

Situations de précarité, santé perçue et troubles anxiodépressifs : une étude dans 12 centres d'examens de santé

Deprivation, self-perceived health and anxiodepressive disorders: a study from 12 health examination centers

Royer B¹, Gusto G², Vol S³, D'Hour A⁴, Arondel D⁵, Tichet J⁶, Lantieri O⁷

Résumé

Objectif : L'association entre situations de précarité et dégradation de l'état de santé est largement admise et des liens ont été décrits pour la morbi-mortalité ou les comportements à risque. Dans ce contexte, notre étude visait à rechercher un lien entre les situations de précarité, la qualité de vie ressentie et l'existence de troubles anxiodépressifs.

Méthodes : L'étude a été menée auprès de consultants de centres d'examens de santé du centre-ouest de la France, en juin-juillet 2000. L'auto-questionnaire utilisé comportait des échelles validées (score de précarité EPICES, profil de santé de Duke, test *Hospital anxiety and depression scale* (HAD)) et le recueil de la consommation de médicaments psychotropes.

Résultats : L'étude a porté sur 6211 personnes qui ont accepté de participer. La moyenne de toutes les dimensions du profil de santé de Duke baissait significativement avec la hausse du niveau de précarité. De même, les pourcentages d'anxieux et de dépressifs selon le test HAD augmentaient en fonction du degré de précarité. Par ailleurs, la consommation de médicaments psychotropes était plus fréquente chez les personnes les plus précaires. La comparaison de cette consommation médicamenteuse et des résultats du test HAD interrogeait sur l'adéquation du repérage et de la prise en charge, en particulier chez les plus précaires.

Conclusion : Les personnes en situation de précarité sont une cible prioritaire des centres d'examens de santé. Lors de la venue de ces personnes, le repérage des troubles psychiques à l'aide d'échelles validées est nécessaire afin de leur proposer une prise en charge adaptée.

Prat Organ Soins. 2010;41(4):313-321

Mots-clés : Précarité ; santé perçue ; anxiété ; dépression ; médicaments psychotropes ; EPICES ; test HAD ; profil de Duke ; centres d'examens de santé.

Summary

Aim: The association between deprivation and degraded health is well documented as well as the links between morbi-mortality and risk behaviours. We examine the associations between deprivation, self-perceived health and anxiodepressive disorders.

Methods: The study population is consultants from health examination centers in Central Western France. Each participant completed a self administered questionnaire including three validated scales (EPICES deprivation scale, Duke health profile and Hospital Anxiety and Depression (HAD) scale). All psychoactive drugs were recorded.

Results: We have studied 6,211 volunteers. The mean values of all 10 dimensions of the Duke health profile decreased significantly with an increasing level of deprivation. Anxiety and depression, measured with the HAD scale, increased with deprivation level. Psychoactive drugs consumption was highest in the most deprived. The inadequacy of detection and care was seen in the most deprived from the comparison between psychoactive drug consumption and HAD scale results.

Conclusion: The deprived are a priority population for health examination centers. Detecting psychological disorders with validated questionnaires is necessary, in order to propose appropriate health care.

Prat Organ Soins. 2010;41(4):313-321

Keywords: Deprivation; self rated health; anxiety; depression; psychotropic drugs; EPICES; HAD test; Duke health profile; health examination centres.

¹ Médecin, Institut interrégional pour la santé (IRSA).

² Épidémiologiste, Institut interrégional pour la santé (IRSA).

³ Épidémiologiste, Institut interrégional pour la santé (IRSA).

⁴ Médecin, Institut interrégional pour la santé (IRSA).

⁵ Médecin-chef, Centre d'examens de santé de la Caisse primaire d'assurance maladie d'Eure-et-Loir.

⁶ Médecin-directeur, Institut interrégional pour la santé (IRSA).

⁷ Médecin-directeur, Institut interrégional pour la santé (IRSA).

INTRODUCTION

De nombreux déterminants [1, 2] ont été décrits comme étant à l'origine des processus de précarisation ou y participant : événements ou situations familiales (décès, séparation, parent isolé), conditions de vie (chômage, logement précaire, faibles revenus, etc.), état de santé altéré.

Le cumul de ces éléments renforce le niveau de précarité et favorise le glissement vers des situations durables et dramatiques (grande pauvreté) [3, 4]. Chaque situation de précarité apparaît ainsi comme le résultat d'une trajectoire personnelle dans un environnement familial et social.

L'altération de l'état de santé peut être un facteur déclenchant d'une situation de précarité par différents mécanismes [1, 2] : perte de revenus ou de ressources liée à une impossibilité ou une moindre capacité à travailler, isolement social en rapport avec un état physique ou rejet social lié à la maladie.

A contrario, les situations de précarité favorisent la survenue de problèmes de santé :

- modes de vie et comportements à risque : déséquilibres alimentaires, toxicomanies, instabilité du logement, violence ou maltraitance ;
- mauvaise capacité à prendre en charge la maladie, à considérer la santé comme prioritaire ;
- difficultés d'accès aux soins pour des raisons financières ou socioculturelles, recours aux soins retardés ou inadaptés.

L'association réciproque entre situations de précarité et état de santé dégradé est largement admise [5] et cette liaison est retrouvée pour la mortalité [6], avec un excès de décès à âge égal, la morbidité (diabète [7], maladies cardiovasculaires [8], infection par le VIH [9], tuberculose [10], etc.) ou les comportements à risque (alcool et tabac [11], toxicomanies illicites).

