



HAL
open science

Observance des conseils de prévention et de soins préconisés au décours de l'Examen de Prévention en Santé : l'expérience au Centre d'Examens de Santé de Bayonne

Lea Lorente-Bilbao

► To cite this version:

Lea Lorente-Bilbao. Observance des conseils de prévention et de soins préconisés au décours de l'Examen de Prévention en Santé : l'expérience au Centre d'Examens de Santé de Bayonne. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03468730

HAL Id: dumas-03468730

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03468730v1>

Submitted on 7 Dec 2021

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.

Thèse pour l'obtention du
DIPLÔME D'ÉTAT de DOCTEUR EN MÉDECINE

Discipline : MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement

Le 14 octobre 2021

Par **Lea LORENTE BILBAO**

Née le 9 août 1987 à Bayonne

**Observance des conseils de prévention et de soins préconisés au
décours de l'Examen de Prévention en Santé :
L'expérience au Centre d'Examens de Santé de Bayonne**

Directrice de thèse

Madame le Docteur Béatrice DUPEROU

Co-directeur de thèse

Monsieur le Professeur Philippe CASTERA

Membres du jury

Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH	Président
Monsieur le Professeur Laurent MAGOT	Rapporteur
Monsieur le Professeur Christophe ADAM	Juge
Madame le Docteur Solange FINELLE	Juge

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier l'ensemble des membres du jury, pour l'honneur qu'ils me font d'accepter de juger cette thèse et d'assister à la soutenance de ce travail.

Qu'ils trouvent ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH

Médecin Généraliste

Directeur du Département de Médecine Générale de l'Université de Bordeaux

~

Monsieur le Professeur Laurent MAGOT

Médecin Généraliste

Maitre de stage des Universités

Professeur associé auprès du Département de Médecine Générale de l'Université de Bordeaux

~

Monsieur le Professeur Christophe ADAM

Médecin Généraliste

Maitre de stage des Universités

Professeur associé auprès du Département de Médecine Générale de l'Université de Bordeaux

~

Madame le Docteur Solange FINELLE

Médecin Généraliste

~

Je remercie chaleureusement toutes les personnes qui m'ont aidée de près ou de loin pendant l'élaboration de ma thèse.

Le Docteur Béatrice Dupérou, qui m'a soutenue dès le départ (malgré les nombreux obstacles des services administratifs de la CPAM) et sans qui ce projet n'aurait pas vu le jour. Merci pour ta gentillesse, ta bienveillance et ton implication auprès des populations fragilisées.

Au Professeur Philippe Castera pour son accompagnement, ses conseils avisés et sa disponibilité pendant l'élaboration de ce travail.

Je remercie également l'ensemble des personnes qui m'ont accordé de leur temps dans le cadre de cette étude : toute l'équipe du CES de Bayonne, Frédéric Plaisance, Delphine Dautier, et Joël Balan.

Ma courte expérience au sein de cette petite famille chaleureuse du CES a été très enrichissante, merci pour votre accueil !

Au Dr Solange Finelle, merci d'avoir accepté au dernier moment de faire partie de mon jury. J'espère ne pas t'avoir causé trop d'insomnies ! A ta gentillesse et ta disponibilité.

~

A l'ensemble des praticiens qui ont participé à ma formation, notamment le Docteur Laurent Magot, qui m'a enseigné l'art de la médecine et le sens du soin.

A mes maîtres de stages hospitaliers, co-internes, et à tous les soignants qui m'ont tant appris aussi bien sur le plan humain que sur le raisonnement médical. Les semestres à la PASS de Bordeaux et le SASPAS en Nouvelle Calédonie resteront à cet égard uniques.

Au Docteur Alain Chaperon, merci d'avoir pris soin de moi et de ma famille pendant toutes ces années, et merci de m'avoir donné l'envie de faire ce métier. Vous resterez pour moi le modèle du médecin que j'espère devenir.

~

A ma famille,

J'ai une pensée toute particulière pour ama, j'aurais tellement voulu que tu sois là ! Merci pour ta joie de vivre, ton grain de folie, ton soutien et ta confiance indéfectible dans mes choix. Merci pour tout. Tu me manques tellement !

A aita, pour ton soutien, tes conseils sages et avisés, ton courage et ta force (tranquille). Tu es le meilleur des aita !

A vous deux pour votre amour.

A Benoît, nere maitea, merci d'avoir été à mes côtés et de m'avoir supportée pendant la loooungue élaboration de cette thèse ! Cela a vite été une évidence entre nous et ça l'est toujours. Je ne sais pas ce que nous réserve l'avenir, mais je souhaite que ce soit avec toi.

A amatxi Nemesia, pour ta ténacité dans le suivi de ce travail (tu n'y croyais plus hein ?!) et pour tes bons plats (et les gâteaux des voisines) concoctés pendant la préparation de l'ECN, qui ont contribué à ma réussite !

A amama Miren et aitite José, pour leur soutien depuis Bilbao. Amama, habrás sido una enfermera o médico excelente si hubieras podido estudiar. ¡Espero haber heredado el cuarto de tu fuerza y valentía! A aitite que echo mucho de menos.

A mes oncles et tantes, cousin et cousines, merci pour vos encouragements.

A ma belle famille, merci pour votre soutien et votre bienveillance.

~

A mes amis,

A toute la bande de l'ikastola d'Ustaritz, où tout a commencé.

A Aize, Anaiz, Joana A, Joana B, on s'est un peu éloignées pendant ces années d'études mais vous avez toujours été là pour moi, et vos attentions et encouragements m'ont accompagnée tout au long de ces années. Milesker !

Aux premières colocs avec les deux Joana, pour notre aventure à Bordeaux et les P1 passées ensemble ! Nos échecs, nos réussites, nos fous rires et nos danses !

Kepito, Ana, Diddue, Marie, Iker, Patxi, Geneviève, Pierre, Marion et toute la marmaille, pour les bons moments passés ensemble, et ceux à venir !

Moustache gracias Iker, pour m'avoir aidée à apprivoiser Excel et tes talents de traducteur.

Aux belles rencontres de l'internat,

A Alex, « el gatito » ou « l'espagnol », à nos colocations, à Célia et vos deux petites princesses, et à ton coaching mental !

A la famille Bigou, Annette, Antoine, la jolie petite Emma et le futur baby, et nos après midis au bord de la piscine !

A tous les membres de la colove : Laura, Anne, Georges et Alex, aux soirées endiablées au Tropical, et tous les jolis moments vécus ensemble dans cette maison du bonheur !

Aux autres rencontres plus récentes,

A Anna, merci pour ton pin's « *Ne me parlez pas de ma thèse* » qui m'a bien servi, à mon tour de le transmettre (enfin) !

A Osaberri, que nos apéros-topo perdurent (ou plutôt recommencent). Aupa Kattin la présidente, et longue vie à l'asso !

A la team Covid 19-Anglet, à cette aventure humaine incroyable, ce projet fou, et surtout ces supers rencontres.

A ma collègue Marie, merci de m'avoir fait confiance. Nos chemins professionnels se sont séparés mais la dreamteam is not dead !

*Pour finir, je ne remercie **pas** la COVID, qui en plus d'avoir fait ralentir mes travaux, va inéluctablement faire augmenter le taux de pauvreté et les inégalités sociales de santé dans le monde.*

~

ÉTAT DE SANTÉ ET INÉGALITÉ SOCIALE...



980309

<http://collections.musee-mccord.qc.ca/fr/collection/artefacts/M2007.69.229>

État de santé et inégalité sociale....

Garnotte (alias Michel Garneau)

1998

*Réduire les inégalités en santé est un impératif éthique.
L'injustice sociale tue à grande échelle.*

OMS ; 2008

TABLE DES MATIERES

ABREVIATIONS	8
LISTE DES FIGURES et TABLEAUX	11
1. INTRODUCTION et JUSTIFICATION	12
1.1 <u>Précarité et Inégalités Sociales de Santé</u>	13
1.1.1 Définitions : pauvreté, précarité et vulnérabilité	13
<i>1.1.1.1 Pauvreté</i>	13
<i>1.1.1.2 Précarité</i>	14
<i>1.1.1.3 Vulnérabilité</i>	15
1.1.2 Inégalités Sociales de Santé (ISS)	15
<i>1.1.2.1 Définition</i>	15
<i>1.1.2.2 Déterminants sociaux de la santé</i>	16
<i>1.1.2.3 Situation en France</i>	16
1.2 <u>Notions de dépistage et de prévention</u>	20
1.2.1 Définitions	20
1.2.2 Actions de prévention et public vulnérable	21
1.3 <u>Les Centres d'Examens de Santé et Examens de Prévention en Santé</u>	22
1.3.1 Les Centres d'Examens de Santé (CES)	22
<i>1.3.1.1 Historique</i>	22
<i>1.3.1.2 Organisation</i>	23
<i>1.3.1.3 Missions</i>	23
<i>1.3.1.4 Score EPICES</i>	25
1.3.2 Examen de Prévention en Santé (EPS)	26
1.3.2.1 Populations éligibles et méthodes de recrutement	27
1.3.2.1.1 Population éligible et population cible	27
1.3.2.1.2 Méthodes de recrutement	27
1.3.2.2 Contenu de l'examen	28
1.3.2.2.1 L'auto-questionnaire socio-administratif et médical	29
1.3.2.2.2 L'examen de santé	30
1.3.2.2.3 La mise en Suite d'Examens de Santé (SES)	31
1.3.3 Le CES de Bayonne	31
<i>1.3.3.1 Présentation générale</i>	31
<i>1.3.3.2 Activité</i>	32
<i>1.3.3.3 Partenariats</i>	32
1.4 <u>Question de recherche et objectifs de l'étude</u>	33
1.4.1 Question de recherche	33
1.4.2 Objectifs de l'étude	33

2. METHODE	34
2.1 <u>Schéma et lieu de l'étude</u>	34
2.2 <u>Constitution de l'échantillon</u>	34
2.2.1 Critères d'inclusion	34
2.2.2 Critères de non-inclusion	34
2.2.3 Critères d'exclusion	34
2.3 <u>Recueil de données</u>	34
2.3.1 Informations recueillies à partir du logiciel SAGES	34
2.3.2 Informations recueillies à partir des données de remboursement	35
2.4 <u>Critères de jugement</u>	36
2.5 <u>Analyse des données</u>	37
2.6 <u>Aspects réglementaires et éthiques</u>	37
3. RESULTATS	38
3.1 <u>Analyse descriptive de la population</u>	38
3.2 <u>Problèmes médicaux mis en évidence par l'EPS</u>	41
3.3 <u>Evolution après l'EPS</u>	42
3.3.1 Réponse à l'objectif principal	42
3.3.2 Recours aux soins en fonction de(s) anomalie(s) détectée(s)	42
3.3.3 Evolution des droits à la santé	46
3.3.4 Demandes de mise en suite d'examen de santé	47
3.4 <u>Caractéristiques des consultants présentant une anomalie à l'EPS et n'ayant entrepris aucune prise en charge au décours</u>	48
4. DISCUSSION	52
4.1 <u>Principaux résultats de l'étude</u>	52
4.2 <u>Comparaison des résultats avec les travaux antérieurs</u>	54
4.3 <u>Forces et faiblesses de l'étude</u>	56
4.4 <u>Perspectives</u>	58
5. CONCLUSION	61
6. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	62
7. ANNEXES	68
7.1 <u>Annexe 1</u> : Schéma synthétique présentant le périmètre de l'EPS socle	68
7.2 <u>Annexe 2</u> : Questionnaire Socio-Administratif et Médical (QSAM)	69
7.3 <u>Annexe 3</u> : Partenaires du CES de Bayonne	73
7.4 <u>Annexe 4</u> : Critères de jugement	74
SERMENT D'HIPPOCRATE	78
RESUME	79

ABREVIATIONS

ACS : Aide à l'acquisition d'une Complémentaire Santé

AFEC : Association de Formation et d'Enseignement Continu

AFPA : Agence nationale pour la Formation Professionnelle des Adultes

AME : Aide Médicale d'Etat

ARS : Agence Régionale de Santé

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

ASEPT : Association de Santé, d'Éducation et de Prévention sur les Territoires

ATC : Anatomical Therapeutical Classification Index of Chemicals

BPCO : Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive

CADA : Centre d'Accueil des Demandeurs d'Asile

CAF : Caisse d'Allocations Familiales

CARSAT : Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail

CCAM : Classification Commune aux Actes Médicaux

CCAS-CIAS : Centres Communaux ou Intercommunaux d'Action Sociale

CCR : Cancer colorectal

CES : Centre d'Examens de Santé

CETAF : Centre Technique d'Appui et de Formation des centres d'examens de santé

CFA : Centres de Formation d'Apprentis

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIP : Code Identifiant de Présentation

CMU : Couverture Maladie Universelle (de base)

CMU-C : Couverture Maladie Universelle complémentaire

CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

CNAV : Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse

CNIL : Commission Nationale Informatique et des Libertés

CNML : Conseil national des missions locales

CNMSS : Caisse Nationale Militaire de Sécurité Sociale

COG : Convention d'Objectifs et de Gestion

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

CRCDC : Centre Régional de Coordination des Dépistages des Cancers

Cs : Consultation

CSAPA : Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

CSS : Complémentaire Santé Solidaire

DMP : Dossier Médical Partagé

DO : Dépistage Organisé

DTPolioCoq : Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite-Coqueluche

ECG : Electrocardiogramme

E.M.O.A.Ψ : Equipe Mobile d'Accès aux soins Psychologiques

EMPP : Equipes Mobiles Psychiatrie-Précarité

EN3S : École Nationale Supérieure de Sécurité Sociale

EPICES : Evaluation de la Précarité et des Inégalités de Santé pour les Centres d'Examens de Santé

EPS : Examen de Prévention en Santé (anciennement Examen Périodique de Santé)

ETT : Echographie transthoracique

FCU : Frottis Cervico-Utérin

FdRCV : Facteur de risque cardiovasculaire

FNPEIS : Fond National de Prévention, d'Education et d'Informations Sanitaires

HbA1c : Hémoglobine glyquée

HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique

HTA : Hypertension Artérielle

IMC : Indice de Masse Corporelle

INFA : Institut National de Formation et d'Application

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

INSUP : Institut Supérieur de Formation Permanente

ISS : Inégalité Sociale de Santé

IST : Infection Sexuellement Transmissible

LAM : Lits d'Accueil Médicalisés

LHSS : Lits Halte Soins Santé

MAS : Mission Accompagnement Santé (anciennement PFIDASS)

MGEN : Mutuelle Générale de l'Education Nationale

MSA : Mutualité Sociale Agricole

MSD : Maison Départementale de la Solidarité (devenu SDSEI)

MT : Médecin Traitant

NABM : Nomenclature des Actes de Biologie Médicale

NGAP : Nomenclature Générale des Actes Professionnels

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORL : Oto-Rhino-Laryngologiste

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

PCS : Professions et Catégories Socioprofessionnelles

PFIDASS : Plate-Forme d'Intervention Départementale pour l'Accès aux Soins et à la Santé (devenue la MAS)

PLIE : Plan Local Pluriannuel pour l'Insertion et l'Emploi

PSA : Prostate Specific Antigen (ou Antigène Prostatique Spécifique en français)

QSAM : Questionnaire Socio-Administratif et Médical

RMI : Revenu Minimum d'Insertion

RSA : Revenu de Solidarité Active

RSI : Régime Social des Indépendants (devenue maintenant Sécurité sociale indépendants)

SDSEI : Services Départementaux des Solidarités et de l'Insertion (anciennement MSD)

SES : Suite d'Examens de Santé

SNS : Stratégie Nationale de Santé

TA : Tension Artérielle

TG : Triglycérides

TSH : Thyroid Stimulating Hormon (ou hormone thyroïdostimulante en français)

VAT : Vaccination antitétanique

VHB : Virus de l'Hépatite B

VHC : Virus de l'Hépatite C

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

LISTE DES FIGURES et TABLEAUX

Figures :

Figure 1 : Les déterminants sociaux de la santé	16
Figure 2 : Évolution de l'espérance de vie à 35 ans par sexe pour les cadres et les ouvriers	18
Figure 3 : Origine des consultants du CES de Bayonne en 2018	33
Figure 4 : Nombre de personnes par tranches d'âges en fonction du sexe	39
Figure 5 : Nombre de personnes par tranches de score EPICES en fonction du sexe	39
Figure 6 : Représentation du score EPICES moyen avec écart type en fonction du niveau d'étude	40
Figure 7 : Diagramme de flux décrivant le suivi des consultants	48
Figure 8 : Différence de suivi en fonction du sexe	50
Figure 9 : Différence de suivi en fonction de la déclaration préalable d'un MT	50
Figure 10 : Différence de suivi en fonction de la couverture sociale	51

Tableaux :

Tableau 1 : Les 11 questions du score EPICES	26
Tableau 2 : Mortalité et morbi-mortalité attribuables à une sélection de risques majeurs	29
Tableau 3 : Description des personnes à l'inclusion	38
Tableau 4 : Problèmes médicaux mis en évidence par l'EPS par ordre de fréquence	41
Tableau 5 : Proportions des remboursements de soins dans les 12 mois suivant l'EPS par ordre de fréquence des pathologies détectées	43-44
Tableau 6 : Classement des taux de réponses pour chaque anomalie par ordre décroissant de fréquence	45
Tableau 7 : Taux de consultants n'ayant réalisé aucune action préconisée à l'issue de l'EPS en fonction des anomalies mises en évidence	45
Tableau 8 : Complémentaires santé avant l'EPS et nouvelles souscriptions après l'EPS	46
Tableau 9 : Nombre de suivis demandés par pathologie et taux de réponse	47
Tableau 10 : Comparaison des caractéristiques des consultants ayant présenté au moins une anomalie (même mineure) avec suivi <i>versus</i> sans suivi	49

1. INTRODUCTION et JUSTIFICATION

Malgré l'amélioration de l'espérance de vie et de l'état de santé moyen, La France fait partie des pays où les inégalités sociales de santé (ISS) (morbidité, mortalité, santé perçue, santé fonctionnelle) sont les plus élevées en Europe occidentale et celles-ci ont tendance à s'accroître (1,2).

