facilement pour des brûlures moins graves ? ou plus précocement ?

Ces conclusions avaient déjà été en partie retrouvées dans une étude américaine en 2008. Elle démontrait que les patients sans domicile fixe (SDF) admis en centre des grands brûlés avaient de façon plus fréquente, des blessures plus sévères, et avec un temps d'hospitalisation plus long que des patients non SDF. De plus, ces patients SDF présentaient

plus de facteurs de risque ou comorbidités telles que l'alcoolisme, la toxicomanie ou encore victimes de désordres mentaux (24). Une autre étude retrouvait également que ces patients ne se rendaient pas toujours aux consultations de suivi, et avaient entre autres un risque accru d'infection, de part le manque de suivi, mais aussi de part leurs caractéristiques propres (alcool, tabac, drogues..) et de ce fait une augmentation du coût de la prise en charge (25).

3.3 : Consommation de toxiques

Puis, j'ai également comparé dans les deux populations, la consommation de toxiques, en particulier du tabac, qui apparaît de manière non objective comme critère de gravité dans la prise en charge des brûlures. Ce critère, non consensuel, n'est pas exploré dans le score EPICES.

Parmi les 53 personnes précaires, 33 personnes sont fumeurs de tabac sur les 43 fumeurs de la population totale étudiée. Parmi ces 33 personnes fumeurs et précaires, 13 personnes fument plus d'un paquet par jour sur les 21 personnes qui fument plus d'un paquet par jour de la population totale étudiée.

Parmi les 53 personnes précaires, 5 boivent de l'alcool tous les jours sur les 7 déclarant boire de l'alcool tous les jours de la population totale étudiée.

	Population précaire	Population non précaire	Total Toxiques	% précaires consommant toxiques
Toxiques	53	58		
Fumeurs totaux	33	10	43	76,74%
Fumeurs >1paquet/jour	13	8	21	61,90%
Alcool	5	2	7	71,43%

Selon les résultats, la population précaire semble fumer plus de tabac que la population non précaire, et en plus grande quantité. De même pour la consommation d'alcool. Peut-on en déduire que le tabac est un facteur de risque sur la gravité des brûlures ? Cependant, les personnes ont rempli ce questionnaire seul et selon leurs propres déclarations. Ils ont peut-être minimisé leur consommation. Peut-on affirmer cette hypothèse ?

3.4 : Situation socio-économique

Ensuite, j'ai comparé dans les deux populations, leur situation économique. Critères non étudié par le score EPICES, mais qui peut apparaître de manière subjective comme critère de gravité dans la prise en charge des brûlures.

Parmi les 53 personnes précaires, 6 personnes ne possèdent pas de diplômes sur les 7 de la population étudiée. 1 personne a son certificat d'étude primaire sur les 7 de la population étudiée. 2 personnes ont leur B.E.P.C. (brevet des collèges) sur les 3 de la population étudiée. 18 personnes ont un B.E.P. ou C.A.P. sur les 35 de la population étudiée. 17 personnes ont un bac général ou technique sur les 31 de la population étudiée. 9 personnes ont un diplôme de l'enseignement supérieur sur les 28 de la population étudiée.

Parmi les 53 personnes précaires,
 Aucun d'entre eux n'est cadre supérieur sur les 8 de la population étudiée.
 1 personne exerce une profession intermédiaire sur les 8 de la population étudiée.
 22 personnes sont employées sur les 40 de la population étudiée.
 5 sont artisans ou commerçants ou chef d'entreprise sur les 5 de la population étudiée.
 Aucun d'entre eux n'est agriculteur sur les 3 de la population étudiée.
 17 personnes sont ouvrières sur les 22 de la population étudiée.
 3 sont étudiants sur les 5 de la population étudiée.

Parmi les 53 personnes précaires,
 2 personnes sont indépendants sur les 5 de la population étudiée.
 19 personnes sont en CDI sur les 50 de la population étudiée.
 6 personnes sont en CDD sur les 10 de la population étudiée.
 3 personnes sont intérimaires sur les 3 de la population étudiée.
 2 personnes sont en congé parental sur les 6 de la population étudiée.
 10 sont au chômage ou en recherche d'emploi sur les 11 de la population étudiée.
 1 sur 1 est en stage de formation ou insertion.
 2 personnes sont en invalidité ou longue maladie sur les 3 de la population étudiée.
 2 personnes sont en retraite ou préretraite sur les 10 de la population étudiée.
 3 personnes sont étudiant, lycéen ou en apprentissage sur les 4 de la population étudiée.
 3 personnes sont au foyer ou sans activité sur les 7 de la population étudiée.