S'inscrivant dans cette perspective, cette étude a pour objectif de rechercher un lien entre situations de précarité, qualité de vie ressentie et existence de troubles anxiodépressifs, à l'aide d'échelles validées.

MÉTHODES

1. Population d'étude

L'étude a été menée parmi les consultants de 12 centres d'examens de santé (CES) des régions Centre, Pays de la Loire, Basse-Normandie et Haute-Normandie, en juin et juillet 2000.

La population était constituée de 6 317 consultants, 2 900 hommes et 3 417 femmes, âgés de 16 à 65 ans, assurés et ayants-droit du régime général de la sécurité sociale, ayant bénéficié d'un examen périodique de santé et volontaires pour l'étude.

Les procédures standardisées utilisées étaient décrites dans un document de présentation remis à chaque consultant : participation volontaire, remplissage d'un auto-questionnaire avec proposition d'aide en cas de difficultés de compréhension des questions, anonymat des réponses.

Les données recueillies par auto-questionnaire comportaient des éléments sociodémographiques (âge, sexe, catégorie socio-professionnelle), des questions permettant l'évaluation de la précarité, de la qualité de vie, de la santé ressentie, du niveau d'anxiété et de dépression et le recueil de la consommation de médicaments psychotropes.

2. Précarité

Le score EPICES, utilisé pour apprécier le niveau de précarité, a été créé dans le réseau des CES en 1998 [12]. Il a été construit à partir d'un questionnaire de 42 questions explorant les dimensions reconnues comme éléments constitutifs des phénomènes de précarité : sexe, âge, nationalité, diplômes, situation professionnelle, composition du ménage, logement, protection sociale, santé ressentie, revenus, difficultés financières, insertion sociale, recours aux soins, événements graves vécus avant 18 ans.

Après une analyse factorielle de correspondance et une analyse de régression multiple, 11 questions binaires pondérées ont été retenues. Elles permettent de calculer un score de précarité variant de 0 (absence de précarité) à 100 (précarité extrême).

3. Qualité de vie et santé ressentie

La qualité de vie a été appréciée par le profil de santé de Duke [13]. C'est un auto-questionnaire de 17 questions mesurant cinq dimensions indépendantes de la santé (physique, mentale, sociale, perçue et estime de soi), un score de santé général et quatre dysfonctions (anxiété, dépression, douleur et incapacité). Chacun de ces éléments varie sur une échelle de 0 (bonne santé ressentie) à 100 (mauvaise santé ressentie).

Ce questionnaire a été traduit et validé dans sa version française [14]. Il est entre autres utilisé dans les Baromètres santé [15] élaborés périodiquement par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES).

La santé ressentie a été mesurée par une note de 0 à 10, auto-attribuée par chaque personne, en réponse à la question : « Compte tenu de votre âge, veuillez indiquer par une note comprise entre 0 et 10 votre état de santé tel que vous le ressentez ». Cette donnée est recueillie systématiquement lors des examens périodiques de santé.

4. Anxiété et dépression

Les niveaux d'anxiété et de dépression ont été évalués par le test HAD (*Hospital anxiety and depression scale*) [16, 17]. C'est un auto-questionnaire de 14 questions dont 7 mesurent le niveau d'anxiété et 7 le niveau de dépression, chacun variant de 0 à 21. Pour cette étude, des scores d'anxiété supérieurs à 12 et de dépression supérieurs à 8 ont été considérés comme respectivement significatifs d'un état anxieux ou dépressif.

La notion de prise actuelle de médicaments psychotropes a été également recueillie lors de l'examen. Les médicaments consommés étaient répartis en anxiolytiques, antidépresseurs ou autres psychotropes selon la classification du dictionnaire Vidal des médicaments.

Les personnes ayant obtenu au test HAD un score d'anxiété > 12 et/ou un score de dépression > 8 et/ou déclarant consommer un médicament psychotrope ont été considérées comme anxiodépressives.

5. Tests statistiques

L'analyse a été faite à l'aide du logiciel NCSS (*Number cruncher statistical systems 2000*) en séparant les sexes. Les valeurs sont exprimées en moyenne (écart-type) ou en pourcentage. Les comparaisons simples de moyennes ou de pourcentages entre sexes ont été faites respectivement par les tests de Kruskal-Wallis ou du khi².

Cinq groupes correspondant à chaque quintile de la distribution du score EPICES ont été constitués. Le quintile 1 (Q1) regroupe les 20 % de sujets ayant les scores les plus bas (faible précarité) et le quintile 5 (Q5), les 20 % de sujets ayant les scores les plus élevés (forte précarité). Les comparaisons de variables entre les cinq groupes ont été faites par la méthode GLM ANOVA pour les variables continues et par le test du khi² pour les variables discrètes. Un test de tendance a été utilisé pour mettre en évidence une possible tendance linéaire entre les cinq groupes. L'ajustement sur l'âge a été fait par régression logistique (variables discrètes) ou GLM ANOVA (variables continues). Les tests ont été jugés significatifs pour une probabilité < 5 %.

RÉSULTATS

1. Description de la population (tableau I)

Parmi les consultants venus dans les CES pour un examen périodique de santé, 97 % ont accepté de participer à cette étude. Les 106 questionnaires comportant des non-réponses ne permettant pas de calculer le score EPICES ont été retirés de l'analyse.

