



HAL
open science

La prise en charge au sein d'un réseau de soins améliore-t-elle le statut vaccinal des patients en situation de précarité? L'exemple du réseau ASDES en 2012 et 2013

Delphine Blondy

► To cite this version:

Delphine Blondy. La prise en charge au sein d'un réseau de soins améliore-t-elle le statut vaccinal des patients en situation de précarité? L'exemple du réseau ASDES en 2012 et 2013. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01128628

HAL Id: dumas-01128628

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01128628>

Submitted on 10 Mar 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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0
International License

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2014

N° 175

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

La prise en charge au sein d'un réseau de soins améliore-t-elle le statut vaccinal des patients en situation de précarité ? L'exemple du réseau ASDES en 2012 et 2013.

Présentée et soutenue publiquement
le 22 octobre 2014

Par

Blondy, Delphine

Née le 24 janvier 1984 à Meudon

Dirigée par Mme le Docteur Emery, Sophie, Praticien attaché

Jury :

M. Le Professeur Hervé, Christian PU-PH Président

M. Le Professeur Gilbert, Serge PU-MG

Mme Le Professeur Mamzer-Bruneel, Marie-France PU-PH



Except where otherwise noted, this work is licensed under
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>

Remerciements

Aux membres de mon jury,

A Monsieur le Professeur Christian Hervé. Vous me faites l'honneur d'accepter la présidence de mon jury, soyez assurée de ma sincère gratitude et de mon profond respect.

A Madame le Docteur Sophie Emery, en tant que directrice de thèse. Tu m'as guidé avec patience durant la réalisation de ce travail. Merci pour tes conseils, ta disponibilité et ta sympathie.

A Monsieur le Professeur Serge Gilberg et Madame le Professeur Marie-France Mamzer qui ont accepté de participer à mon jury. Que vous trouviez ici l'expression de mon profond respect.

A Madame le Docteur Céline Buffel du Vaure pour son aide précieuse dans la compréhension des statistiques.

A Monsieur le Docteur Gilles Frédéric-Moreau qui m'a accompagné ces dernières années avec patience et disponibilité et a rendu cette thèse possible.

A mes parents, pour m'avoir suivie et soutenue tout au long de mes études, même si le temps a pu paraître long... Merci pour vos relectures.

A mon ancienne co-interne Amina, pour ton soutien et tes conseils durant ces dernières années.

A Anne-Emilie et Sophie, pour votre amitié.

Enfin, à Arnaud pour ton soutien sans faille, ta patience, ton amour, et pour m'avoir donné deux enfants magnifiques. Merci pour ta précieuse aide statistique.

Liste des abréviations

ALD : Affection Longue Durée

AME : Aide Médicale d'Etat

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ASDES : Accès aux Soins, aux Droits et à l'Education à la Santé

BCG : Bacille de Calmette et Guérin

CMU : Couverture Maladie Universelle

CMU-C : Couverture Maladie Universelle-Complémentaire

DTP : Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite

DTcaP : Diphtérie, Tétanos, Coqueluche acellulaire, Poliomyélite

HPV : Papillomavirus humain

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ROR : Rougeole, Oreillons, Rubéole

Vs : versus

Table des matières

Introduction.....p 6.

I. Epidémiologie, recommandations et couvertures vaccinales, inégalités sociales de santé et le réseau ASDES.....p7.

A. Epidémiologie.....p7.

1. Rubéole.....p7.
2. Oreillons.....p7.
3. Rougeole.....p8.
4. Coqueluche.....p8.
5. Diphtérie.....p9.
6. Tétanos.....p9.
7. Poliomyélite.....p10.
8. Grippe saisonnière.....p10.
9. Hépatite B.....p11.
10. Papillomavirus Humain.....p11.
11. Pneumocoque.....p12.
12. Tuberculose.....p12.

B. Recommandations et couvertures vaccinales.....p14.

1. Rougeole, oreillons et rubéole.....p14.
2. Coqueluche.....p15.
3. Diphtérie, tétanos, poliomyélite.....p16.
4. Grippe saisonnière.....p17.
5. Hépatite B.....p18.
6. Papillomavirus Humain.....p19.
7. Pneumocoque.....p20.
8. Tuberculose.....p21.

C. Inégalités sociales de santé.....p23.

D. Le réseau ASDES.....p26.

II. Matériel et méthode	p29.
1. Type d'étude-Objectifs	p29.
2. Recrutement de patients	p29.
3. Recueil de données	p29.
4. Analyse de données	p30.
III. Résultats	p31.
A. Description de l'échantillon	p31.
B. Couverture vaccinale	p34.
1. Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite	p34.
2. BCG	p34.
3. Hépatite B	p35.
4. Rubéole	p35.
5. Grippe	p36.
6. Pneumocoque	p36.
7. Papillomavirus	p37.
8. Coqueluche	p37.
IV. Discussion	p39.
A. Analyse de l'échantillon	p39.
B. Couverture vaccinale au sein de l'échantillon à l'inclusion	p40.
C. La prise en charge au sein du réseau ASDES améliore t-elle la couverture vaccinale ?	p42.
Conclusion	p44.
Bibliographie	p46.
Annexe 1 : Le dossier médical commun du réseau ASDES	p50.
Annexe 2 : Schéma du parcours patient dans le réseau ASDES	p77.

Introduction

La vaccination est un outil de prévention individuelle et collective qui permet d'éviter l'apparition et la diffusion de certaines maladies au sein de la population. C'est un enjeu majeur de santé publique. L'Organisation Mondiale de la Santé estimait en 2005 que la vaccination sauvait 2 millions de personnes chaque année dans le monde.

Depuis le premier vaccin contre la variole en 1796, de nombreuses campagnes internationales de vaccination ont été mises en place. Elles ont permis par exemple d'éradiquer la variole entre 1967 et 1977. Dans le monde, depuis 1988, le nombre de cas de poliomyélite a baissé de 99% dans les 15 premières années de la campagne ; le nombre de cas de rougeole a baissé de 40% entre 1999 et 2003 (1).

La couverture mondiale par le DTC3 (trois doses de vaccin associé antidiphtérique-antitétanique-anticoquelucheux) était de 20% en 1980 et a atteint 80% en 2000 (1).

Le statut socio-économique influence l'accès aux soins curatifs mais aussi aux soins de prévention, et en particulier le statut vaccinal.

Les réseaux d'accès aux soins comme le réseau ASDES ont pour objet de diminuer les inégalités de santé.

L'objet de l'étude est de démontrer si le statut vaccinal des patients en situation de précarité est amélioré par une prise en charge au sein d'un réseau d'accès aux soins : le réseau ASDES.

I. Epidémiologie, recommandations et couvertures vaccinales, inégalités sociales de santé et le réseau ASDES.

A. Epidémiologie

1. Rubéole

La rubéole est une infection virale commune de l'enfance, sans expression clinique dans un cas sur deux. Les complications sont rares et la mortalité quasi nulle. La transmission se fait par voie aérienne respiratoire.

Le passage transplacentaire du virus est responsable de malformations congénitales. Les appareils le plus souvent concernés sont le système nerveux central, l'œil, l'oreille, l'appareil cardio-vasculaire.

En cas de primo-infection rubéoleuse de la mère, le risque de transmission fœtale est d'environ 90% avant 11 semaines d'aménorrhée et décroît pour atteindre 5% entre la 23^{ème} et la 26^{ème} semaine d'aménorrhée.

Les infections rubéoleuses contractées au cours de la grossesse et les cas de rubéole malformative congénitale sont recensés depuis 1976 par le réseau RENARUB.

Entre 1976 et 1984, l'incidence des infections rubéoleuses en cours de grossesse était en moyenne de 29,5/100 000 naissances vivantes par an (1).

Elle a diminué progressivement, pour atteindre 13 cas en 2012, soit 1,64/100 000 naissances vivantes (2).

Depuis 2006, le nombre de grossesses interrompues dans un contexte d'infection maternelle est inférieur à 5 par an;

Le nombre d'infections congénitales est inférieur à 5 par an.

Le nombre de nouveaux nés atteints de rubéole congénitale malformative est inférieur à 2 par an (2).

2. Oreillons

Les oreillons sont dus à un paramyxovirus.

La transmission est interhumaine, par voie aérienne.

L'expression la plus fréquente est une parotidite unilatérale ou bilatérale. Elle est inapparente dans 30% des cas.

Les complications les plus fréquentes sont la méningite ourlienne (5% des cas), des

surdités transitoires (4% des cas), des complications glandulaires telles des pancréatites aiguës, des atteintes ovariennes et testiculaires.

En France, la surveillance des oreillons est assurée par le réseau Sentinelles depuis 1985. Les complications neuroméningées ont été suivies par le réseau Epivir de 1983 à 1992.

L'incidence des oreillons était de 476 000 cas par an en 1986.

Elle a diminué progressivement depuis. En 2012 l'incidence annuelle était de 3729 cas, soit 6/100 000 habitants (3).

3. Rougeole

La rougeole est due à un virus du genre Morbillivirus de la famille des Paramyxoviridae. Son réservoir est humain. Elle se transmet par voie aérienne à partir des sécrétions naso-pharyngées et plus rarement par des objets contaminés.

Elle est à l'origine de complications : otites (dans 7 à 9% des cas), pneumonies (dans 1 à 6% des cas), encéphalites (0,5 à 1/1000), panencéphalite sclérosantes subaiguës survenant en moyenne 8 ans après l'épisode aigu (1/100 000).

Entre 1985 et 2005, la rougeole était surveillée par le réseau Sentinelles de l'Inserm. Elle est devenue une maladie à déclaration obligatoire en 2005.

En France, avant la mise en œuvre d'une vaccination de routine, plus de 500 000 cas survenaient en moyenne chaque année (4). Leur nombre a diminué progressivement jusqu'en 2004 pour atteindre 4 448 cas (5).

Une recrudescence de l'infection a été observée depuis 2008. Entre 2008 et 2013, plus de 23 300 cas de rougeole ont été déclarés en France, dont près de 15 000 cas notifiés en 2011 (6).

Près de 1 500 cas ont présenté une pneumopathie grave, 34 une complication neurologique (31 encéphalites, 1 myélite, 2 Guillain-Barré) et 10 sont décédés (6).

4. Coqueluche

La coqueluche est une affection respiratoire due à deux bactéries (*Bordetella pertussis* et *Bordetella parapertussis*).

La transmission est interhumaine et aérienne.

Elle entraîne une atteinte de l'arbre respiratoire inférieur d'évolution prolongée, dont la gravité repose sur les complications pulmonaires et neurologiques surtout chez le nourrisson. Le tableau clinique est très variable selon l'âge et le degré de protection de l'individu.

Depuis 1986, la coqueluche ne fait plus partie des maladies à déclaration obligatoire.

A partir de 1996, un réseau hospitalier de pédiatres et de bactériologistes (Renacoq), coordonné par l'Institut de Veille Sanitaire, assure la surveillance des coqueluches vues à l'hôpital en pédiatrie.

Il n'y a pas de surveillance systématique de la coqueluche « en ville ». Les cas groupés de coqueluche doivent être signalés aux Agences Régionales de Santé.

Chez l'enfant, l'incidence est relativement stable depuis 1997, avec 472 cas en 2012. 32% des enfants atteints de coqueluche ont moins de 3 mois (4).

En 2010, les parents étaient à l'origine de la contamination dans 52% des cas, et la fratrie dans 22% des cas (4).

Chez l'adulte le taux d'incidence de la coqueluche est estimée à 145/100 000 habitants, mais il est probablement sous estimé (4).

5. Diphtérie

La diphtérie est une maladie causée par une bactérie sécrétrice de toxines diphtériques pathogènes, le *Corynebacterium diphtheriae* ou le *Corynebacterium non diphtheriae* (essentiellement *C. ulcerans*).

La transmission se fait par l'homme, via les sécrétions naso-pharyngées pour le *C. diphtheriae*, ou de l'animal à l'homme pour le *C. ulcerans*.

Cette maladie se caractérise par une angine à fausses membranes à l'entrée des voies respiratoires basses, dont la localisation laryngée peut entraîner une asphyxie (le croup). Les toxines peuvent également se disséminer vers d'autres organes.

En France, la diphtérie est une maladie à déclaration obligatoire. Leur définition, jusqu'alors restreinte à l'identification de *C. Diphtheriae* toxinogènes, a été élargie en 2003 aux *C. Ulcerans* toxinogènes. Elle ne concerne pas les souches non productrices de toxines.

La dernière grande épidémie française due à *C. diphtheriae* date de la fin de la seconde guerre mondiale avec 45 000 cas et plus de 3 000 décès enregistrés en 1945.

Le dernier cas autochtone déclaré date de 1989. Entre 2002 et 2010, 22 cas de diphtérie ont été enregistrés en France (7). L'âge moyen était de 66 ans et 67% des cas étaient des femmes. Un décès est survenu mais n'était pas imputable à la diphtérie.

6. Tétanos

Le tétanos est provoqué par une bactérie anaérobie, le *Clostridium tetani*, sécrétrice d'une neurotoxine pathogène.

La source est tellurique. La transmission se fait via une plaie cutanée.

La toxine provoque une atteinte neuromusculaire avec contractures, spasmes musculaires et convulsions.

Le tétanos n'est pas immunisant et sa létalité est d'environ 30% (5).

En France, le tétanos est une maladie à déclaration obligatoire.

En 1945, environ 1000 décès par tétanos étaient déclarés. L'incidence a diminué progressivement depuis, pour atteindre 8 cas en 2009.

Ils concernent surtout des personnes âgées (moyenne d'âge 78 ans), notamment des femmes (4).

7. Poliomyélite

La poliomyélite est provoquée par le poliovirus de la famille des entérovirus, dont le réservoir est l'homme.

Sa transmission se fait par voie oro-fécale ou au contact des sécrétions respiratoires.

Elle occasionne un syndrome grippal et dans 3% des cas une atteinte du système nerveux central (cornes antérieures de la moelle, cerveau, etc.) avec des lésions irréversibles. La proportion des formes paralytiques est de l'ordre de 1/1000.

En France, la déclaration de la poliomyélite est obligatoire depuis 1936.

Depuis janvier 2000, un renforcement de la surveillance a été mis en place grâce au réseau de surveillance des entérovirus, constitué du Groupe des Entérovirologues Français, des laboratoires ayant participé au réseau Epivir et de nouveaux laboratoires volontaires (4).

En France le dernier cas de poliomyélite autochtone remonte à 1989 et le dernier cas importé à 1995. Elle reste endémique dans plusieurs pays du monde (7).

8. Grippe saisonnière

La grippe saisonnière est une affection virale aiguë dont la transmission est interhumaine, principalement par les sécrétions nasopharyngées.

L'infection se caractérise par une forte fièvre, de la toux, des céphalées, des douleurs musculaires et articulaires, un malaise général, des maux de gorge et un écoulement nasal. Elle peut entraîner des complications graves, notamment pneumopathie et déshydratation.

L'Institut de Veille Sanitaire coordonne la surveillance de la grippe en France.

En médecine de ville, elle est surveillée par le réseau Sentinelles, le réseau des Grog et depuis 2009, le réseau unifié réunissant les deux réseaux en métropole.

La surveillance des formes graves de grippe s'appuie sur le suivi des passages aux urgences hospitalières et des hospitalisations pour grippe clinique par un réseau de 280

établissements (réseau Oscour) (4).

La grippe saisonnière touche chaque année 3 à 8 % de la population française, soit 2,5 millions de personnes. L'épidémie survient entre les mois de novembre et d'avril et dure environ 9 semaines.

25 à 50 % des consultations concernent des jeunes de moins de 15 ans.

Les plus de 65 ans représentent 5 à 11 % des cas, mais aussi 90 % des 1 500 à 2 000 décès annuels liés à la grippe (8).

9. Hépatite B

L'hépatite B est causée par le virus du même nom. Sa transmission est interhumaine, par le sang et les autres liquides organiques (salive, sécrétions génitales).

Le virus est responsable d'hépatites aiguës cliniquement parlantes dans 40% des cas et d'hépatites fulminantes dans moins de 1% des cas. Dans 5 à 10% des cas, elle évolue vers une hépatite chronique pouvant se compliquer de cirrhose ou de carcinome hépatocellulaire.

La déclaration obligatoire pour les formes aiguës symptomatiques a été réintroduite en France en 2003 après avoir disparu en 1985.

Entre ces dates, les données sur l'incidence provenaient de deux systèmes de surveillance : le réseau des laboratoires de la communauté urbaine de Lyon et le réseau Sentinelles des médecins généralistes.

En France métropolitaine en 2003-2004, la prévalence du taux de portage chronique de l'Antigène HBs était estimée à 0,65% dans la population des adultes âgés de 18 à 80 ans (soit environ 280 800 porteurs chroniques) (9).

Le taux d'incidence de l'hépatite B aiguë symptomatique était à 1/100 000 habitants en 2005 (4). Elle était responsable de 1 330 décès en 2001 (9).

10. Papillomavirus humain

La transmission du Papillomavirus humain (HPV) est sexuelle.

Certains génotypes sont responsables d'infections des muqueuses génitales pouvant évoluer vers un cancer du col de l'utérus.