		Population précaire	Population non précaire	Total par diplôme	% de précaires par diplôme
		53	58		
Diplôme le plus élevé obtenu	Pas de diplôme	6	1	7	85,71%
	Certificat d'études	1	6	7	14,29%
	BEPC	2	1	3	66,67%
	BEP/CAP	18	17	35	51,43%
	Bac Général ou Technique	17	14	31	54,84%
	Diplôme de l'enseignement supérieur	9	19	28	32,14%
				Total par catégorie	% de précaires par catégorie
Catégorie socio professionnelle	Etudiants	3	2	5	60,00%
	Profession Intermédiaire	1	7	8	12,50%
	Ouvriers	17	5	23	73,91%
	Employés	22	18	40	55,00%
	Cadres supérieurs	0	8	8	0,00%
	Artisans, commerçants ou chef d'entreprise	5	0	5	100,00%
	Agriculteurs	0	3	3	0,00%
				Total par situation	% de précaires par situation
Situation Professionnelle	Chômage ou recherche d'emploi	10	1	11	90,91%
	Intérimaires	3	0	3	100,00%
	Stage formation ou insertion	1	0	1	100,00%
	Etudiants	3	2	5	60,00%
	Invalidité ou longue maladie	2	1	3	66,67%
	CDD	6	4	10	60,00%
	CDI	19	31	50	38,00%
	Indépendants	2	3	5	40,00%
	Au foyer ou sans activité	3	4	7	42,86%
	Congé parental	2	4	6	33,33%
	Retraités ou pré-retraités	2	8	10	20,00%

Selon les résultats de notre étude, il n'apparaît pas que la population précaire soit en plus mauvaise situation économique que la population non précaire.

D'abord concernant les diplômes obtenus, il semble que plus le diplôme est élevé, plus le pourcentage de personnes précaires parmi les diplômés est faible.

Puis, concernant la catégorie socioprofessionnelle, on remarque que les plus forts pourcentages de population précaire sont obtenus pour catégories considérées comme « faibles ». Telles que ouvriers, étudiants ou employés. Un aparté concernant les artisans/commerçants/chef d'entreprise qui sont tous situés en population précaire, serait-ce des métiers à risque de brûlures ? Aisément compréhensible pour les métiers de l'artisanat (métiers à risque de brûlures), un peu moins pour les chefs d'entreprise. Nous n'avons pas différencié ces trois catégories, il aurait probablement été judicieux de les différencier dans le questionnaire.

Enfin, en étudiant la répartition de la population précaire vis-à-vis de leur situation professionnelle, on note que plus la situation est dite « instable », plus le pourcentage de personnes précaires est élevé. Cela concerne les situations de chômage/recherche d'emploi, invalidité/longue maladie, étudiant/en apprentissage, stage de formation/insertion, intérimaire, CDD.

Quelques hypothèses d'explications semblent possibles :

- Plus le degré d'instruction est élevé, plus la population a appris et connaît la prise en charge des brûlures ? Quand une prise en charge médicale est nécessaire ?
- Les catégories socioprofessionnelles telles que ouvrier, artisans sont plus à risque d'être victime de brûlures, car propre à leur activité professionnelle ? Contrairement aux métiers comme cadre supérieurs ?
- De même, une situation professionnelle stable apparaît comme un facteur protecteur du risque de brûlures, en lien avec le type de métiers concernés ? Ou avec le type de situation professionnelle, qui engendre une certaine précarité, et donc un accès aux soins plus difficile ?

3.1 : Délai et prise en charge immédiate

Nous avons comparé dans les deux populations, le délai de prise en charge et la conduite à tenir immédiate après l'accident.
Ce sont des critères importants à prendre en compte pour évaluer le pronostic d'une brûlure.

Parmi les 53 personnes précaires,
24 d'entre eux ont consulté dans les 24h, sur les 67 de la population étudiée.
18 d'entre eux ont consulté dans les 5 jours, sur les 28 de la population étudiée.
10 d'entre eux ont consulté dans les 10 jours, sur les 14 de la population étudiée.
La personne qui a consulté à 16 jours, fait partie de la population précaire.

