



HAL
open science

Rôle du médecin généraliste dans l'orientation des patients CMU vers les centres d'examens de santé de l'assurance maladie : étude réalisée auprès de médecins généralistes de la communauté urbaine de Bordeaux en 2014

Julie Héraud

► **To cite this version:**

Julie Héraud. Rôle du médecin généraliste dans l'orientation des patients CMU vers les centres d'examens de santé de l'assurance maladie : étude réalisée auprès de médecins généralistes de la communauté urbaine de Bordeaux en 2014. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01110966

HAL Id: dumas-01110966

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01110966>

Submitted on 29 Jan 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Bordeaux

U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2014

N°152

Thèse pour l'obtention du

DIPLOME d'ÉTAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par **Julie HÉRAUD**

Née le 17/03/1985 à Saint-Etienne (Loire)

Le 11 décembre 2014

**RÔLE DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE DANS L'ORIENTATION DES PATIENTS CMU
VERS LES CENTRES D'EXAMENS DE SANTÉ DE L'ASSURANCE MALADIE
ÉTUDE RÉALISÉE AUPRÈS DE MÉDECINS GÉNÉRALISTES DE LA COMMUNAUTÉ
URBAINE DE BORDEAUX EN 2014**

Directeur de thèse

Monsieur le Professeur Jean-Louis DEMEAUX

Jury

Monsieur le Professeur Fabrice BONNET

Président

Monsieur le Docteur Christophe ADAM

Rapporteur

Monsieur le Docteur Philippe CASTERA

Juge

Monsieur le Docteur Bruno LÉGER

Juge

REMERCIEMENTS

Au président du jury,

Monsieur le Professeur Fabrice BONNET,

Professeur des Universités, Responsable du Diplôme Universitaire Santé, Précarité, Solidarité, Praticien Hospitalier en Médecine Interne au CHU de Bordeaux.

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant de présider au jury de cette thèse.

Votre implication dans l'enseignement de la thématique de la précarité mérite d'être soulignée.

Veillez trouver ici, ma sincère gratitude et mon plus profond respect.

Au jury,

Monsieur le Docteur Christophe ADAM,

Maître de Conférences Associé de médecine générale, médecin généraliste, enseignant du Département de Médecine Générale de l'Université de Bordeaux.

Merci d'avoir accepté d'être le rapporteur de ce travail. Merci également pour tes précieux conseils et pour ton enthousiasme à sensibiliser les internes à la thématique de la précarité. Travailler à tes côtés au sein de l'équipe des Lits Halte Soins Santé fût une expérience inoubliable et très enrichissante sur le plan humain et professionnel.

Monsieur le Docteur Philippe CASTERA,

Maître de Conférences Associé de médecine générale, médecin généraliste, enseignant du Département de Médecine Générale de l'Université de Bordeaux.

Merci d'accepter de participer à ce jury, pour votre enseignement et votre implication auprès des étudiants de médecine générale. Recevez l'expression de mon profond respect.

Monsieur le Docteur Bruno LEGER,

Médecin responsable du Centre d'Examens de Santé de Bègles, médecin généraliste.

Je vous remercie de m'avoir accueillie au CES, pour vos précieux conseils et pour votre accompagnement dans ce travail. Sans votre aide, ce travail n'aurait pu voir le jour.

Soyez assuré de ma profonde gratitude.

A mon directeur de thèse,

Monsieur de Professeur Jean-Louis DEMEAUX,

Je suis très honorée que vous ayez accepté de diriger ce travail. Merci de m'avoir accueillie au sein de votre cabinet lors d'un stage ambulatoire et de m'avoir fait partager votre expérience de médecin généraliste et vos qualités humaines. Travailler à vos côtés fut un véritable plaisir.

Soyez assuré de mon profond respect et de mon amitié.

Aux personnes qui m'ont aidé dans ce travail de thèse,

Aux médecins généralistes ayant accepté de participer à ce travail, pour leur investissement.

A l'ensemble de l'équipe du CES de Bègles, pour son aide, son encadrement et son implication dans ce travail de thèse.

A Madame Catherine SASS, épidémiologiste au CETAF, pour son aide dans le travail de bibliographie.

A Éric, mille mercis pour tes précieux conseils, tes multiples relectures, tes talents d'épidémiologiste, ton soutien sans faille et ton investissement.

Aux personnes rencontrées au cours de mon internat,

A Maëlen et Felipe, pour votre précieuse amitié, à Marie-Angélique pour ton éternelle bonne humeur, à Maud et Vincent pour les dîners presque parfaits.

A Lucile, Thibault, Rafaël, Pauline et Olivier pour votre amitié et pour les moments passés et à venir.

A mes co-internes et amis : Edith, Audrey, Martin, Janie, Clément, Charlotte, Claire, Jérôme, Elisa.

Au Dr Marie-Christine Di Palma et au Dr Vicky Naga, pour votre accueil chaleureux à l'hôpital de Marmande, ainsi qu'à l'ensemble du personnel des services de médecine polyvalente, des urgences, de pédiatrie et des consultations externes. Vous m'avez transmis l'amour du Lot et Garonne !

Aux équipes du foyer Leydet, pour leur investissement auprès d'un public fragilisé. A Elsa, merci pour les moments passés et pour ton amitié.

Au Dr Jean-Philippe Joseph, pour votre implication auprès de vos internes et votre enseignement. Merci de m'accorder aujourd'hui votre confiance.

Au Dr Bruno Boutges, pour m'avoir fait découvrir l'entretien motivationnel et l'approche des TCC. Ce stage à vos côtés aura été une expérience enrichissante.

Aux Drs Alain Bourleaud, Jean-Luc Hervouet, Céline Lepy et Pierre Oui, en souvenir de mon premier stage ambulatoire.

Aux patients

A ma famille et amis,

A mes parents pour leur amour, leur soutien inconditionnel et les valeurs qu'ils m'ont transmises.

A mes frères, Emilien et Gautier pour ce que l'on partage malgré les centaines et milliers de kilomètres qui nous séparent.

A mes grands-parents, Jeanine, Claudius, à René et Pépée partis trop tôt, qui auraient été heureux de voir l'accomplissement de ces années d'étude.

A ma marraine Brigitte d'être toujours là pour moi.

A mes oncles et tantes, cousins et cousines.

A mes beaux-parents et à Gilles de m'avoir accueillie dans votre famille.

A Anne-Laure et Marine, mes amies de toujours.

A Perrine, pour la force de notre amitié.

A Matoo, Mijote, Caillou, Lulu, Anne-So, Sophie, Astrid, restées à mes côtés malgré de longs week-ends à étudier.

A mes chers stéphanois pour les bons moments passés sur les bancs de la faculté Jacques Lisfranc et dans les couloirs du CHU de St Etienne, Pauline, Claire, Mathilde, Elodie, Céline, Marlène, Péroline, Maud, Thomas, à ceux qui se sont exilés dans l'Océan Indien : Marielle et Etienne, et à ceux qui m'ont suivi à Bordeaux : Paul, Quentin et Annabelle.

A Éric et Alice, mes amours, ma famille, ma vie.

TABLE DES MATIERES

AVANT-PROPOS.....	10
CONTEXTE.....	12
I. Précarité et inégalités sociales de santé	12
A. La précarité.....	12
B. Les inégalités sociales de santé	15
C. Les effets de la précarité sur la santé et les comportements en santé	18
II. La Couverture Maladie Universelle	21
A. La CMU-Base	22
B. La CMU-Complémentaire	22
C. Etat de santé des bénéficiaires de la CMU.....	22
D. Renoncement aux soins des bénéficiaires de la CMU.....	26
III. Les Centres d'Examen de Santé et l'Examen Périodique de Santé	27
A. Les Centres d'Examen de Santé	27
B. L'Examen Périodique de Santé	29
C. Le Centre d'Examen de Santé de Gironde.....	31
IV. Le rôle des soins primaires et du médecin généraliste dans la réduction des inégalités sociales de santé	33
ETUDE	35
I. Hypothèse de recherche	35
II. Objectifs	35
A. Objectif principal	35
B. Objectifs secondaires	35
III. METHODES	36
A. Schéma d'étude.....	36
B. Sélection de la population d'étude	36
C. Description de l'intervention étudiée	38
D. Recueil des données.....	38
E. Saisie des données	43
F. Critères de jugement.....	43
G. Analyse des données	44
IV. RESULTATS.....	46
A. Description des médecins participants	46
B. Description des patients participants.....	49
C. Faisabilité de l'intervention du médecin généraliste	51
D. Motivations pour la non proposition de l'EPS.....	53
E. Efficacité de l'intervention du médecin généraliste	54

F.	Bilan de l'EPS au CES.....	55
G.	Retour des médecins sur l'étude.....	57
V.	DISCUSSION	62
A.	Principaux résultats	62
B.	Validité interne	64
C.	Validité externe	71
D.	Perspectives.....	75
VI.	CONCLUSION	77
	RÉFÉRENCES	78
	ANNEXES.....	83

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 - Opinions des médecins participants à l'étude sur les missions des Centres d'examens de santé les plus intéressantes pour la prise en charge des patients en situation de précarité – Communauté urbaine de Bordeaux, Avril-Juillet 2014 (N=23).	48
Tableau 2 - Description des caractéristiques des patients participants - Communauté urbaine de Bordeaux, Avril-Juillet 2014 (N=51).....	52
Tableau 3- Description des raisons invoquées par les médecins généralistes pour proposer ou non l'EPS aux patients inclus (n=51) – Communauté urbaine de Bordeaux, Avril-Juillet 2014.	54
Tableau 4 - Description des investigations réalisées lors de l'EPS et des résultats - CES de Bègles, Juin-Juillet 2014 (N=6).....	56
Tableau 5 - Réponses des médecins participants au questionnaire final – Communauté urbaine de Bordeaux, Avril-Juillet 2014 (N=23).....	58

LISTE DES FIGURES

Figure 1 - Ecart de prévalence des pathologies les plus fréquentes pour les bénéficiaires ou non de la CMU-C. Enquête Santé et Protection Sociale 2006-2008 – Irdes. Tiré de Questions d'économie de la santé N°173, 2012.	24
Figure 2 - Diagramme de flux du processus de sélection et participation des médecins de l'étude – Communauté urbaine de Bordeaux, Avril-Juillet 2014.	47
Figure 3 - Diagramme de flux du processus d'inclusion des patients – Communauté urbaine de Bordeaux, Avril-Juillet 2014.....	50

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ACS : Aide à la Complémentaire Santé

ALD : Affection de longue durée

ALD30 : Liste des 30 affections de longue durée

AME : Aide médicale d'état

CES : Centre d'examens de santé

CETAF : Centre technique d'appui et de formation des Centres d'examens de santé

CMU : Couverture Maladie Universelle

CMU-C : Couverture Maladie Universelle Complémentaire

CNAMTS : Caisse nationale d'Assurance Maladie des travailleurs salariés

COG : Convention d'objectif et de gestion

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CUB : Communauté urbaine de Bordeaux

EPS : Examen périodique de santé

ISS : Inégalités sociales de santé

AVANT-PROPOS

Je me suis intéressée à la question de la précarité et des inégalités sociales de santé (ISS) au cours de mon 4ème semestre d'internat, lors de mon premier stage ambulatoire chez le médecin généraliste et avec la découverte de la Permanence d'Accès aux Soins de Santé de Bordeaux. C'est alors que j'ai pris conscience du rôle du médecin généraliste dans la lutte contre les ISS. Avec la volonté de mieux connaître ces ISS et savoir comment les prendre en compte dans ma pratique future, j'ai choisi de réaliser un stage ambulatoire de soins primaires en autonomie supervisée de 6 mois, de novembre 2012 à mai 2013. Ce stage comportait, en plus des activités de soins primaires en cabinet médical libéral, une activité au sein des « Lits Halte Soins Santé » (LHSS) du foyer Leydet à Bordeaux, structure accueillant des personnes en situation de grande précarité nécessitant des soins ne relevant pas d'une hospitalisation. Bien entendu, les situations vécues au sein des LHSS constituaient la partie émergée de l'iceberg (la plus visible). Mais parallèlement, l'activité chez les différents maîtres de stage m'a fait prendre conscience de la réalité de la précarité, à laquelle nous sommes confrontés tous les jours, qui est parfois à peine visible, et des difficultés de prise en charge, de suivi et de prévention des personnes en situation de précarité.

La précarité se définit comme un état d'instabilité sociale caractérisé par la perte d'une ou plusieurs sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. Elle touche 20 à 25% de la population vivant en France, soit 12 à 15 millions de personnes (1).

La Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C) a nettement amélioré le recours aux soins de ses bénéficiaires en facilitant l'accessibilité financière aux soins. On dénombrait en 2011 plus de 4,4 millions de bénéficiaires de la CMU-C. Cependant, les populations précaires restent moins sensibles à la prévention et au dépistage, ce qui contribue à creuser l'écart entre elles et le reste de la population. L'association entre situations de précarité et dégradation de l'état de santé est largement admise et des liens ont été décrits entre la précarité, la morbi-mortalité et les comportements à risque.

A âge et sexe comparables, les bénéficiaires de la CMU-C déclaraient plus de pathologies que le reste de la population (2,3). Il existait une surmorbidity mais aussi une surmortalité des bénéficiaires de la CMU-C en comparaison à la population générale.

L'étude menée par Hélène Cabrol à Bayonne en 2012 a montré que l'Examen périodique de santé (EPS), proposé par les Centres d'examen de santé (CES) de l'Assurance Maladie, améliorait le recours aux soins pour les consultants bénéficiant de la CMU-C. Les suites de l'EPS étaient favorables à certaines actions de prévention et de dépistage. L'EPS est donc un outil conçu pour les populations précaires, permettant un bilan de santé complet et dont il est prouvé qu'il instaure une dynamique favorable pour la mise en place d'actions de prévention et de soins. Malgré la volonté de recruter les populations les plus précaires, celles-ci participent peu à l'EPS avec le mode actuel de recrutement. Le recrutement des participants doit donc être amélioré.

Les soins primaires jouent un rôle primordial dans la réduction des ISS et le médecin généraliste a un rôle important à jouer dans la stratégie de réduction des ISS :

- par un suivi personnalisé et adapté à ses patients ;
- par des actions de prévention ;
- et en orientant les patients dans le système de soins.

Le médecin généraliste semble donc l'intervenant idéal pour repérer et orienter les patients précaires vers les CES où ils pourront bénéficier d'un EPS.

C'est pourquoi nous avons observé si une intervention du médecin généraliste pouvait contribuer à améliorer l'accès à l'EPS des patients bénéficiaires de la CMU, supposés précaires. L'objectif principal de ce travail était de **tester la faisabilité d'une intervention du médecin généraliste afin d'améliorer la participation des patients CMU à l'Examen Périodique de Santé.**

CONTEXTE

I. Précarité et inégalités sociales de santé

A. La précarité

1. Définitions

En 1987, Joseph Wresinski, alors membre du Conseil économique et social français, décrit la précarité comme un « *état d'instabilité sociale caractérisé par la perte d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux* » (4).

« L'insécurité qui résulte de cette instabilité peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit le plus souvent à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle tend à se prolonger dans le temps et devient persistante, qu'elle compromet gravement les chances de reconquérir ses droits et de réassumer ses responsabilités par soi-même dans un avenir prévisible » (4).

Mais, la précarité ne concerne plus seulement la grande pauvreté et l'exclusion. En effet, en 1998, le Haut Comité en Santé Publique estimait que le phénomène de précarisation touchait 20 à 25% de la population vivant en France, soit 12 à 15 millions de personnes (1).

Le plus souvent, la situation de précarité est le résultat d'un enchaînement d'événements, d'expériences et de ruptures qui conduisent à des situations de fragilisation économique, sociale et familiale. Plusieurs dimensions de la précarité ont été décrites : le niveau d'étude, la catégorie socio-professionnelle, le revenu, l'emploi, la couverture maladie, le logement, la famille, la santé (1,5,6).

Aujourd'hui, le terme de précarité, souvent utilisé à tort et considéré comme stigmatisant tend à être remplacé par celui de vulnérabilité. En effet, la notion de vulnérabilité renvoie plus clairement à des notions de risques auxquelles sont exposées certaines personnes. Ce concept ne caractérise aucun public ou groupe. Il est associé à un processus dynamique dans lequel la difficulté d'accéder à certains droits ou services entraîne un risque de dégradation de la situation sociale (7).

L'arrêté ministériel de 1992 donne une définition socio-administrative de la précarité. Les publics dit « prioritaires » des Centres d'exams de santé (CES) de l'Assurance Maladie sont identifiés à travers cinq catégories de population précaires : chômeurs, bénéficiaires du revenu minimum d'insertion, titulaires d'un contrat emploi solidarité, personnes sans domicile fixe et jeunes de 16 à 25 ans exclus du milieu scolaire et engagés dans des processus d'insertion professionnelle (8).

Cependant, la précarité est multidimensionnelle et cette définition socio-administrative a été jugée trop restrictive. Le besoin d'une meilleure identification des patients précaires a conduit à l'élaboration par les CES d'un outil de mesure explorant l'ensemble des dimensions affectées : le score EPICES.

2. Un outil de mesure de la précarité : le score EPICES

Le score EPICES a été construit par un groupe de travail composé de membres du Centre technique d'appui et de formation des Centres d'exams de santé (CETAF), des CES et de l'Ecole de Santé Publique de Nancy (9). Il s'agit d'un score individuel de mesure de précarité et des inégalités de santé. L'acronyme EPICES signifie « Evaluation de la Précarité et des Inégalités de Santé pour les Centres d'Examens de Santé ».

Il a été établi à partir d'un questionnaire initial de 42 questions portant sur les différentes dimensions de la précarité définies par P. Townsend et J. Wresinsky dans les années 1980 (4,5) : conditions matérielles et événements graves de l'enfance, niveau d'études, situation professionnelle, revenus, composition du ménage, logement, protection sociale, liens sociaux, loisirs et culture, difficultés financières, recours aux soins, santé perçue.

Ce questionnaire a été administré à un échantillon de 7 208 personnes âgées de 16 à 59 ans examinées dans 18 CES volontaires en 1998. Une analyse multidimensionnelle des réponses a permis d'identifier un axe factoriel majeur allant de l'aisance sociale (revenus élevés, diplôme élevé, contrat à durée indéterminée, propriété du logement, etc.) à la précarité (revenus faibles, absence de scolarisation, logement de fortune, difficultés pour payer les factures, etc.). Cet axe a été interprété comme le reflet du gradient social lié à la précarité, la position d'une personne sur cet axe constituant un indicateur quantitatif de son degré de précarité. Puis une nouvelle analyse a permis de sélectionner 11 questions qui expliqueraient à près de 90% la position sur l'axe. Chaque réponse est affectée d'un poids et le score EPICES s'obtient en totalisant le poids de chacune des 11 réponses. Ce score varie de 0 (absence de précarité) à 100 (précarité maximum). D'après la même étude, un score de 30 a été retenu pour définir le seuil de précarité. Les consultants des CES avec un score supérieur ou égal à 30 sont considérés comme « prioritaires ».

Le score EPICES présente de nombreux avantages : c'est un score individuel et facile à déterminer puisqu'il repose sur seulement 11 questions binaires (oui / non). Il permet aussi un meilleur repérage des populations fragilisées socialement ou médicalement qui échapperaient à la définition socio-administrative de la précarité. De plus, la nature quantitative du score EPICES permet de l'utiliser pour le suivi longitudinal des personnes et l'étude des processus de précarisation.