La population étudiée comportait 2859 hommes (âge moyen : 42,9 ans) et 3352 femmes (âge moyen : 40,8 ans).

Les hommes étaient plus souvent ouvriers (27,2 % vs 9,8 %) ou cadres (9,5 % vs 3,2 %), les femmes plus souvent employées (27,2 % vs 9,9 %), étudiantes (13,1 % vs 8,4 %), sans activité professionnelle (9,6 % vs 2,8 %) ou chômeuses (15,0 % vs 12,1 %).

La précarité était plus élevée pour les femmes : la moyenne du score EPICES était de 22,7 (21,3) pour les hommes et de 25,2 (21,6) pour les femmes.

Les scores moyens du profil de Duke évoquaient un niveau de santé plus élevé chez les hommes que chez les femmes pour les différentes dimensions de la santé, en particulier santé physique, santé psychique et santé perçue, et plus faible pour toutes les dysfonctions, en particulier anxiété et dépression.

La note de santé ressentie était plus élevée chez les hommes que chez les femmes (7,4 vs 7,2).

Au test HAD, 6,0 % des hommes et 15,7 % des femmes présentaient un état anxieux et 6,9 % des hommes et 8,6 % des femmes un état dépressif.

La prise de médicaments psychotropes était plus fréquente chez les femmes (14,1 % vs 9,5 %).

Enfin, 27,2 % des femmes et 16,9 % des hommes étaient anxiodépressifs, c'est-à-dire présentant un score d'anxiété > 12 et/ou un score de dépression > 8 et/ou déclarant consommer un médicament psychotrope.

2. Relations entre le niveau de précarité, le profil de Duke et la note de santé ressentie (tableaux II et III, figure 1)

Les résultats de la recherche indiquaient que les différents niveaux de santé baissaient quand la précarité augmentait. En effet, après ajustement sur l'âge, chez les hommes, la moyenne de toutes les dimensions de la santé diminuait significativement du 1^{er} au 5^e quintile du score EPICES, cette baisse étant plus accentuée pour les quintiles 3, 4 et 5 (pour des raisons de

Tableau I
Description de la population de l'étude (Centres d'exams de santé du centre-ouest de la France).
Les valeurs sont données en moyenne (écart-type) ou en pourcentage.

	Hommes N = 2 859 46 %	Femmes N = 3 352 54 %	p ^a
Âge (ans)	42,9 (12,8)	40,8 (13,2)	< 0,00001
<i>Professions et catégories socioprofessionnelles</i>			
Artisans commerçants	1,2 %	0,1 %	
Cadres	9,5 %	3,2 %	
Professions intermédiaires	16,4 %	13,9 %	
Employés	9,9 %	27,2 %	
Ouvriers	27,2 %	9,8 %	< 0,00001
Étudiants	8,4 %	13,1 %	
Retraités	12,5 %	8,1 %	
Autres sans activité professionnelle	2,8 %	9,6 %	
Chômeurs	12,1 %	15,0 %	
<i>Test de Duke</i>			
Dimensions de la santé			
Santé générale	73,1 (15,3)	66,1 (13,4)	< 0,00001
Santé perçue	72,4 (31,7)	69,0 (32,5)	0,00002
Santé physique	76,4 (20,3)	67,3 (22,0)	< 0,00001
Santé psychologique	75,0 (20,7)	65,0 (22,9)	< 0,00001
Santé sociale	67,7 (18,5)	65,6 (18,9)	0,00009
Estime de soi	76,3 (19,0)	69,7 (20,6)	< 0,00001
Dysfonctions			
Anxiété	28,1 (19,2)	35,5 (20,1)	< 0,00001
Dépression	23,6 (20,9)	33,6 (23,1)	< 0,00001
Douleur	33,8 (32,8)	38,7 (34,3)	< 0,00001
Incapacité ^b			
Aucune	95,5 %	94,8 %	
1-4 jours	2,3 %	2,8 %	0,38
5-7 jours	2,2 %	2,3 %	
Santé ressentie ^c	7,4 (1,6)	7,2 (1,7)	0,004
<i>Test Hospital anxiety and depression scale (HAD)</i>			
Anxiété > 12	6,0 %	15,7 %	< 0,00001
Dépression > 8	6,9 %	8,6 %	0,01
Score EPICES ^d	22,7 (21,3)	25,2 (21,6)	< 0,00001
Psychotropes			
Anxiolytiques	9,5 %	14,1 %	< 0,00001
Antidépresseurs	6,0 %	9,5 %	< 0,00001
Autres psychotropes	2,9 %	6,3 %	< 0,00001
	4,2 %	4,7 %	0,33
Anxiodépressifs ^e	16,9 %	27,2 %	< 0,00001

^a Test du chi-deux ou de Kruskal-Wallis.

^b Distribution non normale.

^c Note de 0 à 10.

^d Score de précarité calculé à partir de données socio-économiques, varie de 0 à 100.

^e Anxiété > 12 et/ou dépression > 8 et/ou prise de psychotropes.

Tableau II
 Comparaison des composantes du profil de santé et des consommations de psychotropes
 en fonction des quintiles du score EPICES^a (hommes) (Centres d'examen de santé du centre-ouest de la France).
 Les valeurs sont exprimées en moyenne (écart-type) ou pourcentage.