L'infection persistante par un HPV à haut risque oncogène est la cause principale du cancer du col utérin. Mais ce facteur n'est pas suffisant car moins de 5% des femmes infectées par HPV-16 développeront un cancer.

En moyenne 70% des infections par HPV disparaissent en 12 mois et 90% en 24 mois (10).

Les huit HPV les plus fréquemment responsables du cancer invasif du col de l'utérus en France sont par ordre de fréquence les génotypes 16, 18, 31, 33, 68, 45, 52 et 58. Les génotypes 16 et 18 sont responsables de 81,8% des cancers invasifs du col de l'utérus (10).

On estime que 50 à 75% des femmes de 15 à 44 ans sont ou ont été exposées aux HPV. Le pic de prévalence de l'infection à HPV à haut risque oncogène est à 20-24 ans.

En France, le cancer du col de l'utérus est le dixième cancer chez la femme par sa fréquence. En 2005, avec 3068 cas estimés, il était responsable de 1067 décès (10).

11. Pneumocoque

La bactérie *Streptococcus pneumoniae* est un germe commensal du rhinopharynx. Il est responsable de pneumonies, de méningites, de sinusites, d'otites etc.

Les infections pneumococciques sont surveillées par le centre national de référence des pneumocoques, le réseau de laboratoire Epibac et un réseau de pédiatres hospitaliers.

En France métropolitaine, 6 000 à 7 000 cas de bactériémies et 600 à 700 cas de méningites à pneumocoque surviennent chaque année. Leur incidence est plus élevée chez les jeunes enfants et les personnes âgées. Elle était de 22/100 000 habitants en 2007-2008 (4).

Dans les autres tranches d'âge, l'incidence des infections invasives à pneumocoques a augmenté modérément sur la même période, en raison de l'augmentation des infections liées aux sérotypes non vaccinaux (effet de remplacement).

Pour les pneumonies, il n'existe pas de surveillance précise. Leur incidence se situe entre 100 000 et 120 000 cas par an. Celle des otites serait de 200 000.

Le total des cas annuels d'infections à pneumocoque est évalué à 455 000 (4).

12. Tuberculose

La tuberculose est provoquée par le *Mycobacterium tuberculosis* ou bacille de Koch. Sa transmission est interhumaine par voie aérienne.

Chez les personnes infectées par le bacille, le risque de développer la maladie au cours de l'existence est de 10%. La tuberculose pulmonaire est la plus fréquente, mais il existe des atteintes osseuses, rénales, intestinales, génitales, méningées, surrenaliennes, ganglionnaires et cutanées.

La déclaration de la tuberculose maladie est obligatoire depuis 1964. Celle de la tuberculose latente chez les enfants de moins de 15 ans l'est depuis 2003. L'issue du traitement des tuberculoses maladies quant à elle, l'est depuis 2007.

L'incidence déclarée de la tuberculose a diminué d'environ 10% chaque année depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale.

Le taux d'incidence de la tuberculose maladie était de 16,5/100 000 habitants en 1993 ; et de 7,7/100 000 habitants en 2011. L'Ile-de-France et la Guyane sont les régions les plus touchées (15,8/100 000 habitants en Ile de France en 2009) (11).

En 2011, sur 4991 tuberculoses maladies déclarées :

- 60% des cas touchent des hommes,
- l'âge médian est de 43 ans,
- 53,7% sont nés à l'étranger,
- 15% résident en collectivité,
- 4,6% sont des personnes sans domicile fixe (11).

B. Recommandations et couvertures vaccinales

La vaccination est un outil de prévention primaire. Cette prévention est à la fois individuelle et collective. En effet, les vaccins sont administrés à des personnes a priori en bonne santé, afin de les préserver d'une affection, mais également afin d'éviter la propagation de la maladie à l'ensemble de la population.

En France, le Comité Technique des Vaccinations établit annuellement le calendrier vaccinal qui est ensuite validé par le Haut Conseil de Santé Publique. Il est publié par l'Institut de Veille Sanitaire au Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. Il fixe les vaccinations applicables aux personnes résidant en France en fonction de leur âge (12).

C'est un outil de santé publique, établi en fonction de la balance bénéfices/risques pour chaque vaccin ainsi que de considérations économiques et éthiques, à l'échelle de l'individu mais aussi de la population.

Les vaccinations sont pratiquées par les médecins traitants, mais aussi les infirmiers, les médecins du travail ou bien dans des centres de vaccinations où certains vaccins sont gratuits.

Nous traiterons des calendriers vaccinaux 2012 et 2013, dans la population générale.

1. Rougeole, oreillons et rubéole

La promotion de la vaccination a débuté en 1983. Elle se fait par un vaccin trivalent anti-rougeole, oreillons et rubéole.

En 2012 :

La première dose du vaccin trivalent est recommandée à l'âge de 12 mois.

La deuxième entre 13 et 24 mois en respectant un délai d'au moins 1 mois entre deux vaccinations.

La deuxième dose peut être administrée plus tard si elle n'a pu être effectuée au cours de la deuxième année :

- les sujets âgés de plus de 24 mois et nés depuis 1992 devraient avoir reçu 2 doses de vaccin trivalent,
- les personnes nées entre 1980 et 1991 n'ayant jamais été vaccinées devraient recevoir 1 dose de vaccin trivalent.

Il est recommandé d'avancer la 1^{ère} dose de vaccin dès l'âge de 9 mois pour les enfants gardés en collectivité. Dans ce cas l'administration de la 2^{ème} dose est recommandée entre 12 et 15 mois (13).

En avril 2013 :

Il n'est plus recommandé d'avancer l'âge de la première vaccination à 9 mois pour les enfants gardés en collectivité (14).

A titre d'exemple, le vaccin Priorix® coûtait 14,75 €, Neisvac® coûtait 23,59 € en 2013. De 12 mois à 17 ans révolus, le vaccin est pris en charge à 100% par la sécurité sociale. En dehors de ces tranches d'âge, il est remboursé à 65%.

Pour la rubéole, la couverture vaccinale des enfants âgés de 2 ans et ayant reçu 1 dose de vaccin, était de 63,7% en 1990, et 88,9% en 2008 (15).

Pour les oreillons, la couverture vaccinale chez les enfants âgés de 2 ans et ayant reçu 1 dose de vaccin, était de 53,7% en 1990, et 89,0% en 2008 (15).

Pour la rougeole, la couverture vaccinale est de :

- 59,8% en 2010, pour les enfants âgés de 2 ans,
- 45,1% en 2005-2006, pour les enfants âgés de 6 ans,
- 65,7% en 2003-2004, pour les enfants âgés de 15 ans (15).

2. Coqueluche :

La vaccination contre la coqueluche a été introduite en France en 1959. Elle est pratiquée avec le vaccin acellulaire, combiné à d'autres valences (diphtérie, tétanos, poliomyélite) depuis 1966.

En 2012 :

- Chez l'enfant :

La primovaccination comporte 3 injections à 1 mois d'intervalle et un rappel à 16-18 mois.

Un rappel est recommandé entre 11 et 13 ans.

Pour les enfants ayant échappé à ce rappel, un rattrapage est possible entre 16 et 18 ans.

- Chez l'adulte un rappel est recommandé :
 - lors du rappel décennal de vaccination diphtérie-tétanos-poliomyélite de 26-28 ans, chez l'adulte susceptible de devenir parent dans les mois ou années à venir (stratégie du cocooning),
 - durant la grossesse pour le père, la fratrie et l'adulte en charge de la garde du nourrisson pendant les 6 premiers mois de vie,
 - en post partum immédiat pour la mère (13).

En avril 2013 : le calendrier vaccinal a été simplifié.

- Chez l'enfant :

La primovaccination comporte maintenant 2 injections à 2 et 4 mois puis un rappel à 11 mois.

Un rappel est recommandé à 6 ans, puis entre 11 et 13 ans.

- Chez l'adulte : un rappel est recommandé à l'âge de 25 ans, en complément de la stratégie du cocooning, chez l'adulte n'ayant pas reçu de vaccination contre la coqueluche au cours des 5 dernières années (14).

A titre d'exemple le vaccin Repevax® (diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche) coûtait 25 € et était remboursé à 65 % par la sécurité sociale en 2013.

La couverture vaccinale est de :

- 91,4% en 2009, chez les enfants âgés de 2 ans,
- 57,4% en 2003-2004, chez les enfants âgés de 15 ans (15).

3. Diphtérie, tétanos, poliomyélite

La vaccination contre la diphtérie est obligatoire en France depuis 1938. Celle contre le tétanos l'est depuis 1940, celle contre la poliomyélite l'est depuis 1964.

L'obligation de vaccination n'existe que pour la diphtérie et le tétanos jusqu'à l'âge de 18 mois et pour la poliomyélite jusqu'à l'âge de 13 ans (16).

En 2012 :

- Chez l'enfant :

La primovaccination avec un vaccin combiné comprend trois injections espacées d'un mois, à 2, 3 et 4 mois et une dose de rappel à 16-18 mois.

Puis un rappel à 6 ans, à 11-13 ans (combiné avec une dose de rappel de vaccin contre la coqueluche) et à 16-18 ans.

- Chez l'adulte :

Une dose de dTP à 26-28 ans est remplacée par dTcaP en l'absence de vaccination par la coqueluche depuis 10 ans, puis une dose tous les 10 ans (13).

En avril 2013 : le calendrier vaccinal est simplifié.

- Chez l'enfant :

La primovaccination comporte maintenant 2 injections à 2 et 4 mois, et un rappel à 11 mois.

Un rappel est recommandé à 6 ans puis entre 11 et 13 ans.

Le rappel à 16-18 ans n'est plus recommandé.

- Chez l'adulte : les rappels sont recommandés aux âges fixes de 25, 45 et 65 ans, puis tous les dix ans compte tenu de l'immunosénescence (14).

A titre d'exemple le vaccin Revaxis® coûtait 9,98 € et était remboursé à 65% par la sécurité sociale en 2013.

Pour la diphtérie, la couverture vaccinale est de :

- 91,7% en 2009, chez les enfants âgés de 2 ans,
- 80,5% en 2003-2004, chez les enfants âgés de 15 ans,
- En 2002, 29,1% des plus de 15 ans étaient vaccinés depuis moins de 10 ans, 33,7% depuis moins de 15 ans (15).

Pour le tétanos, la couverture vaccinale est de :

- 91,7% en 2009, pour les enfants âgés de 2 ans,
- 80,5% en 2003-2004, pour les enfants âgés de 15 ans,
- 62,3% en 2002, pour les plus de 15 ans,
- 44% en 2011, pour les plus de 65 ans (15).

Pour la poliomyélite, La couverture vaccinale est de :

- 91,7% en 2009, chez les enfants âgés de 2 ans,
- 80,5% en 2003-2004, chez les enfants âgés de 15 ans,
- 36,1% en 2002, chez les plus de 15 ans (15).

4. Grippe saisonnière

Le premier vaccin antigrippal a été inventé en 1931 et utilisé en 1944-1945 aux Etats Unis. C'est à partir de 1968 que la vaccination se développe en France.

En 2012:

La vaccination est recommandée chaque année pour :

- Les personnes âgées de 65 ans et plus,
- Les femmes enceintes quel que soit le terme,
- Les personnes obèses avec un indice de masse corporelle supérieur ou égal à 40kg/m²,
- A partir de l'âge de 6 mois, pour les sujets atteints de l'une des pathologies suivantes :
 - Maladies respiratoires chroniques susceptibles d'être aggravées ou décompensées par une affection grippale,
 - Cardiopathie congénitale cyanogène, hypertension artérielle pulmonaire ou insuffisance cardiaque,
 - Insuffisances cardiaques, valvulopathies, troubles du rythme graves,
 - Maladies des coronaires,
 - Antécédent d'accident vasculaire cérébral,
 - Formes graves d'affections neurologiques et musculaires,

- Néphropathies chroniques graves, syndromes néphrotiques,
 - Drépanocytose,
 - Diabète,
 - Déficits immunitaires primitifs ou acquis.
- Chez les personnes séjournant dans un établissement de soins de suite, ainsi que dans un établissement médico-social d'hébergement, quel que soit leur âge.
 - L'entourage familial des nourrissons de moins de 6 mois présentant des facteurs de risque de grippe grave : prématurés, enfant atteints de cardiopathie congénitale, de déficit immunitaire congénital, de pathologie pulmonaire, neurologique ou neuro musculaire ou d'une affection de longue durée (13).

En avril 2013 :

Les patients atteints de maladie hépatique chronique avec ou sans cirrhose sont ajoutés à la liste des personnes éligibles à la vaccination (14).

A titre d'exemple les vaccins Influvac® et Vaxigrip® coûtaient 6,14 € et étaient remboursés à 65% par la sécurité sociale en 2013. Pour les personnes à risque et les plus de 65 ans, le vaccin est pris en charge à 100%.

La couverture vaccinale est de :

- 61% en 2010, chez les 65 ans et plus,
- 46,6% en 2010, chez les moins de 65 ans (dans la population cible) (15).

5. Hépatite B

La stratégie de vaccination systématique est mise en place en France en 1994.

En 2012 :

- Chez l'enfant :

La vaccination contre l'hépatite B s'applique à tous les nourrissons. Le rattrapage peut être poursuivi jusqu'à l'âge de 15 ans.

Le schéma vaccinal comporte trois injections, respectant un intervalle d'au moins un mois entre les 2 premières, puis un intervalle de cinq à douze mois, entre la deuxième et la troisième injection (par exemple 0, 1, 6 mois).

Chez le nourrisson les injections se font à 2, 4 et 16-18 mois.

Pour les adolescents âgés de 11 à 15 ans, un schéma simplifié en deux injections est possible. Elles sont alors espacées de 6 mois, pour les vaccins ayant l'autorisation de mise sur le marché pour cette indication.

Pour les nouveaux nés de mère porteuse de l'antigène HBs, la vaccination est pratiquée à la naissance. La première dose est associée à l'administration d'immunoglobulines anti-HBs.

Un schéma à 4 doses est recommandé chez les prématurés de moins de 32 semaines ou de poids inférieur à 2kg.

- Chez l'adulte, la vaccination est recommandée chez :
 - les adultes accueillis en institution psychiatrique,
 - les personnes ayant des relations sexuelles avec des partenaires multiples,
 - les toxicomanes utilisant des drogues parentérales,
 - les voyageurs dans les pays d'endémie,
 - les personnes susceptibles d'être exposées au virus de l'hépatite B dans le cadre d'activités professionnelles ou bénévoles,
 - les personnes susceptibles de recevoir des transfusions, des médicaments dérivés du sang, ou candidates à une greffe d'organe, de tissu ou de cellules,
 - les personnes de l'entourage ou partenaire sexuel d'un sujet infecté par le virus de l'hépatite B,
 - les personnes détenues.

Les rappels systématiques ne sont pas recommandés, excepté pour les insuffisants rénaux chroniques dialysés et les personnes immunodéprimées exposées au risque. Une sérologie annuelle est alors recommandée, avec rappel dès que le taux d'anticorps descend au-dessous du seuil protecteur, quel que soit l'âge (13).

En avril 2013 : chez le nourrisson le rappel est avancé à 11 mois, selon un schéma 2, 4 et 11 mois (14).

A titre d'exemple, les vaccins Genhevac B 20® et Engerix B 20® coûtaient 18,12 €, et étaient remboursés à 65% par la sécurité sociale en 2013.

La couverture vaccinale est de :

- 76,5% en 2009, pour les moins de 1 an,
- 42,4% en 2003-2004, pour les enfants âgés de 15 ans,
- 34,2% en 2002 chez l'adulte (15).

6. Papillomavirus Humain :

Les vaccins contre les infections à papillomavirus humain ont été introduits en 2007.

Il en existe deux : un vaccin comportant deux valences (16 et 18), un vaccin comportant quatre valences (6, 11, 16 et 18).

En 2012 :

La vaccination est recommandée chez les jeunes filles âgées de 14 ans.

Une mesure de rattrapage est prévue jusqu'à l'âge de 23 ans, chez les jeunes filles qui n'auraient pas eu de rapport sexuel ; ou au plus tard dans l'année suivant le début de

leur vie sexuelle.

Pour le vaccin quadrivalent, le schéma vaccinal comporte 3 injections à 0, 2 et 6 mois.
Pour le vaccin bivalent, le schéma est 0, 1, 6 mois (13).

En avril 2013 :

La vaccination est désormais recommandée pour les jeunes filles âgées de 11 à 14 ans, selon le même schéma vaccinal.

Un rattrapage est recommandé pour les jeunes filles entre 15 et 19 ans révolus (14).

En 2013, le vaccin Gardasil® (4 valences) coûtait 123,44 €, Cervarix® (2 valences) coûtait 111,52 €. Ils étaient remboursés à 65% par la sécurité sociale.

La couverture vaccinale est de :

- 76,5% en 2009, pour les moins de 1 an,
- 42,4% en 2003-2004, pour les enfants âgés de 15 ans,
- 34,2% en 2002 chez l'adulte (15).