Au-delà des CES, le score EPICES a pour rôle d'identifier les populations dites prioritaires et peut être transposé dans d'autres situations. Par exemple, une étude épidémiologique menée en milieu hospitalier a mis en évidence une relation quantitative entre le score EPICES, le non-contrôle du diabète et la survenue de microangiopathie, montrant ainsi l'intérêt pronostique de cet indicateur dans des populations à haut risque (10). De la même façon, une étude menée dans le service de gynécologie-obstétrique du CHU de Saint-Etienne a démontré que l'utilisation du score EPICES en obstétrique permet de repérer les patientes les plus à risque de développer une pathologie obstétricale (diabète gestationnel, retard de croissance intra-utérin, hypertension gravidique, anémie ferriprive) (11).

Par ailleurs, le score EPICES peut être associé à la survenue d'évènements graves de vie. Ainsi, une relation entre le score EPICES et le risque d'être victime de violences a été mise en évidence dans une étude menée dans le service de médecine légale du CHU de Saint-Etienne (12).

B. Les inégalités sociales de santé

1. Définition

On définit les inégalités sociales de santé (ISS) comme « toute relation entre la santé et l'appartenance à une catégorie sociale » ou des « écarts d'état de santé socialement stratifiés » (13). Les ISS renvoient aux écarts, généralement évitables, entre hommes et femmes, entre groupes socioéconomiques et entre territoires, qui ont un impact sur de nombreux aspects de la santé des populations. Les ISS touchent un vaste éventail d'indicateurs de santé allant des facteurs de risque aux résultats des soins et reproduisent, dans le domaine sanitaire, les inégalités existant entre les groupes sociaux (13).

Cette définition renvoie au constat que les différences de santé au sein d'une population ne sont pas le produit du hasard ou de la seule biologie. Ces différences peuvent en effet être liées à des facteurs socioéconomiques tels que la catégorie socioprofessionnelle ou le niveau d'instruction. De façon générale, parler d'ISS signifie, que quel que soit le type d'indicateur socioéconomique (catégorie socioprofessionnelle, niveau de revenus, formation) et sanitaire (mortalité, mortalité précoce, espérance de vie sans incapacité, morbidité) retenu, les catégories les plus socialement ou économiquement favorisées sont globalement en meilleure santé que les catégories moins favorisées. Ce constat est illustré par le terme de gradient social qui « sert à décrire le phénomène par lequel ceux qui sont au sommet de la pyramide sociale jouissent d'une meilleure santé que ceux qui sont directement au-dessous d'eux, et qui eux-mêmes sont en meilleure santé que ceux qui sont juste en dessous et ainsi de suite jusqu'aux plus bas échelons » (13). Autrement dit, un gradient social de santé est observable lorsque la fréquence d'un problème de santé ou d'une exposition à un facteur de risque

augmente régulièrement à partir des catégories les plus favorisées vers les catégories les plus défavorisées (13).

Le concept de déterminants sociaux de la santé vise à expliquer comment les inégalités sociales se « transforment » en inégalités de santé. A côté de l'âge, du sexe et des facteurs héréditaires (qualifiés de déterminants individuels de santé, à la différence des déterminants sociaux), les comportements individuels (consommation de tabac et d'alcool, alimentation, exercice physique, etc.), les communautés dans lesquelles s'inscrivent les individus, les conditions de vie et de travail (emploi, logement, transports, accès aux services publics essentiels), et enfin les conditions économiques, culturelles et environnementales sont les grandes catégories de déterminants les plus souvent identifiées.

2. Le développement de la recherche sur les inégalités sociales de santé

La question des ISS a émergé au début des années 1980 avec la publication en Grande-Bretagne du « Black report », rapport commandé par le gouvernement qui démontrait que, bien que l'espérance de vie et la morbidité aient évolué positivement, les différences de santé observées entre les groupes sociaux ne s'étaient pas atténuées mais s'aggravaient au contraire. Ainsi, la position d'un individu dans la structure sociale était étroitement associée à son état de santé (14).

En France, le rapport Wresinski (4) publié en 1987, donnait une définition multifactorielle de la précarité (absence de sécurités) relevant de champs très divers mais complètement indépendants (logement, emploi, santé, revenus, culture, etc.) et soulignait l'importance des déterminants sociaux de santé.

Les ISS constituent un problème de santé publique majeur et l'Union Européenne, dans son programme de santé publique 2008-2013, met l'accent sur ces ISS et les déterminants sociaux de la santé. En France, l'engagement est réel mais les ISS restent à un niveau élevé (15).

Sous l'influence de ces travaux de recherche en épidémiologie, les tentatives de compréhension des ISS se sont ainsi largement développées à partir des années 1980. L'un des travaux fondateurs en la matière est le rapport Black (14) publié en 1982 qui a permis de mettre en évidence une forte corrélation entre la position sociale des individus et leur état de santé en Grande-Bretagne. La France a été longtemps en retrait pour ce qui concerne l'attention portée aux ISS, alors même que les travaux de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), dès les années 1970, avaient déjà établi des différences considérables de mortalité selon les catégories sociales (16). Les données disponibles sur l'état de santé en France, confirment que malgré un bon état de santé moyen de la population, il existe d'importantes inégalités entre les catégories socioprofessionnelles. En 2008-2009, l'espérance de vie à 65 ans en France était la plus élevée d'Europe, à la fois chez les femmes (22,6 ans) et chez les hommes (18,4 ans). Des progrès importants ont eu lieu dans certains domaines tels que la prévalence du saturnisme et le taux de mortalité par accidents de la vie courante chez les enfants. Dans le même temps, d'importantes inégalités entre catégories socioprofessionnelles persistent. A âge égal, la mortalité par cancer du poumon des hommes sans diplômes est multipliée par 3,5 par rapport aux hommes dont le niveau d'études est « baccalauréat et plus » (et multipliée par 10 pour le cancer du pharynx) (17).

Du fait de leur position sociale, les individus sont exposés à une combinaison variable de ressources et de contraintes (18). Ainsi, à chaque position sociale correspond un niveau spécifique de ressources matérielles comportementales ou encore psychosociales et une exposition à un certain nombre de facteurs de risque. C'est la combinaison de ces ressources et de ces risques qui va produire des différences sociales de santé. Des différentes classifications existantes, on peut retenir celle proposée par P. Townsend en 1987 qui identifie cinq grandes catégories de facteurs (7) :

- les déterminants « biologiques » de l'état de santé que sont l'âge, le sexe et le patrimoine génétique d'un individu et qui sont indépendants de sa position sociale ;
- les déterminants comportementaux, eux-mêmes liés au contexte social, et associés pour certains facteurs de risques précis pour la santé : consommation de tabac ou d'alcool, comportements alimentaires, activité physique, etc. ;

- l'entourage et les réseaux sociaux dans lesquels l'individu est inséré, et qui vont notamment jouer dans le soutien social dont il pourra bénéficier face aux événements auxquels il est confronté ;
- l'environnement et les conditions de vie et de travail, qui incluent notamment l'accès aux ressources, aux services et aux infrastructures ;
- les conditions socio-économiques d'ensemble de la société : la richesse nationale, l'état du marché du travail et de l'économie, les facteurs culturels, et la façon dont ils sont distribués dans la population.

Les moyens d'action des pouvoirs publics sur l'état de santé des populations se situent principalement au niveau des déterminants sociaux intermédiaires tels que les déterminants comportementaux et le système de santé (prévention et soins).

C. Les effets de la précarité sur la santé et les comportements en santé

L'association entre situations de précarité et dégradation de l'état de santé est largement admise et des liens ont été décrits entre la précarité et la morbi-mortalité et les comportements à risque. La littérature a montré la multiplicité des facteurs impliqués dans la construction des ISS, leur effet cumulatif agissant tout au long de la vie, et souvent renforcés plus que réduits par le système de soins et de prévention (15).

1. Conséquences sur la mortalité

Même si globalement l'espérance de vie augmente en France, il persiste des différences selon le niveau socioéconomique. En effet, l'espérance de vie n'augmente pas de la même manière d'une catégorie socioprofessionnelle à l'autre. Ainsi, à 35 ans, l'espérance de vie d'un ouvrier est inférieure de 5 ans à celle d'un cadre. Les hommes sans diplômes ont 2,5 fois plus de risque de décéder avant 65 ans que les hommes ayant effectué des études supérieures (la différence est de 1,9 pour les femmes) (17,19). Et la mortalité par cancer et par maladie cardiovasculaire est plus élevée chez les ouvriers que chez les cadres (17,19).

Au-delà de l'espérance de vie, on s'intéresse aussi à l'espérance de vie sans incapacité, dans laquelle intervient la notion de qualité de vie. Là encore, et quel que soit le sexe, les cadres ont une espérance de vie sans incapacité plus longue que les ouvriers (17,19–21).

2. Conséquences sur la morbidité

Si les personnes en situation de vulnérabilité vivent moins longtemps, elles doivent également faire face à des problèmes de santé plus fréquents. Les ISS concernent la quasi-totalité des pathologies, des facteurs de risque et des états de santé, déficiences, handicaps ou encore la santé perçue (18). Les personnes se trouvant dans des situations sociales difficiles ont davantage de problèmes de santé. Elles sont aussi plus nombreuses à juger leur état de santé mauvais ou moyen (22). Certaines pathologies sont plus souvent rencontrées et sont essentiellement liées à l'absence de soins, au défaut d'hygiène allant jusqu'au désintéressement de son propre corps et l'absence de sensations du message de l'autre. Ces pathologies sont plus fréquemment d'origine psychiatrique, dermatologique (gale, ulcère surinfecté, parasitose), infectieuse (hépatite C, VIH), traumatologique, rhinopharyngée et bronchopulmonaire (otites, sinusites, bronchites chroniques, pneumopathies, tuberculose) ou digestive (épigastralgies) ou des pathologies « de la famille » : le retentissement de la précarité sur la cellule familiale pouvant entraîner un divorce ou une maltraitance des enfants.

Une étude menée sur l'ensemble de la population ayant consulté les CES en 2002 s'est intéressée à l'impact de la fragilité sociale, mesurée par le score EPICES, sur la santé perçue. Un score EPICES élevé apparaît fortement lié à la perception négative de la santé. Le niveau d'études et la catégorie socioprofessionnelle sont également significativement associés à la perception négative de la santé (23).

Les pathologies psychiatriques sont plus représentées chez les personnes en situation de précarité. Une étude menée dans 12 CES en 2000 s'est intéressée à la santé perçue et aux troubles anxiodépressifs chez un échantillon de consultants des CES qui devaient répondre à un auto-questionnaire comportant des échelles validées (score EPICES, profil de santé de Duke, test Hospital

Anxiety and Depression scale) et devaient renseigner leur consommation de psychotropes. Le niveau élevé de précarité était fortement lié à une mauvaise qualité de vie ressentie et à la fréquence de troubles anxiodépressifs (24).

Globalement, il est admis que l'incidence des cancers est plus élevée et la survie moins bonne pour les classes sociales les plus défavorisées. Cela est vrai pour les cancers de l'œsophage, des voies aérodigestives supérieures ou du col de l'utérus. En revanche, d'autres cancers comme les cancers du sein ou colorectaux sont plus fréquents dans les milieux socioéconomiques favorisés (25).

En France, des ISS existent également concernant l'incidence et la mortalité de la maladie coronarienne. Les maladies coronariennes sont plus fréquentes et la mortalité conséquente plus importante dans les populations les plus défavorisées. Les écarts ont été croissants dans les dernières années et mettent en jeu de multiples mécanismes. Il existe des disparités de répartition des facteurs de risque cardiovasculaires et des soins, qui contribuent à creuser cet écart entre les différentes catégories socioéconomiques (26).

Même si globalement, l'état buccodentaire des enfants et des adultes s'est amélioré au fil du temps, il varie très fortement selon la catégorie sociale. Les enfants et les adultes de plus faible niveau socioéconomique présentent un moins bon état dentaire que les autres. La part du financement privé pour les soins dentaires est importante et elle contribue à creuser des inégalités en terme de prévention et de soins dentaires (27).

3. Conséquences sur les comportements en santé

Les personnes en situation de précarité ont tendance à compenser leur « mal être » ressenti dans les conduites addictives (alcoolisme, tabagisme, toxicomanie) et dans une surconsommation de tranquillisants et d'antidépresseurs. Les états d'angoisse et d'anxiété et les troubles du sommeil, plus représentés dans cette population, sont susceptibles d'entraîner des comportements morbides et des tendances suicidaires (28).

L'enquête multicentrique Préalog menée chez 590 consultants de centres de soins gratuits s'est intéressé à la logique de recours aux soins (29). Les personnes en situations de précarité semblent

recourir plus souvent aux soins pour des problèmes psychiatriques. L'importance des recours pour problèmes dermatologiques et ophtalmologiques paraît bien réelle. Les motifs de recours nettement plus rares concernent ceux nécessitant des explorations complémentaires complexes (oncologie et hématologie, pathologies infectieuses spécifiques). Par ailleurs, il apparaît une marginalité des visites de prévention. En effet, les recours aux soins pour des motifs de médecine préventive tels que le suivi, les vaccinations, la rédaction de certificat ou la demande de bilan de santé sont nettement moins fréquents que chez les consultants en médecine ambulatoire. Il a aussi été observé une surreprésentation des troubles somatiques et toxicomaniaques, ainsi que des troubles d'origine relationnelle. Concernant l'observance, les prescriptions semblent de manière générale bien respectées et l'automédication est plus observée chez les hommes dans cette population en situation de vulnérabilité.

Différents facteurs exogènes (conditions de vie) et endogènes (dévalorisation de l'image de soi, troubles psychologiques, laisser-aller dans les conduites addictives) s'imbriquent entre eux et s'associent aux difficultés économiques et assurantielles (absence de couverture sociale) qui tendent à retarder la prise en charge des problèmes médicaux, conduisant ainsi au refus de soins.

II. La Couverture Maladie Universelle

Dispositif créé par la loi du 27 juillet 1999 en remplacement de l'Aide Médicale Départementale, la Couverture Maladie Universelle (CMU) a pour but de faciliter l'accès au système de soins pour les personnes en situation de vulnérabilité. La CMU prend deux formes : la CMU-base et la CMU-complémentaire.

A. La CMU-Base

Cette couverture s'adresse aux personnes n'ayant pas droit aux prestations en nature d'un régime d'assurance maladie, sous conditions de résidence en France stable (depuis plus de 3 mois, de manière ininterrompue) et régulière. Il n'y a pas de conditions de ressources. La CMU-Base ouvre droit aux prestations en nature de l'Assurance Maladie dans les mêmes conditions que tous les assurés sociaux, remboursement selon le taux habituel, respect du parcours de soins, pas de tiers-payant, participation aux dépenses médicales (ticket modérateur, franchises médicales, participation forfaitaire d'un euro restent à charge). (30)

D'après la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS), on dénombrait en 2012 sur la France entière (métropole et départements d'outre-mer) 2 221 931 bénéficiaires de la CMU de base (31), dont 30 763 en Gironde soit 2,1% de la population du département (32).

B. La CMU-Complémentaire

La CMU-Complémentaire (CMU-C) prend la forme d'une complémentaire santé, accessible sous conditions de ressources (plafond fixé en fonction de la composition du foyer), pour les personnes justifiant d'une résidence régulière en France de plus de 3 mois. Elle ouvre droit à l'exonération du ticket modérateur et une dispense d'avance des frais. Elle est soumise au respect du parcours de soins par le bénéficiaire. (30)

En 2012, sur la France entière, il y avait 4 484 442 bénéficiaires de la CMU-C (33) dont 80 486 en Gironde, ce qui représentait 5,4% de la population du département (34).

C. Etat de santé des bénéficiaires de la CMU

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) a mené de nombreuses études de l'état de santé des bénéficiaires de la CMU.

A âge et sexe comparables, les bénéficiaires de la CMU-C déclarent plus de pathologies que le reste de la population, avec 1,8 fois plus d'affection de longue durée (ALD) (2,3). Il existe une surmorbidity mais aussi une mortalité plus élevée chez les bénéficiaires de la CMU-C que dans la population générale (3,32‰ vs 1,36‰) (2). La CMU-C a nettement amélioré le recours aux soins de ses bénéficiaires en facilitant l'accessibilité financière aux soins. Cependant, les populations précaires restent moins sensibles à la prévention et au dépistage, ce qui contribue à creuser l'écart entre elles et le reste de la population.

D'après les résultats de l'Enquête Santé et Protection Sociale 2006-2008 (2) menée par l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes), à âge et sexe équivalents, presque toutes les pathologies les plus fréquemment déclarées sont surreprésentées chez les bénéficiaires de la CMU-C (**Figure 1 page 24**).

En 2005, la population bénéficiaire de la CMU-C présentait 80% d'ALD en plus que le reste de la population. Encore une fois, certains écarts de prévalence peuvent s'expliquer par des facteurs comportementaux. C'est le cas par exemple des maladies chroniques du foie comme la cirrhose favorisées par l'alcoolisme ou des hépatites virales favorisées par la toxicomanie intraveineuse. Les situations de précarité sont en effet plus fréquentes chez les consommateurs de drogues injectables. Cela permet aussi d'expliquer une plus forte prévalence des infections à VIH (35).

En matière de cancer, les cancers favorisés par une consommation excessive d'alcool et de tabac sont plus fréquents chez les bénéficiaires de la CMU-C (cancer des bronches, des voies aérodigestives supérieures, cancer du foie). Pour les cancers du col de l'utérus, le rapport de prévalence très élevé (égal à 2,22) peut s'expliquer par l'association de cofacteurs influençant le développement tumoral (tabagisme, état nutritionnel, niveau socioéconomique) en plus de l'infection à papillomavirus humain. Cependant, on observe une prévalence moins importante pour le cancer du sein parmi les bénéficiaires de la CMU-C, semblant suggérer un dépistage plus tardif, mais avec un taux de décès sensiblement plus élevé dans cette population. On observe le même phénomène avec le cancer de la prostate chez les hommes (35).