Parmi les 53 personnes précaires,
16 brûlures n'ont bénéficié d'aucuns soins primaires sur les 25 brûlures concernées.
15 brûlures ont bénéficié de l'application d'un corps gras sur les 26 brûlures concernées.
26 brûlures ont bénéficiées d'un refroidissement à l'eau froide sur les 67 brûlures concernées.

		Population précaire	Population non précaire	Total par délai	% par délai
		53	58		
Délai de prise en charge	< à 24h	24	43	67	35,82%
	< à 5 jours	18	10	28	64,29%
	< à 10 jours	10	4	14	71,43%
	> à 10 jours	1	0	1	100,00%
				Total par PEC	% de précaires par type de Prise en Charge
Prise en charge immédiate (PEC)	Aucuns soins	16	9	25	64,00%
	Refroidissement à l'eau froide	26	41	67	38,81%
	Application d'un corps gras	15	11	26	57,69%

Selon les résultats, la population précaire consulte dans un délai bien plus important, et ne procède en une prise en charge immédiate dans une moindre mesure que la population non précaire. Est-ce par manque de connaissances de la prise en charge ? La population précaire tarde-t-elle à consulter par manque d'accès aux soins ? D'informations ?

3.2 : Entourage familial

Enfin, j'ai comparé dans les deux populations, l'importance du réseau familial, qui a priori peut paraître comme un facteur protecteur du risque de brûlure. Ce critère est jugé comme essentiel dans le score EPICES.

Parmi les 53 personnes précaires, 43 d'entre eux ont eus des contacts avec des membres de leur famille autre que parents/enfants au cours des six derniers mois (soit 81,13%), contre 91,38% dans la population non précaire. 31 d'entre eux sont en couples (soit 58,49%) contre 91,38% dans la population non précaire. 29 d'entre eux ont au moins un enfant (soit 54,72%) contre 75,86% dans la population non précaire. De plus, parmi les 6 parents célibataires, 5 d'entre eux (soit 83,33%) appartenaient à la population précaire.

	Population précaire	% parmi les précaires	Population non précaire	% parmi les non précaires
Données familiales	53		58	
En couple	31	58,49%	53	91,38%
Un enfant ou plus	29	54,72%	44	75,86%
Contact familial < 6 mois	43	81,13%	53	91,38%

Nous remarquons alors, que l'entourage familial est plus important dans la population non précaire. Il paraît comme un facteur protecteur des brûlures. L'entourage permet-il un conseil pour améliorer la prise en charge des brûlures ou sa prévention ? Ou alors, est-ce le manque d'entourage qui favorise les situations à risque de brûlures ?

Notre étude n'a pas permis de retrouver d'autres facteurs différenciant de manière significative les deux populations, et permettant de ce fait, d'en dégager des éléments de prévention. C'est pourquoi nous ne présenteront pas ici d'autres résultats.

2. ELEMENTS DE PREVENTION

Les résultats de notre étude appuient l'hypothèse qu'il existe bien un lien entre la précarité (mesurée ici par le score EPICES) et le fait d'être victime de brûlures graves. Les brûlures les plus profondes et touchant une plus grande surface cutanée sont majoritairement représentées dans la population précaire. De même, cette population ne maîtrise par la prise en charge immédiate des brûlures, et tarde plus à consulter.

Notre étude s'appuie sur une population de 111 patients, ce qui représente un effectif suffisant pour mener à bien les analyses sur la relation entre la précarité et le fait d'être victime de brûlures. L'extrapolation de nos résultats à l'ensemble des victimes de brûlures n'est cependant pas évidente. Nous n'avons pas retrouvé d'étude portant spécifiquement sur ce lien en France.

Certains facteurs apparaissent clairement comme aggravant la survenue et le pronostic des brûlures : la consommation tabagique, la situation socio-économique défavorable (diplôme peu élevé, catégories socio-professionnelles dites « faibles » et situations professionnelles « instables »), le trop grand délai et une prise en charge immédiate non adaptée. L'ensemble de ces facteurs est surreprésenté dans la population précaire.

A contrario, nous avons mis en évidence un facteur protecteur des brûlures : l'entourage familial. La population non précaire possède un entourage familial plus conséquent que la population précaire.

Des mesures spécifiques de réinsertion à caractère curatif, les interventions et les aides doivent être personnalisées. La diversité des cas est en effet telle qu'il est difficile de faire entrer les personnes précarisées dans des catégories et de les faire bénéficier de dispositifs prédéfinis.