7. Pneumocoque

Le vaccin à 23 valences a été mis sur le marché en 1981. La vaccination des enfants de moins de 2 ans avec un vaccin à 13 valences a remplacé le vaccin heptavalent en 2009.

En 2012 :

- Chez l'enfant : la vaccination est recommandée à l'ensemble des enfants de moins de 2 ans, avec un vaccin à 13 valences, selon 2 injections à deux mois d'intervalle (la première dès l'âge de 2 mois) et un rappel à l'âge de 12 mois.
- Pour l'enfant à risque d'infection invasive à pneumocoque, non vacciné antérieurement, entre 2 et 5 ans : deux doses de vaccin à 13 valences à 2 mois d'intervalle suivies d'une dose de vaccin polysidique à 23 valences au moins deux mois après.
- Chez l'enfant de plus de 5 ans et l'adulte, le vaccin polysidique à 23 valences est recommandé chez les personnes ayant une pathologie exposant à un risque élevé d'infection invasive à pneumocoque :
 - asplénie fonctionnelle ou splénectomie,
 - drépanocytose homozygote,
 - infection à VIH quel que soit le statut immuno-virologique,
 - syndrome néphrotique,
 - insuffisance respiratoire,
 - insuffisance cardiaque,
 - alcoolisme ou hépatopathie chronique,
 - antécédent d'infection pulmonaire ou invasive à pneumocoque.

L'utilité d'un rappel tous les 5 ans est à discuter (13).

En avril 2013 : chez le nourrisson, la 3^{ème} injection est avancée à l'âge de 11 mois (14).

En 2013, le vaccin Prevenar 13® coûtait 56,72 €, le Pneumo 23® coûtait 13,56 €. Ils étaient remboursés à 65% par la sécurité sociale.

La couverture vaccinale était de 75,1% en 2008, à l'âge de 1 an (15).

8. Tuberculose

Le vaccin a été mis au point en 1921 et largement distribué de par le monde. Depuis 2006, le seul vaccin BCG distribué en France est le vaccin pour usage intradermique. L'obligation vaccinale a été levée en 2007.

En 2012 et 2013 :

Pour les enfants à risque élevé de tuberculose, la vaccination par le BCG est recommandée dès la naissance.

Chez les enfants à risque non vaccinés, la vaccination peut être réalisée jusqu'à l'âge de 15 ans. Une intradermo-réaction doit être réalisée au préalable à partir de l'âge de 3 mois.

Les enfants à risque élevé sont ceux répondant à au moins l'un des critères suivants :

- enfant né dans un pays de forte endémie,
- enfant dont l'un des parents est originaire de l'un de ces pays,
- enfant devant séjourner au moins un mois d'affilée dans l'un de ces pays,
- enfant ayant des antécédents familiaux de tuberculose,
- enfant résidant en Ile de France, en Guyane, ou à Mayotte,
- enfant dans toute situation jugée à risque d'exposition au bacille tuberculeux, notamment enfant vivant dans des conditions de logement ou socio-économiques défavorables ou en contact régulier avec des adultes originaires d'un pays de forte endémie.

Les zones géographiques à forte incidence de tuberculose, selon les estimations de l'OMS sont :

- continent africain dans son ensemble,
- continent asiatique dans son ensemble,
- pays d'Amérique Centrale et du Sud,
- pays d'Europe Centrale et de l'Est, y compris les pays de l'ex-URSS,
- dans l'Union Européenne : Bulgarie, Estonie, Hongrie, Lettonie, Lituanie, Pologne, Portugal, Roumanie.

La revaccination par le BCG dans la population générale et chez les professionnels exposés à la tuberculose n'est plus indiquée depuis 2004. En conséquence l'intradermoréaction à la tuberculine n'a plus lieu d'être pratiquée à titre systématique (13), (14).

En 2013, le vaccin BCG SSI® coûtait 11,52 € et était remboursé à 65% par la sécurité sociale.

La couverture vaccinale est de 51% en Ile de France en 2008, pour les enfants nés après la levée de l'obligation vaccinale, 40% hors Ile de France (15).

C. inégalités sociales de santé

Selon la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé, la santé est l'état de bien-être physique, mental et social ; ou encore cet état, cette ressource qui peut permettre d'accomplir sa vie.

L'état de santé se caractérise par des interactions entre des facteurs socio-économiques, l'environnement physique et le comportement individuel. Ces facteurs sont désignés comme les « déterminants de la santé ».

En France, la loi de santé publique du 9 août 2004 définit la politique de santé publique. Elle traite des déterminants de santé dans l'environnement physique, social, économique et culturel. Ceux-ci contribuent à créer des conditions favorables pour améliorer l'état de santé, prévenir la survenue ou l'aggravation des maladies, réduire leurs conséquences sur les capacités fonctionnelles, l'activité et la qualité de vie des personnes touchées par la maladie (17).

Elle définit 28 déterminants de santé :

- Alcool,
- Tabac,
- Nutrition et activité physique,
- Santé et travail,
- Santé et environnement,
- Iatrogénie,
- Résistance aux antibiotiques,
- Douleur,
- Précarité et inégalités,
- Déficience et handicap,
- Maladies infectieuses,
- Santé maternelle et périnatale,
- Tumeurs malignes,
- Pathologies endocriniennes,
- Affection neuropsychiatriques,
- Maladie des organes de sens,
- Maladie cardiovasculaire,
- Maladie inflammatoire de l'intestin,
- Affections respiratoires,
- Pathologies gynécologiques,
- Insuffisance rénale chronique,
- Trouble musculo-squelettique,
- Affection d'origine anténatale,
- Maladie rare,
- Affection buccodentaire,
- Problème de santé spécifique à des populations, troubles du langage oral ou écrit,
- Reproduction, contraception, interruption volontaire de grossesse,
- Santé des personnes âgées.

Les Canadiens quant à eux, définissent les déterminants de santé comme les interactions entre l'emploi, le développement de la petite enfance, l'éducation, l'environnement physique, les habitudes de santé, la capacité d'adaptation personnelle, le patrimoine biologique et génétique, les services de santé, le sexe et la culture ainsi que le statut, le réseau de soutien et l'environnement social (18).

Parmi les déterminants de santé, les déterminants sociaux créent les inégalités sociales de santé.

En effet, il existe un lien entre l'état de santé d'un individu et sa position dans la hiérarchie sociale ; selon la catégorie socio professionnelle, le revenu, la situation familiale, etc. Le Black Report, paru en Angleterre en 1980 (19), fut un des premiers à révéler ce phénomène.

Le gradient de santé sert à décrire le phénomène selon lequel ceux qui sont au sommet de la pyramide sociale jouissent d'une meilleure santé que ceux directement au-dessous d'eux, et ainsi de suite.

Ces dernières années l'amélioration de la santé a été plus importante pour les catégories sociales favorisées (20).

Parmi les déterminants sociaux, on trouve le travail.

En effet, en France, à 35 ans, les hommes cadres supérieurs ont une espérance de vie de 47 ans, soit 6 ans de plus que les ouvriers.

Pour les femmes les écarts d'espérance de vie sont plus réduits. Pour les cadres supérieures, l'espérance de vie à 35 ans est de 51 ans, soit deux ans de plus que pour les ouvrières (20).

Ces inégalités concernent aussi de qualité de vie, conséquence de diverses incapacités : Après 35 ans, les cadres supérieurs vivent 34 ans sans incapacité (difficultés visuelles, auditives, de la marche ou des gestes de la vie quotidienne). Alors que les ouvriers vivent seulement 24 ans sans incapacité.

Pour les femmes âgées de 35 ans une ouvrière vivra en moyenne les dernières 22 années de sa vie avec une incapacité contre 16 ans pour une cadre supérieure (20).

Ces inégalités débutent dès l'enfance.

En 2005, une enquête faite auprès d'élèves de CM2 montre que l'obésité était 10 fois plus fréquente parmi les enfants d'ouvriers que parmi les enfants de cadres (21).

Les données de l'enquête Santé Protection Sociale en 2006 montrent que plus le revenu mensuel du ménage augmente, plus rare est l'obésité chez les adultes (22).

Les inégalités de mortalité sont plus importantes en France que dans les autres pays d'Europe, particulièrement pour les hommes.

Pour la période de 1980 à 1989, dans 11 pays européens, pour les hommes de 45 à 59 ans, le taux de mortalité des travailleurs manuels rapporté à celui des travailleurs non manuels était de 1,7 en France, 1,5 en Finlande, 1,4 en Angleterre et au Pays de Galles, 1,4 en Suède et inférieurs à 1,4 dans les autres pays (Irlande, Norvège, Danemark, Suisse, Espagne, Portugal).

La mortalité des hommes exerçant un métier non manuel était comparable dans tous les pays (20).

Le revenu exerce une influence indirecte sur l'état de santé à tout âge. Il conditionne d'autres facteurs matériels (conditions de vie, conditions de travail, accès à un emploi, accès à un haut niveau d'études).

Le travail constitue dans certains cas un risque pour la santé, mais ne pas travailler en est également un (20).

Un autre déterminant social de santé est l'hébergement.

Des liens entre habitat familial et santé ont été également montrés. Une preuve de l'importance d'un logement décent est apportée par l'état de santé des sans-abri.

L'état de santé des populations diffère considérablement selon les zones géographiques de résidence (20).

La couverture sociale est encore un déterminant social de santé.

Depuis 1945, la proportion de Français bénéficiant d'une assurance santé n'a cessé d'augmenter. Il en est de même pour les complémentaires santé dont les remboursements atteignent désormais 25 % des dépenses de santé environ (20).

En 2004, selon l'enquête Santé Protection Sociale (22), 13 % de la population adulte déclarait avoir renoncé, au moins une fois dans les douze mois précédant l'enquête, à des soins de santé pour des raisons financières.

Parmi ces renoncements aux soins, 49 % concernent la santé bucco-dentaire, 18 % les lunettes et 9 % les soins d'un médecin spécialiste. Ce phénomène touche plus les femmes et culmine chez les populations âgées de 18 à 40 ans. Il est lié principalement à la présence ou non d'une couverture assurance complémentaire (20).

En 2007, Patel R, Lawlor DA et al. ont montré que chez les femmes britanniques, celles qui ont un bas niveau socio-économique ont moins facilement accès aux vaccinations antigrippales (23).

Bouhamam N, Laporte R et al. montrent, dans une étude menée en 2009 et 2010, que les enfants consultants aux urgences pédiatriques de Marseille avaient une moins bonne couverture vaccinale s'ils avaient un statut socio-économique moins bon (24).

Les déterminants sociaux créent les inégalités sociales de santé. En conséquence, celles-ci influencent l'accès à la vaccination car elles influencent l'accès aux soins curatifs et de prévention. La réduction des inégalités sociales est donc un enjeu majeur afin de réduire les inégalités de santé.

D. Le réseau ASDES

Le réseau ASDES (Accès aux soins, aux droits et à l'éducation à la santé) a été créé en 1999. Il est établi dans les Hauts-de-Seine. Le siège administratif est à Nanterre.

Il est composé de professionnels médicaux, paramédicaux, et administratifs. Les professionnels médicaux sont des médecins libéraux ainsi que les médecins coordinateurs du réseau. Les professionnels paramédicaux sont des infirmiers, des psychologues, des diététiciens, des dentistes et des pharmaciens. Le personnel administratif est composé de secrétaires et d'assistantes sociales.

Les médecins libéraux sont indemnisés à l'inclusion des patients dans le réseau. Les autres professionnels de santé sont indemnisés à l'orientation d'un patient vers le réseau.

Les patients sont inclus dans le réseau pour une durée de 3 mois à 1 an, soit par leur médecin généraliste ou tout autre professionnel faisant partie du réseau, soit par le biais de la policlinique.

Les patients sont des personnes de plus 16 ans, souhaitant une prise en charge globale et ayant au moins 3 déterminants de santé perturbés parmi les suivants :

- Facteurs de risque sociaux : couverture sociale inexistante ou incomplète, difficultés liées au logement, faibles revenus, renoncement aux soins pour problèmes financiers, besoin médico-juridique,
- Addictions,
- Hygiène alimentaire défectueuse,
- Facteur de risque cardio vasculaire,
- Facteur de risque d'insuffisance rénale chronique,
- Nécessité de dépistage de cancer,
- Incontinence urinaire ou facteur de risque nécessitant des explorations spécialisées,
- Risque d'ostéoporose,
- Retard vaccinal,
- Nécessité d'un dépistage de la tuberculose,
- Nécessité d'un dépistage d'infection sexuellement transmissible,
- Nécessité d'un bilan ou suivi dentaire,
- Toute autre difficulté sociale ou médicale qui rend difficile l'accès aux soins du patient.

Le réseau a pour objectif de promouvoir l'accès aux soins, l'accès aux droits et à l'éducation à la santé des populations vulnérables :

- **Accès aux soins :**

Les patients sont inclus lors d'une consultation de santé publique clinique, qui a pour but de repérer certains des déterminants de santé et sanitaires décrits dans la loi de santé publique de 2004.

Le dossier médical

Il a été établi en 1999 par les médecins du réseau et des internes de santé publique. La dernière modification date de 2008.

Il s'appuie sur les recommandations de bonnes pratiques et a pour but de repérer 16 des déterminants de santé définis comme priorités de santé publique selon la loi du 9 août 2004.

La première partie du dossier médical commun du réseau ASDES concerne l'identification du patient, du médecin du réseau et du médecin traitant, ainsi que le mode d'admission (patient venu de lui même, adressé...).

La seconde partie concerne les données sociales c'est à dire la situation familiale, la nationalité, la qualité de la communication, l'existence d'une couverture sociale de base et complémentaire, etc.

Le dossier médical comporte ensuite le repérage des déterminants de santé cités.

La partie sur les vaccinations aborde le statut vaccinal du patient concernant le DTP, le BCG, l'hépatite B, la rubéole, la grippe, le pneumocoque, le papillomavirus et la coqueluche.

La dernière partie est un récapitulatif des données de la prise en charge. C'est elle qui conditionne le Plan Personnalisé de Soins.

Le Plan Personnalisé de Soins est un parcours coordonné, adapté aux besoins identifiés. Le patient peut rencontrer les différents professionnels du réseau et bénéficier d'une aide à la prise de rendez-vous. L'équipe de coordination médicale et administrative assure la liaison entre les différents professionnels pour optimiser et renforcer la prise en charge globale.

Informatisation des données :

Le dossier médical est informatisé et hébergé sur le site de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris. Chacun des intervenants a accès aux données, ce qui permet une mutualisation des informations et facilite la coordination.

L'évaluation

3 à 12 mois après le début de la prise en charge au sein du réseau ASDES, une évaluation est faite par le médecin qui a réalisé l'inclusion, avec le même dossier. Celle-ci permet de faire le point sur le Plan Personnalisé de Soins et de déterminer si la prise en charge au sein du réseau doit être poursuivie.

A l'issue de la prise en charge, l'objectif est de faire rentrer la personne dans le droit commun avec un médecin traitant de ville, des déterminants de santé à jour, des droits sociaux à jour (25).

- **Accès aux droits**

L'accès aux droits comprend l'évaluation des droits sociaux et des droits civils.

Des médecins spécialisés en médecine légale et travaillant au sein du réseau ASDES répondent aux questions spécifiques de droits et d'expertise médicale sur la violence, les accidents du travail, les accidents avec dommages corporels, etc.

Si besoin, les assistantes sociales accompagnent et facilitent les démarches pour l'ouverture des droits sociaux (couverture complémentaire, couverture maladie universelle, aide médicale d'état), aident à l'élaboration des dossiers médico-sociaux (Maison Départementales des Handicapés, Allocation Personnalisée d'Autonomie, mise sous tutelle, ...) et à l'accès aux droits.

- **Education à la santé**

Sur le plan individuel, chaque professionnel prend le temps d'informer et de délivrer aux patients des conseils lui permettant de mieux comprendre sa pathologie, son évolution et les traitements qui lui sont prescrits dans le but d'améliorer l'observance et d'informer sur la nécessité de la prévention.

Sur le plan collectif plusieurs types d'actions d'éducation à la santé sont menées par le réseau ASDES :

- Actions communautaires sur des thèmes en lien avec la santé : alimentation, vaccination, dépistage, santé des femmes...
- « Interventions diététiques » : manifestations organisées pour sensibiliser la population aux questions liées à la nutrition.
- Elaboration de brochures d'information.
- Mise en ligne des outils d'éducation à la santé sur le site internet d'ASDES (26).

II. Matériel et méthode

1. Type d'étude-Objectifs

Nous avons étudié la population adulte prise en charge au sein du réseau ASDES de janvier 2012 à novembre 2013.

L'étude est une étude rétrospective avant/après. Elle a plusieurs objectifs :

- L'objectif principal est de savoir si la prise en charge au sein du réseau ASDES améliore la couverture vaccinale des patients de l'échantillon. Pour le déterminer, on compare les taux de couverture vaccinale de la population de l'échantillon à l'inclusion et à l'évaluation dans le réseau.
- Les objectifs secondaires sont :
 - D'analyser les déterminants de santé de la population de l'échantillon : c'est à dire étudier leur statut social, l'emploi, l'environnement physique, les comorbidités psychiatriques et physiques etc.
 - Déterminer si le réseau ASDES répond à un de ses objectifs : la prise en charge des populations vulnérables.
 - Etudier si les taux de couverture vaccinale des patients pris en charge au sein du réseau sont comparables à ceux de la population générale observés ces dernières années.