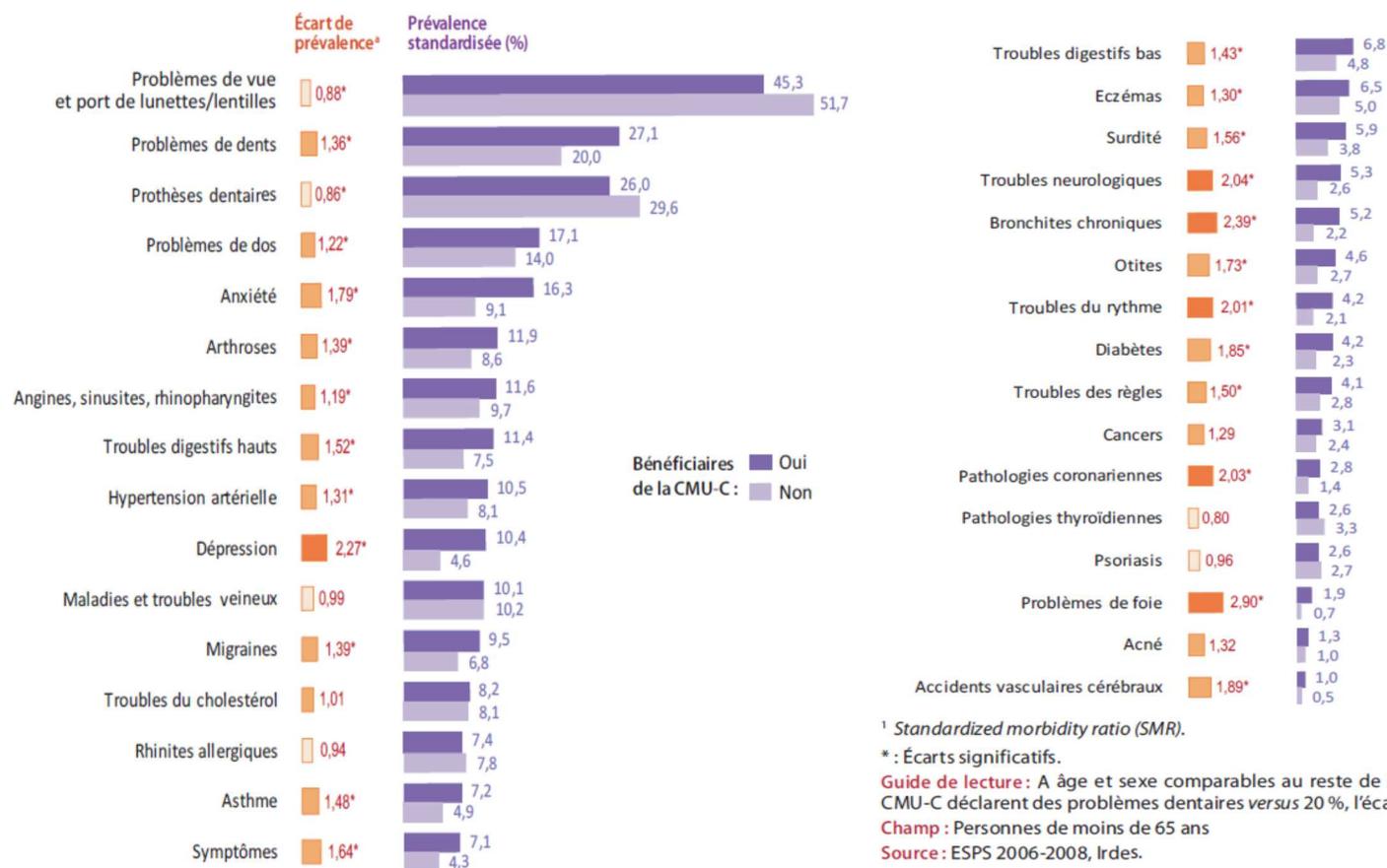


Figure 1 - Ecarts de prévalence des pathologies les plus fréquentes pour les bénéficiaires ou non de la CMU-C. Enquête Santé et Protection Sociale 2006-2008 – Irdes. Tiré de Questions d'économie de la santé N°173, 2012.

Les résultats de l'enquête Santé et Protection Sociale 2012-2014 confirme cet état de santé moins bon chez les bénéficiaires de la CMU-C (36). En France métropolitaine, en 2012, 40,1 % des bénéficiaires de la CMU-C se déclarent en « assez bon », « mauvais » ou « très mauvais » état de santé. Après standardisation indirecte sur l'âge et le sexe, les bénéficiaires de la CMU-C se déclarent plus fréquemment en « assez bon », « mauvais » ou « très mauvais » état de santé que l'ensemble de la population et déclarent plus souvent une maladie ou un problème de santé chronique (38,1%).

Les bénéficiaires de la CMU-C sont 33,5% à se déclarer limités ou fortement limités dans les activités que font les gens habituellement depuis au moins six mois, à cause d'un problème de santé. Cette proportion est plus élevée dans cette catégorie que dans l'ensemble de la population, à structure comparable d'âge et sexe.

Les bénéficiaires de la CMU-C ont un score moyen de santé mentale MHI-5 (Five-item Mental Health Inventory) issu du SF36 (Short Form Health Survey Questionnaire) plus bas que l'ensemble de la population et cela traduit un sentiment de nervosité, voire de dépression, plus important. Cette population souffre aussi plus fréquemment de troubles du sommeil avec un retentissement sur la vie quotidienne. Ils sont aussi plus nombreux à consulter pour ce motif.

Les bénéficiaires de la CMU-C déclarent plus fréquemment avoir au moins une limitation fonctionnelle motrice, visuelle ou auditive.

La prévalence du surpoids ou de l'obésité reste plus importante chez les bénéficiaires de la CMU-C (34).

En termes de santé bucco-dentaires, les bénéficiaires de la CMU-C se distinguent par un nombre de dents cariées et absentes supérieur à celui des bénéficiaires du régime général. (35) L'accès à des soins conservateurs précoces est plus difficile chez les bénéficiaires de la CMU-C.

D. Renoncement aux soins des bénéficiaires de la CMU

Les personnes précaires sont davantage exposées au non recours aux soins que les non précaires. L'hétérogénéité socioéconomique de la population des bénéficiaires de la CMU-C explique les grandes disparités observées en ce qui concerne le non recours aux soins. Les plus concernés par le non recours aux soins sont les bénéficiaires ne maîtrisant pas le français, les peu ou pas diplômés, les personnes au chômage depuis plus de 3 ans ou n'ayant jamais travaillé. Autrement dit, le non recours aux soins n'est pas associé directement au fait de bénéficier de la CMU-C mais plutôt aux situations socioéconomiques des personnes (37). D'autres facteurs entrent en jeu dans le non recours, tels que l'absence de contact familial, l'absence d'hébergement ou d'aide matérielle en cas de besoin et l'absence de contact avec un travailleur social. L'isolement social favorise donc le non recours aux soins (37).

Un rapport conjoint CETAF, Fonds CMU et Assurance Maladie a étudié les causes du renoncement aux soins des bénéficiaires de la CMU-C. En 2010, plus d'un tiers des bénéficiaires de la CMU-C avait renoncé à des soins pour des raisons financières, même si la CMU-C avait nettement fait reculer le renoncement aux soins. Le non recours pour raisons financières se produisait le plus souvent avant même d'avoir consulté. La méconnaissance des droits était un des obstacles invoqués pour justifier ce renoncement a priori. Les principaux obstacles financiers étaient les soins ou produits non remboursés et la demande d'une participation financière. Ainsi, le renoncement portait essentiellement sur les médicaments, le dentaire, et les consultations de spécialistes. Par ailleurs, le renoncement aux soins pouvait avoir des raisons autres que financières : délais de rendez-vous trop importants, manque de temps, soins jugés inutiles et refus des professionnels (38).

III. Les Centres d'Examen de Santé et l'Examen Périodique de Santé

A. Les Centres d'Examen de Santé

1. Création

Les centres d'examens de santé ont été créés en 1946 afin de répondre aux priorités sanitaires d'après-guerre suite à l'article 31 de l'ordonnance du 19 octobre 1945. A l'origine, ils étaient destinés à répondre aux priorités sanitaires d'après-guerre, notamment la lutte contre le développement des maladies infectieuses, en particulier tuberculose et syphilis, mais aussi la prévention des maladies carenciales.

Depuis, le code de la sécurité sociale fait obligation aux caisses d'assurance maladie de proposer aux assurés du régime général et à leurs ayants-droits un examen de santé gratuit. Le premier CES a vu le jour à Paris en 1947 (39).

2. Evolution

En 1972, la CNAMTS décide d'uniformiser les pratiques des CES et propose un examen type. En 1994, le CETAF est créé et devient la structure de coordination des CES. Cette association loi 1901, créée à l'initiative de la CNAMTS et siégeant à Saint-Etienne a pour buts de :

- Faciliter les missions des CES ;
- Renforcer la place du réseau des CES au sein de la politique nationale de santé ;
- Organiser et exploiter la base de données des CES ;
- Valoriser les résultats des études et recherche conduites par les CES auprès de leur partenaires et de la communauté scientifique.

La Convention d'Objectifs et de Gestion entre l'Etat et la CNAMTS (COG 2006-2009) (40) a redéfini les objectifs et élargi les champs d'action des CES. Elle prévoit notamment de :

- Développer la prévention à l'attention des assurés éloignés du système de santé en ciblant l'Examen Périodique de Santé (EPS) pour ces populations, en l'adaptant à leur état de santé, en favorisant leur retour dans le système de soins courants et en les incitant à déclarer un médecin traitant ;
- Renforcer la lutte contre la précarité et les inégalités dans l'accès aux soins ;
- Améliorer le partenariat CES-médecine libérale ;
- Améliorer la qualité et l'efficacité des EPS en mettant en place un référentiel commun d'examen de santé (40,41).

La COG 2010-2013 réaffirme son implication dans la lutte contre les ISS à travers les CES en prévoyant de faciliter l'accès aux droits et aux soins des populations fragiles, d'intensifier le ciblage des examens de santé vers les populations les plus fragiles et d'accompagner les assurés fragiles dans le système de soins (42). Ces missions sont également repris dans la COG 2014-2017 (43)

3. Missions des CES

Les principales missions des CES sont :

- la réalisation des EPS ;
- l'éducation thérapeutique ;
- le recueil de données épidémiologiques ;
- d'autres missions plus spécifiques en fonction des CES.

Les CES sont tournés vers les publics dits « prioritaires » selon l'article 2 et le score EPICES. En menant des actions de prévention, dépistage et soins ciblées en direction des populations en situation de vulnérabilité, les CES jouent un rôle dans la lutte contre les ISS (44)

B. L'Examen Périodique de Santé

Les EPS représentent la principale activité des CES. Délivrés dans les CES, ils ont été créés en 1946, afin de répondre aux priorités sanitaires d'après-guerre. Selon un arrêté du 20 juillet 1992, ces EPS doivent être tournés prioritairement vers les plus fragiles. Ils ont une mission de prévention. Ils ciblent les populations en marge du système de soins (inactifs de plus de 16 ans, demandeurs d'emploi, bénéficiaires de la CMU, retraités, préretraités, etc.) et notamment les sujets en situation de "précarité", ce qui représente près de 4 millions de personnes. Ils concernent 600 000 personnes par an soit 1,3% des assurés. Actuellement, les personnes bénéficiaires de l'Aide médicale d'état (AME) ne sont pas invitées à l'EPS mais une visite de prévention avec accompagnement aux soins est en cours d'expérimentation pour ce public dans 3 CES (Bobigny, Paris CPAM et Paris IPC).

Le contenu de l'EPS est le suivant :

- Auto-questionnaire avec score EPICES ;
- Examen complémentaires modulés selon les caractéristiques propres à chaque personne :
 - o Mesures biométriques ;
 - o Pression artérielle ;
 - o Analyse d'urine ;
 - o Electrocardiogramme ;
 - o Dépistage bucco-dentaire par un dentiste du CES ;
 - o Test visuel et auditif ;
 - o Bilan biologique ;
 - o Spirométrie.
- Examen médical avec interrogatoire sur les antécédents et les plaintes, analyse des facteurs de risque, vérification des vaccinations et de la réalisation du frottis cervicovaginal chez les femmes de 25 à 65 ans et inscription dans les dépistages organisés des cancers du sein et colo-rectal pour les personnes le justifiant, puis commentaire des résultats.

A l'issue de l'EPS, un bilan est adressé au médecin traitant avec l'accord du patient.

En 2013, la Haute autorité de santé a actualisé les référentiels de pratique de l'EPS pour le dépistage des cancers du col de l'utérus, colorectal et de la prostate (45–47).

L'étude menée par Hélène Cabrol à Bayonne en 2012 (44) a montré qu'après la réalisation d'un EPS, le nombre de consultations en médecine générale augmentait et le recours à une consultation spécialisée semblait facilité. Les suites de l'EPS ont été favorables à certaines actions de prévention (vaccination antitétanique), de dépistage (mammographie, frottis cervicovaginal) et à la prise en charge des pathologies buccodentaires. L'étude a mis en évidence un meilleur recours aux soins à l'issue de l'EPS pour les consultants bénéficiant de la CMU-C ou déclarant un médecin traitant.

L'EPS est donc un outil conçu pour les populations précaires, permettant un bilan de santé complet et dont il est prouvé qu'il instaure une dynamique favorable pour la mise en place d'actions de prévention et de soins.

Malgré la volonté de recruter les populations les plus précaires, celles-ci participent peu à l'EPS avec le mode actuel de recrutement. En effet, en 2007, seuls 16 CES sur 96 (16,7%) avaient un public composé à plus de 50% de personnes répondant à la définition socioadministrative de la précarité (26 CES - 27,1% - si la notion de précarité était définie par le score EPICES) (39).

Le ciblage de la population précaire est donc insuffisamment efficient et la Cour des Comptes pointait du doigt en 2009 les dépenses générées par l'EPS (150 millions d'euros par an) (39). Le recrutement des participants doit donc être amélioré.

Actuellement, 75% des invitations sont issues de mailings fondés sur l'exploitation des bases de données de l'Assurance Maladie, 15% des invitations sont faites au sein de groupes via un partenariat de terrain avec des institutions ou associations fréquentées majoritairement par un public en situation de vulnérabilité, et un recrutement est aussi fait par courrier électronique via le site Ameli.fr. Le taux global de participation est assez faible, moins de 10% des personnes invitées réalisent l'EPS. Ce taux est plus important lorsque le recrutement est fait au sein des milieux associatifs et institutionnels avec 75% de participation environ.

C. Le Centre d'Examen de Santé de Gironde

1. Présentation

Le CES de Bordeaux a été créé en 1966 sous la gouvernance de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie d'Aquitaine. Ce premier centre se situait à Bordeaux Caudéran. Une antenne a ensuite été créée en 1979 à Cenon. En 1996, le CES de Bordeaux passe sous la gouvernance de la CPAM de la Gironde.

Depuis février 2014, le CES de la CPAM de la Gironde se situe sur la commune de Bègles, au 5 avenue Robert Schuman. Il regroupe dorénavant les sites de Bordeaux et de Cenon. Il comporte des sites décentralisés, à Langon, Blaye et Lesparre (ces 2 derniers sites sont temporairement fermés pour raisons de locaux).

Le médecin responsable du CES est le Dr Bruno Léger. Différents praticiens interviennent au CES, médecins généralistes, cardiologues, gynécologues et chirurgiens-dentistes notamment. Le CES emploie des infirmières, une psychologue, une diététicienne et des éducateurs en santé et en économie sociale et familiale. Un laboratoire de biologie est également intégré au CES, employant deux biologistes.

2. Activité

En 2013, le CES de Gironde a reçu 13 044 personnes dont 50,2% de femmes. Les assurés de 16 à 59 ans représentaient 73,7% de la population accueillie. La tranche d'âge la plus représentée était celle des 25 à 44 ans (30,0%). La catégorie socioprofessionnelle des personnes sans activité professionnelle était la plus représentée (24,0%). Près d'un tiers (30,7%) de la population accueillie répondait à la définition de la précarité selon l'article 2 et 54,8% étaient précaires selon le score EPICES. Le CES porte une attention particulière aux personnes éloignées du système de santé, conformément aux orientations de la COG 2010-2013. De janvier à septembre 2014, 261 919 invitations ont été

envoyées avec des feuilles de remboursement. Suite à ces invitations, 3 848 EPS ont été réalisés, soit un taux de participation de 1,5%. Parmi les consultants, 41% étaient précaires selon le score EPICES (données obtenues auprès du CES de Bègles).

Des invitations par courrier électronique ont également été envoyées, avec un taux de participation de 12,0% (2 392 EPS réalisés suite à l'envoi de 19 988 courriels). Parmi les consultants après invitation par courriel, 20% étaient précaires selon le score EPICES.

Le taux global de participation observé à l'EPS au CES de Bègles après invitation par les différents moyens habituels est de 2,6%.

Par ailleurs, le CES de Gironde participe à l'étude nationale CONSTANCES, une cohorte épidémiologique « généraliste » constituée d'un échantillon représentatif de 200 000 adultes âgés de 18 à 69 à l'inclusion, consultants des CES. Les ISS vont être un des thèmes spécifiques de recherche de la cohorte.

3. Partenariats

Le CES est partenaire de structures d'insertion et de réinsertion et d'associations en contact avec des publics « fragilisés ». On peut citer de façon non exhaustive :

- Le Conseil Régional d'Aquitaine ;
- Le Conseil Général de Gironde : Maison Départementale de la Santé, Centres Communaux d'Action Sociale, Centres Sociaux ;
- Les Missions Locales de Gironde ;
- Les Centres de formation ;
- Les Foyers d'hébergement ;
- Les Foyers de jeunes travailleurs ;
- De nombreuses associations : Samu Social, Médecins du Monde, les Restos du cœur, les Epiceries Sociales, Promo-femmes (associations d'insertion des femmes étrangères), association MANA, INTERMED (traduction).

IV. Le rôle des soins primaires et du médecin généraliste dans la réduction des inégalités sociales de santé

Le concept de soins primaires, défini en 1978 lors de la conférence d'Alma-Ata (48) est porteur d'une ambition de justice sociale visant à garantir l'accès de tous à des soins de base. Il renvoie aux notions de premier recours, d'accessibilité, de continuité, de permanence et de coordination des soins en lien avec les autres secteurs. Le médecin généraliste est un acteur essentiel du système de soins primaires.

Le système de soins primaires, parce que plus proche des patients, et ce dans tous les groupes sociaux, contribue à la réduction des ISS. En effet, en plus de permettre un accès universel aux soins, les soins primaires contribuent à réduire les comportements à risque, à développer des comportements de prévention et, en cas de maladie, à une bonne utilisation du système de soins, une bonne observance et un apprentissage de la vie avec la maladie (49,50).

L'adoption du système de soins primaires en France est récente, mais l'ensemble des évolutions (réforme du médecin traitant en 2004, création des Agences régionales de santé, schémas régionaux de l'organisation des soins ambulatoires, soutien aux organisations collectives) témoigne d'une volonté croissante d'organiser les soins ambulatoires.

Y. Bourgueil, dans une revue récente de la littérature (51), démontre que les systèmes se basant sur des soins primaires « forts », comme l'Australie, le Canada, le Japon, la Suède, le Danemark, la Finlande, les Pays-Bas, l'Espagne, le Royaume-Uni, sont plus efficaces pour améliorer la santé moyenne des populations, que ceux ayant des systèmes de soins primaires « faibles », car ils sont plus équitables en terme d'accès aux soins, avec des dépenses de santé plus maîtrisées. Les ISS sont réduites dans les pays disposant de système nationaux de santé où le reste à charge des patients est limité et où le médecin généraliste joue un rôle de *gatekeeper*, c'est-à-dire d'orientation et de régulation vers les soins secondaires (50,51).

Les ISS sont parfois difficiles à percevoir, la grande précarité n'étant que la partie émergée de l'iceberg. Les acteurs des soins primaires se doivent de prendre en compte ces inégalités pour adapter leur prise en charge. Ils peuvent ainsi participer à la réduction des ISS, ou tout du moins ne pas contribuer à les

accroître. En facilitant l'accès aux soins et en permettant au patient de bénéficier de soins, y compris préventifs, quelles que soient ses difficultés sociales, le médecin généraliste contribue à la lutte contre les ISS. Evaluer les facteurs de risques pour la santé (par exemple les risques professionnels, les risques liés au logement ou à l'environnement social), informer le patient de manière adaptée, mettre en œuvre des moyens et utiliser des outils adaptés aux besoins de santé et à la situation sociale du patient, font partie des missions du médecin généraliste. Pour cela, le recueil systématique des informations sur la situation sociale du patient adulte doit s'envisager dans la pratique quotidienne des médecins généralistes. Au-delà du sexe, de l'âge et de l'adresse, les informations sur la couverture sociale, la situation par rapport à l'emploi et les capacités de compréhension du patient sont indispensables à une prise en charge adaptée (52,53).

Les soins primaires jouent donc un rôle primordial dans la réduction des ISS et le médecin généraliste a un rôle important à jouer dans la stratégie de réduction des ISS :

- par un suivi personnalisé et adapté à ses patients ;
- par des actions de prévention ;
- et par l'orientation des patients dans le système de soins.

Le médecin généraliste semble donc l'intervenant idéal pour repérer et orienter les patients en situation de vulnérabilité vers les CES où ils pourront bénéficier d'un EPS.