4.1 : Le Tabac

Cette étude met en lumière l'un des principaux élément de prévention est celle du tabagisme, largement relayé par le Ministère des affaires sociales et de la santé (www.tabac-info-service.fr) et de nombreuses associations : Fédération Française de Cardiologie, Fédération Française de pneumologie, Comité National contre les maladies respiratoires...

4.2 : L'emploi

La prévention passe aussi par des mesures générales comme le propose le rapport sur la précarité et la santé du Haut comité de la santé publique, qui s'adressent à l'ensemble de la population pour renfoncer les sécurités fondamentales et freiner le glissement vers la précarité (6).

La précarisation massive de l'emploi, la dégradation des conditions de vie, la difficulté croissante des dispositifs de protection sociale à s'adapter aux évolutions observées, créent un environnement peu favorable à l'épanouissement de la santé des individus et entraînent des comportements et consommation à risque qui sont autant de facteurs péjoratifs pour le maintien d'un bon état de santé.

Dans cet esprit, les mesures recommandées par le Haut Comité de la santé publique s'inscrivent dans une logique d'égalité qui vise à offrir à tous les individus un ensemble de droits identiques. Des mesures générales d'intégration et de cohésion sociale à caractère préventif. L'origine des phénomènes de pauvreté et de précarité est d'abord liée à la montée du chômage, à la précarité de l'emploi et à la détérioration des conditions de travail. En France on observe une explosion de la précarité de l'emploi. Entre janvier 1993 et octobre 1994, ce sont plus de six millions de personnes (soit près d'un quart des ménages) (32) qui en

ont au moins une fois fait l'expérience. Sur la même période, un tiers des ménages français a connu la précarité de l'emploi, soit à travers le chômage soit à travers un contrat à durée déterminée (CDD). Au total, si le chiffre ponctuel du chômage représente aujourd'hui plus de 12 % de la population active (23^e mois de hausse consécutive en mai 2013, nouveau record historique depuis janvier 1997), c'est près du tiers des Français qui a connu au moins une fois une période de chômage au cours des dix dernières années. En dix années, le nombre d'emplois temporaires a plus que doublé. La France est le pays industrialisé dans lequel la part du travail temporaire est la plus élevée (plus de 11 % de l'emploi total). Au total, on estime qu'en 1997, c'est environ 7 millions de personnes soit près de 30 % des actifs qui sont touchés directement par les difficultés de l'emploi (33). D'où la nécessité toujours plus importante de créer des emplois durables.

4.3 : L'éducation

Parce que l'école peut paradoxalement contribuer à l'aggravation des inégalités, il faut restaurer la fonction d'intégration de l'Éducation nationale grâce à la prévention de l'illettrisme. Mais également favoriser un bon niveau d'éducation car les chances de qualifications professionnelles et donc d'insertion stable dans le monde du travail peuvent être compromises. L'enseignement primaire doit favoriser l'apprentissage dans une approche individuelle et personnalisée. En effet, les statistiques montrent que plus le niveau social de la famille est bas, plus la réussite scolaire est faible (26). Il est donc nécessaire que dès les premières années soient prises en compte les problèmes de chacun, en tenant compte de son origine socioéconomique et culturelle. Mais aussi aider les jeunes sortis du système éducatif sans diplôme ni formation et n'arrivant pas à s'insérer dans le monde du travail. Il faut par ailleurs introduire l'éducation sanitaire dès l'école primaire.

4.4 : Le Logement

Garantir le droit à un logement décent pour tous. Les données actualisées concernant le logement sont rares, mais toutes les sources disponibles s'accordent pour estimer qu'en France, quatre à cinq millions de personnes doivent aujourd'hui être considérées comme mal logées. Le logement contribue au respect de la dignité de la personne et donc un facteur essentiel de protection. Dans la prolongation du logement, il faut aussi lutter contre la dégradation de l'environnement urbain, et notamment avec le risque d'incendie.

4.5 : La protection sociale et l'accès aux soins

Il est indispensable de faire évoluer le système de protection sociale autour de sa simplification et l'universalisation des droits sociaux. Cibler les personnes en difficulté d'accès à la protection sociale et aux soins par l'aide à l'acquisition d'une couverture maladie complémentaire, dispense de l'avance de frais de santé dans les situations où cette avance empêche l'accès aux soins. Promouvoir une information ciblée sur les droits sociaux et simplifier démarches.