	Quintiles ^b du score EPICES					p ^c	p ^d tendance
	Q1 N = 658	Q2 N = 627	Q3 N = 529	Q4 N = 520	Q5 N = 525		
Âge (ans)	47,3 (9,3)	45,9 (11,7)	40,7 (13,7)	40,7 (14,6)	38,3 (12,8)	< 0,00001	< 0,00001
<i>Test de Duke</i>							
<i>Dimensions de la santé</i>							
Santé générale	78,8 (12,3)	76,4 (12,7)	74,6 (13,3)	71,4 (16,1)	61,8 (16,9)	< 0,00001	< 0,00001
Santé perçue	77,8 (27,8)	74,3 (30,0)	73,6 (30,5)	72,0 (32,0)	62,7 (37,0)	< 0,00001	< 0,00001
Santé physique	81,7 (16,2)	79,4 (17,5)	78,5 (18,1)	74,5 (21,7)	65,7 (24,6)	< 0,00001	< 0,00001
Santé psychologique	80,8 (16,5)	79,0 (17,9)	76,9 (18,7)	72,3 (22,6)	63,3 (23,6)	< 0,00001	< 0,00001
Santé sociale	73,7 (17,1)	70,6 (16,8)	68,5 (17,2)	67,1 (17,9)	56,0 (18,9)	< 0,00001	< 0,00001
Estime de soi	81,6 (16,0)	80,0 (16,4)	76,8 (18,1)	74,8 (19,7)	65,9 (21,4)	< 0,00001	< 0,00001
<i>Dysfonctions</i>							
Anxiété	23,0 (16,7)	24,8 (17,6)	27,1 (17,5)	29,5 (20,0)	38,1 (20,8)	< 0,00001	< 0,00001
Dépression	17,4 (17,4)	19,6 (18,0)	21,5 (18,5)	26,6 (22,2)	35,5 (23,5)	< 0,00001	< 0,00001
Douleur	29,8 (29,4)	32,6 (31,0)	30,7 (31,9)	34,1 (33,4)	43,0 (37,4)	< 0,00001	< 0,00001
<i>Incapacité</i>							
Aucune	97,3 %	96,3 %	96,4 %	94,4 %	92,5 %		
1-4 jours	2,0 %	1,8 %	1,5 %	2,5 %	4,0 %	0,005	–
5-7 jours	0,8 %	1,9 %	2,1 %	3,1 %	3,4 %		
Santé ressentie ^e	7,6 (1,5)	7,6 (1,4)	7,5 (1,5)	7,3 (1,7)	6,7 (1,9)	< 0,00001	< 0,00001
<i>Test Hospital anxiety and depression scale (HAD)</i>							
Anxiété > 12	2,1 %	3,0 %	4,3 %	7,3 %	14,7 %	< 0,00001	< 0,00001
Dépression > 8	2,3 %	2,7 %	4,5 %	8,1 %	19,0 %	< 0,00001	< 0,00001
<i>Psychotropes</i>							
Anxiolytiques	4,0 %	4,4 %	5,0 %	6,4 %	11,2 %	< 0,00001	< 0,00001
Antidépresseurs	1,8 %	1,3 %	1,7 %	4,9 %	5,4 %	< 0,00001	< 0,00001
Autres psychotropes	2,6 %	2,3 %	2,7 %	4,3 %	10,0 %	< 0,00001	< 0,00001
Anxiodépresseurs ^f	10,0 %	9,8 %	13,9 %	19,5 %	34,4 %	< 0,00001	< 0,00001

^a Score de précarité calculé à partir de données socio-économiques, varie de 0 à 100.

^b Quintiles du score EPICES Q1 : [0 ; 6,51] Q2 : [6,51 ; 14,2] Q3 : [14,2 ; 23,66] Q4 : [23,66 ; 40,24] Q5 : [40,24 ; 100].

^c GLM ANOVA ou test du chi-deux (seuil de signification : 5 %).

^d Test d'Armitage (seuil de signification : 5 %).

^e Note de 0 à 10.

^f Anxiété > 12 et/ou dépression > 8 et/ou prise de psychotropes.

lisibilité, les courbes étant très proches les unes des autres, seule la santé générale est représentée sur la figure 1).

Les scores d'anxiété, de dépression et de douleur du profil de Duke, augmentaient significativement au cours de l'accroissement de la précarité de Q1 à Q5. Cette hausse était accentuée pour Q4 et Q5.

Chez les femmes, la moyenne de toutes les dimensions de la santé diminuait également significativement avec

l'accroissement de la précarité du 1^{er} au 5^e quintile du score EPICES. Cette baisse s'effectuait de façon parallèle à celle constatée chez les hommes avec un niveau inférieur de cinq à dix points sauf pour la santé sociale. L'accroissement de la baisse pour Q3, Q4 et Q5 était moins nette que chez les hommes.

Les scores d'anxiété, de dépression et de douleur augmentaient significativement de Q1 à Q5, comme chez les hommes mais à des niveaux plus élevés avec accentuation pour les quintiles 4 et 5.

Tableau III
 Comparaison des composantes du profil de santé et des consommations de psychotropes
 en fonction des quintiles du score EPICES^a (femmes) (Centres d'exams de santé du centre-ouest de la France).
 Les valeurs sont exprimées en moyenne (écart-type) ou pourcentage.