Cela est vrai tant pour l'état de santé constaté des personnes qu'en matière d'accès aux soins, et en particulier aux actions de **prévention**.

En effet, les classes sociales les moins favorisées ont moins recours au dépistage, sont moins sensibles aux messages de prévention visant à l'adoption de comportements favorables à la santé, à l'inverse des catégories sociales les plus favorisées, plus aptes à les intégrer et à se les approprier. Le manque d'information relative aux dispositifs d'aide et de prise en charge souvent constaté chez les populations vulnérables contribue à creuser le différentiel de morbidité et mortalité entre classes sociales (3).

Effectivement, dans la difficulté, la question de la santé se pose rarement comme telle car elle n'est pas une priorité par rapport à d'autres questions plus vitales au quotidien : se nourrir, se loger, etc. Elle existe, mais elle est « noyée » par rapport aux enjeux plus globaux de la revalorisation économique et sociale de la personne... d'autant plus que la précarité ne se traduit pas par des pathologies spécifiques mais par des situations cliniques aggravées car le problème de santé est pris en charge trop tard (4).

Or les personnes les plus démunies de capital éducatif, économique ou social sont aussi celles qui ont le plus mauvais état de santé, les besoins de soins les plus élevés et qui ont le plus de mal à être soignées (5).

La réduction des ISS paraît donc passer essentiellement par les politiques menées par l'état. Plusieurs déterminants des ISS imposent des mesures telles que l'amélioration des conditions de travail, du logement, l'accès à l'enseignement, etc.

Cependant, les soins primaires jouent aussi un rôle primordial dans la diminution des ISS, et tout particulièrement le médecin généraliste, en articulation avec le secteur social.

Pour les personnes en dehors du système de santé et donc moins accessibles aux médecins généralistes, il existe, entre autres, des Centres d'Examens de Santé (CES), opérateurs de l'Assurance maladie. Leur mission consiste à aller **activement** à la rencontre des publics vulnérables plutôt qu'à attendre qu'ils s'adressent à un système de santé devenu complexe à comprendre.

Ils proposent, via les Examens de Prévention en Santé (EPS), des bilans de santé gratuits aux assurés sociaux les plus précaires et éloignés du soin.

L'EPS a pour but d'aider les publics vulnérables à recourir à des actions de **prévention**, de **dépistage** et à faciliter la prise en charge des anomalies ou des facteurs de risque repérés.

Il doit permettre aux usagers de mieux s'insérer dans un parcours de soins, car lorsqu'un problème est dépisté, la personne est orientée vers le secteur curatif pour une prise en charge.

Mais en réalité, y a-t-il un suivi à l'issue de l'EPS ? Que savons-nous sur le devenir des consultants et leur accès effectif aux soins lorsqu'une anomalie est repérée ?

Il n'y a effectivement aucun véritable suivi organisé des consultants (hormis une éventuelle nouvelle convocation à 1 an) et un bilan perd beaucoup de son intérêt si la prise en charge des problèmes identifiés n'est pas assurée.

Le budget de fonctionnement de l'ensemble des CES pour 2017 s'est élevé à 150 millions d'euros, financés par le FNPEIS (Fond National de Prévention, d'Education et d'Informations Sanitaires), et les budgets prévisionnels de 2018 à 2022 sont sensiblement identiques (6). Cette somme n'est pas négligeable et il nous paraît très important de s'assurer de l'efficacité des actions financées. Ainsi, documenter les suites données à l'EPS est une question d'intérêt majeur dans l'évaluation de l'EPS et de son bénéfice pour les publics vulnérables.

Depuis la création des CES en 1946, nous n'avons recensé que deux études portant sur le suivi des consultants.

La première, menée par le CETAF, Centre Technique d'Appui et de Formation des centres d'examen de santé (structure de coordination des CES) entre 2007 et 2008 et publiée en 2011 (3). Il s'agit d'une enquête sur l'observance des conseils de prévention et de soins des populations vulnérables au décours de la consultation au CES.

L'étude met en évidence un bénéfice de l'examen de santé pour la plupart des personnes qui ont participé à l'enquête. Il se traduit en termes de dépistage et de prise en charge de pathologies chroniques, de rattrapage vaccinal et de soins dentaires.

Cependant, pour évaluer le suivi, les auteurs se sont basés sur les déclarations des personnes incluses et les quelques retours des médecins traitants, et n'ont pas utilisé les données de remboursement de l'assurance maladie, entraînant donc un manque d'objectivité et le problème des perdus de vue.

La deuxième étude, conduite en 2011 par H. CABROL et faisant l'objet d'une thèse, portait sur le CES de Bayonne et s'intitulait « *Rôle des médecins généralistes et du centre d'examen de santé de Bayonne dans la réduction des inégalités sociales de santé* » (7).

Ce travail a montré que le recours aux soins s'est amélioré après la prise en charge au CES. L'EPS a augmenté le nombre de consultation en médecine générale et facilité le recours à une consultation spécialisée. Les suites de l'EPS ont été favorables à certaines actions de prévention (vaccination antitétanique), de dépistage (mammographie, frottis cervico-utérin) et à la prise en charge de pathologies bucco-dentaires.

Cette étude présentait l'avantage d'avoir analysé les remboursements de la CPAM au décours de l'EPS. Par contre, ses limites sont tout d'abord son manque de puissance (échantillon de 272 patients) et sa courte durée (évaluation 6 mois après l'EPS).

Il nous semblait donc intéressant de réaliser une étude actualisée dans le contexte local du Pays Basque (au sein du CES de Bayonne) avec une population de départ plus importante et sur une période plus longue, en maintenant l'analyse des informations recueillies à partir des données de remboursement de la CPAM.

1.1 Précarité et Inégalités Sociales de Santé

1.1.1 Définitions : pauvreté, précarité et vulnérabilité

1.1.1.1 Pauvreté

Classiquement la pauvreté est définie en référence à une norme monétaire. Un individu est considéré comme pauvre quand son niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté.

Ce seuil varie dans le temps et dans l'espace.

A l'échelle internationale, c'est la Banque mondiale qui fixe le seuil de pauvreté. Il est défini comme un revenu inférieur à 1,90 dollar par personne et par jour (8).

En France, en 2018, selon le seuil de pauvreté adopté, un individu est considéré comme pauvre quand ses revenus mensuels sont inférieurs à 885 euros (seuil à 50 % du revenu médian) ou à 1 063 euros (seuil à 60 %) (Insee, données 2018) (9).

Le revenu pris en compte est le revenu "disponible", soit après impôts et prestations sociales (attention, les données de l'Insee ne comprennent pas une partie des revenus du patrimoine).

Définir la pauvreté est donc une construction statistique. L'écart entre les seuils de 50 et 60 % le montre : le taux de pauvreté va du simple au double selon que l'on utilise la première ou la seconde définition. En effet, la France compte en 2018 entre 5,3 et 9,3 millions de pauvres selon la définition adoptée (9).

Depuis dix ans, le nombre de personnes qui vivent sous le seuil de pauvreté en France augmente. Cette aggravation est l'un des phénomènes les plus marquants parmi les évolutions analysées par l'Observatoire des inégalités. La décennie 2000, et plus encore la crise déclenchée en 2008, ont marqué un retournement historique de la tendance : la pauvreté ne diminue plus en France.

Si l'on se réfère au seuil de pauvreté à 60 % (seuil le plus souvent utilisé dans le débat public), c'est avec 9,3 millions de personnes pauvres qu'il faut compter en France en 2018, soit près de 14,8 % de la population française, et 400 000 personnes de plus qu'en 2017.

De plus, les informations utilisées pour mesurer les niveaux de vie et la pauvreté ne couvrent pas toute la population de France Métropolitaine. Les personnes vivant dans des communautés (maison de retraite, couvents, prisons...) ou les personnes sans domicile ne sont pas prises en compte. Or, certaines de ces personnes sont parmi les plus pauvres. On estime entre 100 000 et 500 000 le nombre de personnes pauvres non comptabilisées pour cette raison, soit de 1 à 5 % du nombre total de personnes pauvres (10).

1.1.1.2 Précarité

En 1987, le père Joseph Wresinski, fondateur du Mouvement des droits de l'homme ATD Quart Monde (association caritative installée à Bordeaux), alors membre du Conseil économique et social français, décrit la précarité comme « *l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit le plus souvent à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle tend à se prolonger dans le temps et devient persistante, qu'elle compromet gravement les chances de reconquérir ses droits et de réassumer ses responsabilités par soi-même dans un avenir prévisible* ».

Le rapport de J. Wresinski insiste sur le fait que la précarité, contrairement à la pauvreté, ne peut pas être approchée qu'en termes quantitatifs, mais doit être perçue comme le **résultat d'une accumulation d'insécurités dans plusieurs domaines de l'existence** : économique, social et culturel (11).

En latin, *precarius*, signifie ce qui a été obtenu par la prière. Cette étymologie indique que toute précarité est synonyme de dépendance à l'égard d'une puissance tutélaire, quelle qu'en soit la nature, qui peut accorder comme refuser ou retirer. Ainsi, ce qui est précaire est, mal assuré, mal établi, instable.

La précarité ne caractérise pas une catégorie sociale particulière. C'est le résultat d'un enchaînement d'événements et d'expériences qui débouchent sur des situations de fragilisation économique, sociale et familiale (12).

La notion de précarité est si vaste que s'il faut la quantifier, elle concernerait, à un temps donné, environ **20 % de la population française** (5).

En 1998 (pas de chiffre plus récent car le concept de précarité n'est plus utilisé), le Haut Comité en Santé Publique estimait que le phénomène de précarisation touchait 20 à 25 % de la population vivant en France, soit 12 à 15 millions de personnes (13).

1.1.1.3 Vulnérabilité

Aujourd'hui, le terme de précarité, souvent utilisé à tort et considéré comme stigmatisant tend à être remplacé par celui de vulnérabilité.

En effet, la notion de vulnérabilité renvoie plus clairement aux risques auxquels sont exposées certaines personnes, à des situations réelles et ne caractérise donc aucun public ou groupe. La vulnérabilité traduit l'absence d'une ou de plusieurs sécurité(s) pour des personnes qui présentent une ou plusieurs difficulté(s) : accès au logement, accès à l'emploi, insuffisance des revenus, statut pour les personnes en demande d'asile, etc.

La vulnérabilité doit être étudiée comme un processus dynamique dans lequel l'impossibilité d'accéder à certains droits ou services fait courir le risque d'une dégradation de la situation sociale et d'une désaffiliation pour les personnes concernées (14).

1.1.2 Inégalités Sociales de Santé (ISS)

1.1.2.1 Définition

Les inégalités sociales de santé, que l'on peut définir par l'« *ensemble des écarts de morbidité et de mortalité entre groupes sociaux qui occupent des positions hiérarchisées dans l'échelle des professions, dans celle des revenus ou encore dans celle de l'accès aux savoirs* » traversent l'ensemble de la population française selon un gradient continu qui suit la hiérarchie sociale (3).

Cette définition renvoie au constat que les différences de santé au sein d'une population ne sont pas le produit du hasard ou de la seule biologie.

Ainsi, selon Whitehead, « **ces différences ne sont pas distribuées de façon aléatoire, mais sont socialement construites, donc modifiables et évitables, et par là-même injustes** » (15).

Contrairement aux inégalités de santé liées à des facteurs génétiques (sexe, facteurs héréditaires) ou physiologiques (âge), la notion d'ISS appelle à aller au-delà d'une approche purement étiologique en faisant intervenir les notions d'éthique et de justice sociale. Ainsi, la définition employée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) utilise l'expression **d'iniquités** de santé et non d'inégalités de santé, et en souligne ainsi le caractère injuste.

L'expression « gradient social des inégalités de santé » résume le fait que les ISS suivent une distribution socialement stratifiée au sein de la population : chaque catégorie sociale présente, en moyenne, un niveau de mortalité et de morbidité différent (en général, plus élevé) de la classe immédiatement supérieure (15).

1.1.2.2 Déterminants sociaux de la santé

Ce concept vise à expliquer comment les inégalités sociales se « transforment » en inégalités de santé.

Selon l'OMS, « [ce] sont les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes de soins mis en place pour faire face à la maladie ».

Les déterminants sociaux de la santé sont multiples [Figure 1]. Ils vont de l'environnement général – avec les conditions socioéconomiques, politiques, culturelles, sociétales et environnementales, les conditions de vie quotidienne des individus (scolarisation et éducation, emploi, habitat, accès aux soins...) – aux comportements et styles de vie (consommation d'alcool et de tabac, activité physique, nutrition...).

Les déterminants sociaux sont intriqués, s'accumulent au cours de la vie et peuvent se renforcer mutuellement, voire avoir des effets rétroactifs : le fait d'être au chômage peut par exemple être associé à un moins bon état de santé, l'état de santé rétroagissant sur la capacité à retrouver un emploi.

Il convient de rappeler que les comportements de santé des individus ne sont pas de simples choix individuels, indépendants des conditions dans lesquelles ils sont exercés (15).

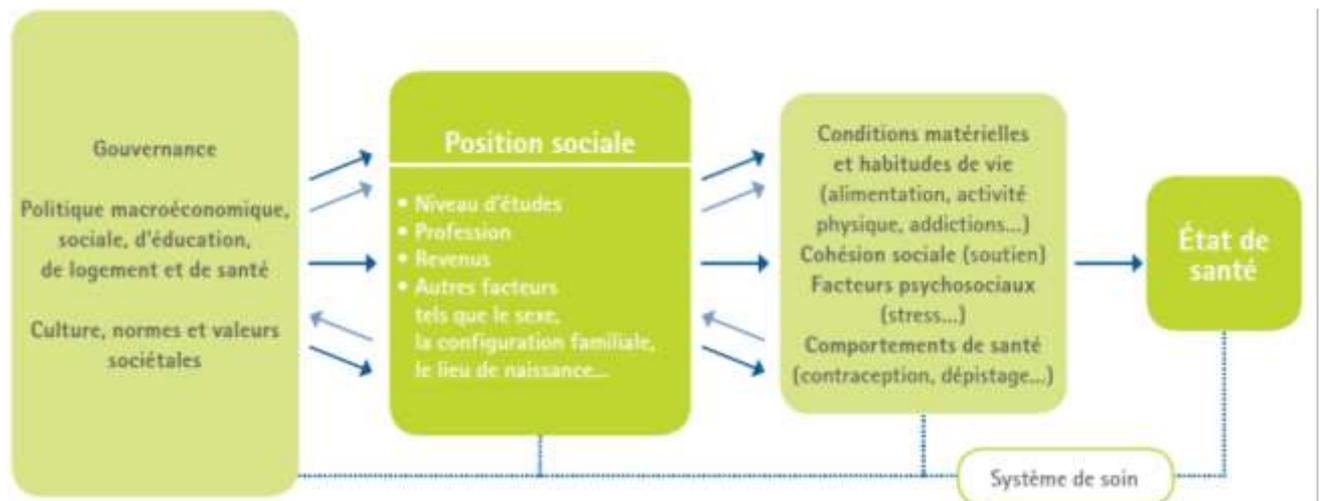


Figure 1 : Les déterminants sociaux de la santé (16)

1.1.2.3 Situation en France

La France présente la situation paradoxale de bénéficier du système de santé considéré comme le meilleur au monde selon certaines évaluations internationales (étude de l'OMS en 2000) (17), et de connaître les inégalités sociales devant la mort les plus profondes parmi les pays ouest-européens.