2. Recrutement des patients

L'échantillon étudié comporte la totalité des patients pris en charge au sein du réseau ASDES et inclus entre le 4 janvier 2012 et le 28 décembre 2012.

3. Recueil de données

La population a été observée à l'inclusion, puis 3 à 12 mois après, lors de l'évaluation du Plan Personnalisé de Soins.

Au cours de la consultation d'inclusion, les médecins du réseau réalisent une saisie directe ou sur papier du dossier médical de chaque patient.

Si la saisie est faite sur dossier papier, les données recueillies sont alors informatisées par un médecin coordinateur.

Lors de l'évaluation du Plan Personnalisé de Soins, 3 à 12 mois après l'inclusion, ce même questionnaire est renvoyé au médecin qui a réalisé l'inclusion.

Les données recueillies sont de nouveau informatisées par un médecin coordinateur ou saisies directement.

Les parties du dossier médical étudiées sont :

- L'identification (âge, sexe),
- Les données sociales,
- La situation vaccinale,
- Le dépistage de la souffrance mentale,
- L'existence d'un traitement médicamenteux.

Le dossier médical se présente sous forme de questions. Le médecin coche les réponses. Concernant les vaccinations, il a le choix entre : à jour / à faire / non nécessaire / non répondu / non posé.

La base de données est saisies par le logiciel MEDICI®. Les extractions de la base sont réalisées sur le logiciel Excel®.

4. Analyse des données

L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel Excel®.

Afin d'étudier l'objectif principal, nous utilisons un test du Chi2 avec correction de continuité de Yates.

Nous pouvons envisager deux résultats pour nos hypothèses. L'hypothèse nulle H0 indique qu'il n'y a pas de lien entre les variables « vaccination en entrant de le réseau » et « vaccination à l'évaluation ». L'hypothèse H1 indique quant à elle qu'il y a un lien entre elles.

Cette analyse nous permet de savoir s'il y a une amélioration du statut vaccinal entre l'inclusion et l'évaluation, et si cette amélioration peut être attribuée à la prise en charge au sein du réseau ASDES.

III. Résultats

A. Description de l'échantillon

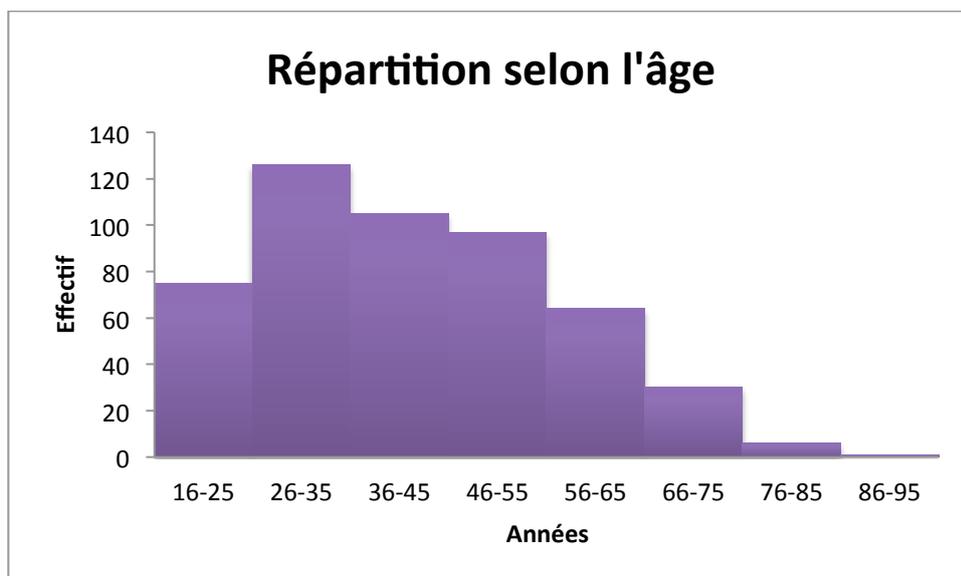
L'échantillon comporte l'ensemble des patients inclus dans le réseau ASDES du 2 janvier 2012 au 28 décembre 2012.

Les évaluations des dossiers ont été faites entre le 21 février 2012 et le 3 novembre 2013.

Tous les items du dossier médical commun ne sont pas renseignés pour l'ensemble de l'échantillon.

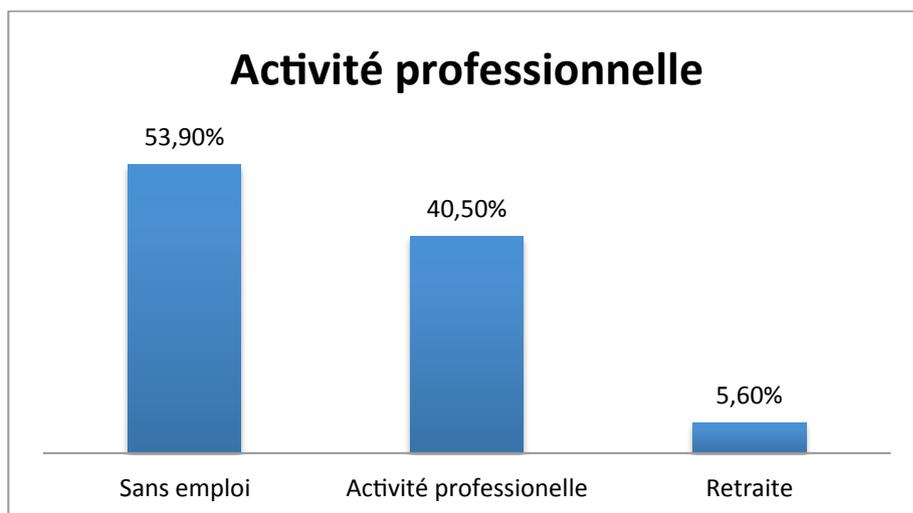
L'échantillon est composé de 565 patients, dont 66% de femmes et 34% d'hommes. Ils ont entre 16 et 95 ans. L'âge médian est de 40 ans.

L'histogramme ci-dessous représente la répartition de la population par tranches d'âges.



Pour connaître le profil social des patients de l'échantillon, plusieurs paramètres sont étudiés :

- La nationalité : 56% des patients sont de nationalité française, 44% sont de nationalité étrangère, parmi 295 réponses.
- La situation familiale : 57% sont célibataires, 43% sont en couple, sur 293 réponses.
- L'activité professionnelle : pour les 284 réponses, la répartition des activités professionnelles est distribuée selon l'histogramme ci-contre.



- Le logement : 36,33% des patients ont des difficultés liées au logement parmi 267 réponses.
- La couverture sociale de base : sur 297 réponses, 75% des patients ont une couverture sociale de base, 25% n'en n'ont pas.

Les types de couvertures sociales de base sont représentés ci-dessous :

Couverture sociale de base	Pourcentage	Nombre
Droit commun	28,28%	84
CMU	11,78%	35
AME	3,03%	9
Couverture de type non renseigné	31,99%	95
Pas de couverture	24,92%	74
Total	100,00%	297

- La couverture complémentaire : parmi les 223 patients ayant une couverture sociale de base, l'information concernant l'existence d'une couverture complémentaire est donnée pour 175 patients. 79% d'entre eux ont une couverture complémentaire, 21% n'en ont pas.

Les types de couvertures complémentaires sont représentés ci-dessous :

Couverture complémentaire	Pourcentage	Nombre
Assurance privée	31,43%	55
CMU-C	13,71%	24
Assurance de type non renseigné	33,71%	59
Pas d'assurance	21,14%	37
Total	100,00%	175

- Le nombre de bénéficiaires de l'allocation adultes handicapés : sur 75 réponses, 8% des patients bénéficient de l'allocation adulte handicapé. Pour 2,67% des patients la demande est à faire. 1,33% des patients la refusent.

- Le nombre de bénéficiaires d'une pension d'invalidité : 3,77% des patients en bénéficient sur 53 réponses.
- L'existence d'une protection juridique majeure (tutelle ou curatelle) : parmi les 250 patients pour lesquels le renseignement est donné, 3 bénéficient d'une protection juridique majeure type tutelle ou curatelle, soit 1,20%.
- Difficultés sociales : 63% des patients nécessitent un recours à une assistante sociale sur 244 réponses.
- Nécessité d'aide médico juridique : parmi 261 réponses, 8,81% des patients en nécessitent une.

Pour étudier les comorbidités, plusieurs items sont également étudiés :

- 25% des patients des patients sont en affection longue durée parmi les 247 réponses.
Nous considérons ici que la prise en charge au titre d'une affection longue durée est le reflet de comorbidités. En effet, l'exonération du ticket modérateur concerne des affections comportant un traitement prolongé ou une thérapeutique particulièrement coûteuse.
- Les comorbidités psychiatriques (nécessité de suivi psychologique ou psychiatrique ou bien suivi déjà en place) : 82,63% des patients rencontrent des problèmes psychologiques sur 236 réponses.
- Traitement médicamenteux avant inclusion : 65,03% des patients ont un traitement médicamenteux à l'inclusion sur 163 réponses.

B. Couverture vaccinale

Le taux de remplissage du statut vaccinal dans les questionnaires initiaux est de 34%. Il est de 32,8% en moyenne dans les dossiers d'évaluation.

1. Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite (DTP)

A l'inclusion :

Le statut vaccinal pour le DTP est réparti comme suit :

	Non nécessaire	A jour	A faire	Refusé	Effectif total
Effectif	3	106	142	1	252
Pourcentage (IC95%)	1,19% (-0,15-2,53)	42,06% (35,97-48,16)	56,35% (50,23-62,47)	0,40% (-0,38-1,17)	100%

Dans 313 dossiers sur les 565 étudiés, le statut vaccinal n'est pas renseigné.

A l'évaluation des dossiers, 145 patients (soit 57%) sont à jour de leur vaccination pour le DTP, soit 39 patients de plus qu'à l'inclusion sur 252 réponses.

Le taux de refus de vaccination à l'évaluation est de 0,4%.

Le Chi 2 avec correction de continuité de Yates est de 37,02 ($p=1,16.10^{-9}$). Il est supérieur au Chi2 théorique de 3,84 pour 1 degré de liberté.

L'hypothèse selon laquelle il n'y a pas de lien entre le vaccin pour le DTP et la prise en charge au sein du réseau ASDES est donc rejetée.

On peut donc conclure que la prise en charge dans le réseau ASDES a amélioré le statut vaccinal des patients pour le DTP.

2. BCG

A l'inclusion :

Le statut vaccinal pour le BCG est réparti comme suit :

	Non nécessaire	A jour	A faire	Refusé	Effectif total
Effectif	46	107	26	1	180
Pourcentage (IC 95%)	25,56 % (19,18-31,93)	59,44% (52,27-66,62)	14,44% (9,31-19,58)	0,56% (-0,53-1,64)	100%

Dans 385 dossiers sur les 565 étudiés, le statut vaccinal n'est pas renseigné.

A l'évaluation, 108 patients (soit 60%) sont à jour de leur vaccination pour le BCG, soit 1 de plus qu'à l'inclusion sur 180 réponses.

Le taux de refus de vaccination à l'évaluation est de 0,6%.

Le Chi 2 avec correction de continuité de Yates est de 0 ($p=1$). Il est inférieur au Chi2 théorique de 3,84 pour 1 degré de liberté.

L'hypothèse selon laquelle il n'y a pas de lien entre le vaccin pour le BCG et la prise en charge au sein du réseau ASDES est donc acceptée.

La prise en charge dans le réseau ASDES n'a donc pas amélioré le statut vaccinal des patients pour le BCG.

3. Hépatite B

A l'inclusion :

Le statut vaccinal pour l'hépatite B est réparti comme suit :

	Non nécessaire	A jour	A faire	Refusé	Effectif total
Effectif	41	75	70	6	192
Pourcentage (IC95%)	21,35% (15,56-27,15)	39,06% (32,16-45,96)	36,46% (29,65-43,27)	3,13% (0,66-5,59)	100%

Dans 373 dossiers sur les 565 étudiés, le statut vaccinal n'est pas renseigné.

A l'évaluation, 83 patients (soit 43%) ont un statut vaccinal à jour pour l'hépatite B, soit 8 de plus qu'à l'inclusion dans le réseau sur 192 réponses.

Le taux de refus de vaccination à l'évaluation est de 3,1%.

Le Chi 2 avec correction de continuité de Yates est de 6,12 ($p=0,01$). Il est supérieur au Chi2 théorique de 3,84 pour 1 degré de liberté.

L'hypothèse selon laquelle il n'y a pas de lien entre le vaccin pour l'hépatite B et la prise en charge au sein du réseau ASDES est donc rejetée.

La prise en charge dans le réseau ASDES a donc amélioré le statut vaccinal des patients pour l'hépatite B.

4. Rubéole

A l'inclusion :

Parmi les femmes, le statut vaccinal pour la rubéole est réparti comme suit :

	Non nécessaire	A jour	A faire	Refusé	Effectif total
Effectif	42	41	7	2	92
Pourcentage (IC 95%)	45,65% (35,47-55,83)	44,57% (34,41-54,72)	7,16% (2,19-13,03)	2,17% (-0,81-5,15)	100%

Dans 282 dossiers sur les 374 étudiés, le statut vaccinal n'est pas renseigné.

A l'évaluation : aucune vaccination supplémentaire n'a été faite durant la prise en charge dans le réseau sur 92 réponses.

Le taux de refus de vaccination à l'évaluation est de 2,2%.

La prise en charge dans le réseau ASDES n'a donc pas amélioré le statut vaccinal des patients pour la rubéole.

5. Grippe

A l'inclusion :

Parmi les patients de plus de 65 ans et les moins de 65 ans en affection longue durée, le statut vaccinal pour la grippe est réparti comme suit :

	Non nécessaire	A jour	A faire	Refusé	Effectif total
Effectif	18	10	6	2	36
Pourcentage (IC95%)	50,00% (33,67-66,33)	27,78% (13,15-42,41)	16,67% (4,49-28,84)	5,56% (-1,93-13,04)	100%

Sur les 97 dossiers étudiés, 61 ont un statut vaccinal non renseigné.

A l'évaluation, aucune vaccination supplémentaire n'a été faite durant la prise en charge dans le réseau sur 155 réponses.

Aucune vaccination n'a été refusée.

La prise en charge dans le réseau ASDES n'a donc pas amélioré le statut vaccinal des patients pour la grippe.

6. Pneumocoque

A l'inclusion :

Parmi les 61 patients en ALD, le statut vaccinal pour le pneumocoque est réparti comme suit :

	Non nécessaire	A jour	A faire	Effectif total
Effectif	22	4	4	30
Pourcentage (IC95%)	73,33% (57,51-89,16)	13,33% (1,17-25,50)	13,33% (1,17-25,50)	100%

Parmi les 61 patients en ALD, 31 dossiers n'ont pas de renseignement sur le statut vaccinal.

A l'évaluation, aucune vaccination supplémentaire n'a été faite durant la prise en charge dans le réseau sur 150 réponses.

Le taux de refus de vaccination à l'évaluation est de 1,3%.

La prise en charge dans le réseau ASDES n'a donc pas amélioré le statut vaccinal des patients pour le pneumocoque.

7. Papillomavirus

A l'inclusion,

Parmi les femmes, le statut vaccinal est réparti comme suit :

	Non nécessaire	A jour	A faire	Refusé	Effectif total
Effectif	89	5	1	3	98
Pourcentage (IC95%)	90,82% (85,10-96,53)	5,10% (0,75-9,46)	1,02% (-0,97-3,01)	3,06% (-0,35-6,47)	100%

Parmi les 374 femmes, 276 ont un statut vaccinal non renseigné.

A l'évaluation, aucune vaccination supplémentaire n'a été faite durant la prise en charge dans le réseau sur 289 réponses.

Le taux de refus de vaccination à l'évaluation est de 1%.

La prise en charge dans le réseau ASDES n'a donc pas amélioré le statut vaccinal des patients pour le papillomavirus.

8. Coqueluche

A l'inclusion :

Parmi l'ensemble des patients, le statut vaccinal pour le papillomavirus est réparti comme suit :

	Non nécessaire	A jour	A faire	Refusé	Effectif total
Effectif	89	38	46	2	175
Pourcentage (IC95%)	50,86% (43,45-58,26)	21,71% (15,61-27,82)	26,29% (19,76-32,81)	1,14% (-0,43-2,72)	100%

Parmi les 565 dossiers, 390 ont un statut vaccinal non renseigné.

A l'évaluation, 39 patients (soit 22%) sont à jour de leur vaccination pour la coqueluche, soit 1 de plus qu'à l'inclusion sur 175 réponses.

Le taux de refus de vaccination à l'évaluation est de 1,1%.

Le Chi 2 avec correction de continuité de Yates est de 0 (p=1). Il est inférieur au Chi2 théorique de 3,84 pour 1 degré de liberté.