	Quintiles ^b du score EPICES					p ^c	p ^d tendance
	Q1 N = 658	Q2 N = 599	Q3 N = 710	Q4 N = 670	Q5 N = 715		
Âge (ans)	46,3 (9,2)	43,6 (11,9)	39,4 (14,1)	38,7 (14,4)	36,6 (13,1)	< 0,00001	< 0,00001
<i>Test de Duke</i>							
<i>Dimensions de la santé</i>							
Santé générale	72,4 (13,8)	71,1 (14,1)	68,2 (14,8)	63,3 (16,4)	56,5 (17,2)	< 0,00001	< 0,00001
Santé perçue	73,7 (28,8)	72,8 (31,0)	70,1 (32,5)	67,5 (33,2)	61,6 (35,0)	< 0,00001	< 0,00001
Santé physique	72,8 (18,5)	72,5 (19,8)	69,7 (19,9)	65,1 (23,1)	57,3 (24,1)	< 0,00001	< 0,00001
Santé psychologique	71,9 (20,2)	70,6 (19,8)	66,9 (22,0)	61,9 (23,5)	55,1 (24,3)	< 0,00001	< 0,00001
Santé sociale	72,5 (16,4)	69,9 (17,5)	67,5 (17,8)	62,5 (18,8)	56,6 (19,6)	< 0,00001	< 0,00001
Estime de soi	74,5 (18,5)	74,2 (18,3)	71,1 (19,0)	67,7 (21,5)	61,7 (22,1)	< 0,00001	< 0,00001
<i>Dysfonctions</i>							
Anxiété	30,4 (18,1)	31,1 (17,8)	33,8 (19,0)	38,2 (20,9)	43,3 (21,3)	< 0,00001	< 0,00001
Dépression	26,4 (19,8)	28,0 (20,3)	31,3 (22,0)	36,7 (23,1)	44,0 (24,9)	< 0,00001	< 0,00001
Douleur	34,2 (31,5)	35,0 (32,8)	36,7 (32,5)	41,2 (35,7)	45,8 (37,2)	< 0,00001	< 0,00001
<i>Incapacité</i>							
Aucune	97,3 %	96,6 %	95,3 %	94,1 %	91,2 %		
1-4 jours	1,5 %	2,0 %	2,4 %	2,9 %	5,2 %	0,00004	–
5-7 jours	1,2 %	1,3 %	2,3 %	3,0 %	3,7 %		
Santé ressentie ^e	7,5 (1,5)	7,6 (1,5)	7,5 (1,6)	7,1 (1,7)	6,7 (1,9)	< 0,00001	< 0,00001
<i>Test Hospital anxiety and depression scale (HAD)</i>							
Anxiété > 12	9,0 %	10,2 %	14,6 %	17,9 %	25,5 %	< 0,00001	< 0,00001
Dépression > 8	2,9 %	4,3 %	6,9 %	10,4 %	17,3 %	< 0,00001	< 0,00001
<i>Psychotropes</i>							
Anxiolytiques	6,4 %	5,8 %	8,1 %	10,9 %	15,6 %	< 0,00001	< 0,00001
Antidépresseurs	4,6 %	4,1 %	5,5 %	7,4 %	9,4 %	0,0003	0,00001
Autres psychotropes	1,8 %	4,4 %	4,3 %	4,7 %	8,2 %	< 0,00001	< 0,00001
Anxiodépressifs ^f	17,7 %	19,2 %	24,4 %	31,4 %	41,7 %	< 0,00001	< 0,00001

^a Score de précarité calculé à partir de données socio-économiques, varie de 0 à 100.

^b Quintiles du score EPICES Q1 : [0 ; 6,51] Q2 : [6,51 ; 14,2] Q3 : [14,2 ; 23,66] Q4 : [23,66 ; 40,24] Q5 : [40,24 ; 100].

^c GLM ANOVA ou test du chi-deux (seuil de signification : 5 %).

^d Test d'Armitage (seuil de signification : 5 %).

^e Note de 0 à 10.

^f Anxiété > 12 et/ou dépression > 8 et/ou prise de psychotropes.

La note de santé ressentie baissait significativement de Q1 à Q5. Cette baisse portait sur le 5^e quintile chez les hommes, sur les 4^e et 5^e quintiles chez les femmes.

3. Relations entre niveau de précarité, test HAD et consommation de psychotropes (tableaux II et III, figures 2, 3 et 4)

Les pourcentages d'anxieux et de dépressifs augmentaient significativement en fonction du niveau de

précarité, aussi bien chez les hommes que chez les femmes. Ces augmentations étaient accentuées sur les quintiles les plus élevés du score EPICES.

L'anxiété était beaucoup plus fréquente chez les femmes, culminant à 25,5 % pour les plus précaires (Q5) vs 14,7 % chez les hommes.

Pour la dépression, l'écart entre hommes et femmes était beaucoup plus faible.