ETUDE

I. Hypothèse de recherche

Il est possible de mettre en place une intervention du médecin généraliste, acteur incontournable des soins primaires, pour orienter les patients précaires vers l'EPS proposé par les CES. Cette intervention pourrait permettre d'améliorer la participation des patients bénéficiaires de la CMU à l'EPS.

II. Objectifs

A. Objectif principal

Notre étude avait pour objectif principal d'évaluer **la faisabilité d'une intervention du médecin généraliste pour orienter les patients CMU vers l'EPS.**

La faisabilité de l'intervention était définie par la capacité des médecins à proposer l'EPS à 5 consultants relevant de la CMU et n'ayant pas fait cet examen dans les deux dernières années, sur une période d'un mois.

B. Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires de notre étude étaient :

- Evaluer l'efficacité de l'intervention par le taux de patients consultant le CES après proposition par le médecin ;
- Evaluer l'opinion des médecins à l'égard de l'EPS ;
- Décrire les raisons de non proposition de l'EPS par le médecin.

III. METHODES

A. Schéma d'étude

Nous avons mis en place une étude interventionnelle évaluant la faisabilité d'une orientation vers l'EPS des patients CMU par le médecin traitant.

B. Sélection de la population d'étude

La population d'étude était :

- les médecins généralistes qui proposent l'examen périodique de santé d'une part ;
- les patients répondant aux critères d'inclusion et consultant leur médecin traitant pendant la période d'inclusion dans l'étude, d'autre part.

1. Les médecins généralistes

Les médecins généralistes ont été recrutés parmi les maîtres de stage ou dans des groupes de pairs à Bordeaux et dans la Communauté urbaine de Bordeaux (CUB). Ils ont été sélectionnés pour leur intérêt et leur implication dans le champ de la précarité (localisation géographique, activité annexe : Samu social, CACIS, planning familial, etc.). Les médecins généralistes n'acceptant pas de participer (ou ne répondant pas à la demande de participation) ont été considérés comme insuffisamment motivés (même si d'autres raisons telles que la disponibilité pourraient être évoquées). La réflexion sous-jacente à ce mode de sélection était que si la faisabilité était médiocre dans cet échantillon de médecins motivés, l'élargissement de cette pratique à une population de médecins moins motivés ne serait pas fondé.

Les médecins sélectionnés ont d'abord reçu un courrier explicatif sur le contexte et l'objectif de l'étude (**cf courrier en annexe**) puis ont été contactés par téléphone par l'investigatrice. A la fin de l'entretien téléphonique, leur accord de participation à l'étude était recueilli.

La période de recrutement des médecins a eu lieu du 29/04/2014 au 12/05/2014. Ce délai s'explique par les difficultés à joindre directement les médecins au cabinet (5 appels par médecin en moyenne).

Après accord de participation, nous avons adressé un pack aux médecins. Ce pack comprenait :

- une lettre informative avec rappel de « l'argumentaire de vente » destiné au patient (**cf. courrier en annexe**) ;
- un questionnaire destiné au médecin participant (**cf. exemplaire en annexe**) ;
- 5 questionnaires patients (**cf. exemplaire en annexe**) ;
- 5 plaquettes d'information du CES accompagné d'un carton d'invitation numéroté (numéro permettant d'identifier les consultants au CES de manière anonyme) ;
- une enveloppe affranchie et libellée pour le retour des documents par le médecin.

L'envoi a été effectué en deux vagues, les 7 mai et 14 mai 2014. Si besoin, les médecins pouvaient demander des documents « patient » supplémentaires, afin d'inclure plus de cinq patients.

2. Les patients

Les participants à l'étude étaient ensuite recrutés par les médecins participants s'ils respectaient les critères d'inclusion suivants :

- patients de plus de 18 ans ;
- bénéficiaires de la CMU et affiliés au régime général ;
- dont le médecin recruteur était le médecin traitant ;
- et n'ayant pas réalisé l'EPS dans les 2 dernières années.

La période d'inclusion durait un mois pour chaque médecin et débutait à la réception des documents de l'étude. Suite à l'envoi en deux vagues des documents d'étude, le recrutement des patients a eu lieu sur deux périodes : du 9 mai au 9 juin 2014 et du 16 mai au 16 juin 2014.

C. Description de l'intervention étudiée

Lors du recrutement des médecins, nous avons délivré un argumentaire standardisé présentant les intérêts pour le médecin de l'EPS afin d'améliorer la prise en charge des patients précaires. Pendant l'étude, le médecin devait proposer à tout patient répondant aux critères d'inclusion de participer à un EPS dans le CES de Bègles, en lui expliquant les bénéfices attendus de l'EPS, à partir de l'argumentaire qu'il avait reçu. Si le patient l'acceptait, le médecin lui donnait un carton d'invitation anonyme (seul un numéro permettait d'identifier le médecin) afin qu'il puisse contacter le CES pour prendre rendez-vous. Le médecin avait également la possibilité de prendre rendez-vous pour le patient lors de la consultation.

Lors de la consultation au CES, le patient devait remettre son carton d'invitation afin qu'il puisse être identifié comme participant à l'étude.

Le CES nous a ensuite transmis le nombre de patients de l'étude ayant réalisé l'EPS ainsi que les examens réalisés lors de la consultation, leurs résultats et les propositions d'orientation et de prise en charge.

D. Recueil des données

1. Mode de recueil

Le recueil des données de l'étude s'est fait par des questionnaires papier standardisés. Une première version des questionnaires avait été soumise à un groupe de pairs avant le début de l'étude

et modifiée en tenant compte de leur remarques. L'avis du Dr Bruno Léger pour le CES a également été pris en compte. En accord avec le Dr Léger, les informations liées aux EPS ont été recueillies auprès du CES de Bègles et directement saisies informatiquement.

2. Questionnaires de l'étude

a) *Questionnaire médecin initial*

A la réception du pack, le médecin devait remplir un questionnaire le concernant. Les caractéristiques des médecins, leur activité, leur patientèle ainsi que leurs connaissances et opinions sur l'EPS ont été recueillies (**cf. Questionnaire médecin initial en annexe**).

Les informations recueillies étaient les suivantes :

- Nom, prénom ;
- Sexe ;
- Age : en années ;
- Activité : semi-rurale ou urbaine ;
- Type d'exercice : seul ou en cabinet de groupe ;
- Présence d'un secrétariat : oui ou non ;
- Dossiers informatisés : oui ou non ;
- Participation à la formation médicale continue : oui ou non ;
- Pourcentage de patients CMU, donnée figurant sur le Relevé Individuel d'Activité Professionnelle ;
- Les 3 missions de l'EPS leur paraissant les plus intéressantes parmi une liste de missions proposées dans les CES :
 - o Bilan de santé gratuit ;
 - o Prévention primaire ;
 - o Dépistage ;

- Education thérapeutique, éducation en santé ;
 - Prise en charge sociale ;
 - Aide à l'accès aux droits ;
 - Recueil de données épidémiologiques ;
- A la fin de l'étude, les médecins pouvaient également noter leurs commentaires sur le déroulement de celle-ci.

b) Questionnaire patient

Le nombre de patients inclus, le nombre d'EPS proposés et le nombre d'invitations étaient recueillis de manière prospective par le médecin au cours de l'étude.

A chaque fois qu'un consultant répondait aux critères d'inclusion, le médecin devait remplir un questionnaire recueillant des informations sociodémographiques et médicales sur le patient (**cf. Questionnaire patient en annexe**). Il devait renseigner si l'EPS était proposé et les raisons de la proposition ou de la non proposition, la réponse du patient et si un carton d'invitation avait été remis au patient. Le médecin pouvait également noter s'il avait pris lui-même le rendez-vous au CES pour le patient.

Les informations sociodémographiques et médicales recueillies étaient les suivantes :

- Deux premières lettres du nom et du prénom ;
- Sexe ;
- Age : en années ;
- Nouveau patient : oui/non ;
- Statut vis-à-vis des vaccinations diphtérie-tétanos-poliomyélite ;
- Consultations dentaires dans les 12 derniers mois ;
- Consommation de tabac ;
- Consommation d'alcool à risque ;
- Existence de facteurs de risque cardiovasculaire ;

- Frottis cervicovaginal datant de moins de 3 ans pour les femmes de 25 à 65 ans ;
- Mammographie datant de moins de 2 ans pour les femmes de 50 à 74 ans ;
- Hémoccult® de moins de 2 ans pour les patients de 50 à 74 ans;
- Présence de l'une des 30 ALD (ALD30), si oui laquelle et consultation spécialisée en rapport avec l'ALD réalisée dans les 12 derniers mois ;
- Nécessité de solliciter une assistante sociale ou un partenaire social dans la prise en charge du patient.

c) Questionnaire médecin final

Un mois après la période d'inclusion des patients (qui avait eu lieu du 09/05 au 16/06/2014), j'ai recueilli les impressions des médecins participants sur l'étude et l'EPS par un entretien téléphonique (**cf. questionnaire médecin final en annexe**). Les questions de type échelle de Likert à 4 modalités (« tout à fait d'accord », « d'accord », « pas d'accord », « pas du tout d'accord ») concernaient :

- l'utilité de l'EPS chez les personnes en situation de précarité ;
- l'utilité de l'EPS chez leurs patients CMU ;
- la simplicité d'utilisation du questionnaire patient.

Deux questions binaires (oui/non) concernaient les difficultés à identifier les patients pouvant être inclus dans l'étude et les difficultés à proposer l'EPS.

Les médecins interrogés étaient invités à faire des commentaires libres et donner leurs suggestions.

Les entretiens téléphoniques ont eu lieu entre le 04/07/2014 et le 18/07/2014.

d) Questionnaire de consultation au CES

Après identification des consultants par la remise du carton d'invitation de l'étude, nous avons recueilli les informations issues de la consultation au CES avec un questionnaire standardisé. Pour ne

pas sous-estimer le nombre de consultants dans les suites de l'étude, nous avons recherché parmi les consultants au CES après l'étude (jusqu'au 08/10/2014) ceux susceptibles d'avoir participé à l'étude. Cette identification a reposé sur le croisement du nom du médecin généraliste déclaré avec les initiales, le sexe et l'âge du consultant (informations recueillies dans notre étude). Cette recherche complémentaire a permis d'identifier un consultant supplémentaire.

Les informations suivantes ont alors été recueillies pour les consultants identifiés :

- numéro du carton d'invitation ;
- âge en années ;
- sexe ;
- nom du médecin traitant déclaré par le patient ;
- date de réalisation de l'EPS ;
- score EPICES ;
- informations sur les antécédents et le suivi des patients : réalisation d'une consultation dentaire dans les 12 derniers mois, consommation d'alcool, tabagisme, vaccinations à jour, existence de facteurs de risque cardiovasculaire, réalisation d'un frottis cervicovaginal dans les 3 dernières années et d'une mammographie dans les 2 dernières années pour les femmes, réalisation d'un Hémocult® dans les 2 dernières années, déclaration d'une ALD30 ;
- examens réalisés lors de l'EPS et leur résultat : dépistage dentaire, bilan biologique, bandelette urinaire, mesures anthropométriques (poids, taille, indice de masse corporelle), visiotest, mesure de l'acuité auditive, spirométrie, électrocardiogramme, mesure de la pression artérielle, frottis cervicovaginal, consultation spécialisée (psychiatrique, cardiologique, diététique), mesure du monoxyde de carbone (CO) dans l'air expiré ;
- les actions menées suites à l'EPS : prise de rendez-vous pour une consultation psychiatrique, gynécologique ou diététique, actions pour l'ouverture ou la prolongation de droits et de CMU et l'obtention d'aides financières ;
- synthèse de l'EPS.

3. Circuit de l'information

Une relance téléphonique était faite 15 jours après le début de l'étude pour faire le point sur le nombre de patients inclus. Lors de cette relance téléphonique, nous propositions au médecin de lui fournir d'autres questionnaires (cette situation a concerné un médecin).

A la fin de la période d'inclusion, le médecin devait renvoyer par voie postale dans une enveloppe préaffranchie le questionnaire le concernant et l'ensemble des questionnaires patient qu'ils soient remplis ou non. Nous avons effectué deux relances téléphoniques pour récupérer les documents. Pour 3 médecins, les documents ont été récupérés directement au cabinet. Nous avons reçu les questionnaires sur la période du 29/05 au 18/07/2014.

E. Saisie des données

L'ensemble des questionnaires ont été codés selon un thésaurus préétabli et saisis manuellement avec le logiciel MS Office Excel 2013.

Un contrôle de la qualité des données a été réalisé (par exemple cohérence entre sexe et réalisation de mammographie). Certains questionnaires médecin initiaux étaient incomplets. L'investigatrice a contacté les médecins concernés à deux reprises afin de compléter les informations manquantes.

F. Critères de jugement

1. Critère de jugement principal

Le critère de jugement principal était le nombre médian d'EPS proposé par les médecins durant la période de l'étude.

2. Critères de jugement secondaires

Les critères de jugement secondaires étaient :

- la proportion de patients consultant le CES après proposition de l'EPS par le médecin. Cette proportion était comparée au taux de participation des patients précaires après invitation par les moyens habituels ;
- l'opinion des médecins sur l'EPS, avant et après l'étude ;
- les raisons de proposition et non proposition de l'EPS par le médecin.

G. Analyse des données

1. Diagramme de flux

Les différentes étapes du processus de recrutement des médecins généralistes et des patients ont été décrites à l'aide de deux diagrammes de flux :

- Nous avons décrit le nombre et la proportion de médecins participants, ayant retourné le questionnaire et ayant inclus au moins un patient ;
- Nous avons décrit le nombre et la proportion de patients aux différentes étapes de l'étude : inclusion, proposition de l'EPS, accord de réalisation, remise du carton d'invitation et réalisation de l'EPS.

2. Description de la population d'étude

Nous avons décrit les caractéristiques des médecins inclus et des patients inclus. Les variables quantitatives ont été décrites en termes de médiane, écart interquartile (EIQ : premier quartile –

troisième quartile), minimum et maximum et les variables qualitatives ont été décrites en termes d'effectif et proportion.

3. Faisabilité de l'intervention

Le nombre médian d'EPS proposés par les médecins participants a été calculé (avec EIQ, minimum et maximum) et a servi à évaluer la faisabilité de l'intervention.

4. Objectifs secondaires

Nous avons décrit l'opinion des médecins sur l'EPS avant l'étude (questionnaire initial) et après l'étude (questionnaire final et entretien téléphonique).

Nous avons décrit le nombre et la proportion de patients pour lesquels l'EPS n'a pas été proposé et les raisons invoquées en termes d'effectif et proportion.

Enfin, la proportion de patients consultant le CES après invitation par le médecin a été calculée avec son intervalle de confiance à 95% pour la comparer à la valeur théorique de 2,6% correspondant au taux global de recrutement observé au CES de Bègles.

L'ensemble des analyses a été effectué à l'aide du logiciel MS Office Excel 2013 et du logiciel R v3.1.1 (54), avec un seuil de significativité statistique fixé à 0,05.

IV. RESULTATS

A. Description des médecins participants

1. Processus de sélection

Le processus de sélection des médecins participants à l'étude est représenté sur la **Figure 2 page 47**. Trente-six médecins généralistes installés dans la CUB et impliqués dans le domaine de la précarité ont reçu le premier courrier les invitant à participer. Par la suite, 35 ont pu être contactés par téléphone (un médecin n'a pu être joint directement) dont un médecin avait un statut de collaborateur. Vingt-quatre médecins (68,6%) ont accepté de participer mais un médecin n'a par la suite pas retourné les questionnaires de l'étude et nous l'avons exclu du reste des analyses. Le taux de participation effectif à l'étude était donc de 65,7% (23 sur 35 médecins contactés). Pour 5 médecins, le questionnaire médecin initial était incomplet et malgré deux relances téléphoniques, nous n'avons pas pu obtenir l'ensemble des données.

2. Caractéristiques des médecins

L'âge médian des 23 médecins inclus dans l'analyse était de 49 ans (EIQ : 41 ans-47 ans ; minimum : 30 ans ; maximum : 66 ans). Il s'agissait à 69,6% d'hommes (n=16). L'activité professionnelle était uniquement urbaine. Sept médecins exerçaient seul (30,4%) et 16 en cabinet de groupe (69,6%). Six d'entre eux n'avaient pas de secrétaire (26,1%) et 17 avaient un secrétariat (73,9%). Tous les médecins participants utilisaient des dossiers médicaux informatisés et participaient à la formation médicale continue. Pour les 19 médecins pour lesquels l'information était disponible, le pourcentage médian de patients CMU dans la patientèle était de 20,0% (EIQ : 9,8%-27,0% ; minimum : 3,8% ; maximum : 78,0%).

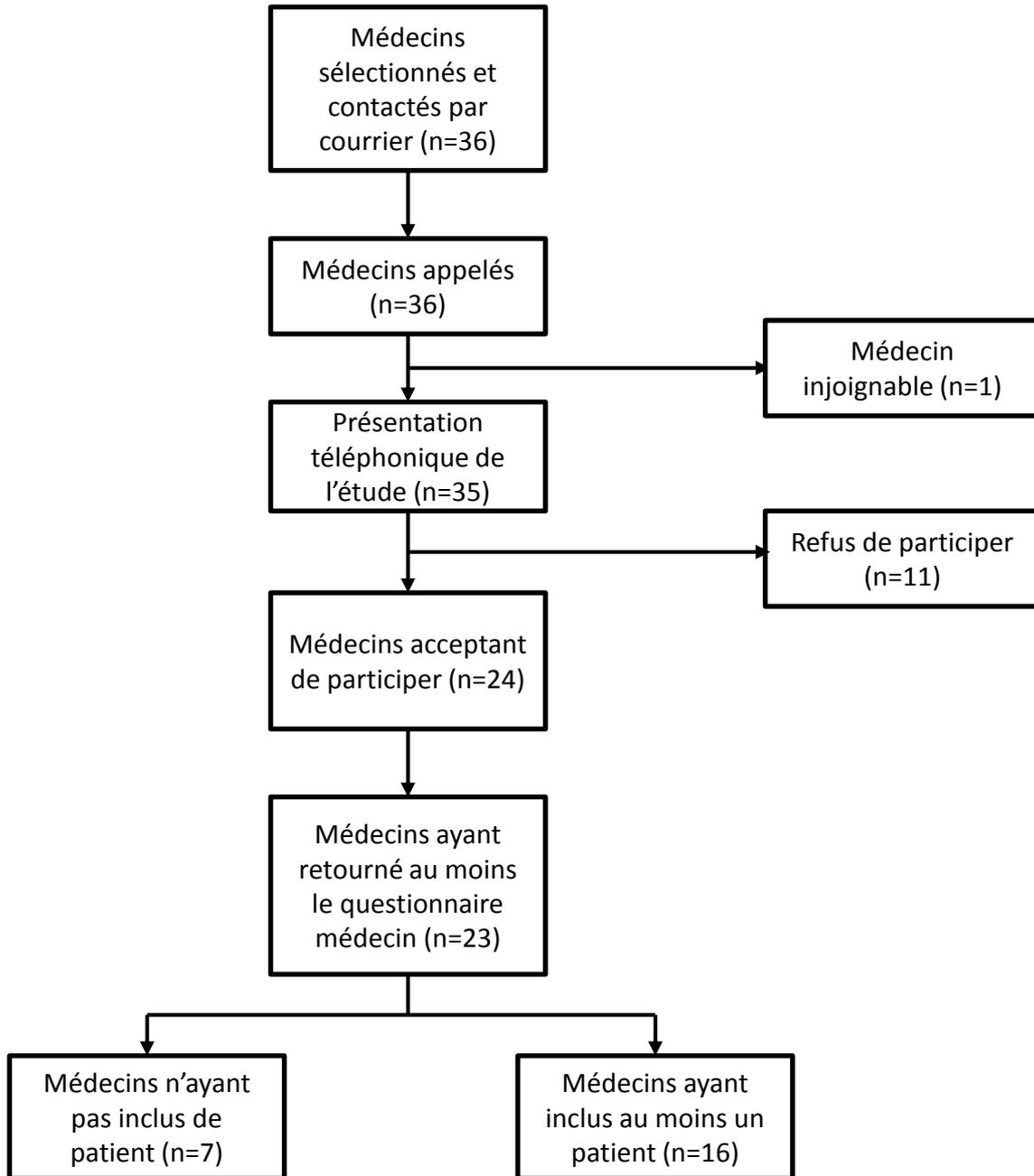


Figure 2 - Diagramme de flux du processus de sélection et participation des médecins de l'étude – Communauté urbaine de Bordeaux, Avril-Juillet 2014.