Le service public hospitalier joue un rôle primordial dans la volonté actuelle de lutte contre la précarité. Dans le cadre des programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins (P.R.A.P.S.) prévu par la loi du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions, les établissements publics de santé et les établissements de santé privés participant au service public hospitalier mettent en place des permanences d'accès aux soins

de sante et à la accompagner dans les démarches nécessaires a la connaissance de leurs droits. Ils concluent avec l'Etat des conventions prévoyants, en cas de nécessité, la prise en charge des consultations externes, des actes diagnostiques et thérapeutiques, ainsi que des traitements qui sont délivré gratuitement a ces personnes (31). La CCNE rappelle que l'hôpital et particulièrement les services d'accueil d'urgence ont pour mission de contribuer a réduire les inégalités d'accès au système de santé qui pourraient relever de l'appartenance à une région, à une classe d'âge, à une catégorie socioprofessionnelle ou à une grande précarité (27).

4.6 : La formation médicale

On remarque le défaut de formation des professionnels de santé par rapport au mode d'approche de ces patients en situation de précarité, parfois agressifs ou au contraire totalement passifs et dont les demandes dépassent les compétences médicales habituelles. Les médecins généralistes étant peu formés aux mécanismes de prise en charge sociale, ils se retrouvent souvent démunis par rapport à une demande à laquelle ils ne savent pas répondre. La nécessité d'une prise en charge globale du patient se heurte à l'hyperspécialisation du système de santé et donc de la pensée et des pratiques. Chacun a tendance à fonctionner dans l'espace qui est le sien et peu de professionnels de santé ont une vision globale du patient. Pour les populations en situation précaire, la prise en charge est plus difficile car les patients sont moins clairement demandeurs d'une amélioration de la réponse et sont moins attachés à la structure à laquelle ils ont recours. Si la souffrance est incontestable, la demande est confuse et s'adresse bien souvent plus à une personne censée pouvoir apporter une réponse qu'à un professionnel au profil bien défini. Il est nécessaire de prendre des mesures permettant le développement d'une nouvelle culture pour mieux appréhender les mutations de la société et modifier leurs comportements. Contrairement au monde associatif, qui a vite perçu l'importance de la progression de la pauvreté et de la précarité, l'administration et les milieux professionnels de santé ont fait preuve d'une faible capacité d'adaptation aux nouvelles réalités. La prévention passe donc par la formation des professionnels des secteurs sociaux et sanitaires, pour favoriser leur communication et les aider à savoir dépister et orienter les personnes en situations de précarité. Il faut renforcer les sciences sociales et le droit social dans la formation des professions de santé. En particulier, les médecins doivent apprendre à placer leurs interventions dans le contexte psycho-social et culturel des patients. Le médecin généraliste occupe une place privilégiée en matière de prévention chez ces patients précaires. Le repérage précoce de ces patients permettrait une prise en charge de meilleure qualité et surtout dans de meilleurs délais (12), (28).

La mise en place d'outils de repérage dans un service d'urgence ou d'hospitalisation traditionnelle paraît envisageable pour permettre l'identification en routine des patients en situation de précarité. Ce repérage systématique pourrait permettre la proposition d'un bilan social approfondi et une adaptation des stratégies de soins à ces patients vulnérables. La coopération avec l'ensemble des services sociaux pourrait être de meilleure qualité et permettrait un suivi médical renforcé. Le développement de nouveaux soins de santé au sein des hôpitaux a souvent été évoqué. La prévention et la promotion de la santé adaptées aux publics les plus précaires et vulnérables semblent devoir être renforcées dans l'offre de soins hospitalière (8), (29), (30).

4.7 : Renforcer l'information sur la prise en charge des brûlures et prévention

On remarque que tous ne connaissent pas nécessairement la prise en charge immédiate d'une brûlure, en attendant un traitement médical. Or ces premiers soins permettent de limiter la gravité, faciliter la cicatrisation et peuvent être primordiaux pour la suite. Des campagnes d'information pourraient être développées par les pouvoirs publics ou les organismes de soins, notamment à l'école, et dans les lieux publics, et prioritairement ceux que côtoient les populations précaires.