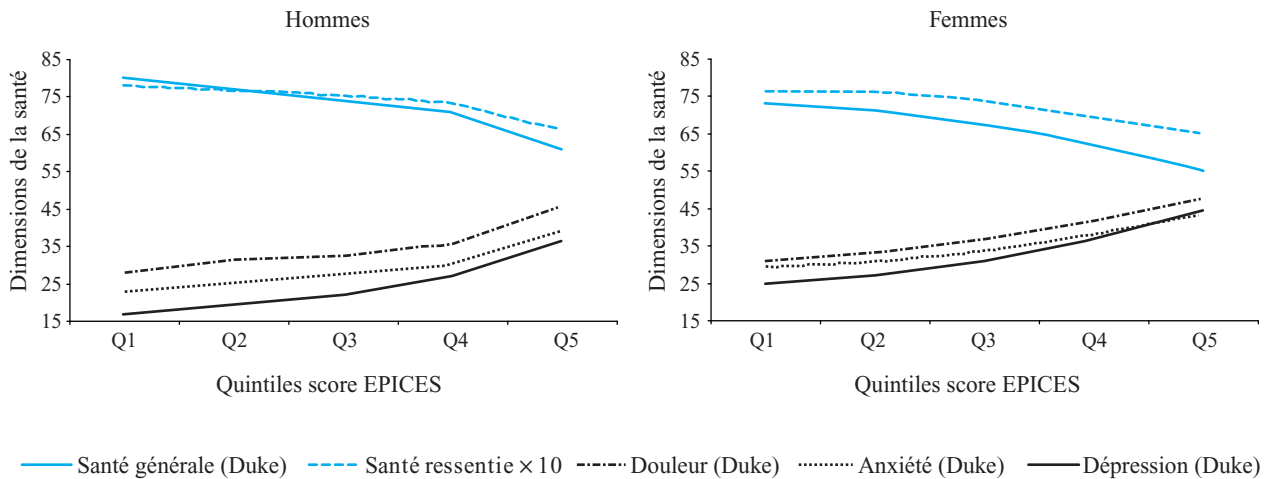


Figure 1. Évolution de la santé générale, des dysfonctions (Duke) et de la santé ressentie en fonction des quintiles du score EPICES et du sexe – ajustement sur l’âge (Centres d’examen de santé du centre-ouest de la France).

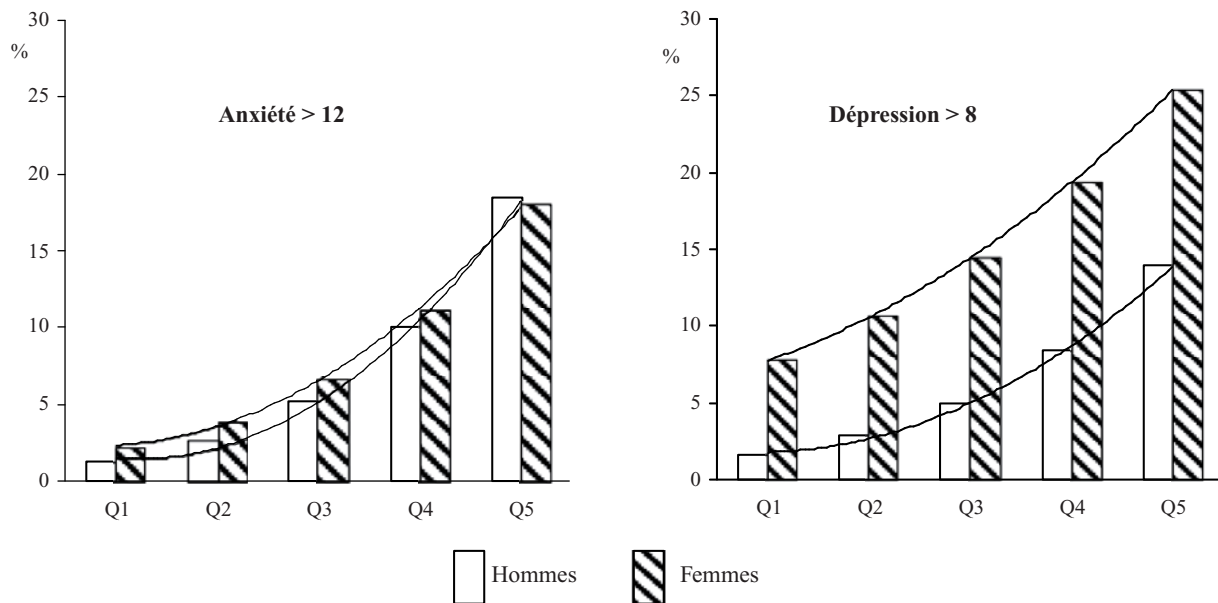


Figure 2. Évolution de l’anxiété et de la dépression (HAD) en fonction des quintiles du score EPICES et du sexe – ajustement sur l’âge (Centres d’examen de santé du centre-ouest de la France).

Après ajustement sur l’âge, les différences restaient significatives.

La consommation de médicaments psychotropes augmentait significativement entre le 1^{er} et le 5^e quintile du score EPICES. Chez les hommes comme chez les femmes, cette augmentation ne portait que sur les deux quintiles les plus élevés.

Les pourcentages d’anxieux et de dépressifs s’élevaient chez les consommateurs de médicaments psychotropes

et chez les non-consommateurs en fonction du niveau de précarité (figure 3). Pour tous les quintiles de précarité, ces pourcentages étaient beaucoup plus élevés chez les consommateurs de médicaments psychotropes.

Le pourcentage d’anxiodépresseurs augmentait significativement avec les quintiles de précarité, dans les deux sexes, jusqu’à 41,7 % pour Q5 chez les femmes et 34,4 % chez les hommes). Après ajustement sur l’âge, cette hausse était progressive de Q1 à Q5 (figure 4).