L'un des meilleurs systèmes peut-être, mais pas le plus égalitaire (18).

Au cours des dernières décennies, l'état de santé de la population et l'espérance de vie se sont globalement améliorés en France. Cependant, ces avancées n'ont pas profité de manière équitable à l'ensemble de la population.

En 2009, le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) soulignait que « les inégalités sociales de mortalité sont plus importantes en France que dans d'autres pays d'Europe, particulièrement pour les hommes, et ont tendance à s'accroître ces dernières années » (19).

Ce constat a été réitéré en 2017 dans le dernier rapport sur l'état de santé de la population en France qui rapporte qu' « un examen détaillé fait apparaître la persistance des inégalités sociales ou territoriales de santé, ainsi que quelques évolutions préoccupantes [...] » (1).

Les inégalités sociales de santé résultent d'une accumulation de désavantages survenus tout au long de la vie. Dans ce parcours de vie, des périodes critiques ont été mises en avant : vie intra-utérine et premières années de vie. **L'existence de désavantages précoces augmente la probabilité de désavantages / inégalités sociales de santé à l'avenir.**

- Inégalités dès l'enfance :

Le taux de prématurité est plus élevé chez les salariées de services aux particuliers que chez les cadres (6,4 % contre 3,9 %). Cet écart est encore plus important pour la grande prématurité (2,2 % contre 0,7 %) et les petits poids de naissance (9,9 % contre 4,7 %).

En grande section de maternelle, moins de 2 % des enfants de cadres ont au moins deux dents cariées non soignées, contre 11 % des enfants d'ouvriers.

Enfin, en classe de CM2, le taux d'obésité est multiplié par 10 entre enfants de cadres et d'ouvriers (0,6 % contre 6,1 %) (20).

- Inégalités à l'âge adulte :

Les écarts constatés dès la conception ont des retentissements sur le long terme pour les enfants concernés. En France par exemple, un homme ayant présenté un petit poids à la naissance (< 2,5 kg) a presque 7 fois plus de risque de développer un diabète qu'un homme ayant un poids de naissance > 4,3 kg (20).

Presque toutes les pathologies non transmissibles montrent des gradients sociaux d'incidence et de mortalité. C'est le cas de la mortalité par pathologies dues à l'alcool qui est deux fois plus élevée dans le quintile de la population la plus défavorisée par rapport au quintile le plus favorisé. Cette proportion est de + 55 % pour la mortalité des pathologies liées au tabac.

Le constat est le même pour les maladies cardio-vasculaires : la mortalité pour les cardiopathies ischémiques est de + 50 % dans le quintile le plus défavorisé par rapport au quintile de la population le plus favorisé.

La prévalence du diabète est également plus élevée de 67 % chez les femmes et 32 % chez les hommes, écart en relation avec le gradient social de l'obésité, facteur de risque du diabète, plus marqué chez les femmes que chez les hommes (1).

- Catégorie socioprofessionnelle :

Entre les périodes 1976-1984 et 2009-2013, l'espérance de vie à 35 ans des hommes est passée de 37,8 ans à 44,5 ans, soit un gain de presque 7 années. Pour autant l'écart entre ouvrier et cadre supérieur est passé de 6,0 à 6,4 années de vie.

Ainsi, en 2009-2013, un homme cadre de 35 ans peut espérer vivre encore 49 ans, soit 6,4 ans de plus qu'un ouvrier du même âge qui lui vivra encore 42,6 ans.

Chez les femmes, les inégalités sociales sont moins marquées et l'écart d'espérance de vie reste constant : seuls 3,1 ans séparaient l'espérance de vie des femmes cadres et des ouvrières en 1976-1984 versus 3,2 ans en 2009-2013 [Figure 2] (21).

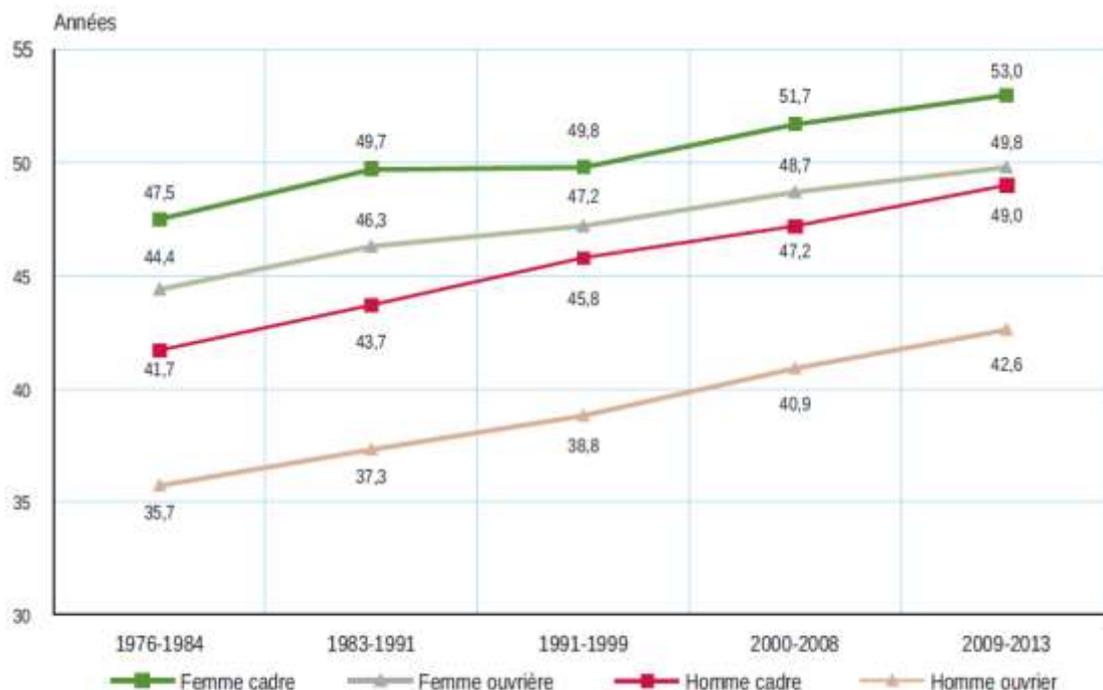


Figure 2 : Évolution de l'espérance de vie à 35 ans par sexe pour les cadres et les ouvriers (21)

○ Niveau d'étude :

L'espérance de vie à 35 ans est également liée au niveau de diplôme, et un diplôme supplémentaire est associé à un gain d'espérance de vie.

Un homme diplômé du supérieur peut espérer vivre en moyenne 1,8 an de plus qu'un bachelier ; 3,5 ans de plus qu'un titulaire d'un CAP ou d'un BEP ; 4,6 ans qu'un diplômé du brevet ou du certificat d'études et 7,5 ans qu'un homme sans diplôme (1,21).

Pour les femmes, l'écart entre l'espérance de vie à 35 ans des diplômées du supérieur et des personnes n'ayant aucun diplôme est de 4,2 ans en 2009-2013.

○ Niveau de vie (= *revenu disponible du ménage divisé par le nombre d'unités de consommation*)

D'après les données de l'INSEE pour la période 2012-2016 : (22)

- **Plus on est aisé, plus l'espérance de vie est élevée.** Ainsi, parmi les 5 % les plus aisés (dont le niveau de vie moyen est de 5800 €/mois), l'espérance de vie à la naissance des hommes est de 84,4 ans contre 71,7 ans parmi les 5 % les plus pauvres (moyenne de 470 €/mois), soit **13 ans d'écart**.

Chez les femmes, cet écart est plus faible : 8 ans séparent les plus aisées des plus pauvres.

Aux alentours d'un niveau de vie de 1 000 €/mois, 100 € supplémentaires sont associés à 0,9 an d'espérance de vie en plus chez les hommes et 0,7 an chez les femmes.

- **Avec ou sans diplôme, plus on est aisé, plus l'espérance de vie augmente.**

Ce n'est donc pas seulement parce que les personnes les plus aisées sont plus diplômées ou plus souvent cadres que leur espérance de vie est plus élevée.

Entre 2012 et 2016, la probabilité de décéder diminue avec le niveau de vie non seulement à diplôme identique, mais aussi « toutes choses égales par ailleurs » (c'est-à-dire à sexe, âge, diplôme, catégorie sociale et région de résidence donnés).

- **Les femmes ont une espérance de vie plus élevée que les hommes (6 ans en moyenne).**

Elles vivent même en général plus longtemps que les hommes les plus aisés : celles dont le niveau de vie se situe parmi les 70 % les plus aisés ont une espérance de vie plus longue que les hommes parmi les 5 % les plus aisés.

Il est intéressant de noter que comparées aux autres inégalités, celles de la santé frappent par un trait original : les femmes sont plus avantagées que les hommes, alors que dans tous les autres domaines (salaires, emplois, chômage, travail partiel, carrières, retraites) les femmes sont les premières victimes des inégalités (5).

- Inégalités dans la qualité de vie :

À ces inégalités de mortalité s'ajoutent également des inégalités dans la qualité de vie, conséquences de diverses incapacités. Les cadres vivent 10 années de plus que les ouvriers sans limitations fonctionnelles, 8 années de plus sans gêne dans les activités quotidiennes et 7 ans de plus sans dépendance. De manière générale, plus l'espérance de vie est courte, plus les années d'incapacité sont nombreuses.

Il existe donc une "double peine" pour les ouvriers : ils ont une espérance de vie plus courte et passeront plus d'années en incapacité (5,23).

- Dispositifs mis en place en France :

Toutes ces statistiques nous prouvent l'importance du ciblage des populations vulnérables en ce qui concerne les actions de prévention.
--

Car bien que la question de l'accès aux soins et du droit à la santé pour les publics dits vulnérables a fait l'objet, ces dernières années, d'une multitude de rapports, de discours et d'annonces, les ISS ne cessent de se renforcer et les publics vulnérables (qu'ils soient sans domicile fixe, en situation illégale, au chômage de longue durée, travailleurs précaires, jeunes et désocialisés ou encore personnes âgées isolées), présentent **d'importantes difficultés en matière d'accès aux soins et d'accès aux actions de prévention (14).**

Le 8 mars 2011, le Parlement européen a adopté une résolution en faveur de la réduction des inégalités de santé dans l'Union européenne. Cette résolution rappelle aux États membres que la lutte contre les inégalités de santé est une priorité qui doit être mise en œuvre dans les principes du « Health in all Policies » (une inclusion de la santé dans toutes les politiques) et que la lutte contre les inégalités socio-économiques a également un impact fort sur les inégalités de santé. Le Conseil régional Europe de l'OMS a inscrit en 2012 la réduction des inégalités de santé comme premier objectif stratégique (1).

Le bénéfice d'une assurance maladie complémentaire, en complétant les remboursements de la Sécurité sociale, permet de limiter les restes à charge et favorise ainsi l'accès aux soins. C'est pourquoi les pouvoirs publics ont mis en place plusieurs dispositifs au fil du temps pour permettre aux plus modestes de bénéficier d'une couverture complémentaire et ainsi assurer une progression certaine sur la voie de l'accès aux droits et à la santé.

A partir de du 1^{er} janvier 2000, la **Couverture maladie universelle (CMU)** et la **Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C)** ont été mises en place, facilitant l'accès au système de soins pour les personnes en situation de vulnérabilité (*loi du 27 juillet 1999*).

La CMU-C a permis l'accès à une complémentaire pour certains ménages qui en étaient auparavant exclus, mais ce dispositif a vite rencontré l'obstacle de l'effet seuil.

Pour tenter d'y remédier, l'**Aide à l'acquisition d'une Complémentaire Santé (ACS)** a été instaurée en 2005 (*loi du 13 août 2004*). Il s'agit d'une aide financière venant en déduction des

cotisations à payer pour un contrat de complémentaire santé. Elle est réservée aux personnes dont les ressources sont légèrement supérieures au plafond d'attribution de la CMU-C. Depuis 2015, il existe trois niveaux de garanties en fonction des besoins (Contrat A, B ou C) (24).

A ces dispositifs s'ajoute l'**Aide médicale d'Etat (AME)**, entrée en vigueur en janvier 2000 également. Elle permet aux étrangers en situation irrégulière de bénéficier d'un accès aux soins, sous réserve d'avoir une résidence stable en France depuis plus de 3 mois. Le plafond de ressources est identique à celui de la CMU-C. Fin 2018, 318 106 étrangers en situation irrégulière bénéficiaient de l'AME (25).

Dans un souci de simplification des démarches, depuis le 1^{er} janvier 2016, la réforme de la **Protection Universelle Maladie (PUMa)** garantit que toute personne qui exerce une activité professionnelle en France ou qui réside en France de manière stable et régulière bénéficie du droit à la prise en charge de ses frais de santé. Concrètement, les droits acquis lors de l'affiliation initiale à la sécurité sociale sont continus tout au long de la vie de l'assuré dès lors qu'il travaille ou réside en France et quels que soient les changements professionnels ou familiaux vécus. La PUMa a permis de fluidifier considérablement la gestion des droits et de simplifier les démarches des assurés. **Le dispositif spécifique de la CMU de base est donc devenu inutile et a été supprimé** (26,27).

Cependant, le non-recours à ces dispositifs reste important.

C'est avec l'ambition de lutter contre le non-recours aux droits et aux soins qu'a été engagée une refonte des dispositifs en remplaçant la CMU-C et l'ACS par la **Complémentaire santé solidaire (CSS)** à partir du 1^{er} novembre 2019. En effet, le non-recours à l'ACS concernait la moitié des personnes éligibles. Alors que 7,1 millions de personnes étaient couvertes fin juin 2019 par une complémentaire santé grâce à la CMU-C et à l'ACS, ce sont potentiellement plus de 10 millions de personnes qui y sont éligibles et pourront bénéficier de la CSS (28).

En parallèle de tous ces dispositifs, des offres de soin spécifiquement destinées aux personnes en situation de fragilité sociale ont vu le jour. C'est le cas des permanences d'accès aux soins (PASS), des lits halte soins santé (LHSS), des lits d'accueil médicalisés (LAM), les équipes mobiles psychiatrie-précarité (EMPP) ou encore des centres d'examen de santé (CES) (26).

1.2 Notions de dépistage et de prévention

1.2.1 Définitions

- **Prévention**

La prévention a été définie par l'OMS en 1948 comme « l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps » (29). Sont classiquement distinguées la prévention primaire qui agit en amont de la maladie, la prévention secondaire qui agit à un stade précoce de son évolution (dépistages), et la prévention tertiaire qui agit sur les complications et les risques de récurrence (30).

Les mesures préventives peuvent consister en une intervention médicale, un contrôle de l'environnement, des mesures législatives, financières ou comportementalistes, des pressions politiques ou de l'éducation pour la santé (31).

Par le biais de la prévention, un certain nombre de pathologies peuvent être évitées et d'autres peuvent être diagnostiquées suffisamment tôt pour réduire les conséquences morbides évitables.

- **Dépistage**

Selon l’OMS, le dépistage consiste à identifier de manière présomptive, à l’aide de tests appliqués de façon systématique, rapide et standardisée, les sujets atteints d’une maladie ou d’une anomalie passée jusque-là inaperçue (30).

Les personnes pour lesquelles les résultats sont positifs ou douteux doivent être orientées vers leur médecin pour vérification du diagnostic et, si besoin est, pour la mise en place d’un traitement (32).

1.2.2 Actions de prévention et de promotion de la santé et populations vulnérables

Les avancées faites dans le domaine de la prévention paraissent avoir plus profité aux catégories sociales les plus favorisées et **les démarches préventives peinent à atteindre les populations qui en ont le plus besoin.**

Les classes sociales les moins favorisées ont moins recours au dépistage, sont moins sensibles aux messages de prévention visant à l’adoption de comportements favorables à la santé, à l’inverse des catégories sociales les plus favorisées, plus aptes à les intégrer et à se les approprier. Cela contribue à creuser le différentiel de morbidité et mortalité entre classes sociales et ainsi accroît les inégalités sociales de santé déjà existantes (3).