3. Opinions et connaissances sur le CES

Vingt médecins ont exprimé leur opinion sur les missions du CES (**Tableau 1 page 48**). Les missions leur paraissant les plus intéressantes pour la prise en charge des patients en situation de précarité étaient par ordre décroissant de fréquence :

- la réalisation d'un bilan de santé gratuit : citée par 17 médecins (73,9%) ;
- le dépistage : cité par 12 médecins (52,2%) ;
- à égalité, la prévention primaire et l'éducation thérapeutique, l'éducation en santé : citées par 8 médecins (34,8%) ;
- la prise en charge sociale : citée par 7 médecins (30,4%) ;
- l'aide à l'accès aux droits : citée par 6 médecins (26,1%) ;
- le recueil de données épidémiologiques : cité par 2 médecins (8,7%).

Tableau 1 - Opinions des médecins participants à l'étude sur les missions des Centres d'examens de santé les plus intéressantes pour la prise en charge des patients en situation de précarité – Communauté urbaine de Bordeaux, Avril-Juillet 2014 (N=23).

	Citation quelle que soit la position		Première position		Seconde position		Troisième position	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Bilan de santé gratuit	17	73,9	12	52,2	3	13,0	2	8,7
Dépistage	12	52,2	2	8,7	7	30,4	3	13,0
Prévention primaire	8	34,8	2	8,7	4	17,4	2	8,7
Education thérapeutique, éducation en santé	8	34,8	3	13,0	4	17,4	1	4,3
Prise en charge sociale	7	30,4	0	0,0	1	4,3	6	26,1
Aide à l'accès aux droits	6	26,1	2	8,7	1	4,3	3	13,0
Recueil de données épidémiologiques	2	8,7	0	0,0	0	0,0	2	8,7

B. Description des patients participants

1. Processus de sélection

Le processus d'inclusion des patients de l'étude est représenté par la **Figure 3 page 50**. Cinquante-deux patients ont été inclus dans l'étude et 51 patients ont été inclus dans l'analyse. L'EPS a été proposé à 39 patients (76,5%). Parmi les 39 patients, 29 (74,4%) ont donné leur accord pour réaliser l'EPS (8 patients ont refusé et l'information était indisponible pour 2 patients). Un carton d'invitation a été remis à 28 d'entre eux (un patient pour lequel l'information n'était pas disponible).

Au 8 octobre 2014 (3 mois après la fin de l'étude), 5 patients avaient consulté au CES dans les suites de l'intervention (identifiés avec le carton d'invitation). Grâce aux dossiers du CES et à partir du nom du médecin traitant et des 2 premières lettres du nom et du prénom des patients inclus, nous avons pu identifier un 6^{ème} patient ayant réalisé l'EPS.

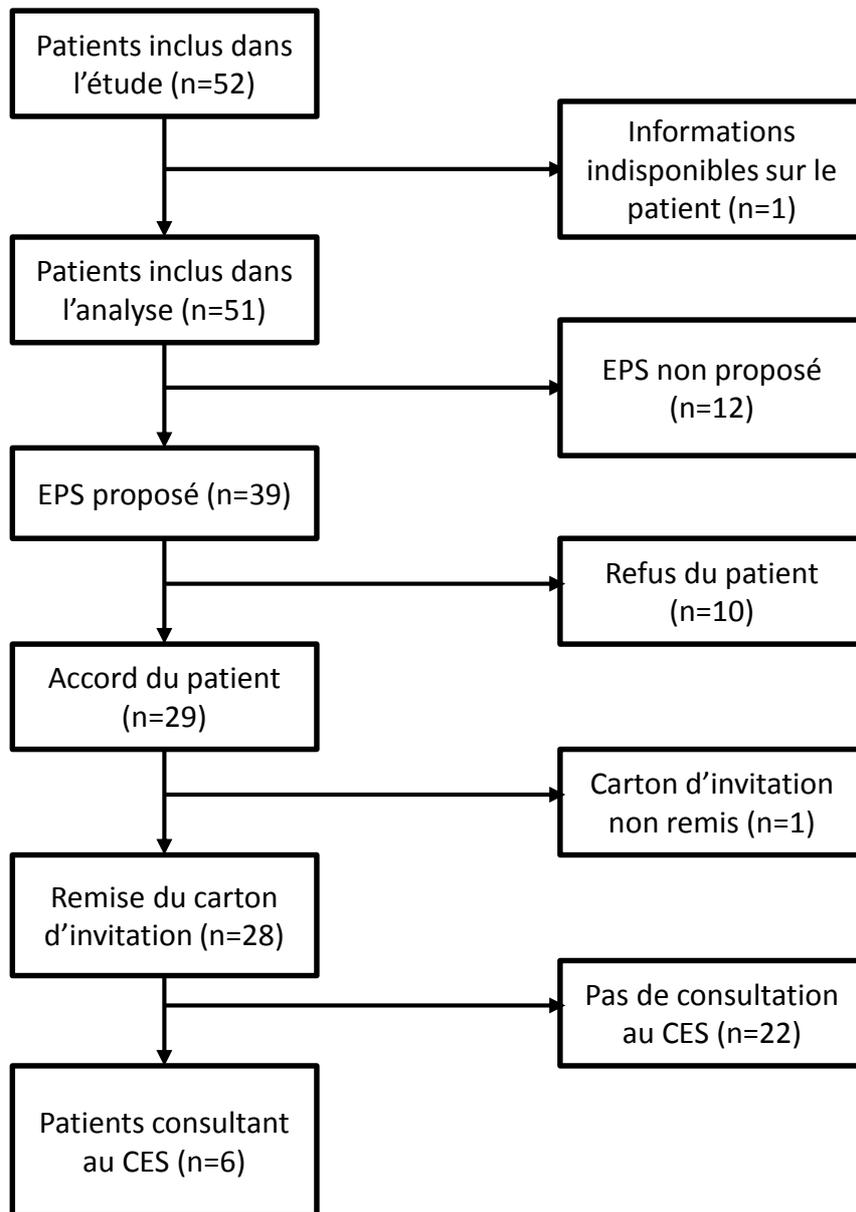


Figure 3 - Diagramme de flux du processus d'inclusion des patients – Communauté urbaine de Bordeaux, Avril-Juillet 2014.

2. Caractéristiques des patients inclus

Pour un patient auquel l'EPS n'a pas été proposé, nous n'avons aucun autre renseignement.

Ce patient est exclu par la suite de la description des patients, qui sera donc menée sur 51 patients.

Les caractéristiques des patients inclus dans l'étude sont présentées dans le **Tableau 2 page 52**. L'échantillon était majoritairement composé de femmes (n=30, 60,0%). L'âge médian était de 46 ans (EIQ : 33 ans – 55 ans). Parmi ceux-ci, 5 (10,2%) étaient des nouveaux patients du médecin concerné. Près de la moitié (44,9%) de ces patients n'avaient pas eu de consultation dentaire dans les 12 derniers mois. Une consommation de tabac était notée pour 47,1% d'entre eux (n=24) et une consommation d'alcool à risque était rapportée pour 6 patients (11,8%). Au moins un facteur de risque cardiovasculaire était rapporté chez 22 patients (44,0%). Vingt-huit pour cent des femmes concernées n'avaient pas eu de frottis cervicovaginal dans les trois dernières années (n=7). Une mammographie de moins de 2 ans était rapportée pour 75,0% des femmes concernées. Un tiers (33,3%) des patients concernés n'avaient pas réalisé d'Hémocult®. Douze patients bénéficiaient d'une ALD (23,5%) et 5 avaient eu une consultation spécialisée de suivi et de prise en charge de l'ALD dans l'année écoulée. Enfin, l'intervention d'une assistante sociale ou d'un partenaire social avait déjà été nécessaire pour 10 patients (23,8%).

C. Faisabilité de l'intervention du médecin généraliste

Sur les 23 médecins ayant effectivement participé, 16 ont inclus au moins un patient dans l'étude (69,6%). Le nombre médian de patients inclus par médecin était de 2 (min-max : 0-10). L'EPS a été proposé à 39 patients sur les 51 inclus dans l'étude (76,5%). **Le nombre médian d'EPS proposé par médecin était de 1** (min-max : 0-7). Parmi les médecins ayant inclus au moins un patient (n=16 soit 69,6%), le nombre médian d'EPS proposé était de 2 (min-max 0-7). Le nombre médian d'invitations remises par médecin était de 1 (min-max : 0-6). Pour un patient, le médecin a pris lui-même le rendez-vous au CES (pour une patiente âgée de 37 ans).

Tableau 2 - Description des caractéristiques des patients participants - Communauté urbaine de Bordeaux, Avril-Juillet 2014 (N=51).

	N	n	%*	médiane	EIQ	min-max
Âge, années	49			46	33 - 55	18 - 67
Sexe féminin	50	30	60,0			
Nouveau patient	49	5	10,2			
Vaccination DTP à jour	50					
Oui		39	78,0			
Non		0	0,0			
Ne sait pas		11	22,0			
Consultation dentaire dans les 12 derniers mois	49					
Oui		22	44,9			
Non		22	44,9			
Ne sait pas		5	10,2			
Consommation de tabac	51	24	47,1			
Consommation d'alcool à risque	51					
Oui		6	11,8			
Non		41	80,4			
Ne sait pas		4	7,8			
Existence de facteurs de risque cardiovasculaire	50	22	44,0			
Frottis cervicovaginal de moins de 3 ans (femmes de 25 à 65 ans)	25					
Oui		14	56,0			
Non		7	28,0			
Ne sait pas		4	16,0			
Mammographie de moins de 2 ans (femmes de 50 à 74 ans)	9					
Oui		6	75,0			
Non		1	12,5			
Ne sait pas		1	12,5			
Non renseigné		1	—			
Hémoccult® de moins de 2 ans (50 ans à 74 ans)	16					
Oui		6	50,0			
Non		4	33,3			
Ne sait pas		2	16,7			
Non renseigné		4	—			
Patient bénéficiaire d'une ALD	51	12	23,5			
Consultation spécialisée pour l'ALD dans les 12 derniers mois	12					
Oui		5	50,0			
Non		5	50,0			
Non renseigné		2	—			
Antécédent d'intervention sociale pour le patient	51					
Oui		10	23,8			
Non		32	76,2			
Non renseigné		9	—			

* Les données manquantes (« non renseigné ») ne sont pas considérées dans le calcul des pourcentages.

ALD : Affection de longue durée ; DTP : diphtérie-tétanos-poliomyélite ; EIQ : écart interquartile ; max : maximum ; min : minimum.

D. Motivations pour la non proposition de l'EPS

Les raisons avancées par les médecins pour justifier la proposition ou la non proposition de l'EPS sont présentées dans le **Tableau 3 page 54**.

La raison la plus fréquente motivant la proposition d'EPS était l'absence de réalisation de cet examen par le patient dans le passé (cité dans 64,1% des cas). La deuxième raison la plus fréquemment citée était l'ancienneté de réalisation de l'EPS (au-delà de 2 ans, correspondant à la périodicité recommandée pour cet examen de suivi). Dans 12,8% des situations, la demande de bilan de santé émanait spontanément du patient. Dans 12,8% des situations, l'EPS était proposé car un besoin d'examens complémentaires ou une consultation spécialisée était apparu durant la consultation. Enfin, pour un patient sur 10 (10,3%), la nécessité d'une prise en charge sociale avait conduit à proposer l'EPS.

Pour 9 patients (75%) à qui l'EPS n'était pas proposé, la raison était que le médecin jugeait qu'il n'apporterait pas de bénéfices au patient. Pour 3 patients (25%), le sujet de l'EPS n'avait pas été abordé : par manque de temps pour 2 patients et par oubli pour un patient.

Par ailleurs, l'EPS a été proposé à tous les nouveaux patients inclus dans l'étude (n=5).

Tableau 3- Description des raisons invoquées par les médecins généralistes pour proposer ou non l'EPS aux patients inclus (n=51) – Communauté urbaine de Bordeaux, Avril-Juillet 2014.

	n	%*
Raisons invoquées pour proposer l'EPS (n=39)		
N'a jamais réalisé l'EPS	25	64,1
A réalisé l'EPS il y a plus de 2 ans	10	25,6
A demandé spontanément la réalisation d'un bilan de santé	5	12,8
Nécessite des examens complémentaires ou une consultation spécialisée suite à cette consultation	5	12,8
Nécessite une prise en charge sociale, l'intervention d'une assistante sociale	4	10,3
Raisons invoquées pour ne pas proposer l'EPS (n=12)		
Je ne pense pas que l'EPS puisse apporter de bénéfices à ce patient	9	75,0
Sujet non abordé	3	25,0
Manque de temps	2	16,7
Oubli	1	8,3
Autre	0	0,0

* Plusieurs raisons de proposition ou non proposition pouvaient être renseignées : le total n'est pas égal à 100%.

E. Efficacité de l'intervention du médecin généraliste

Six patients ont consulté le CES pour la réalisation d'un EPS dans les suites de l'étude, parmi les 39 patients auxquels l'EPS avait été proposé. **Le taux de participation après invitation par le médecin généraliste est donc de 15,3%** (intervalle de confiance à 95% : [5,9% - 30,5%]). Pour les 29 patients ayant donné leur accord, la proportion d'EPS effectivement réalisé est de 20,7% [8,0% – 39,7%] (n=6).

Les EPS ont été réalisés entre le 5/06/2014 et le 28/07/2014, soit 4 à 12 semaines après le début de l'étude (date d'inclusion manquante pour calculer un délai plus précis entre inclusion et réalisation de l'EPS).

Cinq patients ayant réalisé l'EPS étaient précaires selon le score EPICES. Il manque cette information pour un patient pour qui le score EPICES n'a pu être calculé. Le score EPICES médian était de 66%. Il s'agissait de 3 hommes et de 3 femmes. L'âge médian des consultants était de 41,5 ans. Tous étaient

bénéficiaires de la CMU-C. Deux patients étaient en ALD30, l'un pour un diabète de type 2 de découverte récente, l'autre pour une infection à VIH.

Ces 6 patients ont été inclus par 5 médecins recruteurs, qui avaient tous reçu les documents lors de la première vague d'envoi.

F. Bilan de l'EPS au CES

Les investigations réalisées au CES, leurs résultats et les actions enclenchées sont présentées pour chaque patient dans le **Tableau 4 page 56**.

Pour un consultant, il a été recommandé de mettre à jour le statut vaccinal vis-à-vis de la diphtérie, tétanos et poliomyélite.

Pour 4 consultants, un déficit auditif a été détecté pour lequel une consultation ORL a été recommandée. Un déficit visuel a été dépisté chez une patiente, pour qui une consultation ophtalmologique a été conseillée.

Des anomalies biologiques ont été découvertes sur le bilan sanguin de deux patients. Leur médecin traitant a été informé de ces anomalies.

Une consultation diététique au CES a été préconisée pour une patiente obèse (indice de masse corporelle à 32,9 kg/m²). Au moment où les données ont été recueillies (13/10/2014), la patiente avait annulé le rendez-vous proposé et n'avait pas encore réalisé cette consultation.

Enfin, la consultation dentaire de dépistage a été réalisée chez 2 consultants (les 4 autres ayant un suivi régulier) et a permis l'identification d'anomalies nécessitant une consultation chez un chirurgien-dentiste pour prise en charge.

L'ensemble des consultants étaient bénéficiaires de la CMU-C et il n'a pas été nécessaire de prolonger leurs droits.

Tableau 4 - Description des investigations réalisées lors de l'EPS et des résultats - CES de Bègles, Juin-Juillet 2014 (N=6).

	Consultant A	Consultant B	Consultant C	Consultant D	Consultant E	Consultant F
Date de réalisation de l'EPS	16/06/2014	03/07/2014	10/07/2014	27/06/2014	05/06/2014	28/07/2014
CARACTERISTIQUES DES CONSULTANTS						
Âge	38	45	47	34	25	53
Sexe	Masculin	Féminin	Masculin	Masculin	Féminin	Féminin
Score EPICES	79,29%	53,84%	65,35%	NR	84,43%	52,06%
EXAMENS REALISES						
Dépistage dentaire	NR	Prothèse indiquée	NR	Caries	Normal	NR
Bilan biologique	Anomalies bilan lipidique	NR	Anomalie bilan hépatique	Normal	Normal	Insuffisance rénale
Bandelette urinaire	Anomalies	Normale	Normale	Normale	Normale	Normale
Poids, kg	64,0	94,1	51,3	75,0	53,0	55,5
Taille, cm	168	169	164	185	145	161
Indice de masse corporelle, kg/m ²	22,6	32,9	19,0	21,9	25,2	21,0
Visiotest	NR	Déficitaire	NR	Normal	NR	NR
Acuité auditive	Normale	Normale	Déficit bilatéral (aigus)	Baisse audition gauche	Baisse audition, indication contrôle ORL	Diminution importante
Spirométrie	NR (absence de FdR)	NR	Normale	NR	NR	NR
Électrocardiogramme	Normal	Normal	Normal, PR court isolé	Normal	Normal	Normal
TAS/TAD, mmHg	15,5/9,1	14,7/8,7	12,7/8,4	13,0/8,0	11,6/6,7	15,3/8,85
Frottis cervicovaginal	NC	Fait dans les 2 ans	NC	NC	Fait dans les 2 ans	Fait dans les 2 ans
Consultation psychiatrique	Non	Non	Non	Non	Non	Non
Consultation cardiologique	Non	Non	Non	Non	Non	Non
Consultation diététique	Non	Envisagée	Non	Non	Non	Non
Mesure du CO expiré	Non	Non	13 ppm	Non	Non	Non
ACTIONS ENCLENCHEES						
Prise de rdv psychiatrique	Non	Non	Non	Non	Non	Non
Prise de rdv gynécologique	Non	Non	NC	NC	A prévoir en ville	Non
Prise de rdv diététique	Non	Oui	Non	Non	Non	Non
Ouverture des droits	Non	Non	Non	Non	Non	Non
Prolongation des droits	Non	Non	Non	Non	Non	Non
CMU à prolonger	Non	Non	Non	Non	Non	Non
Aides financières	Non	Non	Non	Non	Non	Non
SYNTHESE						
	- Anomalies du bilan urinaire - Bilan lipidique limite	- Surcharge pondérale - Déficit visuel - Vaccination à mettre à jour - Consultation dentaire nécessaire	- Déficit auditif, voir ORL - Bilan hépatique perturbé	- Déficit auditif - Nécessité de consulter un dentiste	- Déficit auditif	- Poursuivre la PEC de l'anomalie rénale - Positivité sérologique connue (patiente sous trithérapie)

CES : Centre d'Examen de Santé ; CMU : Couverture Maladie Universelle ; CO : monoxyde de carbone ; EPS : examen périodique de santé ; FdR : facteurs de risque ; NC : non concerné-e ; NR : non réalisé-e ; PEC : prise en charge ; rdv : rendez-vous ; TAD : tension artérielle diastolique ; TAS : tension artérielle systolique.