L'hypothèse selon laquelle il n'y a pas de lien entre le vaccin pour la coqueluche et la prise en charge au sein du réseau ASDES est donc acceptée.

La prise en charge dans le réseau ASDES n'a donc pas amélioré le statut vaccinal des patients pour la coqueluche.

IV. Discussion

A. Analyse de l'échantillon :

L'âge médian de l'échantillon est de 40 ans. Il est représentatif de celui de la population générale (27).

La situation socio-économique des personnes incluses dans l'échantillon est plus souvent défavorable que dans la population générale.

En effet, il est composé de plus de femmes (66% versus 49%) (28), de célibataires (57% vs 39%) (29) et de personnes de nationalité étrangère (44% vs 9%) (30) que dans la population générale. Il comporte également plus de chômeurs (54% vs 10%) (31) et moins de retraités (6% vs 24%) (32).

Il y a également plus de personnes déclarant avoir des difficultés liées au logement que dans la population générale (36% vs 13%) (33).

Je compare ici avec les chiffres donnés par la fondation Abbé Pierre en 2012 (33), qui recense les sans logement, les personnes ayant des conditions de logement très difficiles (privation de confort, surpeuplement accentué), les personnes en situation d'occupation précaire, les gens du voyage, les propriétaires occupants un logement dans une copropriété en difficulté, les locataires en impayés de loyer, les personnes en situation de surpeuplement, les personnes en hébergement résigné (retour chez les parents, hébergés par amis etc.).

Mais cette donnée est difficile à exploiter car le type de difficultés n'est pas précisé dans le dossier médical commun.

Le nombre de patients sous curatelle ou tutelle est comparable à celui de la population générale (34).

L'échantillon comporte de nombreux patients (63%) pour lesquels un recours à une assistante sociale est nécessaire, toutes causes confondues ; ainsi que 8,8% de patients nécessitant une aide médico-juridique.

Les patients de l'échantillon ont plus de difficultés d'accès aux soins.

Seuls 75,1% des patients de l'échantillon ont une couverture sociale de base, alors que ce chiffre s'élève à 99,6% dans la population générale (35). L'échantillon comporte également nettement plus de bénéficiaires de la CMU (11,8 vs 2,9%) (36) et de l'Aide Médicale d'Etat (3,0 vs 0,41%) (37) que dans la population générale.

Les patients de l'échantillon bénéficient moins souvent d'une couverture complémentaire. En effet au sein de l'échantillon, 78% des patients ayant une couverture sociale de base ont une couverture complémentaire, alors que ce chiffre est de 90% dans la population générale (35). Les patients de l'échantillon bénéficient plus souvent de la CMU-C que dans la population générale (38).

Par contre, l'échantillon comporte plus de patients bénéficiaires d'une pension d'invalidité (39) ou de l'allocation adultes handicapés (40) que dans la population générale.

La population de l'échantillon présente plus de comorbidités que la population générale.

L'échantillon comporte un plus grand nombre de patients en affection longue durée que dans la population générale (25 vs 15%) (41).

82,63% des patients de l'échantillon souffrent d'une comorbidité psychiatrique, et 65% d'entre eux prennent un traitement médicamenteux régulier.

L'analyse de l'échantillon comparé à la population générale montre que le réseau ASDES répond bien à un de ses objectifs : la prise en charge des personnes vulnérables.

En effet les patients sont de catégorie socio-économique défavorable, ont plus de comorbidités, et de difficultés d'accès aux soins que dans la population générale.

B. Couverture vaccinale au sein de l'échantillon à l'inclusion

Nous avons étudié la couverture vaccinale à l'inclusion dans le réseau ASDES pour la comparer à la couverture vaccinale dans la population générale.

Nous avons précédemment observé que la couverture sociale était moins bonne au sein de l'échantillon que dans la population générale. Les patients de l'échantillon ont donc plus de difficultés d'accès aux soins de prévention et en particulier à la vaccination. Nous nous attendions donc à ce que les couvertures vaccinales au sein de l'échantillon soient moindres que dans la population générale, mais pour différentes raisons ce phénomène n'a pas été observé pour la totalité des vaccins.

Un des principaux biais de l'étude est le faible taux de remplissage des dossiers à l'entrée dans le réseau, pour les vaccinations. Cela rend l'interprétation des chiffres de la couverture vaccinale difficile. Ce qui amène à se demander si les chiffres ainsi obtenus sont réellement représentatifs de ce qui se passe dans l'échantillon et, par extension, dans le réseau.

Concernant la vaccination contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite, la couverture vaccinale à l'inclusion au sein du réseau n'est pas comparable à celle de la population générale.

En effet, la couverture vaccinale dans la population générale varie entre 29,1 et 62,3% selon les vaccins (15). Hors les trois vaccins ne sont pas différenciés dans le questionnaire médical d'inclusion, ce qui les rend difficilement comparables.

La couverture vaccinale est meilleure pour le BCG et l'hépatite B dans l'échantillon (respectivement 59,44 et 39,06%) que dans la population générale (51 et 34,2%) (15).

Une des interprétations possibles peut être que l'échantillon comporte plus de personnes « cibles » pour ces vaccinations. En effet, l'échantillon est composé de plus de personnes originaires de pays d'endémie, de personnes ayant de faibles revenus ou ayant des difficultés liées au logement.

La comparaison des couvertures vaccinales pour le BCG est faite avec les données de l'enfant et non de l'adulte dans la population générale.

Pour les autres vaccins, la couverture vaccinale dans l'échantillon est nettement inférieure à celle de la population générale, pour la rubéole (44,57 vs 88,9%), la grippe (27,78 vs 46,6 à 61%), le pneumocoque (13,33 vs 75,1%), le papillomavirus (5,1 vs 37,5%) et la coqueluche (21,71 vs 57,42%) (15).

Pour interpréter ces chiffres, nous pouvons avancer plusieurs hypothèses :

La comparaison est faite ici avec les couvertures vaccinales dans la population générale chez l'enfant plutôt que chez l'adulte pour le pneumocoque et la rubéole. De plus, pour le pneumocoque, la comparaison est faite avec le taux de couverture vaccinale pour le Prevenar 13® et non le Pneumo23®.

Un des biais de l'étude est la difficulté à définir les populations cibles dans les calculs :

- Pour la grippe nous avons calculé la couverture vaccinale chez les plus de 65 ans et les moins de 65 ans en ALD. Hors tous les moins de 65 ans en ALD ne nécessitent pas de vaccination antigrippale.
- Pour le pneumocoque le calcul de la couverture vaccinale est fait chez les patients en ALD. Hors tous les patients en ALD ne nécessitent pas de vaccination.
- Pour le papillomavirus, le calcul est fait au sein de toute la population féminine de plus de 16 ans. Encore là, ça n'est pas tout à fait la population cible de la vaccination.
- Pour la rubéole, le calcul est fait chez les femmes de l'échantillon. Peut être aurais-je dû ne comptabiliser que les femmes en âge de procréer, ou bien les patients nés après 1980.

C. La prise en charge au sein du réseau ASDES améliore t-elle la couverture vaccinale ?

L'étude a montré que la prise en charge par le réseau ASDES améliorerait la couverture vaccinale pour la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite et l'hépatite B.

Pour les autres vaccins, la prise en charge dans le réseau ASDES n'améliore pas la couverture vaccinale, cela s'explique pour diverses raisons.

Comme pour les questionnaires initiaux, le taux de remplissage du statut vaccinal dans les questionnaires d'évaluation est faible, ce qui constitue un biais et rend l'interprétation des chiffres difficiles.

Cela peut être expliqué par les méthodes de travail des médecins :

En effet, on peut supposer que les médecins généralistes, souvent médecins traitants des patients du réseau, connaissent leur statut vaccinal mais ne le mettent pas par écrit.

Une autre cause envisageable est qu'ils n'ont pas l'information et ne la jugent pas pertinente pour la prise en charge, face à d'autres items jugés plus prioritaires.

On peut évoquer également leur méconnaissance du calendrier vaccinal. En effet, les modifications récentes et nombreuses de ce dernier peuvent ne pas avoir été intégrées par les médecins généralistes, notamment par manque de formation continue.

Enfin, certains médecins peuvent ne pas utiliser d'outil informatique au cabinet. Hors on sait que l'informatisation des dossiers facilite le suivi du calendrier vaccinal.

Nous pouvons également envisager des motifs liés aux patients :

Les non réponses peuvent correspondre à des personnes vaccinées ailleurs (en centre de vaccination gratuite, ou à la médecine du travail) et qui n'ont pas transmis l'information au médecin traitant.

Certains patients peuvent également ne pas revenir chez leur médecin traitant pour divers problèmes tels que l'absence de couverture sociale, le coût trop élevé des consultations, le coût important du vaccin en l'absence de remboursement à 100%.

Enfin, les patients peuvent ne pas connaître leur statut vaccinal, notamment en cas d'absence de carnet de vaccination.

Pour certains vaccins, les patients ont refusé la vaccination.

Pour les vaccins contre la rubéole, le pneumocoque et le papillomavirus, aucune vaccination supplémentaire n'a été faite à l'évaluation des dossiers. Pourtant la vaccination a bien été proposée mais a été refusée dans 1 à 2,2% des cas.

Le taux de refus le plus élevé concerne la vaccination contre l'hépatite B, à 3,1%.

Une des causes de refus de la vaccination peut être le défaut d'information ou une information mal adaptée et non comprise. Par exemple, si le support d'information était écrit, on peut supposer qu'une certaine proportion de patient ne l'ont pas comprise. Ce point soulève la question du rôle du médecin dans l'éducation et l'information de ses patients.

Au sein de l'échantillon, certains patients peuvent avoir des difficultés de communication, gênant la compréhension du langage oral et écrit. Comment obtenir un consentement éclairé lorsque la communication est difficile ?

Des informations concernant les vaccinations, sont diffusées par les pouvoirs publics sur des supports auditifs, visuels mais aussi écrits. Ils sont accessibles à l'ensemble de la population. Les patients de l'échantillon ont-ils le niveau de littératie suffisant pour comprendre et utiliser l'information écrite ? La littératie étant définie comme « l'aptitude à comprendre et à utiliser l'information écrite dans la vie courante, à la maison, au travail et dans la collectivité en vue d'atteindre des buts personnels et d'étendre ses connaissances et ses capacités ».

Un autre facteur de refus peut être le coût de la vaccination.

En effet, pour les populations vulnérables, le coût élevé de certains vaccins ainsi que celui de la consultation de médecine générale peuvent être des obstacles à la vaccination. Les patients peuvent donc renoncer à la vaccination pour privilégier d'autres problèmes de santé, pouvant paraître plus « vitaux ».

La réticence à la vaccination de la part des médecins et des patients peut être également une source de refus. C'est le cas par exemple pour le papillomavirus en tant que vaccin récent (42).

Par ailleurs, les polémiques récentes sur les vaccinations ont fait baisser les taux de couverture vaccinale, notamment depuis l'épidémie de grippe H1N1 en 2009 (43).

La disparition de la multipuncture en 2005 et la levée de l'obligation vaccinale pour le BCG en 2007 ont fait chuter la couverture vaccinale (15) ; la difficulté technique représentée par l'injection intradermique étant un obstacle à la vaccination (44).

A contrario, on peut penser que certaines vaccinations sont plus « faciles ». Par exemple, le vaccin DTP ne comporte quasiment pas de contre indication, les premières injections sont obligatoires en France et la primovaccination est pratiquée dans le monde entier.

La plupart des patients ont donc l'expérience de cette vaccination. En conséquence, il y a moins d'explications à donner et moins de réticence à se faire vacciner.

Conclusion

L'étude menée sur les patients inclus dans le réseau ASDES en 2012 a montré que le réseau prenait en charge des patients vulnérables, de catégorie socio-économique défavorable, ayant plus de difficultés d'accès aux soins et plus de comorbidités que dans la population générale.

En cela le réseau ASDES répond bien à un de ses objectifs.

Nous nous attendions donc à ce que les taux de couverture vaccinale soient inférieurs dans l'échantillon à ceux de la population générale. Mais les chiffres de la couverture vaccinale au sein de l'échantillon se sont révélés difficilement interprétables, compte tenu du faible taux de remplissage des dossiers et des difficultés rencontrées pour définir les populations cibles.

Néanmoins, les résultats obtenus montrent que la couverture vaccinale est inférieure dans l'échantillon à celle de la population générale, pour la rubéole, la grippe, le pneumocoque, le papillomavirus et la coqueluche.

Concernant la vaccination contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite, les résultats obtenus ne sont pas comparables à la population générale.

Par contre la couverture vaccinale est meilleure pour le BCG et l'hépatite B dans l'échantillon que dans la population générale, sans doute parce que les patients de l'échantillon comportent plus de personnes cibles de la vaccination.

L'étude a également montré que la prise en charge par le réseau ASDES améliorerait la couverture vaccinale pour la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite et l'hépatite B.

Ce qui n'est pas le cas pour les autres vaccins étudiés, où aucune amélioration n'a été constatée.

Comme pour l'interprétation des taux de couverture vaccinale à l'inclusion des patients, l'interprétation des résultats obtenus dans l'échantillon est biaisée à cause des faibles taux de remplissage des dossiers. L'étude montre cependant que pour certains vaccins, la vaccination a bien été proposée mais refusée. Ceci explique en partie l'absence d'amélioration de couverture vaccinale.

Ces observations soulèvent plusieurs questions : comment améliorer la couverture vaccinale des populations vulnérables et plus particulièrement comment améliorer la prise en charge des vaccinations au sein du réseau ASDES ?

Comment améliorer les messages au grand public, afin de les rendre plus clairs et compréhensibles y compris les populations ayant des difficultés de langage ?

L'information la plus adaptée est a priori celle donnée par un professionnel de santé, car personnalisée. Mais pour les populations vulnérables, les coûts de la consultation et des vaccins peuvent être des facteurs de renoncement aux soins.

Une manière de remédier à cela serait de généraliser le tiers payant, ou bien augmenter les taux de remboursement des vaccins. On pourrait par exemple envisager de simplifier le parcours vaccinal en faisant en sorte que les vaccins les plus « courants » soient déjà disponibles dans les cabinets de médecine générale.

Une meilleure sensibilisation des médecins aux évolutions du calendrier vaccinal pourrait également permettre d'améliorer la couverture vaccinale dans la population générale et au sein du réseau.

La formation médicale obligatoire est déjà un piste d'amélioration, mais est elle adaptée et correctement suivie ?

Une autre voie d'amélioration pourrait être l'optimisation des messages adressés aux professionnels de santé avec une clarification du calendrier vaccinal.

La modification du calendrier vaccinal en mars 2013 avec la simplification du calendrier, la diminution du nombre d'injections et la mise en place de rappels à âge fixe pour le DTP est déjà un élément de réponse. Cela devrait simplifier la vaccination et améliorer l'application du calendrier vaccinal chez l'enfant et l'adulte.

Par ailleurs, l'informatisation des cabinets et le dossier médical partagé sont d'autres voies d'amélioration des couvertures vaccinales.