Les personnes qui vivent dans la pauvreté sont identifiées comme particulièrement « à risque », parce que leur niveau d’instruction est moindre, que leur style de vie implique plus de risques pour la santé, et parce qu’elles consultent plus tardivement.

D’après un article de la Revue Quart Monde, la prévention comme gestion des risques est à l’origine d’un profond malentendu entre les professionnels et ces populations vulnérables. Pour les professionnels, ce sont les comportements à risque qui constituent le problème et qu’il faut donc supprimer. Pour les personnes concernées, ces comportements constituent le plus souvent une réponse adaptative à un contexte de vie difficile (par exemple le tabagisme aidant à la gestion du stress, bien qu’elles n’ignorent pas que fumer soit nocif). Elles attendent donc plutôt que les professionnels les aident à trouver des solutions aux problèmes de fond qu’elles rencontrent.

Le « manque de ressources » est une des explications du non-recours. Les **ressources financières** nécessaires pour modifier certains comportements (par exemple une alimentation équilibrée) ; mais aussi les **ressources psychologiques** : avoir confiance en soi, en ses capacités de changement, avoir la force de se priver de certains « dérivatifs » (tabac, alcool) pour un hypothétique mieux-être futur (33).

Selon une étude du ministère de la Santé, de l’Assurance maladie et de La Ligue contre le cancer menée auprès de femmes en situation de précarité, la sensibilité à l’aspect économique va au-delà de la seule gratuité (indispensable). En effet, elle porte aussi sur la **peur des conséquences financières** en cas de dépistage positif, et la faible compensation financière pour l’inactivité professionnelle durant le traitement (34).

La **perte de repères essentiels** constitue également un frein : perte de droits, perte d’estime de soi (dévalorisation) ; perte de la notion du temps (conception du temps centrée sur le présent, excluant la logique de prévisibilité, de projet et donc de prévention).

Il existe aussi un **accès insuffisant à l’information** et son utilisation (offre de soins, droits sociaux), pour des raisons variées : obstacle de la langue, isolement, méconnaissance des

droits, méfiance vis-à-vis des institutions sanitaires et sociales, sous-information, difficulté à passer à l'acte (4).

D'après l'article de Zeina Mansour paru dans la revue Santé Publique, d'autres facteurs entrent aussi en jeu dans le dépistage organisé (DO) du cancer du sein : l'âge (les femmes plus âgées sont moins anxieuses et croient peu en l'utilité de l'examen), le lieu d'habitation (l'éloignement des lieux de dépistage), le statut matrimonial (les femmes mariées ou vivant en couple adoptent un comportement plus favorable face à l'examen de dépistage) (35).

Peuvent participer aussi à la non-adhésion au dépistage les représentations culturelles et sociales liées au cancer et au dépistage, plus ou moins à l'origine d'une gêne pendant l'examen de dépistage ; le sentiment de non appartenance à la population ciblée par les dépistages, voire un doute sur leur utilité ; et la complexité de la procédure de dépistage (prise de rendez-vous pour la mammographie par exemple) (34).

Selon une étude sur le recours au DO des cancers, il a été montré que les patients connaissent l'intérêt du DO, les techniques, et identifient les facteurs de risque. Cependant, ils ne réalisent pas de lien entre la considération des risques et le déclenchement de comportements en réponse. Ils établissent pour certains, selon leur mode de vie, une échelle de risques qui leur est propre. Ils développent en réponse des stratégies de dépistage qui peuvent coïncider ou non avec les campagnes organisées (36).

Enfin, selon une étude de l'Observatoire Régional de la Santé de Nouvelle-Aquitaine, d'autres facteurs expliquent également le non-recours au dépistage : un positionnement face à une norme de « santé parfaite » non partagée, l'isolement social renforçant la difficulté à se mobiliser, la crainte du diagnostic et les difficultés administratives (37).

1.3 Les Centres d'Examens de Santé et Examens de Prévention en Santé

1.3.1 Les Centres d'Examens de Santé (CES)

La stratégie nationale de santé fait de la prévention sa priorité en articulant les actions sur les déterminants sociaux, l'environnement, les comportements et pratiques cliniques préventives. Dans ce cadre, l'Assurance Maladie contribue à la mise en œuvre des programmes de santé publique en s'appuyant notamment sur son réseau de Centres d'Examens de Santé (CES), véritables acteurs en prévention.

1.3.1.1 Historique

Développé à partir de 1945, le réseau de CES constitue un puissant levier de développement d'actions de santé publique en proposant des examens de prévention en santé (EPS) aux assurés sociaux (38).

Au lendemain de la guerre, le code de la sécurité sociale fait obligation aux caisses d'assurance maladie de proposer à l'assuré du régime général et aux membres de sa famille un examen de santé gratuit. C'est ainsi que les organismes de sécurité sociale ont progressivement créé des centres d'examens de santé qui proposent des bilans de santé à leurs ayants droit. A l'origine, les examens de santé étaient destinés à répondre aux priorités sanitaires d'après-guerre, à commencer par la lutte contre le développement des maladies infectieuses telles que la tuberculose et la syphilis, mais aussi la prévention des maladies carencielles génératrices d'une grande morbidité (39).

Les CES ont ensuite régulièrement évolué pour répondre aux nouveaux enjeux de la société :

- En **1972**, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) met en place un « examen type » national dans le but d'uniformiser les pratiques des CES.
- Création des Suites d'Examen de Santé (SES) en **1986**, permettant de transmettre au médecin traitant et au consultant les conclusions de l'examen de santé, afin de faciliter la prise en charge des problèmes décelés lors de l'examen.
- Face aux situations de précarité de plus en plus fréquentes, les CES ont dû adapter leurs pratiques. L'arrêté du 20 juillet **1992** (40), en abrogeant l'arrêté de 1946, est devenu le nouveau socle réglementaire des CES. Il a élargi les missions des centres et a introduit des modifications dans les indications et les pratiques des examens, dénommés depuis « Examen *Périodique* de Santé ».
 - o Le contenu de l'EPS s'est personnalisé en fonction du sexe, de l'âge, et des facteurs de risque et a pris en compte les nouveaux besoins de santé.
 - o Les EPS se sont orientés en priorité vers les populations en marge du système de soins, qui ne bénéficiaient pas de surveillance médicale régulière et ne s'inscrivaient pas dans les dispositifs organisés de prévention.
 - o Les activités de conseil en éducation de la santé se sont développées.
- Création du Centre Technique d'Appui et de Formation des Centres d'Examens de Santé (CETAF) en **1994**, structure de coordination des CES. Il s'agit d'une association privée à but non lucratif (association loi 1901) ayant pour but de : renforcer la place du réseau des CES au sein de la politique nationale de santé ; organiser et exploiter la base de données des CES ; et valoriser les résultats des études et recherches conduites par les CES auprès de leurs partenaires et de la communauté scientifique.
- En **2002**, mise en place du score EPICES, indicateur de précarité (*détaillé plus loin*).
- A partir de **2006**, création d'une offre de service au médecin traitant au travers des programmes d'éducation thérapeutique et d'éducation en santé (7).

1.3.1.2 Organisation

- **Financement**

Les CES sont financés par le Fond National de Prévention, d'Education et d'Informations Sanitaires (FNPEIS).

Dans 75% des cas, leur gestion est directement réalisée par les caisses d'assurance maladie. Pour les autres, il s'agit d'une gestion conventionnée entre des prestataires externes (essentiellement des associations loi 1901) et les organismes de sécurité sociale (7).

- **Organisation territoriale**

On compte aujourd'hui 86 CES et 34 antennes, répartis dans toute la France, organisés en réseaux régionaux permettant les échanges de bonne pratique et les actions d'entraide (41).

1.3.1.3 Missions

Le réseau de CES coordonne son action dans le respect des engagements pris dans le cadre de la convention d'objectifs et de gestion (COG) signée entre l'Etat et la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) tous les 3 à 5 ans (38).

Les COG fixent donc les priorités des CES.

La COG 2010-2013 visait notamment à intensifier le ciblage des examens de santé au bénéfice des populations les plus vulnérables. En ce sens, la part de personnes en situation de précarité parmi les bénéficiaires devait atteindre l'objectif de **50 %** en fin de COG (42).

La COG 2014-2017 portait également une attention particulière aux personnes éloignées du système de santé. L'objectif de fin de COG était de maintenir à **plus de 50 %** le taux de population en situation de précarité parmi les bénéficiaires (43).

Ces missions sont également reprises dans la COG 2018-2022, qui a pour objectif d'atteindre **65 %** de consultants en situation de précarité fin 2022 (44).

Les missions des CES s'articulent autour de quatre orientations majeures :

1. Lutte contre les inégalités sociales de santé (ISS) en mettant en place :

- Un ciblage au profit des personnes éloignées du système de santé,
- Une offre d'information sur les droits et le système de santé,
- Un accompagnement vers les droits (CMU-C/ACS et CSS depuis 2019) et les soins (45).

2. L'examen de prévention en santé (EPS)

La réalisation des EPS constitue environ 90 % de l'activité des CES. L'EPS a pour but d'aider les publics précaires à recourir à des actions de prévention, de dépistage et à faciliter la prise en charge des anomalies ou des facteurs de risque repérés. Il doit aussi leur permettre de mieux s'insérer dans un parcours de soins. Ces missions de prévention et de dépistage caractérisent les CES et les distinguent des centres de soins gratuits et des Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) qui eux, prodiguent des soins (7).

3. Soutien des médecins généralistes

Les CES ont également pour mission d'apporter un soutien aux médecins généralistes en matière de prévention et de prise en charge des pathologies chroniques au travers d'actions en **éducation en santé** et en **éducation thérapeutique** : ateliers concernant les facteurs de risque cardio-vasculaires, la BPCO, l'asthme, le diabète de type 2, les conduites addictives, le bien-être et la santé mentale, etc.

De plus, toujours en lien avec la coordination avec le médecin traitant, la COG 2018-2022 insiste sur le partage des informations de santé avec l'alimentation du Dossier Médical Partagé (DMP) par les praticiens des CES.

Par ailleurs, la place des CES dans l'offre de l'Assurance Maladie évolue pour faire des CES des acteurs à part entière de la politique de prévention et de gestion des risques de l'Assurance Maladie. Cela se traduit entre autres par le renforcement des passerelles entre l'offre des CES et les autres offres de l'Assurance Maladie : programme SOPHIA (service d'accompagnement des malades chroniques), M'T dents (rendez-vous gratuit chez le chirurgien-dentiste), ou encore la MAS (Mission Accompagnement Santé), anciennement PFIDASS (Plate-Forme d'Intervention Départementale pour l'Accès aux Soins et à la Santé), visant à réduire le renoncement aux soins (45).

4. Recueil des données épidémiologiques

Les CES participent également à des programmes de recherche et des études nationales de santé publique sur l'état de santé de la population, contribuant ainsi à l'observation et à la surveillance épidémiologiques (7). A titre d'exemples :

- La cohorte *Constances* ayant pour principal objet l'étude des déterminants professionnels et sociaux de santé (46) ;
- L'étude *Esteban*, qui a pour objectifs d'estimer les niveaux d'imprégnation de la population française à des substances de l'environnement, de décrire l'activité physique, l'état nutritionnel, d'estimer la prévalence de maladies chroniques (diabète, maladie rénale chronique, BPCO, asthme) et de facteurs de risque vasculaire, et d'estimer la prévalence de l'asthme, de l'atopie et des maladies allergiques chez les enfants (47).

1.3.1.4 Score EPICES

Suite à la publication de l'arrêté ministériel de 1992 (article 2) (40), les CES ont focalisé leur activité sur les populations en situation de précarité, définies sur des critères socio-administratifs : chômeurs, bénéficiaires du revenu minimum d'insertion (RMI) ou titulaires d'un contrat emploi solidarité, personnes sans domicile fixe et jeunes de 16 à 25 ans exclus du milieu scolaire et engagés dans des processus d'insertion professionnelle.

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

Il a été construit par un groupe de travail composé de membres du CETAF, des CES et de l'Ecole de Santé Publique de Nancy.

Il s'agit d'un score individuel de mesure de précarité et des inégalités de santé.

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

Une analyse multidimensionnelle des réponses à ce questionnaire a permis d'identifier un axe factoriel majeur allant de l'aisance sociale à la précarité. Cet axe a été interprété comme le reflet du gradient social lié à la précarité, la position d'une personne sur cet axe constituant un indicateur quantitatif de son degré de précarité.

Puis une nouvelle analyse a permis de sélectionner 11 questions qui expliqueraient à près de 90 % la position sur l'axe [Tableau 1].

Chaque réponse est affectée d'un poids et le score EPICES s'obtient en totalisant le poids de chacune des 11 réponses. Ce score varie de 0 (absence de précarité) à 100 (précarité maximum). **Un score de 30 a été retenu pour définir le seuil de précarité.** Les consultants des CES avec un score supérieur ou égal à 30 sont considérés comme « prioritaires ».

Le score EPICES présente de nombreux avantages : c'est un score individuel et facile à déterminer puisqu'il repose sur seulement 11 questions binaires (oui / non). Il permet aussi un meilleur repérage des populations fragilisées socialement ou médicalement qui échapperaient à la définition socio-administrative de la précarité selon l'article 2 de l'arrêté de 1992.

De plus, la nature quantitative du score EPICES permet de l'utiliser pour le suivi longitudinal des personnes et l'étude des processus de précarisation.

Après avoir reçu l'accord de la Commission Nationale Informatique et des Libertés (CNIL), ce nouveau questionnaire a été progressivement mis en place à partir du 1^{er} janvier 2002 (48).

Au-delà des CES, le score EPICES a pour rôle d'identifier les populations dites prioritaires.

Il a été transposé en milieu hospitalier pour des patients diabétiques. Il a été mis en évidence une relation quantitative entre le score EPICES, le non-contrôle du diabète et la survenue de microangiopathie, montrant ainsi l'intérêt pronostique de cet indicateur dans des populations à haut risque (49).

De la même façon, une étude menée dans le service de gynécologie-obstétrique du CHU de Saint-Etienne a démontré que l'utilisation du score EPICES permet de repérer les patientes les plus à risque de développer une pathologie obstétricale (diabète gestationnel, retard de croissance intra-utérin, hypertension gravidique, anémie ferriprive) (50).

S. Belin a également démontré par le biais de sa thèse l'existence d'une relation entre le score EPICES et le risque d'être victime de violences (51).

Tableau 1 : Les 11 questions du score EPICES (48)

N°	QUESTIONS	OUI	NON
1	Rencontrez-vous parfois un travailleur social (assistante sociale, éducateur) ?	10,06	0
2	Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire (mutuelle) ?	-11,83	0
3	Vivez-vous en couple ?	-8,28	0
4	Etes-vous propriétaire de votre logement (ou accédant à la propriété) ?	-8,28	0
5	Y-a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF...) ?	14,80	0
6	Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?	-6,51	0
7	Etes-vous allé au spectacle (cinéma, théâtre...) au cours des 12 derniers mois ?	-7,10	0
8	Etes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?	-7,10	0
9	Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants ?	-9,47	0
10	En cas de difficultés (financières, familiales, de santé...) y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ?	-9,47	0
11	En cas de difficultés (financières, familiales, de santé...), y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle (y compris un prêt) ?	-7,10	0
	Constante	75,14	

Calcul du score : Il faut impérativement que toutes les questions soient renseignées.

Chaque coefficient est ajouté à la constante si la réponse à la question est oui.

1.3.2 Examen de Prévention en Santé (EPS)

L'examen de prévention en santé (EPS) représente la principale activité des CES. Il concerne environ 600 000 personnes par an, soit 1,3 % des assurés (42).

Il est intégralement pris en charge par l'Assurance Maladie (sans avance de frais).

Dans la COG 2018-2022, la CNAMTS préconise que le coût moyen pour une prestation complète se rapproche de 250 € (52). Le coût moyen de l'EPS était estimé par la Cour des Comptes en 2009 aux alentours de 220 €, avec une grande variabilité entre les différents Centres (entre un minimum aux alentours de 150 € et un maximum de 400 €) (39).

Le coût moyen d'un examen au CES de Bayonne s'élevait à 324.52 € en 2018 (53).

Il a une mission de **prévention**, et **non de soins**.