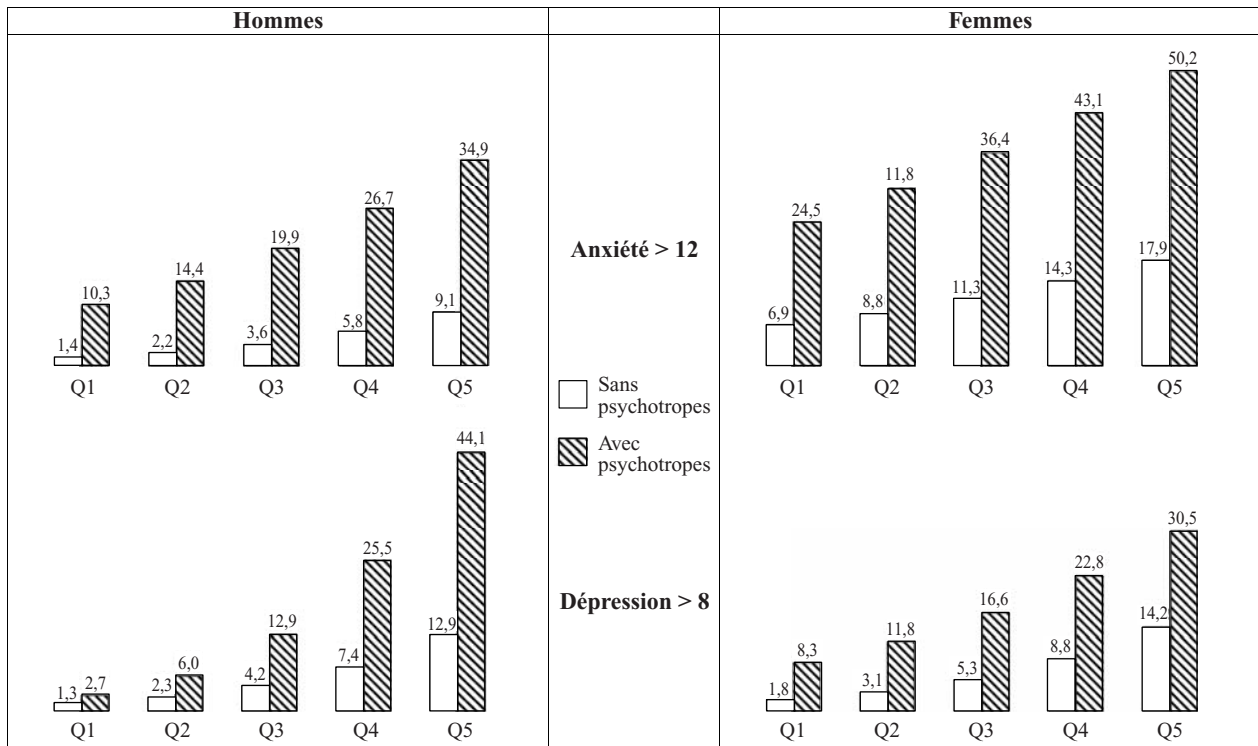


Figure 3. Évolution de l'anxiété et de la dépression (HAD) en fonction des quintiles du score EPICES, du sexe et de la consommation de psychotropes et du sexe – ajustement sur l'âge (Centres d'exams de santé du centre-ouest de la France). Les graphes du haut représentent le pourcentage d'états anxieux chez les consommateurs et non consommateurs de psychotropes en fonction du sexe. Les graphes du bas représentent le pourcentage d'états dépressifs chez les consommateurs et non consommateurs de psychotropes en fonction du sexe.

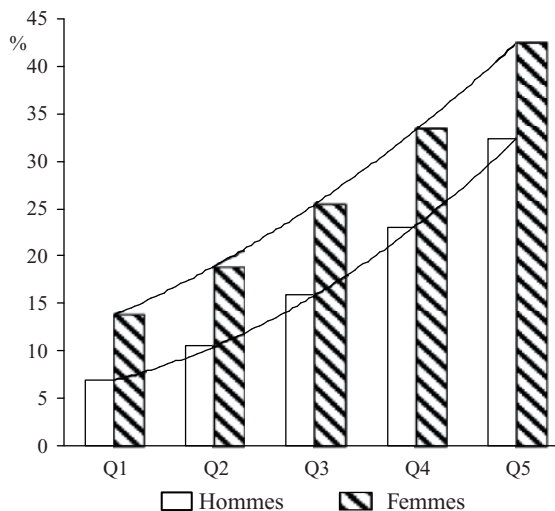


Figure 4. Évolution du pourcentage de sujets anxiodépressifs en fonction des quintiles du score EPICES et du sexe – ajustement sur l'âge (Centres d'exams de santé du centre-ouest de la France).

DISCUSSION

Dans cette étude, le niveau élevé de précarité était fortement lié à une mauvaise qualité de vie ressentie et à la fréquence des troubles anxiodépressifs avec des

relations score-dépendantes en fonction des quintiles du score EPICES.

Nous avons comparé les valeurs des dimensions de la santé du profil de Duke avec celles décrites dans le baromètre santé 2005 de l'INPES [15] : les moyennes des différents scores du baromètre sont très proches des nôtres, le plus souvent supérieures d'un à deux points aussi bien pour les hommes que pour les femmes ; l'écart observé entre hommes et femmes y est retrouvé.

Par ailleurs, les scores de santé des personnes les plus précaires de l'étude (Q4 et Q5 du score EPICES) étaient de même niveau que ceux de malades chroniques ayant participé à l'étude SUVIMAX [14], ce qui confirme s'il en était besoin l'impact sanitaire de la précarité.

Dans notre étude, la progression des pourcentages d'anxiodépressifs avec les quintiles de précarité dans les deux sexes (34 % des hommes et 41 % des femmes pour Q5) témoigne de la puissance de l'association entre symptomatologie psychique et précarité, décrite par de nombreux auteurs [18-20].