Bibliographie

1. Vaccins et vaccination. Inserm [en ligne]. 2010. Disponible sur : www.inserm.fr/thematiques/microbiologie-et-maladies-infectieuses/dossiers-d-information/vaccins-et-vaccination (consulté le 11.02.2014)
2. Rubéole. Données épidémiologiques. InVS [en ligne]. 2007. Disponible sur : www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Rubeole/Donnees-epidemiologiques (consulté le 14.03.2014)
3. Réseau Sentinelles. Une collaboration entre médecins généralistes et chercheurs en France métropolitaine. Bilan annuel 2012. Paris : UMR S 707, Inserm, UPMC. 2012 : p 50-54.
4. Direction générale de la santé, Comité technique des vaccinations. Guide des vaccinations. Edition 2012. Saint-Denis : Inpes, coll. Varia, 2012 : 488 p.
5. Épidémie de rougeole en France. Actualisation des données de surveillance au 19 octobre 2012. InVS [en ligne]. 2012. Disponible sur : www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Rougeole/Points-d-actualites/Archives/Epidemie-de-rougeole-en-France.-Actualisation-des-donnees-de-surveillance-au-19-octobre-2012 (consulté le 13.03.2014)
6. Épidémie de rougeole en France. Actualisation des données de surveillance au 23 janvier 2014. Archives. InVS [en ligne]. 2014. Disponible sur : www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Rougeole/Points-d-actualites/Archives/Epidemie-de-rougeole-en-France.-Actualisation-des-donnees-de-surveillance-au-23-janvier-2014 (consulté le 13.03.2014)
7. GAUDELUS J, COHEN R. Améliorer la couverture vaccinale de l'adulte. La revue du praticien médecine générale, 2012, Tome 26, n° 890 : p 788-790.
8. GUTHMANN JP. Enquête nationale de couverture vaccinale, France, janvier 2011. Couverture vaccinale contre la grippe saisonnière dans les groupes cibles et mesure de l'efficacité vaccinale. Couverture vaccinale par les vaccins diphtérie-tétanos-poliomyélite (dTP) et antipneumococques chez les personnes âgées de 65 ans et plus. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire ; 2011 : 21p.
9. Ministère de la santé et des sports. Plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012. Paris : Direction générale de la santé. 2012 : p 7-13.
10. DUPORT N. Données épidémiologiques sur le cancer du col de l'utérus-état des connaissances- Actualisation 2008. Maladies chroniques et traumatismes ; Saint-Maurice : InVS. 2008 : p 6-10. ISSN 1956-6964

11. Epidémiologie de la tuberculose en France. Données 2011. InVS. 2013 : 15p.
12. FLORET D. Le calendrier des vaccinations et les recommandations vaccinales 2011 selon l'avis du Haut Conseil de Santé Publique. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. Nancy : InVS ; 2011, n° 10-11 : p 101-113. ISSN 0245-7466
13. FLORET D. Le calendrier des vaccinations et les recommandations vaccinales 2012 selon l'avis du Haut Conseil de Santé Publique. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. Nancy : InVS ; 2012, n° 14-15 : p 161-172. ISSN 0246-7466
14. FLORET D. Le calendrier des vaccinations et les recommandations vaccinales 2013 selon l'avis du Haut Conseil de Santé Publique. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. Nancy : InVS ; 2013, n° 14-15 : p 129-143. ISSN 0245-7466
15. GUTHMANN JP, FONTENEAU L, et al. Mesure de la couverture vaccinale en France. Sources de données et données actuelles. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire ; 2012 : p 47-70.
16. Haut Conseil de la santé publique. Avis relatif à la définition de l'obligation vaccinale dans un cadre indemnitaire. 2011 : 11p.
17. Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Journal officiel, n°185, 11 août 2004. Disponible sur : www.legifrance.gouv.fr (consulté le 10.09.2014)
18. Inégalités Sociales de Santé : Qu'est-ce qui détermine notre état de santé ? INPES [en ligne]. 2012. Disponible sur : www.inpes.sante.fr/10000/themes/ISS/determinants-sante.asp (consulté le 22.03.2014)
19. BLACK D, TOWNSEND P, et al. Inequalities in Health. The Black Report. Londres : Penguin Books, 1982 : 240 p.
20. POTVIN L, MOQUET MJ, et al. (sous la dir.) Réduire les inégalités sociales en santé. Saint-Denis : INPES, coll. Santé en action, 2010 : 380 p.
21. GUIGNON N. La santé des enfants scolarisés en CM2 en 2004-2005. Premiers résultats. Études et résultats. DREES, 2008, n° 632 : p. 2-6.)
22. ALLONIER C, GUILAUME S, et al. Enquête Santé et Protection sociale 2004 : premiers résultats. Questions d'économie de la santé, juillet 2006, n° 110 : 6 p. Disponible sur : www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes110.pdf
23. PATEL R, LAWLOR D, et al. Socio-economic position and the use of preventive health care in older British women: a cross-sectional study using data from the British Women's Heart and Health Study cohort. Family Practice [en ligne]. 2007 ; 24(1):7-10. Disponible sur : www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17158182 (consulté le 26.11.2013)

24. BOUHAMAM N, LAPORTE R, et al. Précarité, couverture sociale et couverture vaccinale : enquête chez les enfants consultant aux urgences pédiatriques. Archives de Pédiatrie [en ligne]. 2012;19(3):242–7. Disponible sur : www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0929693X11005513 (consulté le 28.11.2013)
25. Activité et éthique du réseau ASDES en 2012. ASDES. 2012 : 11p.
26. Le réseau ASDES. Disponible sur : www.asdes.fr
27. Estimation de la population. Évolution de l'âge moyen et de l'âge médian de la population jusqu'en 2014. Insee [Internet]. 2014. Disponible sur : www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?ref_id=NATnon02147 (consulté le 6.08.2014)
28. Estimation de la population. Population totale par sexe et âge au 1er janvier 2014, France hors Mayotte. Insee [en ligne]. Disponible sur : www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?ref_id=bilan-demo®_id=0&page=donnees-detaillees/bilan-demo/pop_age2b.htm (consulté le 6.08.2014)
29. Estimation de la population. État matrimonial légal des personnes de 15 ans ou plus jusqu'en 2013. Insee [en ligne]. Disponible sur : www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=nattef02311 (consulté le 6.08.2014)
30. MAINGUENE A. Les familles des immigrés. Infos migrations. Ministère de l'intérieur. Direction générale des étrangers en France. 2014, n° 71 : 4p.
31. Insee. Enquête emploi. La hausse du taux de chômage se poursuit au quatrième trimestre 2012. Information rapides. Paris : Insee. 2013. n°55 : 2p.
32. Retraites. Insee [en ligne]. Disponible sur : www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=0&id=4215 (consulté le 6.08.2014)
33. Rapport 2012 sur l'état du mal logement en France. Fondation Abbé Pierre. 2012 : 4p.
34. MALHERBE P. Les Majeurs protégés en France. Dénombrement, caractéristiques et dynamique d'une sous-population méconnue. Thèse en démographie. Bordeaux : Université Montesquieu-Bordeaux IV, 2012: p. 267–304.
35. MARICAL F, DE SAINT POL T. La complémentaire santé : une généralisation qui n'efface pas les inégalités [en ligne]. Paris : Insee Première. juin 2007, n° 1142 : 4p. Disponible sur : <http://www.insee.fr> (consulté le 6.08.2014)

36. Données de cadrage : la couverture maladie universelle (CMU). IRDES [en ligne]. 2012. Disponible sur : www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ChiffresGraphiques/Cadrage/CMU/CMU.htm (consulté le 6.08.2014)
37. CORDIER A, SALAS F. Analyse de l'évolution des dépenses au titre de l'aide médicale d'état. Inspection générale des finances, Inspection générale des affaires sociales [en ligne]. 2010 : p. 3-4. Disponible sur : http://www.igf.finances.gouv.fr/webdav/site/igf/shared/Nos_Rapports/documents/Aide_medicale_d_Etat.pdf (consulté le 6.08.2014)
38. Bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle en 2012. Insee. [en ligne]. 2012. Disponible sur : www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=8&ref_id=revtc04605 (consulté le 6.08.2014)
39. CNAMTS et CCSS. Programme "invalidités et dispositifs gérés par la CNSA". Données de cadrage. [en ligne]. 2011 : p. 16-21. Disponible sur : http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/cadrage2_pqe_cnsa.pdf (consulté le 10.09.2014)
40. AAH : presque un million de bénéficiaires. Handicap.fr [en ligne]. Disponible sur : informations.handicap.fr (consulté le 6.08.2014)
41. DOURGNON P, OR Z, et al. L'impact du dispositif des affections de longue durée (ALD) sur les inégalités de recours aux soins ambulatoires entre 1998 et 2008. Questions d'économie de la santé. [en ligne] Paris : IRDES. 2013, n° 183 : p. 1-6. Disponible sur : <http://www.irdes.fr/Publications/Qes2013/Qes183.pdf> (consulté le 6.08.2014)
42. SALEMBIER M. Réticences vis-à-vis du vaccin contre le human papillomavirus et solutions envisagées à partir d'une étude qualitative réalisée auprès de médecins traitants et de parents d'adolescentes. Thèse de docteur en médecine. Lille : Université Lille 2, 2014, 207 p.
43. InVS, ANSM, HCSP. Campagne de vaccination contre la grippe saisonnière-Une priorité de santé publique. Dossier de presse. Paris, 2013 : 18 p.
44. GUERIN N. La vaccination par le BCG en France. Historique et évolution jusqu'à la suspension de l'obligation vaccinale. adsp. n° 60, 2007 : p 6-8.

Annexe 1 : le dossier medical commun du réseau ASDES

Réseau ASDES – Septembre 2009



CONSULTATION DE SANTE PUBLIQUE CLINIQUE

1) IDENTIFICATION

Date de la consultation d'inclusion : ____ / ____ / ____

Nom : _____

Nom de jeune fille : _____

Prénom : _____

Date de naissance (jj/mm/aaaa) : ____ / ____ / ____

Sexe : Femme Homme

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Téléphone 1 : _____

Téléphone 2 : _____

Nom du Médecin ASDES : _____

Nom du Médecin Traitant (si différent) : _____

Patient venu :

De lui-même

Adressé par un partenaire institutionnel

Lequel : _____

Adressé par un établissement de santé

Lequel : _____

Autre médecin du réseau

Si oui lequel : _____

Si oui, suivi conjoint ville-hôpital OUI NON NR NP

Adressé par un partenaire associatif

Si oui lequel : _____

Autre, précisez : _____

1/26

2) **DONNEES SOCIALES** (1/3)**Situation de famille :**

- Célibataire Marié(e) ou remarié(e) séparé(e) divorcé(e)
 veuf(ve) PACS Concubinage
 Autre : _____

Nationalité :

- Française Autre : _____
 ↳ Si autre : En France depuis : _____

Communication :

- Bonne
 Limitée : Si oui, pour quel motif(s) :
 - Analphabète
 - Handicap linguistique
 - Handicap psychique
 - Sourd / muet

Personne de confiance :

- Choix d'une personne de confiance proposée : OUI NON NR NP
 Personne de confiance désignée : OUI NON NR NP
 ↳ **Si oui** : Nom, Prénom : _____
 Adresse : _____
 Téléphone : _____
 Lien avec le patient : _____

 ↳ **Si non** : avez-vous pensé à informer votre patient sur la personne de confiance ?
 OUI NON NR NP

Nécessité d'une mesure de protection majeure :

- OUI, déjà fait OUI, à faire NON NR NP
 ↳ **Si oui**, précisez : tutelle curatelle sauvegarde de justice

Personne ou organisme gérant la protection :

- Nom, prénom : _____
 Adresse complète : _____
 Numéro de téléphone : _____
 Lien avec le patient : _____

DONNEES SOCIALES (2/3)**Revenus :**

- Emploi : OUI NON NR NP
 - ↳ Si oui, quel type : CDD CDI Profession indépendante
 - ↳ Si oui, précisez : En activité Arrêt longue maladie
 - ↳ Si pas d'emploi, quels types de revenus :
 - RSA chômage retraite minimum vieillesse
 - Aucun revenu Autre, précisez : _____
- Ressources du foyer approximatives : _____ euros / mois (facultatif)
- Par ailleurs, patient bénéficiaire :
 - AAH OUI, à jour à faire Refusé NON nécessaire NR NP
 - Pension d'invalidité OUI, à jour à faire Refusé NON nécessaire NR NP

Couverture sociale :

- Existence d'une **couverture de base** : OUI NON NR NP
- ↳ Si oui, précisez : date de fins de droits : _____ / _____ / _____
- ↳ Si oui, précisez :
 - Droit commun CMU de base Aide Médicale d'Etat
 - Régime spécial, précisez : _____
- Existence d'une **complémentaire** : OUI, à jour NON NR NP
 - ↳ Si oui, date de fins de droits : _____ / _____ / _____
 - ↳ Si oui, précisez : Assurance Privée Complémentaire CMU Complémentaire
 - Autre, précisez : _____

Reconnaissance d'une ALD 30 :

- Oui, à jour Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP

Nécessité d'une aide financière ASDES pour l'accès aux soins :

- Oui, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP

Domicile :

- Existe-t-il des difficultés liées au logement : OUI NON NR NP
- ↳ Si oui, précisez (plusieurs choix possibles) :
 - Problème de loyer
 - Propriétaire surendetté
 - Hébergé chez un tiers
 - Hébergé en institution ou hôtel social
 - Sans domicile fixe
 - Risque de saturnisme (logement construit avant 1949)
 - Autre, précisez : _____

Nécessité d'assistance :

- OUI, à jour Oui, à faire OUI mais refusée NON NR NP
- ↳ Si oui, précisez pour quel(s) motif(s) : (plusieurs choix possibles)
 - Aide ménagère à domicile
 - Soins infirmiers
 - Soins d'hygiène / Besoin d'une aide- soignante
 - Accompagnement aux rendez-vous
 - Autre, Précisez : _____

DONNEES SOCIALES (3/3)

Repérage d'un besoin médico-juridique :

- Existe-t-il un besoin médico-juridique : OUI NON NR NP

↳ **Si oui** : pour quel(s) motif(s) : (plusieurs choix possibles)

- Accident du travail
- Accident de transport
- Victime de violence
- Autre, Précisez : _____

- Nécessité d'une orientation:

- OUI, déjà faite Oui, à faire Oui, mais refusée NON nécessaire NR NP

↳ **Si oui**, précisez : (plusieurs choix possible)

- Consultation médico-juridique ASDES
- Consultation sociale ASDES
- Consultation de médecin du travail
- Psychologue ASDES
- Psychiatre ASDES
- Autre, précisez : _____

Compte tenu de tous ces éléments, y a-t-il nécessité d'une prise en charge sociale au sein du réseau ASDES :

- OUI, déjà faite Oui, à faire Oui, mais refusée NON nécessaire NR NP

Compte tenu de tous ces éléments, y a-t-il nécessité d'une prise en charge sociale en dehors du réseau ASDES :

- OUI, déjà faite Oui, à faire Oui, mais refusée NON nécessaire NR NP

Précisez: _____

3) **REPERAGE DES ADDICTIONS** (1/4)

A -TABAC :

Présence d'un tabagisme (actuel ou sevré)

OUI NON NR NP

↳ **Si oui**, précisez : ATCD de tabagisme Tabagisme actuel

Si tabagisme sevré, précisez l'année du sevrage : _____

Si tabac actuel ou sevré,

• Test de dépendance de Fagerström

OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP

↳ **Si oui**, déjà fait _____, score : _____

• **Evaluation globale** : _____ Paquets-années

Bilan de retentissement :

• Radio de thorax

OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP

↳ **Si oui** déjà faite, date : ___/___, Résultat : normale
 pathologique, précisez : _____

• Dépistage ORL

OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP

↳ **Si oui** déjà faite, date : _____, Résultat : normal pathologique

• Consultation de pneumologie

OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP

↳ **Si oui** déjà faite, date : ___/___, Résultat : normal
 pathologique, précisez : _____

Démarche de sevrage :

• Prescription de substituts nicotiques

OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP

• Prescription médicamenteuse

OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP

• Prescription d'une consultation anti-tabac

OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP

Dans tous les cas :

• Informations données sur le tabagisme et les modalités du sevrage

OUI NON NR NP

REPERAGE DES ADDICTIONS (2/4)

B -HABITUDES VIS-AVIS DE L'ALCOOL

Présence d'une surconsommation d'alcool :

- OUI NON NR NP
 ↳ Si oui, précisez : actuelle sevrée

RAPPELS :

- 1 - surconsommation hebdomadaire régulière d'alcool
 plus de 14 verres pour les femmes
 plus de 21 verres pour les hommes
 2 - surconsommation épisodique excessive
 3 - usage avec dépendance (nécessité d'un sevrage avec accompagnement spécialisé)

Evaluation :

- Consommation hebdomadaire d'alcool : _____ (cocher l'unité choisie)

<input type="radio"/>	Verres/semaine
<input type="radio"/>	Grammes/semaine

- Questionnaire AUDIT
- OUI, déjà fait Oui, à faire Refusé NON nécessaire NR NP
- ↳ Si oui fait, score : _____

Retentissement :

- Bilan hépatique biologique
 - OUI, déjà fait Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP
 - ↳ Si oui déjà fait, date : _____, résultat : normal pathologique
- Echographie hépatique
 - OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP
 - ↳ Si oui déjà faite, date : _____, résultat : normal pathologique

Démarche de sevrage :

- prise en charge par le médecin traitant
 - OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP
- prise en charge spécialisée en alcoologie:
 - OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP
- Prise en charge diététique ASDES
 - OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP
- Prise en charge par un psychologue ASDES
 - OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP
- Prise en charge par un psychiatre ASDES
 - OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP
- Autre prise en charge :
 - OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP
 - ↳ Si oui, précisez : _____

REPERAGE DES ADDICTIONS (3/4)

C - CONSOMMATION DE CANNABIS :

Présence d'une consommation de cannabis (actuelle ou sevrée) :

OUI NON NR NP

↳ Si oui, précisez : actuelle sevrée

↳ Si consommation actuelle, évaluation :

Précisez le nombre de prises / semaine : _____

Démarche de sevrage :

• Prise en charge par le médecin traitant

OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP

• Prise en charge par une consultation spécialisée

OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP

↳ Si oui, précisez : _____

• Prise en charge par un psychologue ASDES:

OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP

• Prise en charge par un psychiatre ASDES :

OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP

• Autre type de prise en charge :

OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP

↳ Si oui, précisez : _____

REPERAGE DES ADDICTIONS (4/4)

•

D - AUTRES TOXICOMANIES (y compris mésusage de médicaments) :

- OUI NON NR NP
 ↳ Si oui, précisez : actuelle sevrée
 ↳ Si sevrée, précisez date du sevrage : _____

Si consommation actuelle de drogues, précisez la ou lesquelles :

- Cocaïne héroïne ecstasy
 Traitement de substitution
 Mésusage de médicaments

Bilan de retentissement :

• Bilan Hépatique

- OUI, déjà fait Oui, à faire Refusé NON nécessaire NR NP
 ↳ Si oui déjà fait, date : _____, résultat : normal pathologique

• Sérologies

- OUI, déjà faites Oui, à faire Refusées NON nécessaire NR NP
 ↳ Si oui déjà fait, date : _____, résultat : normal pathologique

Démarche de sevrage :

• Prise en charge par le médecin traitant

- OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP

• Prescription de traitements de substitution

- OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP

• Prise en charge par une consultation spécialisée

- OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP

• ↳ Si oui, précisez : _____

• Prise en charge par un(e) psychologue ASDES :

- OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP

• Prise en charge par un psychiatre ASDES :

- OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP

• Autre type de prise en charge :

- OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP

• ↳ Si oui, précisez : _____

4) ACTIVITE PHYSIQUE et ALIMENTATION

A- ACTIVITE PHYSIQUE :

- Sédentaire Occasionnel (< 1 fois/semaine) Régulier (1à 2 fois /semaine)
 Intensif (> 2 fois/semaine) NR NP

Recommandations données sur l'activité physique :
 OUI NON NR NP

Rappel recommandations : au moins ½ heure de marche rapide ou équivalent x 3 / semaine

B- CORPULENCE :

Poids à l'inclusion : _____ Kg
 Taille : _____ cm
 Calcul IMC :

C- HABITUDES ALIMENTAIRES :

Hygiène alimentaire défectueuse : OUI NON NR NP

↳ Si oui, pour quel(s) motif(s) : (plusieurs réponses possibles)

- Obésité Surpoids Dyslipidémie Diabète
 Malnutrition qualitative à poids normal
 Profil androïde à poids normal.
 Sous-nutrition (IMC < 20).