En 2017, l'Examen *Périodique* de Santé « rénové » (anciennement bilan de santé gratuit) devient l'Examen de *Prévention* en Santé.

Il s'inscrit en complémentarité de l'action du médecin traitant. Cet examen est adapté à l'âge, au sexe, aux risques ainsi qu'au suivi médical habituel des assurés (38).

Il permet au consultant de :

- Bénéficier d'actions de dépistage s'appuyant sur les recommandations actuelles ;
- Faire le point sur sa santé en individuel (approche globale, médicale et éducative) en lui proposant le cas échéant une offre complémentaire fondée sur une approche éducative en collectif (ateliers d'éducation en santé, d'éducation thérapeutique) ;

- Se (ré)inscrire dans un parcours de soins coordonné par le médecin traitant ;
- Bénéficiaire d'orientations dans le système de santé pour des prises en charge médicales et/ou éducatives adaptées.

Il permet au médecin traitant de bénéficiaire :

- D'un éclairage complémentaire, notamment éducatif et préventif, sur l'état de santé et les habitudes de vie de son patient par une équipe pluri-professionnelle ;
- D'un soutien dans l'orientation de son patient vers des prises en charge spécifiques notamment éducatives (45).

1.3.2.1 Populations éligibles et méthodes de recrutement

1.3.2.1.1 Population éligible et population cible

Les EPS sont destinés aux assurés du régime général de la Sécurité Sociale (salariés, bénéficiaires de la CMU, du RSA, retraités, chômeurs) et à leurs ayants droits (à partir de 6 ans). Les personnes appartenant à d'autres régimes peuvent également être accueillies, comme la Mutualité sociale agricole (MSA), la Sécurité sociale pour les indépendants (ex-RSI), la MGEN (Mutuelle générale de l'Education nationale), la CNMSS (Caisse Nationale Militaire de Sécurité Sociale), etc. Dans ce cas, la caisse d'appartenance paye le bilan après accord préalable entre le CES et la caisse concernée (54).

Aussi, depuis 2014, toute personne titulaire de l'aide médicale de l'état (AME) peut bénéficier d'un examen de prévention en santé (55).

Toutefois, ces examens sont **destinés en priorité aux personnes de plus de 16 ans éloignées du système de santé et en situation de précarité**, qui ne bénéficient pas, peu ou mal d'un suivi médical régulier réalisé par le médecin traitant, faute de l'avoir désigné ou de le consulter, ou qui ne s'inscrivent pas dans des dispositifs organisés de suivi, de dépistage ou de vaccinations qui leurs sont offerts.

L'EPS leur permet ainsi de s'inscrire ou de se réinscrire dans un parcours de santé (56).

Comme expliqué précédemment, l'Etat, via les COG, vise à intensifier le ciblage des examens de santé au bénéfice des populations vulnérables. A chaque nouvelle convention, la part des personnes en situation de précarité (selon le score EPICES) parmi les bénéficiaires doit atteindre des objectifs de plus en plus élevés.

1.3.2.1.2 Méthodes de recrutement

Les CES recourent à 2 principales méthodes complémentaires de recrutement (57) :

- **Le requêtage**

Il s'agit du premier mode de recrutement utilisé par les CES, mené sur le système d'information des CPAM. Les requêtes les plus souvent utilisées sont celles concernant les assurés bénéficiant de la CMU-C, de la CMU, de l'ACS (CSS depuis 2019), les demandeurs d'emploi, et les bénéficiaires d'indemnités journalières.

Mais les critères de requêtage sont très différents selon les CES.

Les modalités d'invitation les plus fréquemment employés par les CES sont l'envoi de courriers et de mails, et l'appel téléphonique direct.

Le taux de réponse varie entre 3 % et 5 %, inférieur au taux de retour sur des invitations ou des ciblage réalisés par des partenaires.

Le requêtage présente un avantage fort en termes d'efficience (nombre important de consultants recrutés et coûts de mise en œuvre limités), mais il présente une efficacité limitée en termes de ciblage des populations vulnérables.

- **Les partenariats**

Le CETAF promeut une stratégie basée sur la déclinaison locale de partenariats nationaux. A ce titre, plusieurs conventions nationales ont été signées par le CETAF avec des partenaires institutionnels.

Les partenaires qui participent le plus fortement au recrutement des consultants sont : les agences Pôle Emploi, les centres de formation, les établissements scolaires, le CNML (Conseil National des Missions Locales, pour les jeunes de 16 à 25 ans en insertion), les foyers d'hébergement sociaux, les CCAS-CIAS (Centres Communaux ou Intercommunaux d'Action Sociale), les CAF (Caisse d'Allocations Familiales), la CNAV (Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse), représentée au niveau régional par les CARSAT (Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail), les établissements universitaires.

Tous les CES travaillent en partenariat avec d'autres organismes afin de cibler les assurés mais exploitent très peu les conventions nationales. En effet, les partenariats demeurent, avant tout, une affaire de relations interpersonnelles locales.

La mobilisation des partenariats n'assure pas de forts volumes mais garantit un haut niveau de performance en matière de ciblage des populations vulnérables.

En effet, les CES travaillent avec des partenaires qui prennent en charge, dans le cadre de leurs missions, des publics vulnérables.

Par contre, le travail partenarial apparaît particulièrement coûteux. Les dépenses engagées pour faire vivre les partenariats tiennent notamment à la gestion de la relation, à l'animation d'informations collectives et aux déplacements conséquents. Ensuite, le bon fonctionnement d'un partenariat dépend de la présence au sein de l'entité partenaire d'un interlocuteur dynamique et compétent.

→ Selon le rapport annuel du CETAF, en France, en 2017, 163 095 examens ont été réalisés à partir des requêtes faites par la CPAM, et 45 425 (soit près de 3,6 fois moins) via les partenariats issus d'un accord-cadre national (58).

1.3.2.2 Contenu de l'examen

En 1972, la CNAMTS uniformise les pratiques des CES et propose un examen standardisé appliqué par tous les CES.

L'arrêté ministériel du 20 juillet 1992 a défini des orientations importantes pour les activités des CES, et notamment la réalisation d'examens modulés selon les besoins individuels et collectifs définis par l'âge, le sexe, et certains facteurs de risque.

L'EPS « rénové » depuis 2017 s'inscrit dans la continuité des orientations de l'arrêté de 1992 en renforçant la modulation du contenu de l'EPS conformément aux orientations des dernières COG et en tenant compte des nouvelles recommandations.

D'avantage personnalisé, plus adapté aux problématiques du consultant et à son âge, tenant compte des facteurs de risques de chaque patient, il permet de bien cibler la ou les problématiques de santé et, ainsi, d'offrir à chaque consultant et à son médecin traitant une meilleure prise en charge éducative en prévention primaire et secondaire (45).

Ainsi, il existe trois examens différents avec leurs spécificités en fonction de l'âge des consultants : EPS *junior* (10-15 ans), *jeune* (16-25 ans), et *sénior* (> 65 ans).

L'EPS *jeune* aborde notamment les thèmes de la nutrition (incluant l'alimentation, l'activité physique, l'hygiène buccodentaire), la vie affective et sexuelle, les conduites addictives, le bien-être et la santé mentale (gestion du stress, etc.).

La prévention des risques de chutes et les troubles de la mémoire font partie de l'EPS *sénior*. Certains thèmes sont communs à tous comme le tabac, dépistage du surpoids/obésité, prévention des troubles cardiovasculaires, etc (56).

Le cadre d'exercice correspond au « **périmètre socle** » de l'EPS. Il se fonde sur une approche collective de santé publique. Il vise un niveau homogène des pratiques pour l'ensemble des CES et comprend les éléments incontournables que l'ensemble des CES offrent aux assurés. Un schéma synthétique du périmètre de l'EPS socle est présenté en **Annexe 1** (p. 68).

Il concentre l'action des CES sur les facteurs de risque et les comportements de santé ayant **le poids le plus important en termes de mortalité et morbidité**.

Pour ce faire, il s'appuie sur des données scientifiques, telles que les recommandations des agences indépendantes françaises ou internationales, et prend en compte la politique de gestion des risques de l'Assurance Maladie et la politique de prévention de l'Etat (45).

Il s'appuie entre autre sur le rapport publié en 2009 par l'OMS sur l'estimation de la mortalité et du poids de certaines maladies attribuables à des facteurs de risques et comportements de santé. Les principaux facteurs de risque de mortalité dans les pays industrialisés sont le tabagisme, l'HTA, le surpoids/obésité, la sédentarité, l'hyperglycémie et l'hypercholestérolémie [Tableau 2] (45,59).

Tableau 2 : Mortalité et morbi-mortalité attribuables à une sélection de risques majeurs

Facteurs de risque	Mortalité attribuable (% du total)		Morbi-mortalité attribuable (% du total)
	Pays industrialisés	Dans le monde	
Tabac	17,9	8,7	10,7
Hypertension artérielle (HTA)	16,8	12,8	6,1
Surpoids et obésité	8,4	4,8	6,5
Sédentarité	7,7	5,5	4,1
Hyperglycémie	7,0	5,8	4,9
Hypercholestérolémie	5,8	4,5	3,4
Alcool (> 40 g/jour)	1,6	3,8	6,7

L'ensemble de ces sept facteurs contribue en Europe pour l'essentiel à 49 % de la mortalité et à 34 % de la morbi-mortalité.

Selon le CETAF, en 2008, dans la population des consultants de 18 à 65 ans ayant réalisé un EPS, 47 % ont un surpoids ou une obésité, 30% ont une tension artérielle > 140/90 et/ou sont traités pour HTA, 28 % se déclarent fumeurs et 15 % ont une hypercholestérolémie (45).

Déroulement de l'examen :

L'EPS se déroule en 3 étapes. Dans un premier temps, le patient reçoit par courrier une invitation ainsi qu'un auto-questionnaire. Puis il se rend au CES (sur rendez-vous) pour l'examen de santé. Une synthèse du bilan est adressée au consultant et à son médecin traitant (s'il est désigné et avec l'accord du patient). Cette synthèse peut être accompagnée d'une mise en suite d'examen de santé (SES), en fonction de la gravité de l'anomalie décelée (7).

1.3.2.2.1 L'auto-questionnaire socio-administratif et médical

Afin de préparer la réalisation de l'EPS, il est demandé aux consultants de remplir en amont le questionnaire socio-administratif et médical (QSAM) cf **Annexe 2** (p. 69). Il couvre le champ de l'EPS socle et ouvre à d'autres problématiques de santé à travers des questions ouvertes. Il permet un recueil d'informations sur le statut sociodémographique du consultant, son socle de vie, ses comportements, son recours aux soins et son état de santé (45).

La première partie du questionnaire s'intéresse à la fragilité sociale du consultant (niveau d'études, type d'emploi, exposition professionnelle à des nuisances, mode de vie...), et inclut les 11 questions du score EPICES.

La deuxième partie permet de caractériser les comportements à risque en quantifiant notamment les consommations d'alcool, de drogues et de tabac.

D'autres questions concernent le recours aux soins : statut vaccinal, fréquence de suivi par un médecin ou un dentiste, participation au(x) dépistage(s) organisé(s).

La dernière partie vise à déterminer l'état de santé. Les consultants attribuent une note de « santé perçue » sur une échelle de 0 à 10 et répondent à des questions sur leurs antécédents et leurs symptômes actuels (7).

Les finalités du questionnaire sont donc (45) :

- **Pour le consultant :**
 - Préparer les éléments utiles au bon déroulement de son EPS ;
 - Faire le point sur sa santé, identifier les éléments qu'il souhaiterait aborder avec l'infirmier(e), le médecin ou le dentiste.
- **Pour le CES :**
 - Recueillir les informations administratives nécessaires ;
 - Repérer le niveau de couverture sociale et un éventuel besoin de connaissance des dispositifs d'accès aux droits et au système de santé ;
 - Disposer d'un premier repérage des problématiques de santé, sociales et comportementales du patient, participant à la modulation du contenu de l'EPS.

1.3.2.2.2 L'examen de santé

Le jour de l'examen, le consultant se présente au CES muni de ses éléments médicaux (carte vitale, carnet de santé et vaccination, résultats d'examens biologiques, radiologiques, etc. passés précédemment), ainsi que du questionnaire QSAM complété.

Il doit venir à jeun afin de réaliser le bilan biologique.

L'examen de santé se déroule sur une demi-journée et débute par la vérification et une information sur les droits en santé, le parcours de soins, les dispositifs d'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (CMU-C/ACS et CSS depuis novembre 2019), effectuées par les secrétaires. Les consultants sont ensuite adressés auprès des agents de la caisse si besoin (56).

Puis il comporte de façon systématique :

- Des mesures biométriques : poids, taille, calcul de l'IMC (indice de masse corporelle) ;
- Prise de la tension artérielle ;
- Dépistage bucco-dentaire par un dentiste du CES ;

Il est ensuite personnalisé en fonction des besoins du patient :

- Test visuel : échelles de Monoyer et Parinaud +/- grille d'Amsler ;
- Test auditif avec audiométrie tonale ;
- Bilan biologique
 - Standard : NFS-plaquettes, glycémie à jeun, bilan lipidique, bilan hépatique, créatininémie avec calcul de la clairance
 - En fonction des antécédents, de l'interrogatoire et de l'examen clinique : sérologies (hépatite B, C, VIH, syphilis), TSH, HbA1c, microalbuminurie, etc.
- Bandelette urinaire ;
- Electrocardiogramme (ECG) ;
- Spirométrie ;
- Frottis cervico-utérin (FCU) de dépistage.

Le bilan est conclu par un examen physique réalisé par le médecin. Il interroge aussi le patient sur ses antécédents, ses traitements, analyse les facteurs de risque, vérifie les vaccinations, la réalisation du FCU et des dépistages organisés des cancers du sein et colorectal pour les personnes concernées. Il se sert du QSAM comme support pour guider l'entretien.

1.3.2.2.3 La mise en Suite d'Examens de Santé (SES)

- **La démarche du consultant**

Les résultats de l'EPS sont envoyés par la poste au patient sous dix jours ou remis en mains propres à l'occasion d'un nouveau rendez-vous, selon la préférence du consultant.

Le courrier reçu par le consultant lui notifie les anomalies retrouvées à l'EPS et lui recommande de consulter son médecin plus ou moins rapidement afin de les prendre en charge.

Il lui demande enfin de transmettre au médecin du CES, par courrier, les démarches effectuées suite aux conseils donnés.

A noter que depuis l'EPS rénové en 2017, le système de tiers payant intégral lors de la consultation du médecin traitant dans les deux mois après l'EPS a été supprimé.

Lorsque le consultant ne répond pas à ce courrier de mise en suite au bout de 3 mois, une nouvelle fiche de SES lui est envoyée. S'il n'a toujours pas répondu après 6 mois, et qu'il a été mis en suite pour une pathologie nécessitant un suivi important telle que HTA, diabète, retard de mammographie ou de frottis, la fiche lui est renvoyée une nouvelle fois (ainsi qu'à son médecin traitant) (7).

Enfin, le CES réinvite systématiquement à 1 an les consultants ayant un score EPICES ≥ 30 (qu'une anomalie ait été initialement détectée ou pas).

- **La démarche du médecin traitant (MT)**

Si le consultant a un MT et qu'il a donné son accord au moment de l'EPS, son médecin généraliste reçoit également les résultats de l'EPS par voie postale ou dématérialisée via la messagerie sécurisée MS SANTE.

Ce courrier est accompagné d'un formulaire administratif et d'un questionnaire médical des suites des prises en charges entreprises.

Jusqu'en 2017, si le MT renvoyait au CES cette information, il était rémunéré sur la base d'un forfait équivalent à 1,5 fois le prix d'une consultation de médecine générale (1,5 GS).

1.3.3 Le CES de Bayonne

1.3.3.1 Présentation générale

Le centre d'examens de santé de Bayonne a été créé en 2006.

Il est rattaché au centre de Pau, mais bénéficie d'une autonomie de gestion complète. Il fait partie d'un réseau qui regroupe les CES de la région Nouvelle Aquitaine.

Il est situé dans les locaux de la CPAM de Bayonne, et il existe une antenne délocalisée à l'Hôpital de Saint Palais dans laquelle des EPS sont effectués une fois par mois (Pays Basque intérieur, à 60 km des locaux de Bayonne).

Le CES de Bayonne emploie deux médecins généralistes, dont l'une est responsable du Pôle santé publique (dont le CES fait partie).