On rappelle que le geste d'urgence de premiers secours en cas de brûlures est l'utilisation d'eau courante pour refroidir immédiatement la brûlure, et ce pendant au moins 20 minutes. Il faut également extraire la victime de la source de chaleur. Effectivement, au-delà de 30 minutes, il est déjà trop tard pour refroidir la brûlure avec efficacité. L'application d'un pansement gras est la solution la plus simple en attendant un avis médical.

La prévention passe également par des mesures simples pour prévenir les incendies. Un environnement dégagé pour une évacuation facilitée, ne pas conserver des produits inflammables inutilisés, tenir les allumettes et les briquets hors de portée des enfants, faire ramoner la cheminée une fois par an pour prévenir des feu de cheminée, ainsi que faire vérifier le réseau électrique de chaque habitation par un spécialiste ou organisme de contrôle...

D'autres conseils sont d'ailleurs disponibles sur :

<http://www.brulures.be/index.php/premiers-soins/fr/>

<http://www.firstalert.eu/fr/vos-liens-utiles/association-des-br-l-s-de-france-abf>

<http://www.assocbrules-france.org/>

CONCLUSION

Ces différents résultats sont difficilement comparables avec les données de la littérature, car il n'existe pas d'étude similaire que ce soit au niveau de services d'urgences ou même dans la population générale, très probablement par l'absence d'outil de mesure de précarité pertinent.

Cependant, notre étude établit un lien entre précarité et brûlure. Les brûlures les plus graves sont majoritairement représentées dans la population précaire. Nous avons pu également identifier des facteurs aggravants tels que le tabac, la précarité de l'emploi, l'éducation, le trop grand délai avant consultation et une prise en charge immédiate non adaptée. L'ensemble de ces facteurs est surreprésenté dans la population précaire.

La précarité est un phénomène de masse qui concerne aujourd'hui 20 à 25% de la population résidante en France et la crise économique que nous traversons actuellement pourrait bien faire encore augmenter ces chiffres. La répercussion sanitaire de cette précarité grandissante fait de celle-ci un objectif majeur de la politique de santé actuelle. La précarité agit comme un déterminant péjoratif de l'état de santé.

On renforce ici l'importance de cibler les personnes en difficulté d'accès à la protection sociale et aux soins, pour leur permettre d'acquérir une couverture maladie et de simplifier leurs démarches. De la même manière, il est indispensable de renforcer la formation des professionnels de santé, en particulier les médecins généralistes qui occupent une place stratégique, afin de dépister plus facilement et de mieux orienter les personnes en situation de précarité. Il faut apprendre à modifier notre mode d'approche pour aider à placer nos interventions dans le contexte psycho-social et culturel des patients.

Une reconnaissance précoce des populations socialement et/ou médicalement fragilisées permettrait d'initier rapidement un programme spécifique et adapté de prise en charge et une surveillance plus attentive. L'objectif serait, à terme, d'améliorer les résultats de leur prise en charge. Cette reconnaissance est un processus complexe car elle résulte de nombreux facteurs sociaux et économiques. Dans une optique d'amélioration des pratiques médicales, nous pourrions faire évoluer les politiques de santé d'un modèle d'égalité, chaque personne ayant le même droit aux interventions, vers un modèle d'équité, les interventions étant dirigées prioritairement vers les plus défavorisées.