G. Retour des médecins sur l'étude

1. Résultats du questionnaire médecin final

Les réponses au questionnaire final des 23 médecins sont présentées dans le **Tableau 5 page 58**.

Vingt-deux médecins sur 23 (95,6%) étaient « tout à fait d'accord » ou « d'accord » avec le fait que l'EPS est utile chez les patients en situation de précarité.

Dix-neuf médecins (82,6%) étaient « tout à fait d'accord » ou « d'accord » pour dire que l'EPS est utile dans la prise en charge de leurs patients bénéficiaires de la CMU.

Le questionnaire patient a été considéré comme simple d'utilisation par 22 médecins (95,6%).

Sept médecins (30,4%) ont exprimé des difficultés à identifier les patients à inclure dans l'étude. Les raisons invoquées étaient principalement liées aux difficultés d'observance et de suivi de leurs patients CMU (3 médecins), liées à un manque de temps ou à un oubli de la part du médecin (3 médecins). Un médecin a expliqué avoir eu des difficultés à identifier les patients pour lequel un EPS serait utile car il estimait que ses patients CMU bénéficiaient déjà d'un suivi optimal.

Treize médecins (56,5%) ont exprimé des difficultés à proposer l'EPS. Les raisons invoquées sont par ordre décroissant de fréquence :

- Un manque de temps ou un oubli de la part du médecin (n=6) ;
- Le fait que le patient consulte dans une situation d'urgence ou pour un problème aigu (n=2) ;
- Des difficultés techniques (problème de langue ou de compréhension, localisation géographique du CES) pour 2 médecins ;
- Un sentiment d'inefficacité avec les patients CMU pour 1 médecin ;
- Une absence d'intérêt de l'EPS en pratique quotidienne pour 1 médecin.

Les 10 autres médecins n'ont pas déclaré de difficultés à proposer l'EPS

Tableau 5 - Réponses des médecins participants au questionnaire final – Communauté urbaine de Bordeaux, Avril-Juillet 2014 (N=23).

	n	%
L'EPS est utile chez les personnes en situation de précarité		
Tout à fait d'accord	14	60,9
D'accord	8	34,8
Pas d'accord	1	4,3
Pas du tout d'accord	0	0,0
L'EPS est utile dans la prise en charge de mes patients bénéficiaires de la CMU		
Tout à fait d'accord	4	17,4
D'accord	15	65,2
Pas d'accord	3	13,0
Pas du tout d'accord	1	4,3
Simplicité d'utilisation du questionnaire patient		
Tout à fait d'accord	15	65,2
D'accord	7	30,4
Pas d'accord	1	4,3
Pas du tout d'accord	0	0,0
Difficultés à identifier les patients pouvant être inclus dans l'étude	7	30,4
Difficultés à proposer l'EPS	13	56,5

CMU : Couverture Maladie Universelle ; EPS : Examen périodique de santé.

2. Identification des obstacles à la participation des médecins généralistes

Les médecins généralistes participant étaient invités à répondre à une question ouverte sur leurs remarques, impressions et suggestions concernant la réalisation de l'étude dans le premier questionnaire qu'ils devaient retourner avec l'enveloppe affranchie. Cette question leur était posée une seconde fois lors de l'entretien téléphonique de fin d'étude.

Onze médecins ont répondu à cette question au premier questionnaire, 22 ont répondu à cette question lors des entretiens téléphoniques.

L'analyse des remarques et retours sur l'intervention recueillis par ces deux moyens nous a permis d'identifier plusieurs obstacles et de les classer en quatre grands groupes.

Nous avons ainsi identifié :

- **Les obstacles liés à l'étude** : population choisie (CMU), identification et repérage des patients ;
- **Les obstacles liés aux médecins généralistes** : difficultés techniques, organisation du temps en médecine générale, oublis et manque de temps, difficultés à proposer l'EPS et à orienter les patients vers l'EPS, justification et intérêt de l'EPS chez leurs patients CMU ;
- **Les obstacles liés aux patients** : difficultés techniques pour les patients ;
- **Les obstacles liés au système de soins.**

a) Les obstacles liés à l'étude

- **Les obstacles liés au choix de la population :**

Pour 12 médecins sur 23 (52,2%), les remarques recueillies concernaient le choix de la population.

Huit médecins (34,8%) considéraient que les patients CMU vus en médecine générale bénéficient déjà d'un suivi adapté. De la même façon, 4 médecins (17,4%) considéraient que les patients CMU échappant aux invitations du CES échappaient aussi au médecin généraliste et n'étaient pas vus dans leurs cabinets. Pour 3 médecins (13,0%), la résistance des patients précaires vis-à-vis des messages de prévention était un des freins à la proposition de l'EPS : pour eux, les patients CMU sont peu sensibles voire réfractaires aux messages de prévention et au dépistage.

Enfin, 4 médecins (17,4%) proposaient d'élargir la proposition de l'EPS à d'autres populations vulnérables comme les bénéficiaires de l'AME, les personnes demandant le tiers-payant sur la part obligatoire, les personnes n'ayant pas de complémentaire santé, et les patients consultants moins d'une fois par an en médecine générale.

- **Les obstacles liés à la durée de l'étude :**

Un médecin (4,3%) a indiqué que l'étude aurait dû être conduite sur une période plus longue.

- **Les obstacles liés au repérage et à l'identification des patients :**

Un médecin (4,3%) a évoqué la difficulté de repérage des patients CMU en fin de consultation au moment du passage de la Carte Vitale et du règlement de la consultation.

- **Les difficultés techniques :**

Pour un médecin (4,3%), le carton d'invitation numéroté permettant de tracer les patients pouvait constituer un frein à la participation à l'EPS pour les patients.

b) Les obstacles liés au médecin généraliste

- **Les obstacles liés à l'organisation du temps de consultation :**

Pour 7 médecins sur 23 (30,4%), les difficultés rencontrées étaient liées à l'organisation du temps en médecine générale :

- 2 médecins affirmaient ne pas avoir eu le temps de proposer l'intervention ;
- 3 d'entre eux évoquaient l'existence de plusieurs motifs de consultation sur le même temps de consultation ;
- Pour 1 médecin (4,3%), la nécessité de prendre le temps de proposer l'EPS pouvait être un frein à l'intervention ;
- Enfin, 1 médecin (4,3%) exerçant aussi au Samu social a dit avoir plus de temps pour proposer l'EPS aux patients vus dans ce contexte que les patients vus au cabinet.

- **La difficulté d'orienter les patients vers l'EPS :**

La raison majeure de la non participation invoquée par les médecins était majoritairement l'oubli (5 médecins, 21,7%). Trois médecins (13,0%) évoquaient la difficulté « *d'interpeller* » et de « *motiver* » les patients chez qui un EPS était justifié et de leur « *faire prendre conscience de l'intérêt de la prévention* ». Parmi ces 3 médecins, l'un d'entre eux ressentait un « *agacement* » des patients.

Deux médecins (8,7%) relataient la difficulté de proposer l'EPS à leurs patients alors qu'ils venaient pour un problème aigu ou une situation d'urgence, ou bien les patients « *étaient dans de telles souffrances, qu'ils avaient d'autres priorités et n'étaient pas, ni le médecin, dans une démarche de prévention* ». Un médecin (4,3%) craignait que les patients ressentent la proposition de réaliser un EPS comme une obligation.

- **Les obstacles liés à la communication entre les médecins et le CES :**

Un médecin (4,3%) relatait des difficultés de communication avec le CES.

- **Les obstacles liés à la perception et à la justification de l'EPS :**

Sept médecins (30,4%) estimaient que l'intérêt de l'EPS était discutable dans cette population.

Pour 3 médecins (13,0%), l'EPS n'avait pas d'intérêt pour leurs patients CMU car ils bénéficiaient déjà d'un suivi régulier (pathologies chroniques, visites régulières, bilan de santé déjà réalisé en ambulatoire).

Un médecin attendait une plus-value de l'EPS par rapport à la démarche habituelle en soins primaires.

Un autre ne pensait pas que l'EPS puisse améliorer la participation des patients CMU aux examens de prévention ni leur prise en charge.

Un médecin trouvait l'EPS utile pour les personnes demandeuses de bilan de santé. Pour un autre, l'intérêt de l'EPS était plus social que médical.

Un médecin regrettait que certains examens ne soient pas refaits systématiquement au cours de l'EPS.

c) Les obstacles liés au patient

Ils concernaient essentiellement la barrière de la langue et les difficultés techniques de prise de rendez-vous.

Les difficultés liées à la langue et à la compréhension ont été évoquées par 2 médecins (8,7%) :

- pour l'un, il est compliqué pour les patients de prendre rendez-vous (passer un appel téléphonique pour prendre le rendez-vous, puis retenir la date de celui-ci) ;
- pour l'autre, c'est le déplacement pour la consultation au CES qui est difficile pour les patients CMU (« *difficultés de se lever, de se déplacer* »).

d) Les obstacles liés au système de soin

Pour un seul médecin, un des obstacles principaux était l'organisation du système de soins en France, ne favorisant pas la prévention pour cette population de patients.

V. DISCUSSION

A. Principaux résultats

1. Faisabilité de l'intervention du médecin généraliste

Les résultats concernant la participation des médecins à l'étude et leur taux de proposition de l'EPS sont satisfaisants. Notre étude montre qu'il est possible de mettre en place en médecine ambulatoire une action simple d'orientation des patients CMU vers l'EPS, avec la participation de médecins sensibilisés à la précarité.

2. Efficacité de l'intervention du médecin généraliste

Le taux de participation à l'EPS après invitation par le médecin (15,3% : [5,9% - 30,5%]) est supérieur au taux de participation suivant le mode de recrutement habituel au Centre d'Examens de Santé de Bègles (2,6%). L'intervention du médecin généraliste semble donc un moyen efficace pour orienter vers l'EPS les patients bénéficiaires de la CMU.

3. Opinion des médecins généralistes

Dans notre étude, la possibilité de réaliser un bilan de santé gratuit et la prévention primaire représentaient les principaux attraits de l'EPS pour les médecins.

Pour la majorité, ils étaient très favorables à la réalisation de l'EPS chez les personnes en situation de précarité et s'accordaient à dire que ce bilan avait un intérêt dans la prise en charge de leurs patients CMU.

Concernant l'étude, les médecins participants n'ont globalement pas eu de difficultés à renseigner le questionnaire patient ni à repérer les patients répondant aux critères d'inclusion.

En revanche, plus de la moitié des médecins ont exprimé des difficultés à proposer l'EPS, mettant en avant le manque de temps ou l'oubli, et des difficultés techniques telles que la barrière de la langue ou des difficultés de compréhension. Certains médecins exprimaient un sentiment d'inefficacité ou des difficultés de motivation des patients qui les ont conduits à ne pas proposer l'EPS. L'EPS était parfois jugé inadéquat devant une situation d'urgence ou un problème aigu. Enfin, un médecin a affirmé ne pas trouver d'intérêt de l'EPS dans sa pratique quotidienne : elle avait adapté sa démarche de prévention et de soins à sa patientèle majoritairement composée d'un public vulnérable.

4. Utilité de l'EPS pour les patients l'ayant réalisé

Pour chacun des consultants au décours de l'étude, l'EPS a permis le dépistage d'anomalies cliniques ou biologiques nécessitant un recours au médecin traitant ou une consultation spécialisée (ophtalmologiste, ORL, chirurgien-dentiste). Une recommandation de mise à jour du statut vaccinal vis-à-vis de la diphtérie, tétanos et poliomyélite a été émise pour un consultant. .

B. Validité interne

1. Limites de l'étude

a) Un petit échantillon de médecins et de patients

La taille de l'échantillon est une des principales limites de l'étude. Ce manque de puissance est surtout limitant pour l'interprétation du taux de participation des patients à l'EPS, qui n'est qu'un objectif secondaire de l'étude. Bien que le taux de participation après invitation du médecin soit supérieur de façon statistiquement significative au taux de participation habituel rapporté par le CES de Bègles, la différence ne semble pas très importante en pratique clinique (la borne inférieure de l'IC95% est de 5,9% contre un taux de participation habituel de 2,6%). Nous ne pouvons donc pas affirmer suite à notre étude que l'orientation vers l'EPS par le médecin généraliste est significativement plus efficace que par les moyens habituels utilisés par le CES (invitation par courrier, par mail et par recrutement auprès de partenaires en lien avec un public en situation de vulnérabilité).

b) Le mode de sélection des médecins

La méthode de sélection des médecins participants à l'étude a introduit un biais de sélection qu'il faut prendre en compte dans l'interprétation des résultats.

Tout d'abord, le principal critère de sélection des médecins reposait sur leur sensibilité à la prise en charge des patients en situation de vulnérabilité (exercice dans un quartier à fort recrutement de patients CMU, activités annexes en lien avec la précarité). On peut donc imaginer que ces médecins ont été plus intéressés et ont participé de façon plus importante à l'étude que la population générale des médecins de la CUB. Ce choix était pragmatique :

- d'une part, il était plus facile d'obtenir la participation de médecins intéressés par le sujet ;
- d'autre part, le constat d'une faible participation des médecins a priori les plus intéressés et conscients de l'intérêt de l'EPS aurait conduit à considérer comme inutile le déploiement de l'intervention à l'ensemble de la population des médecins généralistes.

Les remarques des médecins participants ont confirmé qu'ils perçoivent bien l'intérêt de l'EPS pour les patients en situation de précarité. Cependant, nous ne pouvons pas affirmer que les résultats encourageants de l'étude (participation des médecins et efficacité de l'intervention) soient reproduits à un niveau similaire chez des médecins moins sensibilisés.

A l'opposé, d'après certaines remarques de médecins participants, il semblerait que les médecins habitués à la prise en charge des patients en situation de précarité ne sont peut-être pas les plus demandeurs du soutien du CES et de l'EPS pour garantir une prise en charge adaptée à ces patients. En effet, les médecins à faible patientèle précaire ont plus de difficultés à évaluer la situation de vulnérabilité d'un patient que les médecins qui sont confrontés plus souvent à ces patients (55). Ils rencontrent également plus de difficultés dans la relation médecin-patient et expriment des incompréhensions face à certains comportements de leurs patients (inobservance ou refus de soin). Cela peut interférer négativement sur la relation médecin-patient (56).

Nous avons choisi d'inclure les médecins exerçant dans la CUB car leur patientèle est composée majoritairement d'affiliés au régime général (qui était un critère d'inclusion, les affiliés à la Mutualité

Sociale Agricole résidant majoritairement en zone rurale) et réside à proximité géographique du CES de Bègles. Nous supposons que les patients invités résidaient majoritairement dans une commune de la CUB et cette proximité géographique a pu faciliter la consultation au CES, chez une population pouvant présenter habituellement des difficultés de déplacement (absence de véhicule personnel, coût des transports en commun, temps à consacrer au déplacement). Il semble donc probable que le taux de participation des patients invités par des médecins exerçant à une distance plus éloignée du CES soit plus faible.

Au vu de ces remarques, il semblerait intéressant d'élargir l'étude à un échantillon de médecins représentatifs des médecins généralistes de la CUB en terme de profil de patientèle et de mode d'exercice pour confirmer l'intérêt de la promotion de l'EPS par le médecin auprès des patients en situation de vulnérabilité et étudier plus finement les déterminants de l'efficacité de l'intervention (facteurs propres au médecin et au patient notamment).

c) Le mode de sélection des patients

Nous avons volontairement simplifié le repérage en choisissant de nous intéresser aux patients bénéficiaires de la CMU. Nous avons considéré qu'ils étaient faciles à identifier en consultation de médecine générale (lors de la lecture de la Carte Vitale) quand la réalisation d'un score EPICES pour chaque patient était chronophage pour les médecins et non validée en soins primaires (57). Cependant, l'identification avait lieu en fin de consultation, ce qui limitait le temps disponible pour proposer l'EPS et constitue une faiblesse de l'intervention proposée.

Les patients inclus dans notre étude (bénéficiaires de la CMU) ne représentent qu'une partie du public touché par la précarité. En effet, les patients titulaires de la CMU et de la CMU-C qui consultent en médecine générale sont insérés dans le système de santé car ils bénéficient d'un accès financier facilité à celui-ci. Ils bénéficient donc déjà d'un suivi et d'actions de prévention proposés par le médecin. Cependant, ce public reste pourtant vulnérable et les personnes ayant consulté au CES après invitation du médecin dans notre étude présentaient toutes un score EPICES inférieur à 30.

Néanmoins, nous ne pouvons comparer notre population CMU à la population précaire recrutée par le CES, qui utilise des critères plus larges (CMU, mais aussi bénéficiaires de l'ACS ou des minima sociaux par exemple).

On peut faire l'hypothèse que d'autres populations pourraient tirer un plus grand bénéfice de l'action préventive et de l'aide sociale proposé par le CES (mise à jour des droits, intervention sociale, dépistage et actions de prévention) :

- Bénéficiaires de la CMU renonçant aux soins : le renoncement aux soins important dans la population CMU fait qu'une partie des bénéficiaires ne consultent pas le médecin généraliste pour diverses raisons (renoncement a priori par crainte du coût financier, soins jugés non utiles, expérience du refus d'un professionnel, etc.) (37,38) ;
- Personnes pouvant prétendre à la CMU : , trois profils de patients ressortent comme particulièrement associés au non recours à la CMU-C : les jeunes, souvent encore affiliés à une mutuelle étudiante ou à la mutuelle complémentaire de leurs parents, en général en bonne santé et plus « négligents » vis-à-vis de leur couverture sociale ; les personnes de nationalité étrangères ne maîtrisant pas le français et éprouvant des difficultés à effectuer les démarches nécessaires à son obtention ; les personnes diplômés ou ayant occupé des postes à responsabilités sont aussi concernées, bien qu'ayant connaissance de ce dispositif. Pour ces derniers, la crainte d'être stigmatisé constitue la raison principale de ce non recours à la CMU-C (58).
- Personnes en situation de vulnérabilité non éligibles à la CMU : notamment, les personnes bénéficiaires de l'Aide à la Complémentaire Santé (ACS) ou les personnes pouvant y prétendre. Le taux de recours à l'ACS reste faible, les causes principales étant liés à la complexité des démarches, au fait de penser de ne pas être éligible et au manque d'information (59).
- Personnes bénéficiaires de l'AME.

d) La mise en place de l'intervention

- **La période de déroulement de l'étude :**

L'étude s'est déroulée sur une période d'un mois, de mai à juin 2014, période de l'année comportant de nombreux jours fériés. Plusieurs médecins ont été absents sur cette période en raison des ponts qui s'enchaînaient. La participation des médecins et le recrutement des patients ont donc été réduits par ce calendrier.

- **Les contraintes logistiques :**

Tout d'abord, il n'a pas été possible de réaliser des formations individuelles ou en groupe des médecins participants à l'étude. L'information des médecins était réalisée par téléphone. Souvent, cet entretien téléphonique interférait avec une consultation et les médecins avaient peu de temps à accorder à l'investigatrice. Par ailleurs, les médecins participants n'étaient pas rémunérés. Enfin, le manque de temps a été rapporté comme un facteur limitant la proposition de l'EPS par un quart des médecins participants. Tous ces facteurs ont été cités comme cause d'échec au recrutement dans le cadre d'un essai en médecine ambulatoire (manque de motivation, sentiment d'une rémunération insuffisante, manque de temps par rapport au travail demandé), tout comme l'absence de réunion de mise en place (60).

e) Le schéma de l'étude

Il s'agit d'une étude de faisabilité de la mise en place de l'intervention. Nous n'avons pas mis en place de groupe de comparaison pour l'étude de l'efficacité de l'intervention. Nous ne pouvons donc pas savoir avec certitude si le taux de participation observé est la conséquence de l'intervention des médecins ou d'autres facteurs (patients plus sensibles à la prévention par exemple, qui auraient massivement participé à l'EPS par les voies d'invitation habituelles).

f) Le recueil des données

Le recueil d'information était effectué de façon déclarative par le médecin et nous ne pouvons pas exclure que certaines questions aient pu être interprétées différemment entre les médecins. Cependant, ce possible biais de mesure n'influe pas sur la mesure des critères de jugements principaux de l'étude : participation des médecins à l'étude et nombre d'EPS proposés.