Elles travaillent avec deux infirmières. Ces dernières visitent les partenaires sociaux régulièrement afin de rencontrer les publics vulnérables, leur présenter le CES et organiser des séances d'amont pour les informer sur l'ouverture de leurs droits et les offres de l'assurance maladie.

Trois secrétaires complètent l'équipe permanente du centre.

Une dentiste est également présente 1h30 / jour afin de réaliser des bilans dentaires, et la gynécologue assure des consultations une fois par semaine.

Les prélèvements biologiques sont envoyés à Pau (le CES de Bayonne ne possédant pas de laboratoire), les ECG y sont également transmis par voie dématérialisée sécurisée afin d'être interprétés par un cardiologue. Depuis le 7/10/2019, le laboratoire de Pau étant fermé définitivement, les analyses sont envoyées à Bordeaux.

La structure de gestion « Pyradec » gérant le centre de dépistage du cancer colorectal et du cancer du sein se situe également à Pau, mais le CES de Bayonne héberge un salarié de cette structure (53). A noter que cette structure est devenue régionale et a été remplacée par le CRCDC (Centre Régional de Coordination des Dépistages des Cancers) depuis juillet 2019.

1.3.3.2 Activité

Le CES de Bayonne réalise entre **1500 et 1600 EPS par an**.

1520 examens ont été réalisés en 2018, dont 80 % concernaient des consultants ayant un score EPICES ≥ 30 , contre 76 % en 2017 et 70 % en 2016.

49 EPS ont été réalisés à Saint Palais, dont 83,67 % en situation de précarité selon le score EPICES (53).

Afin de soutenir les médecins généralistes dans les démarches de prévention et de prise en charge des pathologies chroniques, le CES de Bayonne a également mis en place depuis avril 2013 le programme « **Education en Santé** » promu par la CNAMTS.

Cette activité a été renforcée depuis octobre 2016 grâce aux deux infirmières formées du CES, proposant des ateliers trois fois par semaine, dont des ateliers « jeunes », ciblés aux 16-25 ans, au moins une fois par semaine sur les thèmes suivants : vie sexuelle et affective ; bien être et santé mentale ; nutrition (alimentation, activité physique et hygiène bucco-dentaire) ; et conduites addictives (53,60).

Des consultations individuelles « tabac » sont également proposées, pendant ou en dehors de l'EPS, en plus des animations du « Moi(s) sans tabac » qui a lieu en novembre.

En 2018, 120 consultations individuelles (dont 107 auprès de patients en situation de précarité) ont été effectuées. Des substituts nicotiques ont pu être délivrés pour accompagner les fumeurs dans leur démarche de réduction ou d'arrêt, avec orientation vers les consultations spécialisées existantes et/ou leur médecin traitant pour le relai.

Les programmes d'éducation thérapeutique n'ont pu être mis en place par manque d'effectif et de moyens et du fait d'un recrutement de patients difficile.

Le centre de Bayonne a par ailleurs la particularité de proposer depuis 2017 un rattrapage vaccinal au moment de l'EPS lorsqu'il est nécessaire (DTPolio et DTPolioCoq). En 2018, 220 vaccins ont été effectués, après correction des données figurant dans le rapport annuel (53).

1.3.3.3 Partenariats

La prise en charge des populations éloignées du système de santé nécessite d'aller à leur rencontre, d'où l'importance des démarches visant à construire des partenariats avec les institutions et associations locales en relation avec ces personnes.

Les infirmières du CES ont pour mission de visiter les partenaires sociaux très régulièrement à la rencontre du public vulnérable et des responsables des structures afin d'établir des relations stables.

Liste des partenaires en **Annexe 3** (p. 73).

Ces relations partenariales solides permettent au CES de Bayonne d'assurer un recrutement ciblé et avec un nombre important de consultants (38,23 %) provenant des partenariats locaux.

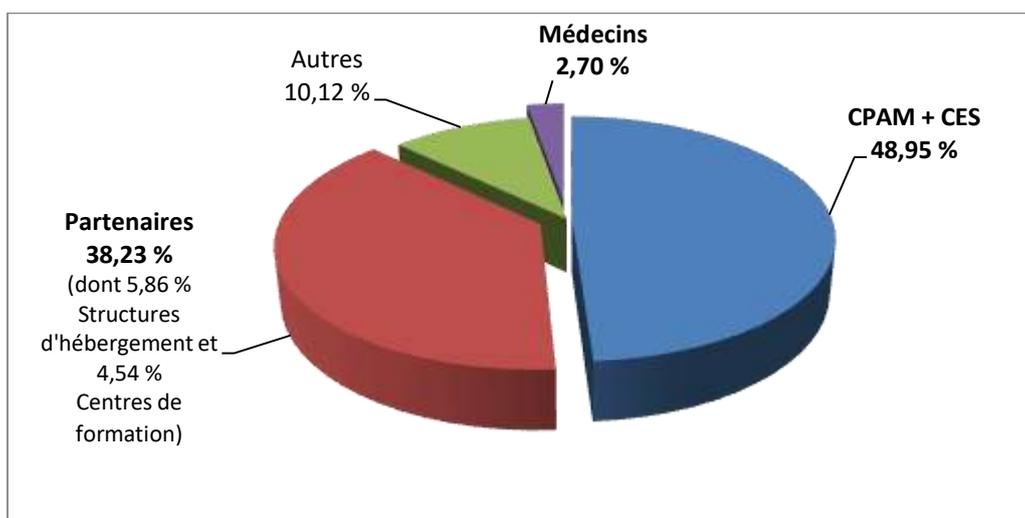


Figure 3 : Origine des consultants du CES de Bayonne en 2018 (53)

Le CES de Bayonne se coordonne également avec les acteurs sociaux locaux pour organiser un suivi, un accompagnement après l'examen de santé. Il s'agit surtout : l'Equipe mobile d'accès aux soins psychologiques (E.M.O.A.Ψ) ; le réseau DABANTA pour la prise en charge de l'obésité et des troubles du comportement alimentaire ; le Centre de soin d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) ; la PASS de l'hôpital de Bayonne et l'ASEPT (Association de Santé, d'Éducation et de Prévention sur les Territoires Sud Aquitaine, œuvrant pour le compte des régimes de retraite) (7).

1.4 Question de recherche et objectifs de l'étude

1.4.1 Question de recherche

Au regard de tous les éléments détaillés en amont, se pose la question de l'efficacité des CES et des EPS dans la réduction des inégalités sociales de santé en France, notamment en matière d'accès au secteur préventif.

Nous n'avons trouvé que deux études portant sur le suivi des consultants et leur accès effectif aux soins au décours de l'examen de santé.

Chacune d'entre elles présentant des limites et des biais, nous avons tenté de mener une nouvelle étude actualisée afin de répondre à notre question de recherche qui était donc : **Les actions préconisées à l'issue de l'EPS au CES de Bayonne sont-elles réalisées dans les 12 mois qui suivent ?**

1.4.2 Objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette étude était de **déterminer la proportion de consultants ayant réalisé les examens et soins préconisés à l'issue de l'EPS.**

Les objectifs secondaires étaient de :

- **Déterminer les facteurs influençant l'absence de suivi**
- **Évaluer le retour de mise en SES** (Suites d'Examens de Santé) par les médecins généralistes et les consultants.

2. METHODE

2.1 Schéma et lieu de l'étude

Nous avons réalisé une étude de cohorte, avec recueil de données rétrospectif, monocentrique, menée au CES de Bayonne.

2.2 Constitution de l'échantillon

2.2.1 Critères d'inclusion

Nous avons inclus les consultants ayant bénéficié d'un Examen de Prévention en Santé au CES de Bayonne entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2018.

2.2.2 Critères de non-inclusion

Les mineurs de moins de 16 ans n'ont pas été inclus dans l'étude car le score EPICES n'est attribuable qu'aux personnes de 16 ans et plus.

2.2.3 Critères d'exclusion

Aucun consultant n'a été exclu.

2.3 Recueil des données

2.3.1 Informations recueillies à partir du logiciel SAGES (logiciel médical du CES) :

○ Données administratives :

- Numéro du patient : afin de préserver l'anonymat du consultant, chacun a été désigné par un numéro suivant la chronologie de leur passage au CES
- Sexe
- Âge
- Bénéficiaire de la CMU-C
- Bénéficiaire d'une complémentaire santé, avec ou sans ACS
- Score EPICES
- Déclaration préalable d'un médecin traitant
- Niveau d'étude : Illettré ; Sans diplôme ; BEPC-CAP-BEP ; BAC ; BAC +2 ; Supérieur à BAC +2
- Catégorie socioprofessionnelle (selon la classification de l'INSEE) (61)
- Mise en Suite d'Examen de Santé (SES)

○ Données médicales :

▪ Informations servant à décrire la population de l'étude

Ces données ont été considérées comme des comorbidités et des facteurs associés à la précarité, et non comme des pathologies ou anomalies détectées lors de l'EPS.

- Indice de Masse Corporelle (IMC)
- Tabagisme : fumeur (≥ 1 cigarette / jour) ; non-fumeur ; ancien fumeur (tabagisme sevré depuis > 2 ans)
- Consommation d'alcool (Questionnaire FACE) : consommation déclarée quotidienne (≥ 1 verre / jour) ; certains jours (uniquement le week-end ou certains jours de la semaine) ; plus rarement (≤ 1 fois / semaine) ; jamais ; a cessé (pas de définition de temps)

- **Anomalies détectées**
 - **Absence ou retard dans le dépistage organisé**
 - Absence ou retard de dépistage du cancer colorectal par test immunologique depuis plus de 2 ans pour les consultants âgés de 50 à 74 ans
 - Absence ou retard de dépistage du cancer du col de l'utérus par FCU depuis plus de 3 ans pour les femmes âgées de 25 à 65 ans
 - Absence ou retard de dépistage du cancer du sein par mammographie depuis plus de 2 ans pour les femmes âgées de 50 à 74 ans
 - **Facteurs de risque cardiovasculaires**
 - Suspicion d'hypertension artérielle
 - Anomalie lipidique
 - Anomalie glucidique
 - **Anomalies des organes sensoriels**
 - Audiométrie anormale
 - Acuité visuelle anormale
 - **Autres anomalies**
 - Défaut ou retard de vaccination antitétanique
 - ECG anormal
 - Spirométrie anormale (proposée aux consultants de > 40 ans et fumeurs (> 10 paquets-année) et à tout âge aux patients ayant un asthme non suivi)
 - Examen bucco-dentaire pathologique

2.3.2 Informations recueillies à partir des données de remboursement de la CPAM via le logiciel ERASME

Recueil de données 12 mois après le passage au CES de chaque consultant.

- Données administratives :
 - Nouvelle déclaration de médecin traitant
 - Nouvelle affiliation à la CMU-C ou une complémentaire privée, avec ou sans ACS

○ Informations sur la consommation de soins :
Détail des codes **CCAM, NGAP, ATC, CIP, NABM** en **Annexe 4** (p. 74).

- **Consultations** : médecin généraliste, spécialiste d'organe (cardiologue, ophtalmologue, pneumologue, endocrinologue, ORL) et dentiste
→ codes *CCAM (Classification Commune aux Actes Médicaux) et NGAP (Nomenclature Générale des Actes Professionnels)*
- **Examens complémentaires** : ECG, échographie cardiaque, épreuve d'effort, spirométrie, audiométrie, mesure de l'acuité visuelle, mammographie, frottis cervico uréthin et/ou colposcopie et/ou biopsie et/ou conisation
→ codes *CCAM*
- **Test de dépistage du cancer colorectal** : Test immunologique
→ *les données sur la réalisation des tests immunologiques ont été obtenues auprès de PYRADEC, structure chargée des dépistages organisés des cancers du sein et colorectal dans les Pyrénées Atlantiques jusqu'à fin juin 2019.*
- **Pharmacie** : Traitements des syndromes obstructifs des voies aériennes, insuline, antidiabétiques oraux, vaccins antitétaniques, antihypertenseurs, hypolipémiants
→ *classification ATC (Anatomical Therapeutic Classification Index of Chemicals) et code CIP (Code Identifiant de Présentation)*
- **Actes biologiques** : Bilan lipidique, bilan glucidique
→ *NABM : Nomenclature des Actes de Biologie Médicale*

2.4 Critères de jugement

Définitions des résultats de l'EPS considérés comme pathologiques et des remboursements pris en compte (dans les 12 mois suivant l'EPS de chaque consultant) pour préjuger du suivi des recommandations émises en fonction de l'anomalie détectée (cf le tableau en *Annexe 4* (page 74) pour plus de détails) :

- **Absence ou retard de dépistage du cancer colorectal (CCR)**

Pour les consultants éligibles au dépistage organisé par réalisation d'un test immunologique et ne l'ayant pas réalisé depuis plus de 2 ans, le critère de jugement était la réalisation de celui-ci dans les 12 mois suivant leur passage au CES.

- **Absence ou retard de dépistage du cancer du col de l'utérus**

Pour les femmes âgées de 25 à 65 ans concernées par le dépistage du cancer du col et n'ayant pas réalisé de frottis cervico-utérin (FCU) depuis plus de 3 ans, le critère de jugement était la réalisation d'un FCU (réalisé sur place au CES ou « en externe »), et/ou le remboursement des actes suivants : coloscopie ; conisation ; biopsie du col de l'utérus.

- **Absence ou retard de dépistage du cancer du sein**

Les femmes âgées de 50 à 74 ans n'ayant pas réalisé de mammographie depuis plus de 2 ans ont été considérées comme n'étant pas à jour du dépistage organisé.

La réalisation de la mammographie dans les 12 mois suivants a ensuite été vérifiée.

- **Suspicion d'hypertension artérielle (HTA)**

Les patients ayant une TA > 140/90 mmHg sur la moyenne des 3 mesures effectuées lors de l'examen ont été considérés comme pouvant être hypertendus.

Nous avons analysé le suivi des recommandations émises à l'aide des remboursements suivants : consultation d'un MG, cardiologue, réalisation d'examen complémentaires (ECG, échographie cardiaque, épreuve d'effort) et achat d'un traitement anti-hypertenseur.

- **Anomalie lipidique**

Devant une anomalie significative ou mineure, les critères de jugement pour le suivi des recommandations étaient la réalisation d'un bilan biologique de contrôle et l'achat d'un traitement hypolipémiant.

- **Anomalie glucidique**

Face à une anomalie glucidique (anomalie significative ou mineure), l'observance des recommandations émises a été analysée grâce aux consultations chez un MG, endocrinologue, réalisation d'un bilan glucidique de contrôle, et l'achat d'antidiabétiques oraux et/ou insuline.

- **Audiométrie anormale**

Pour le suivi des recommandations des consultants ayant présenté une audiométrie anormale, nous avons observé les remboursements de consultation ORL et des audiométries de contrôle.

- **Diminution de l'acuité visuelle**

L'observance des conseils émis aux patients ayant présenté une acuité visuelle anormale a été évaluée par l'analyse des consultations d'ophtalmologie et la réalisation d'examen visuels.

- **ECG anormal**

Les tracés ont systématiquement été analysés par des cardiologues a posteriori qui déterminent la nécessité d'une consultation cardiologique et/ou d'un ECG de contrôle.

Les critères de jugement pour les consultants ayant un ECG anormal ont été : consultation avec un cardiologue, réalisation d'un ECG de contrôle, échographie cardiaque, ou épreuve d'effort.

▪ **Spirométrie anormale**

Les remboursements pris en compte pour préjuger du suivi des patients ayant présenté une spirométrie anormale ont été : consultation avec un pneumologue, la réalisation d'une spirométrie de contrôle, une pléthysmographie, radiographie du thorax, et l'achat de traitements pour les syndromes obstructifs des voies aériennes.

▪ **Examen bucco-dentaire pathologique**

Pour les consultants avec un examen dentaire pathologique, l'analyse de(s) remboursement(s) de consultation(s) dentaire(s) (sans le détail du type d'acte effectué) nous a permis de déterminer si un suivi avait été entrepris dans les 12 mois suivants.

▪ **Défaut ou retard de vaccination antitétanique**

Le critère de jugement pour les consultants non à jour (et non vaccinés au CES) a été le remboursement de l'achat d'un vaccin antitétanique dans les 12 mois suivants.

2.5 Analyse des données

Nous avons réalisé des analyses univariées grâce au logiciel **Microsoft Office Excel 2007**, puis des analyses bivariées avec **RStudio**.