↳ Si profil androïde à poids normal, précisez le rapport Taille / hanche : _____

↳ Si sous-nutrition, précisez :

- Anorexie mentale Contraintes économiques Pathologie organique

Bilan de retentissement : (cochez l'unité choisie)

• Glycémie

OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP

↳ Si oui, Date : _____ Valeur : _____

	mmol/l
	g/l

• Bilan lipidique

OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP

↳ Si oui, Date : _____

CT : _____ LDL : _____
 TG : _____ HDL : _____

	mmol/l
	g/l

• Bilan hépatique (recherche de fibrostéatose hépatique)

OUI, déjà fait Oui, à faire Refusé NON nécessaire NR NP

↳ Si déjà fait, date : _____, résultat : Normal Pathologique

• Tension Artérielle : _ _ _ / _ _ _

Prise en charge :

• Par le médecin traitant

OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP

• Par la diététicienne ASDES

OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP

• Prise en charge médicale spécialisée

OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP

• Prise en charge par un(e) psychologue ASDES:

OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP

• Prise en charge par un psychiatre ASDES

OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP

5) FACTEURS DE RISQUE CARDIO-VASCULAIRE (1/4)**A- HTA :**

Absente HTA ancienne, connue à l'inclusion HTA de découverte récente

TA prise lors de la consultation : _____ / _____

Si HTA ancienne, bilan annuel recommandé :

• Kaliémie

OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP

↳ **Si oui** déjà fait, Date : _____ Résultat : normal pathologique

• BU ou protéinurie

OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP

↳ **Si oui**, Date : _____ (cochez la bonne réponse)

<input type="checkbox"/>	Négative
<input type="checkbox"/>	Positive

• Créatininémie, clairance

OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP

↳ **Si oui**, Date : _____

Valeur : _____ (cochez l'unité choisie)

<input type="checkbox"/>	μmol/l
<input type="checkbox"/>	g/l

↳ **Si oui**, calcul de la clairance : _____

Si HTA ancienne, bilan recommandé tous les 3 ans:

• ECG de repos

OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP

↳ **Si oui** déjà fait, Date : _____ Résultat : normal pathologique

• Glycémie

OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP

↳ **Si oui**, Date : _____ Valeur : _____

<input type="checkbox"/>	mmol/l
<input type="checkbox"/>	g/l

• Bilan lipidique

OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP

↳ **Si oui**, Date : _____

CT : _____

LDL : _____

<input type="checkbox"/>	mmol/l
<input type="checkbox"/>	g/l

TG : _____

HDL : _____

5) FACTEURS DE RISQUE CARDIO-VASCULAIRE (1bis/4)**Si découverte récente de l'HTA, bilan recommandé :**

• Kaliémie

- OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP
 ↳ Si oui déjà fait, Date : _____ Résultat : normal pathologique

• BU ou protéinurie

- OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP

↳ Si oui, Date : _____ (cochez la bonne réponse)

<input type="radio"/>	Négative
<input type="radio"/>	Positive

• Créatininémie, clairance

- OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP

↳ Si oui, Date : _____

Valeur : _____ (cochez l'unité choisie)

<input type="radio"/>	μmol/l
<input type="radio"/>	g/l

↳ Si oui, calcul de la clairance : _____

• ECG de repos

- OUI, déjà fait Oui, à faire Refusé NON nécessaire NR NP

↳ Si oui déjà fait, Date : _____ Résultat : normal pathologique

• Glycémie

- OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP

↳ Si oui, Date : _____ Valeur : _____

<input type="radio"/>	mmol/l
<input type="radio"/>	g/l

• Bilan lipidique

- OUI, déjà fait Oui, à faire Refusé NON nécessaire NR NP

↳ Si oui, Date : _____

CT : _____ LDL : _____

TG : _____ HDL : _____

<input type="radio"/>	mmol/l
<input type="radio"/>	g/l

Prise en charge :

• Traitement médicamenteux prescrit

- OUI, déjà fait Oui, à faire Refusé NON nécessaire NR NP

• Suivi diététique ASDES

- OUI, déjà fait Oui, à faire Refusé NON nécessaire NR NP

• Reconnaissance ALD

- OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP

• Autre type de prise en charge :

- OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP

↳ Si oui, précisez : _____

• Par ailleurs, conseils hygiéno-diététiques données en consultation

- OUI NON NR NP

5) FACTEURS DE RISQUE CARDIO-VASCULAIRE (2/4)**B- DIABETE :**

- Absent ancien, connu à l'inclusion découverte récente
 ↳ Si diabète, précisez type I type II

Si diabète ancien ou récent, bilan initial ou bilan annuel recommandé :

- FO
 - OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP
 - ↳ Si oui déjà fait, Date : _____ résultat : normal pathologique
- Bilan lipidique
 - OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP
 - ↳ Si oui, Date : _____
 - CT : _____ LDL : _____

	mmol/l
--	--------
 - TG : _____ HDL : _____

	g/l
--	-----
- Micro albuminurie
 - OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP
 - ↳ Si oui déjà faite, Date : _____ Résultat : négative positive
- Créatininémie, clairance
 - OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP
 - ↳ Si oui, Date : _____
 - Valeur : _____ (cochez l'unité choisie)

	μmol/l
	g/l
 - ↳ Si oui, calcul de la clairance : _____

Si diabète ancien ou récent, bilan trimestriel recommandé :

- HbA1c
 - OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP
 - ↳ Si oui, Date : _____
 - Valeur : _____ %

Prise en charge :

- Traitement médicamenteux
 - OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP
- Suivi diététique ASDES
 - OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP
- Suivi spécialisé en diabétologie ASDES
 - OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP
- Education à l'autocontrôle glycémique
 - OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP
- Education aux soins de pieds
 - OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP
- ALD à jour
 - OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP
- Conseils hygiéno-diététiques données en consultation
 - OUI NON NR NP

5) FACTEURS DE RISQUE CARDIO-VASCULAIRE (3/4)**C- DYSLIPIDEMIE :**

- Absente ancienne, connue à l'inclusion découverte récente

↳ **Si dyslipidémie présente, précisez le type :**

- TG LDL mixte (LDL + TG)

↳ **Si dyslipidémie présente, bilan lipidique nécessaire :**

- OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP

↳ **Si oui,** Date : _____

CT : _____

LDL : _____

TG : _____

HDL : _____

	mmol/l
	g/l

Objectif LDL pour votre patient : _____ (cochez l'unité choisie)

	mmol/l
	g/l

↳ **Si hyper TG, bilan de retentissement :**

- Bilan hépatique (recherche de fibrostéatose hépatique)

- OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP

↳ **Si hyper TG OU si LDL > objectif, prise en charge :**

- Prise en charge par le médecin traitant :

- OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP

- Traitement médicamenteux prescrit

- OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP

- Prise en charge diététique ASDES

- OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP

- Par ailleurs, conseils diététiques donnés par le MT en consultation

- OUI NON NR NP

- Autre prise en charge :

- OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP

↳ **Si oui,** précisez : _____

-
-

5) FACTEURS DE RISQUE CARDIO-VASCULAIRE (4/4)

D - ANTECEDENTS FAMILIAUX :

Votre patient a-t-il des antécédents familiaux cardio-vasculaires :

OUI NON NR NP

☞ Si oui, précisez le(s) quel(s) :

- Infarctus ou mort subite < 55 ans chez le père ou un homme parent du premier degré
- Infarctus ou mort subite < 65 ans chez la mère ou une femme parente du premier degré
- AVC précoce avant 45 ans

E - CALCUL DU RISQUE CARDIO-VASCULAIRE

☞ Si votre patient présente au moins 3 facteurs de risque, consultation de cardiologie :

OUI, déjà fait Oui, à faire Refusé NON nécessaire NR NP

RAPPEL :

- Femme de plus de 60 ans, ou Homme de plus de 50 ans
- Tabagisme actuel ou arrêté depuis moins de 3 ans
- ATCD Familiaux d'Accident CV précoce :
 - IDM ou mort subite < 55 ans chez le père ou homme parent du premier degré
 - IDM ou mort subite < 65 ans chez mère ou femme parente du premier degré
 - AVC précoce avant 45 ans
- Diabète
- HTA
- Dyslipidémie LDL > 4,1 mmol/litre et/ ou HDL ≤ 1 mmol/l

A prendre en compte : Obésité abdominale, sédentarité, consommation excessive d'alcool

6) REPERAGE INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE

Le patient présente-t-il un ou plusieurs FDR d'insuffisance rénale chronique ?

 OUI NON NR NP**RAPPEL CLASSIFICATION SELON L'ANAES :**

- Stade 1: atteinte rénale avec DFG normal (≥ 90 ml/min/1.73m²)
- Stade 2 : atteinte rénale légère avec DFG entre 60 et 89
- Stade 3 : diminution modérée du DFG entre 30 et 59
- Stade 4 : diminution sévère du DFG entre 15 et 29

RAPPEL DES FACTEURS DE RISQUE :

âge > 60 ans, dyslipidémie, HTA, diabète, obésité, maladies coronariennes, maladie athéromateuse, cancer, uropathie, ATCD familiaux de néphropathie, malformations rénales congénitales, maladie auto-immune, goutte, prise chronique de médicaments néphrotoxiques, toxiques professionnels, tabagisme chronique

↪ **Si facteurs de risque présents**, bilan annuel recommandé :

- BU ou protéinurie

 OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP

↪ Si oui, Date : _____ (cochez la bonne réponse)

<input type="checkbox"/>	Négative
<input type="checkbox"/>	Positive

- Créatininémie, clairance

 OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP

↪ Si oui, Date : _____

Valeur : _____ (cochez l'unité choisie)

<input type="checkbox"/>	μ mol/l
<input type="checkbox"/>	g/l

↪ Si oui, calcul de la clairance : _____

↪ **Si insuffisance rénale, prise en charge proposée :**

- Prise en charge par le médecin traitant :

 OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP

- Prise en charge spécialisée en néphrologie :

 OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP

- Prise en charge diététique ASDES:

 OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP

- Autre type de prise en charge :

 OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP

↪ Si oui, précisez : _____

- Si clairance < 40ml/min, nécessité d'une vaccination contre l'hépatite B :

 OUI, déjà fait Oui, à faire Refusé NON nécessaire NR NP

7) REPERAGE DES CANCERS NON GYNECOLOGIQUES (2/2)**C - REPERAGE DU CANCER DE LA PROSTATE :**Existe-t-il un facteur de risque de cancer de la prostate : OUI NON NR NP

↳ Si oui, le(s) quel(s) âge > 50 ans
 antécédent familial du premier degré

↳ Si facteur de risque, dépistage proposé :

- Prescription de PSA
 OUI, déjà fait Oui, à faire Refusé NON nécessaire NR NP
 ↳ Si déjà fait, date : _____, valeur : _____
- Toucher rectal
 OUI, déjà fait Oui, à faire Refusé NON nécessaire NR NP
 ↳ Si oui déjà fait, Date : _____ Résultat : normal pathologique
- Adressé en consultation d'urologie
 OUI, déjà fait Oui, à faire Refusé NON nécessaire NR NP
 ↳ Si oui déjà fait, Date : _____ Résultat : _____

8) REPERAGE D'UNE INCONTINENCE URINAIRE**A- Existe-t-il un ou des signe(s) d'une incontinence urinaire débutante ?** OUI NON NR NP

↳ Si oui, le ou le(s) quel(s) : Fuites urinaires lors de
 Port de charges lourdes
 Activité physique
 Rires
 Toux

↳ Si oui, prise en charge spécialisée proposée :

 OUI, déjà fait Oui, à faire Refusé NON nécessaire NR NP**B- Existe-t-il un ou des facteurs de risque d'incontinence urinaire ?** OUI NON NR NP

↳ Si oui, le ou lesquels :

- âge
- ≥3 grossesses
- traumatismes gynécologiques
- antécédents de chirurgie pelvienne
- obésité
- activité physique intensive
- Enurésie dans l'enfance

↳ Si oui, prise en charge spécialisée proposée :

 OUI, déjà fait Oui, à faire Refusé NON nécessaire NR NP

9) PRISE EN CHARGE GYNECOLOGIQUE

A - CONTRACEPTION :

Indication à une contraception :

OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP

Bilan complémentaire si nécessaire :

OUI, déjà fait Oui, à faire Refusé NON nécessaire NR NP

Dans tous les cas, informations données sur la contraception :

OUI NON NR NP

B- PREVENTION DU CANCER DU COL :

Si la patiente a entre 20 et 65 ans, et une activité sexuelle, indication aux frottis :

Rappel : le FCV est recommandé tous les 2 ou 3 ans, après 2 frottis consécutifs normaux à 1 an d'intervalle (HAS 2004)

OUI, déjà fait Oui, à faire Refusé NON nécessaire NR NP

↳ Si frottis déjà réalisé, précisez :

OUI, déjà fait Oui, à faire Refusé NON nécessaire NR NP

↳ Si oui déjà fait, Date : _____ Résultat : normal pathologique,

↳ Si frottis déjà réalisé ou à réaliser, précisez :

Prise en charge par le médecin traitant

Prise en charge par le gynécologue

Par ailleurs, si votre patiente a **entre 14 et 23 ans**, et une activité sexuelle depuis moins de 1 an, prescription d'une vaccination anti-papillomavirus :

OUI, déjà fait Oui, à faire Refusé NON nécessaire NR NP

C - REPERAGE DU CANCER DU SEIN :

Votre patiente présente-t-elle un ou des facteurs de risque de cancer du sein ?

OUI NON NR NP

↳ Si **facteur de risque**, prise en charge spécialisée proposée (gynécologue +/- oncogénétique) :

OUI, déjà fait Oui, à faire Refusé NON nécessaire NR NP

↳ Si **pas de facteur de risque**, et âge **entre 50 et 74 ans**, dépistage systématique proposé

OUI, déjà fait Oui, à faire Refusé NON nécessaire NR NP

↳ Si oui, Date de la dernière mammographie : _____

Résultat : Normal Pathologique

Rappel : la mammographie est recommandée et gratuite chez toutes les femmes entre 50 et 74 ans, tous les 2 ans. A proposer en cas de lésions mammaires prédisposantes et/ou de 2 antécédents familiaux du 1^{er} degré.