BIBLIOGRAPHIE

1. Villain P. Association des brûlés de France [Internet]. Disponible sur: <http://www.assocbrules-france.org/>
2. Boccara DJ, Chaouat M. Evaluation clinique, photographie, et évolutivité de la profondeur des brûlures : à propos de 1002 cas. [Paris]: Faculté de Médecine, Université Paris 7; 2008.
3. Ramentol M. Complications diabétiques : Intérêt du dépistage des populations précaires par le score EPICES. [Clermont-Ferrand]: Faculté de Médecine, Université de Clermont-Ferrand 1; 2008.
4. Wresinski J. Grande pauvreté et précarité économique et sociale. J Off Répub Fr Ed.1987 Février ; 6,104p.
5. Sass C, et al. Comparaison du score individuel de précarité des Centres d'examens de santé, EPICES, à la définition socio administratives de la précarité. Santé Publique. 18(4):513- 22.
6. Rainhorn J-D, Gremy F. La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé. Paris: Ministère de l'emploi et de la solidarité, Secrétariat d'Etat à la santé, Haut comité de la santé publique; 1998.
7. Emmanuelli X. L'exclusion et la pauvreté. Y-a-t-il une clinique de l'exclusion ? Social exclusion and poverty. Is there a semantic of exclusion? Rev Méd Int. 2009;30:206- 7.
8. Del Giudice F. PRECARITE : Etude sur la mise en place du score EPICES en routine aux urgences. [Nice]: Université de Nice Sophia-Antipolis; 2010.
9. Jouvert M. Précarisation, risque et santé. Collection "Questions en santé publique", Paris : Editions de l'INSERM ; 2001.
10. Cambois E. Les personnes en situation sociale difficile et leur santé, Les travaux de l'observatoire; 2004 2003. 101- 26.
11. Pascal J. Élaboration d'un outil de repérage des usagers en situation de vulnérabilité sociale consultant à l'hôpital. Press Med. 2004;33:710- 5.
12. Sass C, et al. Le score EPICES : Un score individuel de précarité. Construction du score et mesure des relations avec des données de santé, dans une population de 197 389 personnes. Bull Epidemiol Hebdo. 14:93- 6.
13. Lombrail P, Pascal J. Inégalités sociales de santé et accès aux soins. Sève. 31- 9.
14. Pascal J, et al. Social vulnerability and unmet preventive care needs in outpatients of two French public hospitals. Eur J Public Health. 19(4):403- 11.
15. Lombrail P, Pascal J, Lang T. Accès aux soins et inégalités sociales de santé : Que sait-on de l'accès secondaire? Santé Société et Solidarité. (2):61- 71.

16. Pascal J, Quélier C, Agard C, N'Guye JM, Lombrail P. Peut-on identifier simplement la précarité sociale parmi les consultants de l'hôpital? *Sci Soc Santé*. 2006;Vol.24(3):33- 58.
17. Trinh-Duc A. Mise en place d'un système de recueil et d'évaluation de l'activité médicosociale des permanences d'accès aux soins de santé (PASS). *Rev Méd Int*. 2005;26:13-9.
18. Maric M, Grégoire E, Leporcher L. La prise en charge des populations dites précaires dans les établissements de soins. DREES, série études et recherches n°81; 2008.
19. Centre Technique d'Appui et de Formation des Centres d'examens de santé C. Le score EPICES : L'indicateur de précarité des centres d'examens de santé de l'assurance maladie. Saint-Etienne: Assurance maladie; 2005.
20. Lecomte T, Mizrahi A. Précarité sociale : Cumul des risques sociaux et médicaux. Enquête sur la santé et les soins médicaux. Paris; 1996.
21. Surault P. La détermination des inégalités sociales de santé. *Revue du praticien*. 54(20):2233- 40.
22. Sass C, et al. La fragilité sociale : Un déterminant majeur des inégalités de santé. *Prat Organ Soins*. 38(2):139- 46.
23. Comment identifier des nouvelles formes de précarité ? « ciblage des populations en situation de précarité » par les centres d'examens de santé. Rapport d'étude Cetaf.2007.
24. Kramer C, Gibran N, Heimbach D, et al. Assault and substance abuse characterize burn injuries in homeless patient. *J Burn Care Res*. 29(3):461- 7.
25. Kowal-Vern A, Latenser B. Demographics of the homeless in an urban burn unit. *J Burn Care Res*. 28(1):105- 10.
26. Caille J-P, Rosenwald F. Les inégalités de réussite à l'école élémentaire : construction et évolution, France, portrait social INSEE, Editeur. 2006; Paris.
27. Houssin D, Evin C, Couty E. Santé, éthique et argent : les enjeux éthiques de la contrainte budgétaire sur les dépenses de santé en milieu hospitalier. *Les Cahiers du Comité Consultatif National d'Ethique pour les Sciences de la Vie et de la Santé*. 2008 Janvier-Mars;54:1- 33.
28. Belin S, Debout M. Utilisation du score EPICES pour évaluer la précarité des victimes de violences volontaires. Saint-Etienne; 2007.
29. Lebas J. A l'épreuve de la précarité : une certaine idée de l'hôpital. *La documentation Française*, nov 1997,30p.
30. Skillman J, Thangaraj R, Nightingale P, Chester D. Epidemiology of plastic surgery trauma in people with associated drug and alcohol dependance : Developing guidelines for optimal treatment. *Eur J Plast Surg*. 34(3):179- 85.
31. Loi n°98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions. Article 76.