Les tests statistiques utilisés :

- Test du Chi-2 : pour tester l'indépendance entre deux variables qualitatives.
- Test de Fischer : pour tester l'indépendance entre deux variables qualitatives lorsque plus d'un effectif théorique est inférieur à 5.
- Test de Shapiro-Wilk : pour déterminer si la répartition des valeurs d'une variable suit une loi normale ou pas.
- Test de Student : pour tester l'indépendance entre une variable quantitative binaire et une variable quantitative.
- Test de Kruskal-Wallis : pour tester l'indépendance entre une variable quantitative ayant plus de deux modalités et une variable quantitative.
- Coefficient de corrélation de Pearson: pour tester l'indépendance entre deux variables quantitatives.

Les valeurs qualitatives sont exprimées en effectif et pourcentage, et les valeurs quantitatives en médiane, premier et troisième quartile (Q1, Q3), du fait de la distribution non normale de l'ensemble des variables.

2.6 Aspects réglementaires et éthiques

Nous avons réalisé auprès de la Commission Nationale Informatique et Liberté (CNIL) un engagement de conformité à la méthodologie de référence 004.

Nous avons analysé des données rétrospectives toutes issues de l'Assurance Maladie qui possède elle-même un accord avec la CNIL.

Nous n'avons eu accès qu'à des données anonymisées, sans aucune donnée nominative ni autres données directement identifiantes comme le NIR ou le numéro SAGES.

3. RESULTATS

3.1 Analyse descriptive de la population

Nous avons inclus **1459** personnes âgées de 16 ans ou plus, ayant bénéficié d'un examen de prévention en santé entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2018 au Centre d'Examens de Santé de la CPAM de Bayonne.

Notre population représentait 95,99 % de la population totale reçue au CES de Bayonne en 2018 (après exclusion des 61 consultants de moins de 16 ans).

Tableau 3 : Description des personnes à l'inclusion (N = 1459)

	Effectif N	Pourcentage %
Sexe		
Femmes	722	49,49
Hommes	737	50,51
Âge (ans) : m [Q1 ; Q3]		
	38 [22 ; 54]	
Niveau d'étude		
Illettré	26	1,78
Sans diplôme	313	21,45
BEPC-CAP-BEP	508	34,82
BAC	324	22,21
BAC+2	117	8,02
> BAC+2	171	11,72
Catégorie socioprofessionnelle		
Agriculteurs exploitants	3	0,21
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	7	0,48
Cadres et professions intellectuelles supérieures	8	0,55
Professions Intermédiaires	54	3,70
Employés	232	15,90
Ouvriers	81	5,55
Retraités	173	11,86
Autres personnes sans activité professionnelle		
Élèves, étudiants	376	25,77
Personnes diverses sans activité de < 60 ans	463	31,73
Personnes diverses sans activité de ≥ 60 ans	42	2,88
Chômeurs n'ayant jamais travaillé	19	1,30
Militaire	1	0,07
Score EPICES		
m [Q1 ; Q3]	47,93 [33,13; 65,67]	
EPICES > 30	1176	80,60
IMC (kg/m²)		
m [Q1 ; Q3]	24 [21 ; 28]	
IMC ≥ 25	651	44,62
Tabagisme		
Fumeur	633	43,18
Non fumeur	596	40,85
Ancien fumeur	230	15,76
Consommation d'alcool		
Quotidienne	116	7,95
Certains jours	436	29,88
Plus rarement	515	35,30
Jamais	373	25,56
A cessé	19	1,30
Déclaration MT préalable		
	1234	84,58
Bénéficiaire d'une complémentaire privée (avec ou sans ACS)		
	789	54,08
Bénéficiaire de la CMU-C		
	433	29,68

Légende : m = médiane [Q1 ; Q3] = 1^{er} et 3^{ème} quartile

Après analyse plus détaillée de la population, nous avons pu mettre en évidence plusieurs caractéristiques supplémentaires :

- **Âge**

La tranche d'âge la plus représentée était la tranche 16-24 ans, regroupant 30,64 % de la population de l'étude.

Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les hommes et les femmes (en moyenne respectivement 38,86 ans contre 39,97 ans, $p = 0,22$, voir **Figure 4**).

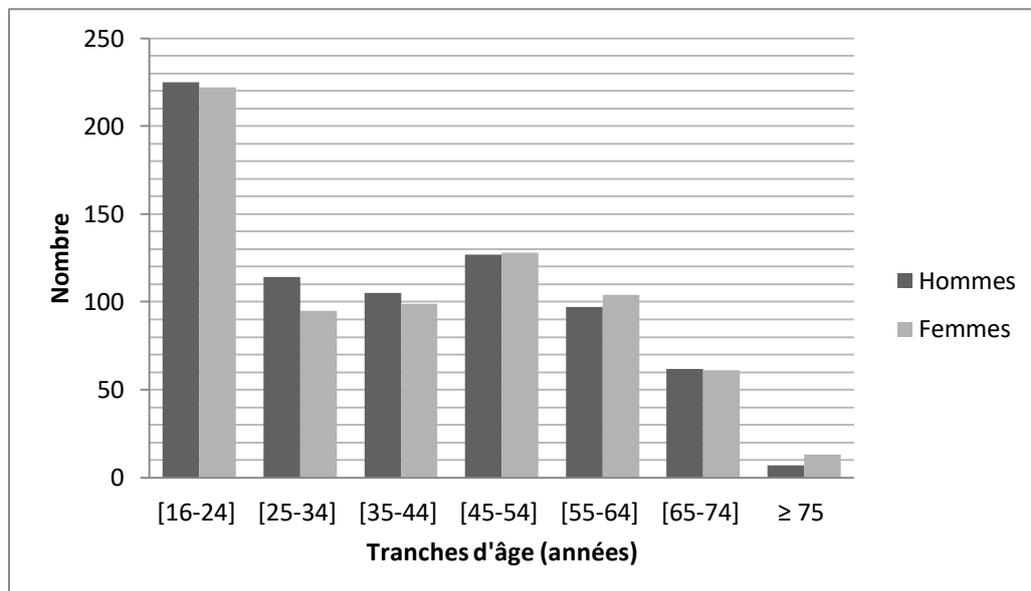


Figure 4 : Nombre de personnes par tranches d'âges en fonction du sexe

- **Niveau d'étude**

41,95 % des personnes reçues avaient le niveau baccalauréat ou plus, mais il est important de noter que les élèves/étudiants représentaient 25,77 % de la population totale, donc non encore diplômés.

- **Score EPICES**

Il n'y avait pas de différence de répartition des scores EPICES selon le sexe dans la population de notre étude ($p = 0,89$), voir **Figure 5**.

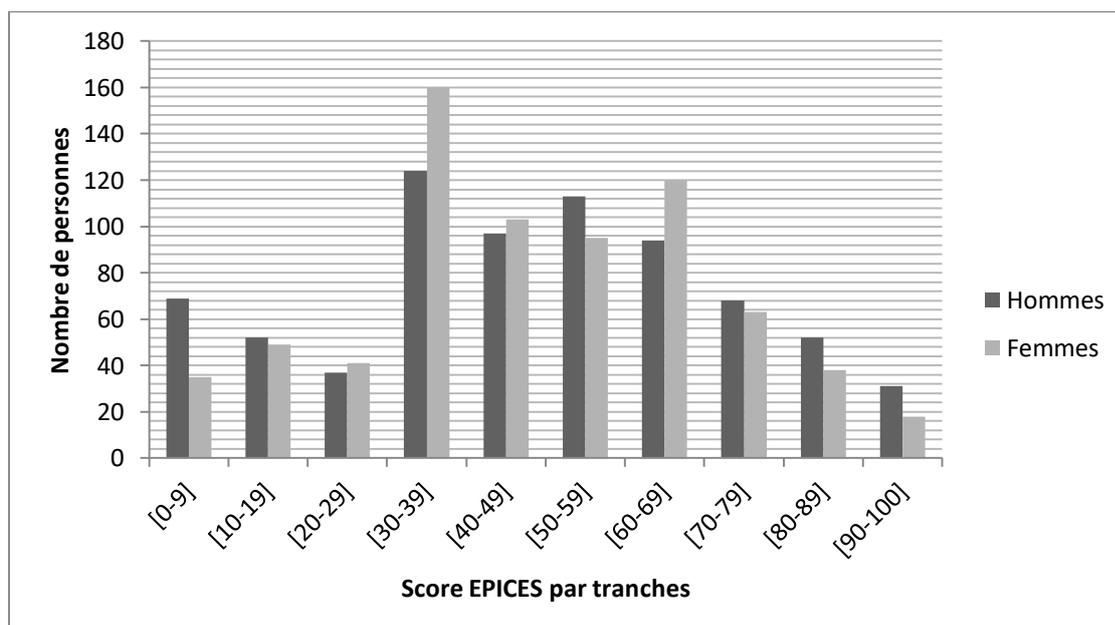


Figure 5 : Nombre de personnes par tranches de score EPICES en fonction du sexe

Il existait cependant un lien entre le score EPICES et le niveau d'études [Figure 6]. Plus le niveau d'étude était élevé, plus le score EPICES était bas, et donc moins les consultants étaient précaires ($p < 0,001$).

Les bénéficiaires de la CMU complémentaire avaient également un score EPICES plus élevé que ceux qui n'en bénéficiaient pas (score moyen de 60,86 contre 42,58 avec $p < 0,001$).

Les bénéficiaires d'une complémentaire privée (avec l'Aide à la complémentaire ou pas) étaient moins précaires que ceux qui n'en avaient pas (score moyen de 45,99 contre 58,39 avec $p < 0,001$).

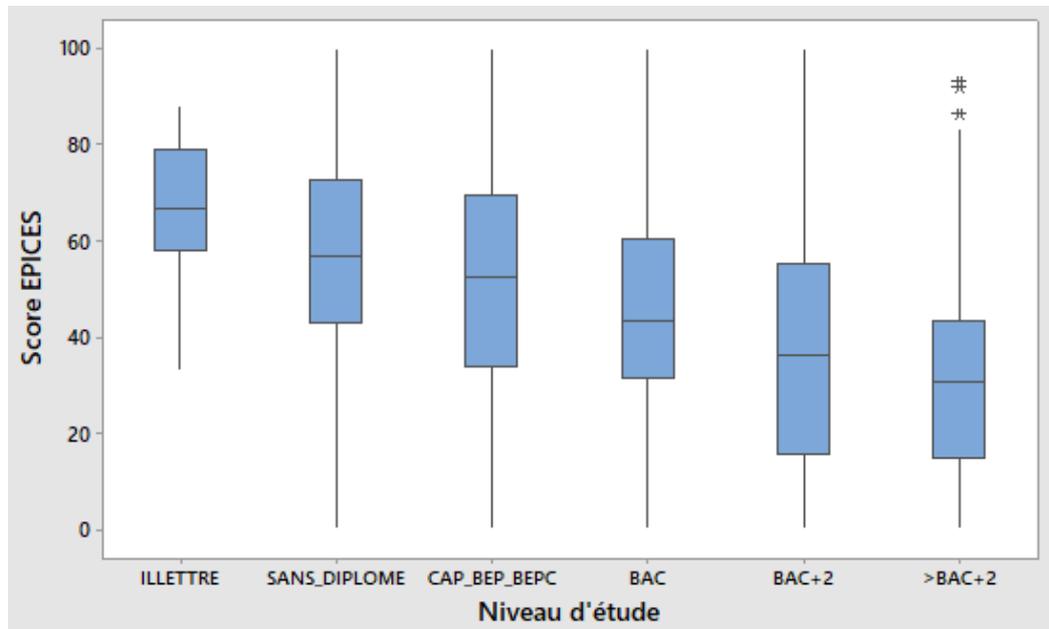


Figure 6 : Représentation du score EPICES moyen avec écart type en fonction du niveau d'étude

- **Déclaration d'un médecin traitant**

Le sexe masculin ($p = 0.006$), un plus jeune âge ($p = 0.007$) et un score EPICES plus élevé ($p = 0.01$) étaient significativement associés à la non déclaration de médecin traitant.

- **Existence d'une complémentaire santé**

Au total, 237 consultants (16,24 %) n'avaient aucune complémentaire santé (ni CMU-C ni complémentaire privée) au moment de leur passage au CES.

- **Consommation d'alcool**

Parmi les 116 consultants ayant déclaré une consommation quotidienne d'alcool, 62,93 % étaient fumeurs.

3.2 Problèmes médicaux mis en évidence par l'EPS

Sur l'ensemble de la population (N = 1459), 419 patients (28,72 % de la population) n'ont présenté aucune anomalie ou bien une anomalie mineure lors de leur examen au CES.

204 consultants avaient un examen strictement normal, soit 13,98 % de la population étudiée.
86,02 % des consultants ont donc présenté au moins une anomalie, même mineure.

Tableau 4 : Problèmes médicaux mis en évidence par l'EPS par ordre de fréquence.
Données présentées en effectif / pourcentage

Problèmes médicaux mis en évidence par l'EPS	Effectif (N = 1459)	Pourcentage rapporté à la population <u>concernée</u> %	Pourcentage rapporté à la population <u>totale</u> %
Absence de dépistage du cancer colorectal depuis > 2 ans pour les consultants âgés de 50 à 74 ans éligibles (352 patients)	229	65,06	15,70
Examen dentaire pathologique (969 examens)	704	72,65	48,25
Absence de dépistage du cancer du col de l'utérus depuis > 3 ans pour les femmes âgées de 25 à 65 ans (436 patientes)	190	43,58	13,02
Absence de dépistage du cancer du sein depuis > 2 ans pour les femmes âgées de 50 à 74 ans (224 patientes)	65	29,02	4,45
Défaut de vaccination antitétanique	391		26,80
Suspicion d'HTA	157		10,76
Audiométrie anormale (867 examens)			
Anomalie significative	49	5,65	3,36
Anomalie mineure	265	30,57	18,16
Total	314	36,22	21,52
Spirométrie anormale (208 examens)			
Anomalie significative	46	22,11	3,15
Anomalie mineure	23	11,06	1,58
Total	69	33,17	4,73
Acuité visuelle anormale (521 examens)			
Anomalie significative	31	5,95	2,12
Anomalie mineure	116	22,26	7,95
Total	147	28,21	10,07
Anomalie lipidique			
Anomalie significative	28		1,92
Anomalie mineure	207		14,19
Total	223		15,28
Anomalie glucidique			
Anomalie significative	28		1,92
Anomalie mineure	22		1,51
Total	50		3,43
ECG anormal (1342 examens)			
Anomalie significative	21	1,56	1,44
Anomalie mineure	516	38,45	35,37
Total	537	40,01	36,81

Ci-dessous quelques précisions et éléments n'apparaissant pas dans le **tableau 4** :

▪ **Absence ou retard de dépistage du cancer colorectal pour les consultants éligibles**

Sur l'ensemble de la population, 446 consultants avaient entre 50 et 74 ans. Parmi eux, 94 consultants étaient exclus du dépistage organisé compte tenu d'un antécédent familial de CCR au premier degré ou antécédent personnel de polype adénomateux ou CCR (et nécessitaient donc une coloscopie). Cela faisait donc 229 consultants non à jour sur 352 consultants éligibles, soit **65,06 %** des patients non à jour dans le cadre du dépistage organisé.

▪ **Suspicion d'HTA**

En ne prenant en compte que les patients âgés de plus de 50 ans, le pourcentage d'HTA s'élevait à **19,53 %**.

▪ **Anomalie lipidique**

Au total, 223 patients (et non $28+207=235$ car 12 patients cumulaient une hypertriglycémie isolée et une hyperLDLémie) soit **15,28 %** de la population totale ont présenté une anomalie lipidique au moins mineure.

▪ **Audiométrie anormale**

867 audiométries ont été prises en compte sur les 912 réalisées, car nous avons exclu 45 patients qui présentaient des bouchons de cérumen rendant l'examen ininterprétable.

▪ **ECG anormal**

1342 ECG ont été pris en compte après exclusion de 6 ECG ininterprétables.

▪ **Spirométrie anormale**

208 spirométries analysées après exclusion de 7 examens ininterprétables.

▪ **Examen bucco-dentaire pathologique**

490 consultants (33,58 % de la population totale) n'ont pas eu de consultation avec le dentiste du centre car ils avaient déclaré avoir des soins en cours, avoir consulté un dentiste dans les 6 mois, ou ont refusé.