10) SITUATION VACCINALE

- DTP :** A jour A faire Refusé NON nécessaire NR NP
 ↳ *Date du prochain rappel (années) :* _____
- BCG** A jour A faire Refusé NON nécessaire NR NP
 ↳ *Par ailleurs, Indication IDR* OUI NON NR NP
 ↳ *Si oui, quel motif :* _____
- Hépatite B** A jour A faire Refusé NON nécessaire NR NP
- Rubéole** A jour A faire Refusé NON nécessaire NR NP
- Grippe** A jour A faire Refusé NON nécessaire NR NP
- Pneumo 23** A jour A faire Refusé NON nécessaire NR NP
 ↳ *Date du prochain rappel (années) :* _____
- Papillomavirus** A jour A faire Refusé NON nécessaire NR NP
- Coqueluche** A jour A faire Refusé NON nécessaire NR NP

11) REPERAGE TUBERCULOSE

Indication d'un dépistage :

- OUI, déjà fait Oui, à faire Refusé NON nécessaire NR NP
 ↳ *Si oui, précisez le motif :* _____
- ↳ **Si indication d'un dépistage, précisez :**
- Prescription d'une Radio
- OUI, déjà fait Oui, à faire Refusé NON nécessaire NR NP
 ↳ *Si oui déjà fait, Date :* _____ Précisez : Normale Pathologique
- Prescription d'une IDR
- OUI, déjà fait Oui, à faire Refusé NON nécessaire NR NP
 ↳ *Si oui déjà fait, précisez :* Normal Pathologique

Nécessité d'une vaccination par le BCG :

- OUI, déjà fait Oui, à faire Refusé NON indiqué NR NP

12) REPERAGE DES IST

Votre patient présente-t-il des facteurs de risque ? : OUI NON NR NP

↳ **Si oui**, précisez :

- Rapports sexuels non protégés transfusion sanguine
 Toxicomanie IV tatouage, piercing autre

• Indication à un dépistage du HIV :

OUI, déjà fait Oui, à faire Refusé NON nécessaire NR NP

↳ **Si oui** déjà fait, précisez : Positif Négatif

• Indication à un dépistage de l'hépatite B :

OUI, déjà fait Oui, à faire Refusé NON nécessaire NR NP

↳ **Si oui** déjà fait, précisez : Non immunisé Immunité ancienne Hépatite

• Indication à un dépistage de l'hépatite C :

OUI, déjà fait Oui, à faire Refusé NON nécessaire NR NP

↳ **Si oui** déjà fait, précisez : Positif Négatif

• Indication à un dépistage de la syphilis :

OUI, déjà fait Oui, à faire Refusé NON nécessaire NR NP

↳ **Si oui** déjà fait, précisez : Positif Négatif

• Indication à un autre dépistage :

OUI, déjà fait Oui, à faire Refusé NON nécessaire NR NP

↳ **Si oui**, précisez quel dépistage : _____

↳ **Si oui** déjà fait, précisez : Positif Négatif

Dans tous les cas, informations données sur les risques liés aux IST

OUI NON NR NP

Nécessité d'une vaccination contre l'hépatite B

OUI, déjà fait Oui, à faire NON nécessaire Refusé NR NP

13) DEPISTAGE DE LA SOUFFRANCE MENTALE**Evaluation :**

- En ce moment : comment va votre moral ?
 Bien Moyen Pas bien NR NP
- Vos soucis vous empêchent-ils de dormir ?
 Pas du tout parfois souvent NR NP
- Vous sentez-vous constamment tendu(e) ou stressé(e) ?
 OUI parfois NON NR NP
- Vous sentez-vous capable de faire face à vos problèmes sans aide ?
 OUI NON NR NP
- Vous sentez-vous malheureux (se) ou déprimé(e) ?
 Pas du tout un peu OUI NR NP
- Avez-vous, des pensées de suicide ?
 OUI Parfois NON NR NP
- Etes-vous ou avez-vous déjà été victime de violence ?
 OUI NON NR NP
 ↳ **Si oui**, de quel type :
 Physique Verbale Psychologique
 ↳ **Si oui**, dans quel cadre :
 la famille au travail autre, précisez : _____

Proposition du GHQ 12 :

- OUI, déjà fait Oui, à faire Refusé NON nécessaire NR NP
 ↳ **Si oui** déjà fait, résultat : _____

Prise en charge :

- Par le médecin traitant
 OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP
- Traitement médicamenteux :
 OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP
- Prise en charge par un(e) psychologue ASDES :
 OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP
- Prise en charge par un psychiatre ASDES :
 OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP
- Autre type de prise en charge :
 OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP
 ↳ Précisez : _____

14) ETAT BUCCO-DENTAIRE

Etat bucco-dentaire correct : OUI NON NR NP

Date de la dernière consultation dentaire : _____

Indication à une consultation de prévention :

OUI, déjà fait Oui, à faire Refusé NON nécessaire NR NP

Indication à des soins dentaires :

OUI, déjà fait Oui, à faire Refusé NON nécessaire NR NP

↳ **Si indication** à une consultation dentaire (prévention ou soins), orientation vers :

Dentiste libéral

Croix rouge

Centre de santé

Autre, précisez : _____

Existe-t il des difficultés de prise en charge des soins dentaires

OUI NON NR NP

↳ **Si oui** la ou lesquelles : _____

Informations données sur l'hygiène bucco-dentaire :

OUI NON NR NP

15) REPERAGE OSTÉOPOROSE

Le patient présente-t-il un ou plusieurs FDR d'ostéoporose ? OUI NON NR NP

Rappels :

- ATCD de fracture (vertébrale ou périphérique) sans contexte traumatique ou tumoral
- Corticothérapie > 3 mois, > 7,5 mg/jour d'équivalent prednisone
- ATCD d'hyperthyroïdie évolutive non traitée, hypercorticisme, hyperparathyroïdie primitive, ostéogénèse imparfaite ou hypogonadisme prolongé
- Femme ménopausée et au moins un de ces éléments :
 - ATCD de fracture du col sans traumatisme chez un parent au 1er degré
 - IMC < 19 kg/m²
 - Ménopause avant 40 ans
 - ATCD de corticothérapie > 3 mois, >7,5 mg/jour

S'il existe un ou plusieurs facteurs de risque, précisez :

- ATCD de fracture (vertébrale ou périphérique) sans contexte traumatique ou tumoral
- Corticothérapie > 3 mois, > 7,5 mg/jour d'équivalent prednisone
- ATCD d'hyperthyroïdie évolutive non traitée, hypercorticisme, hyperparathyroïdie primitive, ostéogénèse imparfaite ou hypogonadisme prolongé
- Femme ménopausée et au moins 1 autre élément cité.

Bilan de retentissement :

- Indication à une ostéodensitométrie :
 - OUI, déjà fait Oui, à faire Refusé NON nécessaire NR NP
 - ↳ Si oui, précisez : Normale Pathologique
- Bilan biologique
 - OUI, déjà fait Oui, à faire Refusé NON nécessaire NR NP
 - ↳ Si oui, précisez : Normal Pathologique

Prise en charge :

- Par le médecin traitant :
 - OUI, déjà fait Oui, à faire Refusé NON nécessaire NR NP
- Prise en charge diététique ASDES
 - OUI, déjà fait Oui, à faire Refusé NON nécessaire NR NP
- Traitement médicamenteux :
 - OUI, déjà fait Oui, à faire Refusé NON nécessaire NR NP
- Autre type de prise en charge :
 - OUI, déjà fait Oui, à faire Refusé NON nécessaire NR NP

Dans tous les cas, informations données sur la prévention de l'ostéoporose :

OUI NON NR NP

16) DONNEES CHIFFREES RECAPITULATIVES

- Poids : _____ Kg
- Taille : _____ cm
⇒ Calcul IMC : _____
-
- Tension artérielle : | _ _ _ | / | _ _ _ |
- Glycémie
 OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP
 ↳ Si oui, Date : _____ Valeur : _____

	mmol/l
	g/l
- HbA1c, date : _____
 Valeur : _____ %
- Bilan lipidique
 OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP
 ↳ **Si oui**, Date : _____
 CT : _____ LDL : _____

	mmol/l
	g/l

 TG : _____ HDL : _____
- Kaliémie
 OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP
 ↳ **Si oui** déjà fait, Date : _____ Résultat : normal pathologique
- Créatininémie, clairance
 OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP
 ↳ **Si oui**, Date : _____
 Valeur : _____ (cochez l'unité choisie)

	μ mol/l
	g/l

 ↳ **Si oui**, calcul de la clairance : _____
- BU
 OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP
 ↳ **Si oui**, Date : _____ (cochez la bonne réponse)

	Négative
	Positive
- Microalbuminurie
 OUI, déjà faite Oui, à faire Refusée NON nécessaire NR NP
 ↳ **Si oui** déjà faite, Date : _____ Résultat : négative positive
- Bilan Hépatique
 OUI, déjà fait Oui, à faire Refusé NON nécessaire NR NP
 ↳ **Si oui** déjà fait, date : _____, Résultat : normal pathologique
-
- PSA,
 OUI, déjà fait Oui, à faire Refusé NON nécessaire NR NP
 ↳ **Si oui** déjà fait, date : _____, valeur : _____

TRAITEMENT médicamenteux

AVANT INCLUSION

APRES INCLUSION

Existe-t-il un mésusage de médicaments : OUI NON NR NP

☞ **Si oui**, précisez :

- Surdosage
- Mauvaise compliance
- Polymédication
- Autre, précisez : _____

18) DONNEES RECAPITULATIVES DE PRISE EN CHARGE (1/2)**Consultations Réseau ASDES:**

	Faite	A faire	Refusée	NON nécessaire	NR	NP
Assistante sociale	<input type="radio"/>					
Diététicienne	<input type="radio"/>					
Psychiatre	<input type="radio"/>					
Psychologue	<input type="radio"/>					
Cardiologue	<input type="radio"/>					
Consultation médicojuridique	<input type="radio"/>					
Diabétologue	<input type="radio"/>					

Consultations hors réseau:

	Faite	A faire	Refusée	NON nécessaire	NR	NP
Assistante sociale	<input type="radio"/>					
Diététicienne	<input type="radio"/>					
Psychiatre	<input type="radio"/>					
Psychologue	<input type="radio"/>					
Cardiologue	<input type="radio"/>					
Consultation médicojuridique	<input type="radio"/>					
Diabétologue	<input type="radio"/>					
Ophthalmologue	<input type="radio"/>					
ORL	<input type="radio"/>					
Podologue	<input type="radio"/>					
Dentiste	<input type="radio"/>					
Gynécologue	<input type="radio"/>					
Consultation tabacologie	<input type="radio"/>					
Consultation alcoologie	<input type="radio"/>					
CDAG	<input type="radio"/>					
Autre	<input type="radio"/>					

Précisez : _____

Prescription examens sanguins :

	Faite	A faire	Refusée	NON nécessaire	NR	NP
Glycémie à jeun	<input type="radio"/>					
HbA1C	<input type="radio"/>					
Bilan lipidique	<input type="radio"/>					
Kaliémie	<input type="radio"/>					
Créatinine	<input type="radio"/>					
BU	<input type="radio"/>					
Microalbuminurie	<input type="radio"/>					
Bilan hépatique	<input type="radio"/>					
PSA	<input type="radio"/>					
Sérologie VIH	<input type="radio"/>					
Sérologie VHB	<input type="radio"/>					
Sérologie VHC	<input type="radio"/>					
Autres	<input type="radio"/>					

Précisez : _____

18) DONNEES RECAPITULATIVES DE PRISE EN CHARGE (2/2)**Prescription examens imagerie :**

	Faite	A faire	Refusée	NON nécessaire	NR	NP
Mammographie	<input type="radio"/>					
Coloscopie	<input type="radio"/>					
Radiographie de thorax	<input type="radio"/>					
Ostéodensitométrie	<input type="radio"/>					
Echographie hépatique	<input type="radio"/>					
Autres	<input type="radio"/>					

Précisez : _____

Autres :

	Faite	A faire	Refusée	NON nécessaire	NR	NP
ECG	<input type="radio"/>					
Epreuve d'effort	<input type="radio"/>					
Fond d'œil	<input type="radio"/>					
Frottis cervico-vaginal	<input type="radio"/>					
Bilan uro-dynamique	<input type="radio"/>					
Vaccinations	<input type="radio"/>					
Autres	<input type="radio"/>					

Précisez : _____

Prise en charge du patient :

Délai souhaité pour la prise en charge globale du patient :

- 3 mois
- 6 mois
- 1 an

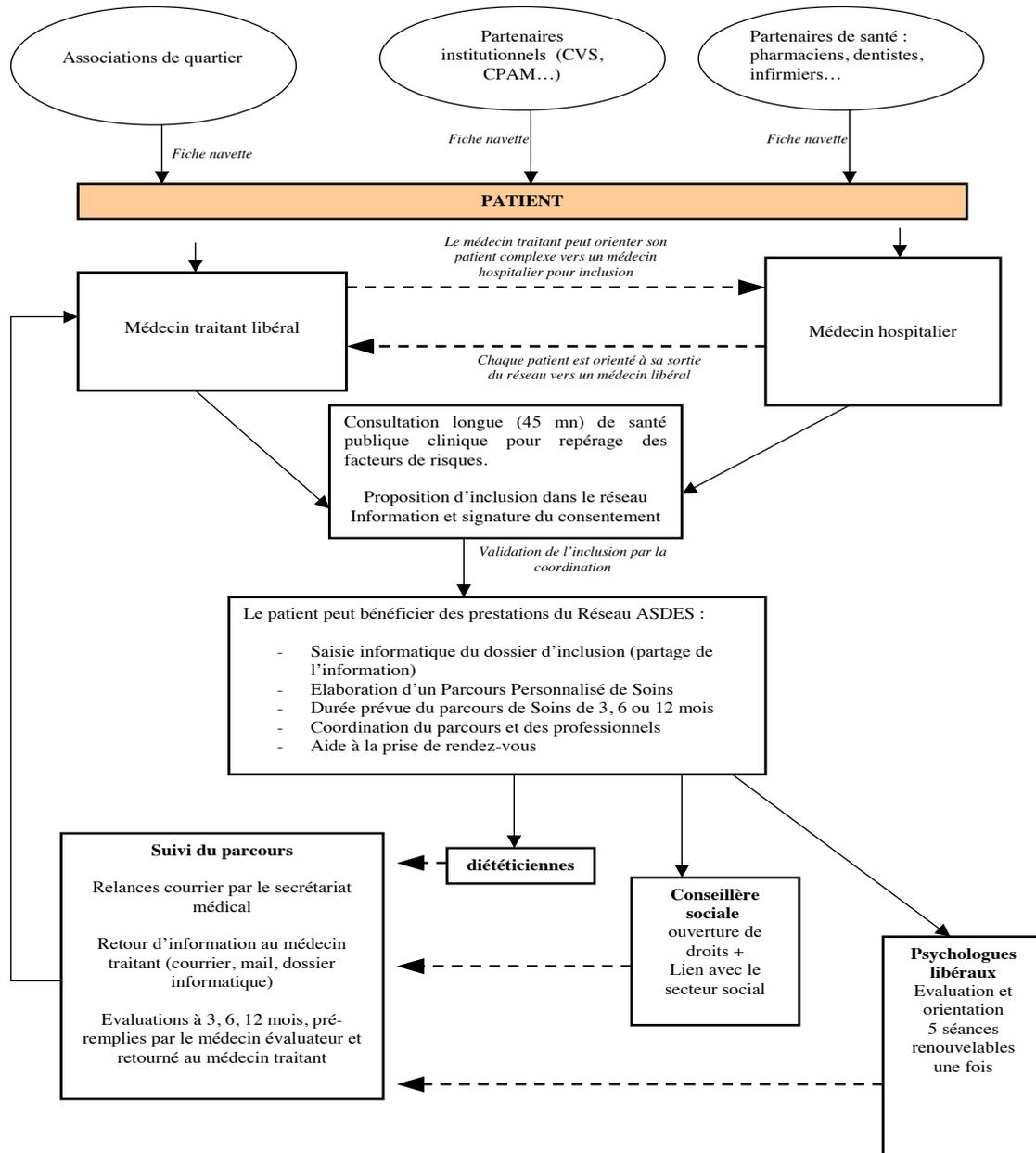
Sortie du patient pour:

- Perdu de vue
- Prise en charge réalisée
- Prise en charge non réalisée malgré relances

Observations:

Annexe 2 : schéma du parcours patient dans le réseau ASDES

Schéma parcours patient dans le réseau ASDES



Résumé :

Contexte : La vaccination est un outil de prévention individuelle et collective. Le statut socio-économique influence l'accès aux soins de prévention, en particulier la vaccination. Les réseaux d'accès aux soins comme le réseau ASDES ont pour but de diminuer les inégalités de santé.

Objectif : Déterminer si la prise en charge au sein du réseau ASDES améliore la couverture vaccinale des patients de l'échantillon et analyser les déterminants de santé de la population de l'échantillon.

Méthode : L'étude est rétrospective avant/après et concerne l'ensemble de la population adulte prise en charge dans le réseau ASDES en 2012 et 2013. Les données sont étudiées à l'inclusion des patients dans le réseau, puis 3 à 12 mois après, à l'évaluation du Parcours Personnalisé de Soins.

Résultats : Nous avons montré que la prise en charge par le réseau ASDES améliorerait la couverture vaccinale pour le DTP et l'hépatite B mais pas pour les autres vaccins (ROR, Coqueluche, Grippe, HPV, Pneumocoque, BCG). Les patients pris en charge au sein du réseau ASDES sont des personnes vulnérables, de catégorie socio-économique défavorisée.

Conclusion : La prise en charge au sein du réseau ASDES améliore partiellement la couverture vaccinale des populations vulnérables. La réduction des inégalités sociales de santé est indispensable à l'amélioration de la couverture vaccinale de la population.

Titre :

La prise en charge au sein d'un réseau de soins améliore-t-elle le statut vaccinal des patients en situation de précarité ? L'exemple du réseau ASDES en 2012 et 2013.

Mots clés :

Calendrier vaccinal, couverture vaccinale, disparité d'accès aux soins, facteurs socio-économiques, déterminants sociaux de santé.

Faculté de Médecine Paris Descartes
15 rue de l'Ecole de Médecine
75270 Paris Cedex 06
www.medecine.parisdescartes.fr