Il est probable que le remplissage de la partie « antécédents » du questionnaire patient n'ait pas été rigoureux pour tous les médecins mais le nombre de données manquantes reste assez faible.

Nous avons recueilli le ressenti des médecins à la fin de l'étude par un entretien téléphonique. La mise en place d'entretiens structurés en face en face ou en groupe (type focus group) nous aurait permis de recueillir des informations de meilleure qualité. Il est en effet important de bien comprendre les freins rencontrés par les médecins pour proposer l'EPS afin de proposer des solutions adaptées.

2. Forces de l'étude

a) Schéma de l'étude

Nous avons pu mettre en place une étude interventionnelle en médecine ambulatoire évaluant la faisabilité d'une intervention du médecin généraliste pour repérer et orienter vers l'EPS les patients bénéficiaires de la CMU le nécessitant. Le taux de participation des médecins est satisfaisant, ce qui s'explique en partie par leur mode de sélection.

b) La sélection de médecins avec une forte patientèle CMU

Le fait que l'échantillon comporte des médecins intéressés ou impliqués dans le domaine de la précarité pouvait constituer une des forces de l'étude. Nous avons au préalable fait un état des lieux des taux de patients CMU vus en consultation chez différents médecins appartenant à un groupe de pairs. Nous avons volontairement choisi des médecins avec une forte proportion de bénéficiaires CMU

dans leur patientèle pour qu'ils puissent fréquemment rencontrer des patients éligibles et tester l'intervention.

c) Une information standardisée et un contact direct des médecins participants

L'accord de participation des médecins invités était recueilli au cours d'un entretien téléphonique. Ainsi, il était plus facile de les sensibiliser que par courrier. Il est admis qu'un contact oral favorise plus la participation des médecins à des études. De plus, ces entretiens téléphoniques ont permis une standardisation de l'information délivrée aux médecins. Nous avons délivré la même information structurée aux médecins participants sur le déroulement de l'étude et leur rôle. De plus, nous leur avons tous fourni un guide détaillé des points importants à aborder avec leur patient pour leur proposer l'EPS (sorte d'« argumentaire de vente »).

Un contact téléphonique avec les médecins à mi-parcours permettait de faire le point avec eux sur le nombre de patients inclus.

d) La simplicité de l'intervention

Le recrutement des patients reposait sur des critères simples afin de limiter le temps passé sur cette étape par le médecin. Les patients CMU étaient faciles à identifier en consultation de médecine générale lors de la lecture de la Carte Vitale.

Les critères d'inclusion étaient standardisés, simples et faciles à repérer. Notre ciblage de la population précaire, bien qu'imparfait, semble finalement correct. En effet, les patients ayant consulté au CES étaient précaires selon le score EPICES (donnée absente pour un patient sans cause mentionnée).

La perception d'une procédure trop lourde est considérée comme un facteur d'échec au recrutement de patients par les médecins généralistes (60). La majorité des médecins participants à l'étude ont considéré l'intervention simple malgré le travail de saisie des données et trois-quarts des patients inclus ont reçu une proposition d'EPS. L'absence de recueil de données si l'intervention est appliquée

en pratique quotidienne simplifiera encore plus le travail des médecins généralistes. Ceci nous amène à penser que la proposition de l'EPS par les médecins généralistes est une intervention simple et rapide qui a toute sa place en pratique courante. De plus, cette intervention semble également peu coûteuse car intégrée à la consultation de médecine générale.

C. Validité externe

1. Les médecins généralistes et l'EPS chez les patients en situation de vulnérabilité

Dans la thèse d'Hélène Cabrol menée au CES de Bayonne en 2012 (44) un quart des médecins généralistes trouvait un bénéfice de l'EPS dans leur pratique quotidienne. Dans notre étude, 96% des médecins étaient convaincus de l'utilité de l'EPS chez les personnes en situation de précarité et 83% jugeaient cet examen de santé utile chez leurs patients CMU. Ces différences peuvent s'expliquer par le mode de recrutement des médecins dans notre étude : nous avons proposé l'étude à des médecins généralistes sensibilisés à la prise en charge de patients en situation de précarité. On peut donc imaginer que les médecins ayant accepté de participer jugeaient l'EPS utile avant de participer à l'étude. En 2012, une revue de la littérature analysant 16 études sur le bénéfice des bilans de santé en population générale n'a pas montré de bénéfice de ceux-ci sur la mortalité et la morbidité (61). Cependant, les bilans de santé étudiés étaient des bilans dits « généraux », présentant des différences avec l'EPS qui est un bilan ciblé. La population cible de ces bilans était donc différente de la population en situation de vulnérabilité ciblée par l'EPS. Le CETAF a mené une étude sur 389 consultants recrutés entre 2007 et 2008 dans 11 CES. L'interrogatoire à distance des consultants a permis de montrer que les conseils de prévention préconisés lors de l'EPS étaient majoritairement observés 6 mois puis 1 an après un EPS chez ces personnes en situation de vulnérabilité (62,63). Ce constat conforte le rôle de l'EPS dans le parcours de soins pour la réduction des ISS.

Des travaux sont actuellement en cours sur le gain en santé obtenu avec la répétition des EPS. En effet, les messages de prévention sont souvent mieux entendus et appliqués lorsqu'ils sont répétés.

2. Les interventions testées en soins primaires dans une population en situation de vulnérabilité

Les interventions visant à réduire les ISS sont difficiles à construire et à évaluer (64,65). Dans un rapport publié en 2010, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) a identifié 6 approches, que les interventions combinent le plus souvent (64) :

- L'éducation des patients ou des professionnels où l'éducation thérapeutique prend toute sa place ;
- Les outils informatiques incluant des rappels destinés aux professionnels ou aux patients ;
- La modification du déroulement des consultations, par exemple en rendant le patient plus actif ;
- L'intervention de nouveaux acteurs et la réorganisation des soins, utiles notamment dans les pathologies chroniques ;
- L'utilisation d'indicateurs de qualité des soins ;
- Les démarches d'amélioration continue de la qualité.

3. Obstacles à la prévention en médecine générale

En termes de prévention en médecine générale, en population précaire mais également en population générale, le principal obstacle rencontré est le manque de temps (66,67). Dans notre étude, le manque de temps aussi était un des freins majeurs à la proposition de l'EPS. Nous retrouvons d'autres obstacles connus de la littérature tels la résistance des patients ou le sentiment d'inefficacité (66,67). Ainsi, une étude sur le dépistage des cancers du sein et colorectal chez les sujets en situation de précarité a montré que les médecins généralistes éprouvaient des difficultés à proposer ces examens de dépistage, à cause du renoncement antérieur aux soins et aux actions de dépistage (68).

D'autres freins comme l'absence de rémunération ou le manque de formation ne sont pas retrouvés dans notre étude (66).

L'absence de demande de prévention ressentie par le médecin est aussi un obstacle potentiel pour le médecin généraliste (66,68). Une étude menée en 2011 chez des médecins généralistes en Gironde sur les attitudes et les représentations des femmes en situation de précarité face au dépistage du cancer du col de l'utérus a montré que les médecins exprimaient plus de difficultés lorsque la demande de frottis de dépistage n'émanait pas des patientes. Pourtant l'information apportée par le médecin généraliste influençait positivement les patientes et le frottis de dépistage était plébiscité lorsqu'il était proposé par le médecin traitant (69). Dans notre étude, on constate que l'EPS était fréquemment proposé dans le contexte où le patient demandait lui-même un bilan de santé (5 patients). Les motifs de consultation pour des situations relevant de l'urgence ou pour des situations médico-psycho-sociales complexes étaient évoqués par les médecins participants comme un frein aux démarches de prévention et de dépistage. Ces obstacles sont retrouvés dans la littérature (66,68).

Fidéliser un patient défavorisé constitue déjà de la prévention (66). Ainsi, au cours des entretiens téléphoniques, plusieurs médecins ont critiqué le choix de notre population d'étude, affirmant que les patients CMU vus régulièrement en médecine générale ne constituaient pas le public le plus vulnérable.

Comme le propose le Haut Conseil de la Santé Publique dans son rapport de 2009, la consultation de prévention ne doit pas être chronophage et les médecins doivent intervenir à bon escient. Certains moments de la vie doivent être une opportunité à une consultation dédiée. Ce rapport fait écho à la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoire, et à la loi de financement de la sécurité sociale de 2008 qui ont introduit des nouveaux modes de rémunération, en particulier dans le champ de la prévention (70).

4. Expériences étrangères

La lutte contre les ISS est un enjeu de santé publique en Europe. Le Royaume-Uni, les Pays-Bas et la Suède sont les pays les plus avancés dans ce domaine. Pays structurés selon les principes des soins primaires, plus équitables en terme d'accès aux soins et avec des dépenses de santé mieux maîtrisées, ils ont été les premiers à mettre en œuvre de véritables stratégies de réduction des ISS (50,51). Au Royaume-Uni, la lutte contre les ISS met en action d'autres ministères que celui de la santé. En effet, ce plan d'action se situe en amont du système de soins et vise à réduire les différences en termes de logement, éducation, accès aux services publics, avec une priorité particulière en direction des enfants. Les acteurs de soins primaires sont invités à travailler en collaboration avec les associations communautaires locales. Le système s'attaque à l' « *inverse care law* » (71). Cette loi énoncée en 1971 par Julian Tudor Hart, médecin généraliste anglais, affirme que la disponibilité de soins médicaux de bonne qualité tend à varier de manière inversement proportionnelle aux besoins de la population concernée (72). Aux Pays-Bas, dès les années 1980, le gouvernement a instauré une politique de lutte contre les ISS, en définissant 4 grandes stratégies visant à 1) améliorer la position socioéconomique des personnes les plus défavorisées, 2) réduire les conséquences des problèmes de santé sur la position socioéconomique, 3) réduire l'exposition aux facteurs de risque contribuant à l'effet de la position socioéconomique sur la santé et 4) améliorer la qualité et l'accessibilité des soins (71). En Suède, la démarche s'intègre dans une volonté d'équité avec l'idée que la santé est une condition pour que chacun puisse exercer pleinement sa citoyenneté (71). Ces trois pays ont adopté une démarche reposant sur une volonté politique forte et ambitieuse de prévention des ISS, à l'opposé d'une action correctrice après la constitution de celles-ci.

Les initiatives dans l'amélioration de la qualité des soins concernent aussi l'évaluation de la performance. Aux Etats-Unis, depuis 1997 les organisations sanitaires doivent rendre publique leur performance basée sur des indicateurs de qualité des soins. Depuis 2004, au Royaume-Uni, un programme de paiement à la performance basé sur des indicateurs de santé et d'organisation des

soins a été mis en place chez les médecins généralistes (64). Le paiement à la performance, qui propose des incitations financières pour améliorer la qualité des soins, offre la possibilité aux praticiens de consacrer plus de temps aux populations en situation de vulnérabilité. Cependant, l'expérience britannique montre des résultats contradictoires avec une réduction des inégalités sociales concernant la prise en charge de la pression artérielle mais pas d'effet sur la prise en charge du diabète (51). Le paiement à la capitation évalué aux Etats-Unis n'a pas amélioré spécifiquement la prise en charge des populations vulnérables (51).

Des modèles d'organisation des soins comme le « *disease management* » ou le « *chronic care model* » sont utilisés depuis une quinzaine d'années dans certains pays anglo-saxons et du nord de l'Europe (64,73,74). Ces modèles sont initialement conçus pour la prise en charge des pathologies chroniques, en insistant sur l'éducation thérapeutique et en faisant intervenir différents acteurs de santé. Leur objectif est l'amélioration de la qualité des soins. Peu de travaux se sont attachés à leur rôle dans la réduction des ISS mais il semblerait que le « *chronic care model* » permette notamment de réduire les inégalités de prise en charge chez les patients dépressifs (64).

D. Perspectives

Nous avons testé cette intervention au sein d'une population de médecins généralistes ayant une proportion importante de patientèle en situation de vulnérabilité. Il nous semble intéressant d'évaluer l'efficacité de l'intervention dans une population de médecins généralistes peu confronté à un public vulnérable avant d'encourager à la généralisation de cette intervention en pratique quotidienne. La possibilité de réaliser un examen de prévention et dépistage, en un seul temps, est un atout à promouvoir auprès des médecins.

Si l'efficacité de l'intervention devait être confirmée dans cette population générale de médecins, la promotion de l'EPS auprès des médecins généralistes devrait être généralisée et encouragée. Dans ce but, l'EPS peut être présenté comme une aide au médecin pour atteindre certains objectifs de suivi et

de prévention fixés par la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique, chez un public qui est difficile à motiver et à suivre.

L'Assurance Maladie pourrait diffuser une campagne d'information invitant les médecins généralistes à proposer un EPS à leurs patients en situation de vulnérabilité, en leur fournissant un document rappelant les critères permettant le repérage de ces populations et l'intérêt de l'EPS dans cette population. On pourrait également mettre en place une formation des médecins généralistes au repérage de ces populations en situation de vulnérabilité à travers le développement professionnel continu.

Si notre étude s'est concentrée sur les patients bénéficiaires de la CMU, il serait intéressant d'élargir l'intervention à d'autres populations en situation de vulnérabilité. L'intérêt d'un outil de repérage des patients en situation de vulnérabilité prend toute sa place dans ce contexte. Il n'existe actuellement pas d'outil validé en soins primaires pour repérer ces patients. Il y a donc des travaux à mener pour construire un outil simple et facilement utilisable en médecine générale et proposer une formation adaptée aux médecins généralistes.

Par ailleurs, la question du repérage et de l'orientation des patients exclus du système de soins reste entière mais le médecin généraliste ne semble pas l'acteur de choix dans ces situations car peu en contact avec ces personnes.

VI. CONCLUSION

L'intervention du médecin généraliste pour orienter les patients CMU vers l'EPS proposé par les CES de l'Assurance Maladie semble suffisamment simple pour pouvoir être appliquée dans la pratique courante.

Cette action d'orientation vers l'EPS est simple, efficace et avec un coût qui semble faible en comparaison des modes de recrutement actuellement utilisés par les CES.

Il sera nécessaire d'évaluer l'efficacité de cette intervention dans une population plus représentative de médecins généralistes avant d'envisager une action de promotion de l'EPS auprès des médecins généralistes.

Notre étude conforte le rôle privilégié du médecin généraliste pour atteindre les patients en situation de précarité et les orienter dans le système de santé et vers les structures de prévention et dépistage.

RÉFÉRENCES

1. Haut Comité en Santé Publique. La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé. Editions ENSP, Collection Avis et Rapports. Rennes; Editions ENSP, 1998. 368p.
2. Allonier C. Les bénéficiaires de la CMU-C déclarent plus de pathologies que le reste de la population: résultats des enquêtes ESPS 2006-2008. *Quest Econ Santé*. 2012;173;8 p.
3. Boisguérin B. « Quelles caractéristiques sociales et quel recours aux soins pour les bénéficiaires de la CMU-C en 2006 ? ». *Drees, Etudes et Résultats*, 2009;675; 6 p.
4. Wresinski J. Grande pauvreté et précarité économique et sociale. *Journal Officiel*. 1987. 113p.
5. Townsend P. Deprivation. *J Soc Policy*. 1987;16(02):125-146.
6. Moulin J-J. Inégalités de santé et comportements : comparaison d'une population de 704 128 personnes en situation de précarité à une population de 516 607 personnes non précaires, France, 1995-2002 ; *Bull Epidemiol Hebd*. 2005;(43):213-215.
7. Médecins du Monde, Fédération hospitalière de France. La prise en charge des personnes vulnérables. *Agir ensemble à l'hôpital et dans le système de santé*. 2014. 37p.
8. Ministère des Affaires Sociales et de l'Intégration. Arrêté du 20 Juillet 1992 relatif aux examens périodiques de santé. *Journal Officiel* n° 218 du 19 septembre 1992.
9. Sass C., Moulin J-J., Gueguen R., et al. Le score Épices : 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 Hebd*. 2006;(14):93-96.
10. Bihan H., Laurent S., Sass C., et al. Association Among Individual Deprivation, Glycemic Control, and Diabetes Complications The EPICES score. *Diabetes Care*. 2005;28(11):2680-2685.
11. Convers M., Langeron A., Sass C., et al. Intérêt de l'échelle d'évaluation de la précarité EPICES en obstétrique. *Gynécologie Obstétrique Fertil*. 2012;40(4):208-212.
12. Sass C., Belin S., Chatain C., et al. La précarité est plus fréquente chez les victimes de violences volontaires : intérêt du score EPICES. *Presse Médicale*. 2009;38(6):881-892.
13. Potvin L., Moquet M-J., Jones C. (sous la dir.) Réduire les inégalités sociales en santé. Saint-Denis: INPES, coll. Santé en action; 2010. 380p.
14. Black D., Townsend P., Davidson N. *Inequalities in Health. The Black Report*. Londres : Penguin Books, 1982. 240p.
15. Lang T. Inégalités sociales de santé. *Trib Santé*. 2014;43(2):31.
16. Desplanques G. L'inégalité sociale devant la mort. *Econ Stat*. 1984;162(1):29-50.
17. Inspection générale des affaires sociales. Rapport n°RM2011-061P. Les inégalités sociales de santé : déterminants sociaux et modèles d'action. 2011. 124p.
18. Haut Conseil de la Santé Publique. Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité. Paris : Haut conseil de la santé publique, 2009. 101 p.