La comparaison des scores d'anxiété et de dépression élevés avec les consommations de médicaments psychotropes interroge sur les limites du repérage et de la

prise en charge médicamenteuse de cette souffrance psychologique :

- parmi les personnes les plus précaires (Q5), 20 % consommaient des médicaments psychotropes et la moitié d'entre eux conservait un score élevé d'anxiété ou de dépression : s'agissait-il d'une prise en charge insuffisante ou inadéquate ?
- dans ce même quintile, 12 % des personnes avaient un score élevé d'anxiété ou de dépression et déclaraient ne pas consommer de médicaments psychotropes : de quel repérage ont-elles bénéficié ?

Dans un autre sens, la grande fréquence de l'association entre précarité et anxiété-dépression pose la question de l'intérêt du repérage de la précarité devant un tel tableau clinique : le score EPICES peut permettre la mesure de ce facteur explicatif, à prendre en compte dans la prise en charge.

Les personnes en situation de précarité constituent depuis 1993 une des cibles prioritaires des CES. Ils ont modifié leurs pratiques afin de favoriser l'accès de ces personnes aux examens de santé. Le repérage des troubles psychiques, de la souffrance psychologique jusqu'à la maladie mentale, est nécessaire afin d'adapter la prise en charge dans le parcours de réhabilitation de la santé de ces personnes. L'utilisation de tests validés tels que le HAD est un moyen pour améliorer ce repérage.

Par ailleurs, la (trop ?) fréquente prescription de médicaments psychotropes, si elle est souvent nécessaire, n'est qu'une part de la prise en charge des difficultés psychologiques : l'association d'une écoute individuelle, d'un accompagnement personnalisé et l'intervention conjuguée de professionnels de la santé et du travail social sont indispensables.

RÉFÉRENCES

1. Haut Comité de la santé publique. *Santé et précarité. Actualité et dossier en santé publique*. 1995;(12).
2. Haut Comité de la santé publique. *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*. Paris : le Haut Comité ; 1998.
3. Wrezinski J. *Grande pauvreté et précarité économique et sociale*. Paris : Conseil économique et social ; 1987.
4. Lecomte T, Mizrahi A, Mizrahi A. *Précarité sociale : cumul des risques sociaux et médicaux*. Paris : Centre de recherche, d'études et de documentation en économie de la santé ; 1996.
5. Haut Comité de la santé publique. *La santé en France en 2002*. Paris : le Haut Comité ; 2002.

6. Leclerc A, Grandjean H, Kaminski M, Lang T. *Les inégalités sociales de santé*. Paris : Institut national de la santé et de la recherche médicale-La Découverte ; 2000.

7. Guize L, Jaffiol C, Gueniot M, Bringer J, Giudicelli C, Tramoni M, et al. *Diabète et précarité. Étude d'une vaste population française*. Paris : Académie nationale de médecine ; communication 09/12/2008.

8. La Rosa E, Le Clesiau H, Valensi P. *Metabolic syndrom and psychosocial deprivation. Data collected from a Paris suburb*. *Diabetes Metab*. 2008;34(2):155-61.

9. Joubert M, Chauvin P, Facy F. *Les risques du SIDA et la précarité sociale. Précarisation, risques et santé – Questions en santé publique*. Paris : Institut national de la santé et de la recherche médicale ; 2001.

10. Poinsignon Y, Marjanovic Z, Bordon P, Georges C, Farge D. *Réémergence de la précarité et précarité socio-économique*. *Rev Med interne*. 1998;19:649-57.

11. Dauphinot V, Dupré C, Gueguen R, Naudin F, Moulin JJ. *Réseau des centres d'examens de santé : Géographie de la santé dans les Centres d'examens de santé. Données régionalisées 2004*. Saint-Étienne (France) : Édition Cetaf ; 2006.

12. Sass C, Moulin JJ, Guéguen R, Abric L, Dauphinot V, Dupré C, et al. *Le score EPICES : un score individuel de précarité : construction et évaluation du score dans une population de 197 389 personnes*. *Bull Epidemiol Hebdo*. 2006;(14):93-6.

13. Parkerson G-R, Broadhead W-E, Tse CKJ. *The Duke Health Profile: A 17-item measure of health and dysfunction*. *Med Care*. 1990; 28:1056-72.

14. Guillemain F, Paul-Dauphin A, Virion J-M, Bouchet C, Briançon S. *Le profil de santé de Duke : un instrument générique de mesure de qualité de vie liée à la santé*. *Sante Publique*. 1997;1:35-44.

15. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé : *Baromètre santé*. 2005. *Attitudes et comportements de santé*.

16. Zigmond A-S, Snaith R-P. *The Hospital anxiety and depression scale*. *Acta Psychiatr Scand*. 1983;67:361-70.

17. Lépine JP. *L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie*. Paris : Éditions médicales Pierre Fabre ; 1996.

18. Lazarus A, Strohl H. *Une souffrance qu'on ne peut plus cacher*. Paris : La Documentation française ; 1995.

19. Parquet P. *Souffrance psychique et exclusion sociale*. Paris : Rapport. Secrétariat d'État à la lutte contre la précarité et l'exclusion auprès du Ministre des affaires sociales, du travail et de la solidarité ; septembre 2003.

20. Maisondieu J. *La fabrique des exclus*. Paris : Bayard Éditions ; 1997.