32. Cares C. et Lagarde P., « Activité et pauvreté, une tranche de vie des personnes de 17 à 59 ans », INSEE-Première, n°450, mars 1996.
33. Castel R., Fitoussi J.-P., Freyssinet J. et Guaino H., Chômage : le cas français, Commissariat général du Plan, mai 1997.

ANNEXES

ANNEXE N° 1

FICHE SOCIALE S.A.U. – Centre Hospitalier

<i>Couverture sociale</i>	Oui	Non
Titre de séjour		☐ 3
Réfugié		☐ 3
Visa de tourisme		☐ 3
Sans papiers		☐ 3
En attente		☐ 2
<i>Domicile Personnel</i>	Oui	Non
Hébergement (dont Hôtel)		☐ 1
Sans domicile		☐ 2
<i>Emploi</i>	Oui	Non
Chômage indemnisé (ASSEDIC)		☐ 0,5
Chômage non indemnisé ou sans ressources		☐ 2
RMI/RSA		☐ 0,5
Autres Ressources Sociales Alloc adulte handicapé Invalidité Alloc parent isolé		☐ 0,5
<i>Problématique médicale ou sociale à prendre ne compte</i>	Oui	Non
Couverture sociale sans mutuelle		☐ 1
Violences intra familiales		☐ 3
TS adultes		☐ 1
TS adolescent		☐ 2
Autres pathologies psychologiques ou psychiatriques		☐ à cocher
Addictions (Alcool)		☐ à cocher
<i>Difficultés sociales</i>	Oui	Non
Endettement		☐ 2
Logement précaire		☐ 2
Isolement		☐ 2
Maintient à domicile difficile		☐ 2

Conduite à tenir

Score > ou = 3	Appel rapide travailleur social
Score entre 2 et 3	Appel par soignant pour prise de RDV
Score entre 1 et 2	RDV à prévoir

ANNEXE N°2

Caractéristiques de vulnérabilité sociales explorées par auto-questionnaire au CHU Nantes

1. Avez-vous la CMU (couverture maladie universelle), la CMU complémentaire ou l'aide médicale d'état (AME hospitalière ou totale) ?	Oui	Non
2. Avez-vous une Mutuelle santé ou Assurance maladie complémentaire ?	Oui	Non
3. Avez-vous du mal à payer vos médicaments ou vos examens médicaux ?	Oui	Non
4. Recevez-vous une des ces allocations : le RMI, l'AAH (allocation adulte handicapé), l'API (allocation parents isolé), l'ASS (allocation solidarité spécifique), l'AI (allocation d'insertion), l'allocation de veuvage, le minimum vieillesse ou l'allocation supplémentaire de vieillesse ?	Oui	Non
5. Etes-vous à la recherche d'un emploi depuis plus de 6mois ou d'un premier emploi ?	Oui	Non

Pour être considéré dans une situation de vulnérabilité sociale, il faut être concerné par au moins 1 de ces 5 critères : 1 ou 4 ou 2+3 ou 2+5 ou 3+5

ANNEXE N°3

Calcul du score EPICES

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

Calcul du score : chaque coefficient est additionné à la constante 75,14 quand la réponse est oui. Il a été observé que des valeurs de score supérieures à 30,2 est associé à des risques élevés de mode de vie péjoratifs et de mauvaise santé. En conséquence, la valeur 30,2 est généralement utilisée comme seuil de précarité EPICES.

SERMENT MEDICAL

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses : que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

Existe-t-il une association entre brûlure et précarité ?

RESUME

Nous avons mené une enquête prospective sur des consultants adultes pour brûlures (service des urgences adultes et service des brûlés du CHU de Nantes). Et recueilli les données socio-économiques et les caractéristiques du type de lésions, en vue d'analyser la relation entre brûlés et précarité. L'étude s'étendait sur une période allant de janvier 2012 à octobre 2012. Nous avons construit notre propre outil de repérage des populations en situation de précarité, sous forme de questionnaire, dont 111 ont été recueillis. En utilisant le score EPICES, 53 personnes sont déterminées comme précaires. Les résultats montrent que les brûlures les plus graves sont majoritairement représentées dans la population précaire. Nous avons pu également identifier des facteurs aggravants dont le principal est le tabac. Une reconnaissance précoce des populations socialement et/ou médicalement fragilisées permettrait d'initier rapidement un programme spécifique et adapté de prise en charge et une surveillance plus attentive.

MOTS-CLES

Brûlures ; Précarité