19. Leclerc A., Kaminski M., Lang T. Inégaux face à la santé: du constat à l'action. Paris: Editions La Découverte, 2008. 300p.
20. Lang T., Leclerc A. Les inégalités sociales de santé en France: portrait épidémiologique in Réduire les inégalités sociales en santé. Saint-Denis: INPES; 2010. 380p.
21. Cambois E., Robine J-M. Apport des indicateurs d'espérance de vie sans incapacité à l'étude des inégalités sociales de santé. Santé Publique. 2001;Vol. 13(2):137-149.
22. Cambois E., Les personnes en situation sociale difficile et leur santé. Drees, Les travaux de l'observatoire, 2003-2004. p 101-126.
23. Sass C., Moulin J-J., Labbe E., et al. La fragilité sociale : un déterminant majeur des inégalités de santé. Prat Organ Soins 2007;38(2);139-146.
24. Royer B., Gusto G., Volet S, al. Situations de précarité, santé perçue et troubles anxiodépressifs : une étude dans 12 centres d'exams de santé. Prat Organ Soins 2010;41(4);313-321.
25. Herbert C., Launoy G. Les cancers, in Les inégalités sociales de santé. Paris: Editions La découverte. 2000 ; Paris. 448p.
26. Lang T., Ribet C. Les maladies cardio-vasculaires, in Les inégalités sociales de santé. Paris: Editions La Découverte. 2000. 448p.
27. Dargent-Paré C., Bourgeois D. La santé bucco-dentaire, in Les inégalités sociales de santé. Paris: Editions La Découverte. 2000. 448p.
28. Delga M-E., Montané F., Ducloux M. Rôle du médecin face à la précarité. Rapport de la Commission nationale permanente, Assises du Conseil National de l'Ordre des médecins. 1999. 19p.
29. IRDES. Logiques de recours aux soins des consultants de centres de soins gratuits Enquête Précalog 1999-2000. Quest Econ Santé. 2006;113;8p.
30. Assurance Maladie. CMU et complémentaires santé [en ligne]. [Consulté le 10 juillet 2014]. Disponible sur: <http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/cmu-et-complementaires-sante/>
31. Fonds CMU. Bénéficiaires de la CMU de base, effectifs pour la France entière de 2007 à 2012 [en ligne]. [Consulté le 10 juillet 2014]. Disponible sur: http://www.cmu.fr/effectifs_cmub.php
32. Fonds CMU. Bénéficiaires de la CMU de base, effectifs par département de 2007 à 2012 [en ligne]. 2014 [consulté le 10 juillet 2014]. Disponible sur: http://www.cmu.fr/effectifs_cmub.php
33. Fonds CMU. Bénéficiaires de la CMU-C, bénéficiaires pour la France entière de 2007 à 2012 [en ligne]. [Consulté le 10 juillet 2014]. Disponible sur: http://www.cmu.fr/effectifs_cmuc.php
34. Fonds CMU. Bénéficiaires de la CMU-C. Bénéficiaires par département de 2007 à 2012 [en ligne]. [Consulté le 10 juillet 2014]. Disponible sur: http://www.cmu.fr/effectifs_cmuc.php
35. Païta M., Ricordeau P., De Roquefeuil L., et al. Les affections de longue durée des bénéficiaires de la CMU complémentaire. Point Repères. 2007;8; 12p.
36. Célant N., Guillaume S., Rochereau T. Enquête sur la santé et la protection sociale 2012. Paris: Les rapports de l'IRDES, 2014. 302p.

37. ODENORE, CETAF. Le non recours aux soins des actifs précaires. Rapport de recherche pour l'Agence Nationale de la Recherche. 2008. 34p.
38. Sass C. Renoncements aux soins des bénéficiaires de la CMU-C : Enquête dans les CES de l'Assurance maladie. Fonds CMU, CETAF, Assurance Maladie. 2011. 46p.
39. France, Cour des comptes. Rapport public annuel de la Cour des Comptes 2009. Paris; La documentation française. p 245-262.
40. CNAMTS et Ministère de la Santé. Convention d'Objectifs et de Gestion entre l'état et la CNAMTS pour la branche maladie - période 2006-2009. 2006. 62p.
41. Guénot C. Nouvelles missions pour les Centres d'examens de Santé de l'Assurance Maladie. Séminaire CETAF. 2006.
42. CNAMTS et Ministère de la Santé. Convention d'Objectifs et de Gestion entre l'état et la CNAMTS pour la branche maladie - période 2010-2013. 2010. 116p.
43. CNAMTS et Ministère de la Santé. Convention d'Objectifs et de Gestion entre l'état et la CNAMTS pour la branche maladie - période 2014-2017. 2014. 235p.
44. Cabrol H. Rôle des médecins généralistes et du centre d'examen de santé de Bayonne dans la réduction des inégalités sociales de santé. 168p. Th. d'exercice: Médecine: Bordeaux: 2012.
45. Haute Autorité de Santé. Dépistage et prévention du cancer du col de l'utérus. Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé (EPS). Paris : HAS. 2013. 55p.
46. Haute Autorité de Santé. Dépistage et prévention du cancer colo-rectal. Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé (EPS). Paris: HAS. 2013. 63p.
47. Haute Autorité de Santé. Dépistage et prévention du cancer de la prostate. Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé (EPS). Paris: HAS. 2013. 55p.
48. Organisation Mondiale de la Santé | Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires [en ligne]. OMS. [Consulté le 5 septembre 2014]. Disponible sur: http://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/
49. Lang T., Danet S., Trugeon A. Les inégalités sociales de santé. ADSP. 2010;(73):7-57.
50. Bourgueil Y., Jusot F. La lutte contre les inégalités sociales de santé à travers les soins primaires : le grand soir ou les petits matins ? Exp Natl Int. 2010;(73):38-40.
51. Bourgueil Y., Jusot F., Leleu H. Comment les soins primaires peuvent-ils contribuer à réduire les inégalités de santé ? Revue de littérature. Quest Econ Santé. 2012;179; 8p.
52. Collège de médecine générale. Recommandations aux médecins généralistes de France, Pourquoi et comment enregistrer la situation sociale d'un patient adulte en médecine générale? 2014.
53. INPES. Prendre en compte les inégalités sociales de santé en médecine générale. Saint-Denis: INPES. 2014. 6p.
54. R Core Team (2014). R: A language and environment for statistical computing [en ligne]. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria; Disponible sur: <http://www.R-project.org/>
55. Lemaire C. Représentations des médecins généralistes sur les Inégalités Sociales de Sante. Etude qualitative réalisée chez 15 médecins généralistes de la région avignonnaise. 72p. Th. d'exercice: Médecine: Grenoble: 2012.

56. Laurent I. Enquête sur les difficultés de prise en charge des patients précaires et migrants précaires ressenties par les médecins généralistes de Meurthe-et-Moselle. 258p. Th. d'exercice: Médecine: Nancy: 2011.
57. Girard B. Comparaison du score « de raisonnement analogique clinique » et du score « EPICES » pour repérer les patients à risque d'inégalités sociales de santé en médecine générale. Th. d'exercice: Médecine: Aix-Marseille: 2011.
58. Duffour-Kippelen S., Legal A., Wittwer J. Comprendre les causes du non recours à la CMUC. Paris: Université Paris Dauphine. 2006. 79p.
59. Guthmuller S., Jusot F., Renaud T., et al. Le non recours à l'Aide Complémentaire Santé : Les enseignements d'une enquête auprès d'une population éligible de la CPAM de Lille. Paris: Université Paris Dauphine. 2013. 90p.
60. Lefébure P., Blanchon T., Kieffer A., et al. Profil des investigateurs actifs au cours d'un essai clinique en médecine générale. Rev Mal Respir 2009; 26: 45-52.
61. Krogsbøll LT., Jørgensen KJ., Grønhøj Larsen C., et al. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease: Cochrane systematic review and meta-analysis. BMJ. 2012;345:e7191.
62. Sass C., Chatain C., Rohmer J-F., et al. Observance des conseils de prévention et de soins chez les populations vulnérables : l'expérience des centres d'exams de santé de l'Assurance maladie. Prat Organ Soins. 2011;42(2):79-87.
63. Sass C., Chatain C., Rohmer J-F. et le groupe de travail SPES. Etude SPES. Suivi prospectif de l'examen de santé. Améliorer les Suites d'examen de santé pour les populations en situation de précarité. Saint-Etienne: CETAF; 2010.
64. Falcoff H. Le dilemme de la médecine générale face aux inégalités: faire partie du problème ou contribuer à la solution? in Réduire les inégalités sociales en santé. Saint-Denis: INPES; 2010. 380p.
65. Cooper LA., Hill MN., Powe NR. Designing and evaluating interventions to eliminate racial and ethnic disparities in health care. J Gen Intern Med. 2002;17(6):477-486.
66. Heremans P., Deccache C. Mieux intégrer la prévention en médecine générale dans les milieux sociaux défavorisés. Santé Publique. 1999; (2):225-41.
67. INSERM. Pratiques des médecins généralistes en matière de prévention et opinions sur les réformes du système de santé : les enseignements du panel de médecins généralistes de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur. Soins et prévention. Marseille: INSERM. 2006. 6p.
68. Romain M. Situations de précarité et dépistages organisés des cancers. Etude descriptive en soins primaires et analyse des freins à la proposition et à la réalisation. 123p. Th. d'exercice : Médecine : Bordeaux : 2014.
69. Turlin X. Attitudes et représentations des femmes en situation de précarité concernant le dépistage du cancer du col de l'utérus proposé par le médecin généraliste en Gironde. 130p. Th. d'exercice: Médecine: Bordeaux: 2011.
70. Haut Conseil de la Santé Publique. Consultations de prévention. Constat sur les pratiques actuelles en médecine générale et proposition de développement. Paris : 2009 p. 138.
71. Jusot F. Les interventions de réduction des inégalités sociales de santé en Europe in Réduire les inégalités sociales en santé. Saint-Denis: INPES; 2010. 380p.

72. Tudor Hart J. The inverse care law. *The Lancet*. 1971;297(7696):405-412.
73. Bras P.L., Duhael G., Grass E. Améliorer la prise en charge des malades chroniques: les enseignements des expériences étrangères de « disease management ». Paris; 2006. 136p.
74. Wagner EH., Austin BT., Davis C., et al. Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health Aff Proj Hope*. 2001;20(6):64-78.

ANNEXES

Courrier de présentation de l'étude et de recrutement adressé aux médecins

Madame, Monsieur,

Je suis médecin généraliste remplaçante et réalise ma thèse de médecine générale sous la direction du Pr Jean-Louis Demeaux, médecin généraliste et enseignant de l'Université de Bordeaux, en collaboration avec le Dr Bruno Léger, directeur du Centre d'Examen de Santé de Bordeaux. Ce travail s'intéresse au rôle du médecin généraliste dans l'amélioration de la participation des patients affiliés à la CMU à l'examen périodique de santé proposé par l'Assurance Maladie.

Depuis sa création, la CMU a nettement amélioré le recours aux soins des populations précaires en facilitant l'accessibilité financière aux soins. Cependant, ses bénéficiaires restent moins sensibles à la prévention et au dépistage, ce qui contribue à creuser l'écart entre elles et le reste de la population, créant des inégalités sociales de santé.

L'Examen Périodique de Santé s'adresse essentiellement aux personnes en marge du système de soins et en situation de précarité. Cet examen, réalisé en une demi-journée est un outil intéressant pour le médecin généraliste dans la prise en charge de son patient en situation de vulnérabilité, qu'elle soit socio-économique ou due à la maladie.

Avec le système actuel d'invitation réalisé par le CES seul 10% des patients concernés réalise cet examen.

Ma réflexion s'est portée sur le rôle du médecin généraliste, acteur principal de la prise en charge du patient, dans le ciblage et le recrutement des patients précaires. En effet, le médecin généraliste, du fait de sa proximité avec son patient, est un acteur de choix dans le parcours de soins de ses patients en situation de vulnérabilité.

Le travail auquel je vous propose de participer consiste à tester auprès d'un échantillon de médecins généralistes de la Communauté Urbaine de Bordeaux une intervention, simple, acceptable, facilement réalisable en cabinet de médecine générale, permettant de favoriser la participation des patients CMU à l'Examen Périodique de Santé.

Je vous contacterai prochainement par téléphone afin de vous expliquer la méthode d'inclusion. .

Merci de l'intérêt que vous porterez à mon travail.

Cordialement.

Julie Héraud, médecin généraliste

**Département de
Médecine Générale**

A l'attention des Médecins participant à
l'étude «Rôle du médecin généraliste dans la
participation des patients CMU à l'Examen
Périodique de Santé proposé par l'Assurance
Maladie dans les Centres d'Examens de
Santé»

Objet : Thèse Médecine
Générale
Réf : 313-14

Bordeaux, le 5 mai 2014

Affaire suivie par :
Julie HERAUD
Directeur de Thèse : Jean-
Louis DEMEAUX

Madame, Monsieur,

heraud.julie@gmail.com

146 rue Léo Saignat - case
148
CS 61292
33076 Bordeaux cedex

Tél. 06 83 83 25 05

Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à mon travail de thèse et d'avoir
accepté de participer à l'étude « **Rôle du médecin généraliste dans la
participation des patients CMU à l'Examen Périodique de Santé proposé par
l'Assurance Maladie dans les Centres d'Examens de Santé** ».

L'Examen Périodique de Santé proposé par l'Assurance Maladie et réalisé
gratuitement dans les Centres d'Examen de Santé s'adresse essentiellement aux
populations en marge du système de soins et en situation de précarité, leur
participation reste faible alors qu'elles pourraient bénéficier des actes de
dépistage et de prévention. Il s'agit d'un outil intéressant pour vous aider dans la
prise en charge globale de vos patients en situation de vulnérabilité.

L'objectif de cette étude est d'évaluer la faisabilité d'une intervention du médecin
traitant au sein de cabinets de médecine générale, pour orienter les patients CMU
à l'Examen Périodique de Santé.

Votre rôle sera de proposer la réalisation d'un Examen Périodique de Santé aux 5
premiers patients CMU se présentant en consultation sur une période d'un mois
suivant réception de ces documents et répondant aux critères d'inclusion
suivants :

- patient de plus de 18 ans,
- bénéficiant d'une CMU et affilié au régime général,
- dont vous êtes le médecin traitant,
- n'ayant pas réalisé l'Examen Périodique de Santé dans les 2 dernières
années.

L'intervention ne vous prendra que quelques minutes. Pour cela, voici quelques
arguments à présenter à votre patient en consultation :

- L'Examen Périodique de Santé est un bilan de prévention, complet mais
modulé en fonction des examens que ce patient a déjà réalisés.
- Il se fait en une demi-journée, au Centre d'Examen de Santé de Bègles.

Courrier adressé aux médecins acceptant de participer à l'étude (2) : verso

- Cet examen est gratuit, non invasif et indolore (au maximum une prise de sang).
- Un bilan de dépistage dentaire est proposé systématiquement, permettant de repérer certaines anomalies et de les prendre en charge rapidement avant qu'elles ne nécessitent des soins trop coûteux.
- Une synthèse est envoyée au médecin traitant, ce qui permet une coordination entre le CES et le médecin généraliste et optimise le suivi.
- Le petit déjeuner est offert.
- A l'issue de l'examen, il est possible d'être orienté vers des structures de soins avec dépassement minimum.
- Des informations sont données sur différentes aides possibles existantes, même ponctuelles.
- Il est aussi possible de rencontrer une assistante sociale.
- De même, il est aussi possible de rencontrer une diététicienne, un psychologue.
- Il permet d'éviter une avance de frais pour les examens réalisés au cours de l'EPS.

Vous trouverez ci-joint :

- Un questionnaire « médecin » vous concernant, à remplir et à retourner à la fin de l'étude avec les questionnaires « patient »,
- 5 questionnaires « patient », un questionnaire à remplir à chaque fois que vous rencontrez un patient répondant aux critères d'inclusion, que vous lui proposez ou non de réaliser un Examen Périodique de Santé, à retourner à la fin de l'étude,
- 5 fiches d'informations sur l'Examen Périodique de Santé et le Centre d'Examen de Santé de Bègles, avec contact, à remettre à chaque patient à qui vous proposerez l'Examen Périodique de Santé,
- 5 invitations numérotées qui permettront au Centre d'Examen de Santé de repérer les patients que vous avez orientés à l'Examen Périodique de Santé. N'oubliez pas de les remettre au patient,
- 1 enveloppe timbrée avec l'adresse de l'université de Bordeaux pour le retour des documents.

Je vous remercie par avance de votre coopération. A l'issue de l'étude, les principaux résultats vous seront communiqués.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, mes salutations distinguées.

Julie HERAUD

Questionnaire Médecin initial

Questionnaire Médecin

Merci d'avoir accepté de participer à l'étude. Merci de renseigner la fiche d'information suivante et de la retourner dans l'enveloppe affranchie avec les questionnaires Patient.

Nom : **Prénom :**

Sexe : Masculin Féminin

Age : ans

Activité : Semi-rurale Urbaine

Type d'exercice : Seul Cabinet de groupe

Secrétariat : Oui Non

Dossier médical informatisé : Oui Non

Participation à la formation médicale continue : Oui Non

(DPC, association de formation continue, groupe de pairs, autres)

Merci d'indiquer le pourcentage de patients CMU de votre patientèle : %

Cf. votre dernier Relevé Individuel d'Activité Professionnelle 2013

Parmi les missions du Centre d'Examen de Santé, quelles sont les 3 qui vous paraissent les plus intéressantes pour la prise en charge des patients en situation de précarité?

(Numérotez les propositions de 1 à 3)

- Bilan de santé gratuit _____
- Prévention primaire _____
- Dépistage _____
- Education thérapeutique, éducation en santé _____
- Prise en charge sociale _____
- Aide à l'accès aux droits _____
- Recueil de données épidémiologiques _____

Commentaires, remarques sur le déroulement de l'étude :

.....
.....
.....
.....

Examen Périodique de Santé – Questionnaire Patient n° ____ / ____

L'Examen Périodique de Santé (EPS) doit être présenté et proposé à tout patient :

- Âgé de plus de 18 ans ;
- Bénéficiant d'une CMU et affilié au régime général ;
- Dont vous êtes le médecin traitant ;
- N'ayant pas réalisé l'EPS dans les 2 dernières années.

Examen Périodique de Santé proposé à ce patient ?

- OUI, NON,
- Car le patient (cocher une ou plusieurs cases) :
- N'a jamais réalisé l'EPS
- A réalisé l'EPS il y a plus de 2 ans
- A demandé spontanément la réalisation d'un bilan de santé
- Nécessite des examens complémentaires ou une consultation spécialisée suite à cette consultation
- Nécessite une prise en charge sociale, l'intervention d'une assistante sociale
- Accord du patient : Oui Non Remise des documents au patient : Oui Non Prise de rendez-vous par vous-même : Oui Non
- NON, Pour les raisons suivantes (cocher une ou plusieurs cases) :
- Je ne pense pas que l'EPS puisse apporter de bénéfices à ce patient (patient sensible aux campagnes de dépistage, suivi régulier, ...)
- Sujet non abordé (préciser) :
- Manque de temps
- Oubli
- Autre Préciser :

Pour mieux connaître ce patient

- 2 premières lettres du nom : _ _ 2 premières lettres du prénom : _ _
- Sexe : Masculin Féminin Âge : ans
- S'agit-il d'un nouveau patient ? Oui Non
- Vaccinations DTP à jour : Oui Non Ne sais pas
- Consultation dentaire dans les 12 derniers mois : Oui Non Ne sais pas
- Consommation de tabac : Oui Non Ne sais pas
- Consommation d'alcool à risque : Oui Non Ne sais pas
- Existence de facteurs de risque cardio-vasculaire : Oui Non Ne sais pas
- Frottis cervical de moins de 3 ans : Oui Non Ne sais pas
- (pour les femmes de 25 à 65 ans)
- Mammographie de moins de 2 ans : Oui Non Ne sais pas
- (pour les femmes de 50 à 74 ans)
- Hémocult* de moins de 2 ans : Oui Non Ne sais pas
- (pour les patients de 50 ans à 74 ans)
- Affection de Longue Durée : Oui Non
- Si oui, pour quelle pathologie ?
- Une consultation spécialisée de suivi et prise en charge de l'ALD a-t-elle été réalisée dans les 12 derniers mois ? Oui Non Ne sais pas
- Avez-vous déjà eu besoin de solliciter une assistante sociale ou un partenaire social dans la prise en charge de ce patient ? Oui Non

Commentaires libres (remarques, suggestions, freins à l'intervention) :

Questionnaire Médecin final

L'Examen Périodique de Santé est utile chez les personnes en situation de précarité

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- D'accord
- Tout à fait d'accord

L'Examen Périodique de Santé vous est utile dans la prise en charge de vos patients CMU

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- D'accord
- Tout à fait d'accord

Avez-vous eu des difficultés à identifier les patients pouvant être inclus dans l'étude ?

- Oui
- Non

Si oui, pourquoi :

Le questionnaire de l'étude était simple d'utilisation

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- D'accord
- Tout à fait d'accord

Avez-vous eu des difficultés à proposer l'EPS ?

- Oui
- Non

Si oui, pour quelles raisons :

Commentaires libres, suggestions :

.....

.....

SERMENT D'HIPPOCRATE

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 leur conscience.

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.