3.3 Evolution après l'EPS

3.3.1 Réponse à l'objectif principal

Parmi les 1255 consultants (soit 86,02 % de la population de l'étude) ayant présenté au moins une anomalie (même mineure) lors de l'EPS, 965 patients (soit **76,89 %**) **ont bénéficié d'au moins un remboursement** (consultation avec un médecin généraliste et/ou spécialiste d'organe et/ou réalisation d'un examen complémentaire et/ou achat en pharmacie) dans l'année suivant leur passage au CES.

3.3.2 Recours aux soins en fonction de(s) anomalie(s) détectée(s)

Le **Tableau 5** présente les proportions de réalisation des préconisations un an après l'EPS, ou du moins les « actions » ou « interactions » avec le système de soins après le passage au CES.

Tableau 5 : Proportions des remboursements de soins dans les 12 mois suivant l'EPS par ordre de fréquence des pathologies détectées. Données présentées en effectif / pourcentage

Problèmes médicaux mis en évidence	Effectif	Remboursements		Total (%)
		Acte	n (%)	
Absence de dépistage du cancer colorectal depuis > 2 ans pour les consultants âgés de 50 à 74 ans	229	Test immunologique	75	32,75
Examen dentaire pathologique	704	Cs dentiste	150	21,31
Absence de dépistage du cancer du col de l'utérus depuis > 3 ans pour les femmes âgées de 25 à 65 ans	52 restantes après les FCU faits au CES	FCU et/ou coloscopie et/ou biopsie	13	25 (79,47 % au total)*1
Absence de dépistage du cancer du sein depuis > 2 ans pour les femmes âgées de 50 à 74 ans	65	Mammographie	34	52,31
Défaut ou retard de vaccination antitétanique	177 restants après les VAT faits au CES	Pharmacie	38	21,47 (64,45 % au total)*2
Suspicion d'HTA	157	Cs cardiologue	9	5,73
		ECG	30	19,11
		ETT	13	8,28
		Pharmacie	37	23,57
		Cs MG	101	64,33
Au total, 33,76 % ont réalisé au moins une action spécifique (70,06 % en incluant les consultations avec un MG).				
Audiométrie anormale				
Anomalie significative	49	Cs ORL Audiométrie	3 (6,12) 7 (14,29)	18,37
Anomalie mineure	265	Cs ORL Audiométrie	8 (3,02) 5 (1,89)	4,53
Total	Sur 314 patients présentant au moins une anomalie mineure, 21 (6,69 %) ont réalisé au moins une action spécifique.			
Spirométrie anormale				
Anomalie significative	46	Cs pneumologue Spirométrie Pharmacie	1 (2,17) 12 (26,09) 19 (41,30)	50,00
Anomalie mineure	23	Cs pneumologue Spirométrie Pharmacie	1 (4,35) 3 (13,04) 10 (43,48)	47,83
Total	Sur 69 patients présentant au moins une anomalie mineure, 34 (49,28 %) ont réalisé au moins une action spécifique.			
Acuité visuelle anormale				
Anomalie significative	31	Cs ophtalmologiste Mesure de l'acuité visuelle	9 (29,03) 4 (12,90)	41,93
Anomalie mineure	116	Cs ophtalmologiste Mesure de l'acuité visuelle	14 (12,07) 17 (14,65)	26,72
Total	Sur 147 patients présentant au moins une anomalie mineure, 44 (29,93%) ont réalisé au moins une action spécialisée.			
Anomalie lipidique				
Anomalie significative	28	Bilan biologique Pharmacie	18 (64,29) 0 (0,00)	64,29
Anomalie mineure	207	Bilan biologique Pharmacie	74 (35,75) 0 (0,00)	35,75
Total	Sur les 223 patients présentant au moins une anomalie lipidique mineure, 84 patients (37,67 %) ont réalisé un bilan sanguin de contrôle.			

Problèmes médicaux mis en évidence	Effectif	Remboursements		Total (%)
		Acte	n (%)	
Anomalie glucidique				
Anomalie significative	28	Cs endocrinologue Bilan biologique Pharmacie	5 (17,86) 22 (78,57) 19 (67,86)	82,14
Anomalie mineure	22	Cs endocrinologue Bilan biologique Pharmacie	0 (0,00) 9 (40,91) 1 (4,54)	40,91
Total	Sur 50 patients présentant au moins une hyperglycémie modérée, 32 (64 %) ont réalisé au moins une action spécifique.			
ECG anormal				
Anomalie significative	21	Cs cardiologue ECG ETT	3 (14,29) 9 (42,86) 3 (14,29)	47,62
Anomalie mineure	516	Cs cardiologue ECG ETT	14 (2,71) 86 (16,67) 33 (6,39)	16,86
Total	Sur 537 patients présentant au moins une anomalie même mineure à l'ECG, 97 (18,06 %) ont réalisé au moins une action spécialisée.			

Légende : n = effectif % = pourcentage Cs : consultation

Nota bene : Si on additionne le nombre de patients ayant fait chaque examen/consultation/achat de médicaments visibles sur le **Tableau 5**, la somme ne correspond pas aux conclusions pour certaines pathologies.

L'écart s'explique par le fait que certains patients ont réalisé plusieurs des préconisations émises.

Exemple pour les 49 audiométries pathologiques : 3 consultations ORL + 7 audiométries réalisées. Cependant, nous concluons que 9 patients (et non 10) ont réalisé au moins 1 action spécifique car 1 consultant a bénéficié d'une consultation ORL et d'une audiométrie.

*¹ Sur les 190 femmes non à jour du dépistage du cancer du col de l'utérus le jour de leur passage au CES, 138 ont bénéficié d'un frottis cervico-utérin (FCU) au CES.

Parmi les 52 patientes restantes, 13 ont réalisé un FCU et/ou colposcopie et/ou biopsie dans les 12 mois suivants, en dehors du CES.

Au total, **79,47 %** femmes non à jour ont réalisé un FCU dans l'année suivant l'EPS, dont 91,39 % d'entre elles au CES.

*² Sur les 391 patients non à jour lors de leur visite au CES, 214 ont bénéficié d'une vaccination au CES le jour même.

Sur les 177 consultants restants, 38 ont mis à jour leur VAT (ou du moins l'achat d'un vaccin leur a été remboursé) dans les 12 mois post-EPS.

Au total, **64,45 %** des consultants non à jour ont réalisé un rattrapage, dont 84,92 % d'entre eux au CES.

Nous nous sommes aperçus que le taux de recours aux soins des consultants dans l'année suivant la découverte d'une anomalie au CES varie en fonction de la sévérité de celle-ci.

Le **Tableau 6** reprend les différences dans le classement des taux de réponse en tenant compte d'une part des anomalies significatives uniquement et de l'autre l'ensemble des anomalies (significatives ET mineures).

Tableau 6 : Classement des taux de réponses pour chaque anomalie par ordre décroissant de fréquence

Anomalies significatives uniquement	%	Anomalies significatives + mineures	%
Anomalie glucidique	82,14	Retard de dépistage du cancer de l'utérus	79,47 *
Retard de dépistage du cancer de l'utérus	79,47 *	Défaut VAT	64,45 *
Défaut VAT	64,45 *	Anomalie glucidique	64,00
Anomalie lipidique	64,29	Retard de dépistage du cancer du sein	52,31
Retard de dépistage du cancer du sein	52,31	Spirométrie anormale	49,28
Spirométrie anormale	50,00	Anomalie lipidique	37,67
ECG anormal	47,62	Suspicion d'HTA	33,76
Acuité visuelle anormale	41,93	Retard de dépistage du cancer colorectal	32,75
Suspicion d'HTA	33,76	Acuité visuelle anormale	29,93
Retard de dépistage du cancer colorectal	32,75	Examen bucco-dentaire pathologique	21,31
Examen bucco-dentaire pathologique	21,31	ECG anormal	18,06
Audiométrie anormale	18,37	Audiométrie anormale	6,69

* Nombre total des FCU / VAT = réalisés au CES + en externe

A l'inverse, dans le **Tableau 7** nous avons considéré l'absence de réalisation des actions préconisées :

Tableau 7 : Taux de consultants n'ayant réalisé aucune action préconisée à l'issue de l'EPS en fonction des anomalies mises en évidence. Classement par ordre de fréquence des anomalies détectées

Problèmes médicaux mis en évidence	Taux de consultants n'ayant réalisé aucune action préconisée		
	Anomalie significative	Anomalie mineure	TOTAL
Absence ou retard de dépistage du cancer colorectal pour les consultants éligibles		67,25	
Examen dentaire pathologique		78,69	
Absence de dépistage du cancer du col de l'utérus pour les femmes éligibles		20,53	
Absence de dépistage du cancer du sein pour les femmes éligibles		47,69	
Défaut ou retard de vaccination antitétanique		35,55	
Suspicion d'HTA		29,94	
Audiométrie anormale	81,63	95,47	93,31
Spirométrie anormale	50,00	52,17	50,72
Acuité visuelle anormale	58,07	73,28	70,07
Anomalie lipidique	35,71	64,25	62,33
Anomalie glucidique	17,86	59,09	36,00
ECG anormal	52,38	83,14	81,94

TOTAL = anomalies significatives + mineures

3.3.3 Evolution des droits à la santé

▪ Déclaration d'un médecin traitant (MT)

Parmi les 225 consultants sans MT déclaré au moment de leur passage au CES, 103 en ont déclaré un dans les 12 mois suivants, soit **45,78 %**.

Au total, après l'EPS, 1337 patients (**91,64 %**) avaient un MT déclaré (en supposant que ceux ayant un MT avant l'EPS n'ont pas révoqué leur déclaration).

▪ Complémentaire santé

Tableau 8 : Complémentaires santé avant l'EPS et nouvelles souscriptions après l'EPS

Avant l'EPS		Après l'EPS			
		Complémentaire privée		CMU-C	Aucune
		sans ACS	avec ACS		
Complémentaire privée	789 (54,08 %)	222 + x1	14	56	x2
CMU-C	433 (29,68 %)	47	13	214	159
Aucune	237 (16,24 %)	62	5	35	135
TOTAL	1459 (100 %)	≥ 331 (≥ 22,67 %)	32 (2,19 %)	305 (20,90 %)	≥ 294 (≥ 20,15 %)

*Légende : **x1**, **x2** : éléments ne pouvant être précisés (cf explications plus bas).*

Lecture : parmi les 433 bénéficiaires de la CMU-C avant l'EPS, 60 ont souscrit à une complémentaire privée après l'EPS (13 avec et 47 sans ACS), 214 ont renouvelé leur CMU-C et 159 n'ont plus aucune complémentaire.

N.B : Concernant les données avant l'EPS, le logiciel de la CPAM ne nous permettait pas de différencier les assurés bénéficiant de l'ACS parmi ceux qui avaient une complémentaire privée.

Au total, 43,04 % des consultants sans complémentaire santé avant l'EPS ont bénéficié d'une couverture complémentaire dans l'année suivant leur passage au CES : complémentaire santé privée (avec ou sans ACS) ou CMU-C.

Mais le nombre d'assurés sans complémentaire était plus important après l'EPS : 16,24 % avant l'EPS contre 20,15 % au minimum après.

Précisions et éléments n'apparaissant pas dans le **Tableau 8** :

- Parmi les ≥ 363 (331+32) consultants bénéficiaires d'une complémentaire santé privée après l'EPS (soit ≥ 24,88 % de la population totale) :

- 127 (47+13+62+5) consultants nouveaux bénéficiaires (dont 18 avec ACS). Parmi eux, 60 anciens bénéficiaires de la CMU-C.
- ≥ 236 (222+14+ **x1**) ont changé de complémentaire privée (ou ont souscrit un nouveau contrat avec la même mutuelle), dont 14 avec l'ACS.
- **Mais : ceux qui avaient déjà une complémentaire privée et qui l'ont conservée (sans modification) n'ont pu être pris en compte (=x1).**

En effet, sur la base de données de la CPAM, seules les nouvelles souscriptions apparaissaient : changement de mutuelle (ou de contrat) pour ceux qui en avaient déjà une, ou primo-adhésion pour les autres.

- **x2** = nombre de consultants anciennement bénéficiaires d'une complémentaire privée et l'ayant résilié dans l'année suivant l'EPS (sans autre nouvelle adhésion ultérieure).

- Il n'y avait pas d'inconnue concernant l'ACS et la CMU-C car elles sont accordées pour un an seulement. Les primo-adhésions comme les renouvellements sont donc visibles sur la base de données de la CPAM.

- Concernant la CMU-C, il est important de noter que dans les données post-EPS, les chiffres obtenus correspondaient à la CMU-C uniquement jusqu'au 31 octobre 2019, et CMU-C + ACS de novembre à fin décembre 2019.

Les effectifs ont donc été sous-estimés pour l'ACS et surestimés pour la CMU-C.

En effet, il est important de repréciser que depuis le 1^{er} novembre 2019, l'ACS et la CMU-C ont disparu pour laisser la place à la CSS : Complémentaire Santé Solidaire.

3.3.4 Demandes de mise en suite d'examen de santé

Une demande de mise en Suite d'Examens de Santé (SES) est une demande de réponse sur les prises en charges engagées (demande envoyée au patient ainsi qu'au médecin traitant recevant le compte rendu) et sous-entend une certaine sévérité de l'anomalie détectée.

Il est important de préciser que **les réponses obtenues ne sont pas synonymes de prise en charge**. Certaines réponses révèlent qu'aucune action préconisée n'a été réalisée par le patient.

En ne prenant en compte que les données exploitables, nous avons comptabilisé 918 demandes de mise en suite sur l'ensemble de la population reçue au CES en 2018, donc sur 1520 consultants (= population de notre étude + consultants de < 16 ans).

Cela ne signifie pas que 918 patients distincts ont eu une mise en SES : un patient peut présenter plusieurs anomalies déclenchant ainsi plusieurs mises en suite.

Sur les 918 demandes de mise en suite, 189 réponses ont été obtenues (de la part des consultants eux-mêmes ou de leur médecin traitant), soit un taux de retours de 20,59 %.

Cependant, en 2018, les demandes de mise en suite n'étaient pas toutes tracées, et les réponses n'étaient pas systématiquement enregistrées. Nous nous sommes retrouvés avec des données inexploitables et des aberrations.

Les données que nous avons pu utiliser concernaient 8 anomalies fréquentes : les pathologies dentaires, les défauts de vaccination, les retards de frottis ou anomalies des FCU réalisés au CES (nécessitant donc une prise en charge), les retards de dépistage par mammographie, les personnes hypertendues, diabétiques, les sérologies positives au virus de l'hépatite C, et les patients devant réaliser une coloscopie du fait d'un antécédent personnel ou familial.

Les données inexploitables (heureusement moins fréquentes) intéressaient les demandes de mise en suite pour un problème ophtalmologique, pneumologique, cardiologique autre que l'HTA (anomalies ECG, AOMI...), urologique, neurologique ou psychique, ostéoarticulaire, dermatologique, endocrino-métabolique, et infectieuse.

Tableau 9 : Nombre de suivis demandés par pathologie et taux de réponse

	Nombre de suivis demandés	Réponses	
		Effectif	%
Dents	512	113	22,07
Vaccination	194	36	18,56
FCU	66	11	16,67
Mammographie	65	13	20,00
HTA	37	9	24,32
Coloscopie	23	4	17,39
Diabète	19	3	15,79
Hépatite C	2	0	0,00
TOTAL	918	189	20,59

3.4 Caractéristiques des consultants présentant une anomalie à l'EPS et n'ayant entrepris aucune prise en charge au décours

Sur les 1459 consultants inclus dans l'étude, 498 (34,13 % de la population totale, donc pas seulement ceux ayant présenté une anomalie) n'ont eu aucun suivi « spécialisé » au décours de l'EPS : consultation avec un médecin spécialiste d'organe, traitement médicamenteux ou examen complémentaire rentrant dans le cadre de notre recherche.

A noter que parmi ces patients, 19 consultantes non à jour du dépistage du cancer de l'utérus ont tout de même bénéficié d'un FCU réalisé au CES (mais aucune autre prise en charge pour le ou les autre(s) anomalie(s) que 16 d'entre elles ont présenté).

Toujours parmi ces 498 patients, 151 (30,32 %) ont tout de même consulté un médecin généraliste ; donc 347 (23,78 % de la population totale) n'ont même pas eu recours à un MG.

Parmi ces 347 consultants, 57 (16,43 %) avaient un examen strictement normal.

Sur les 1255 patients ayant présenté au moins une anomalie mineure au CES de Bayonne en 2018, 290 (23,11 %) n'ont entrepris aucune démarche de soins au décours de l'EPS (du moins mesurable avec nos outils).

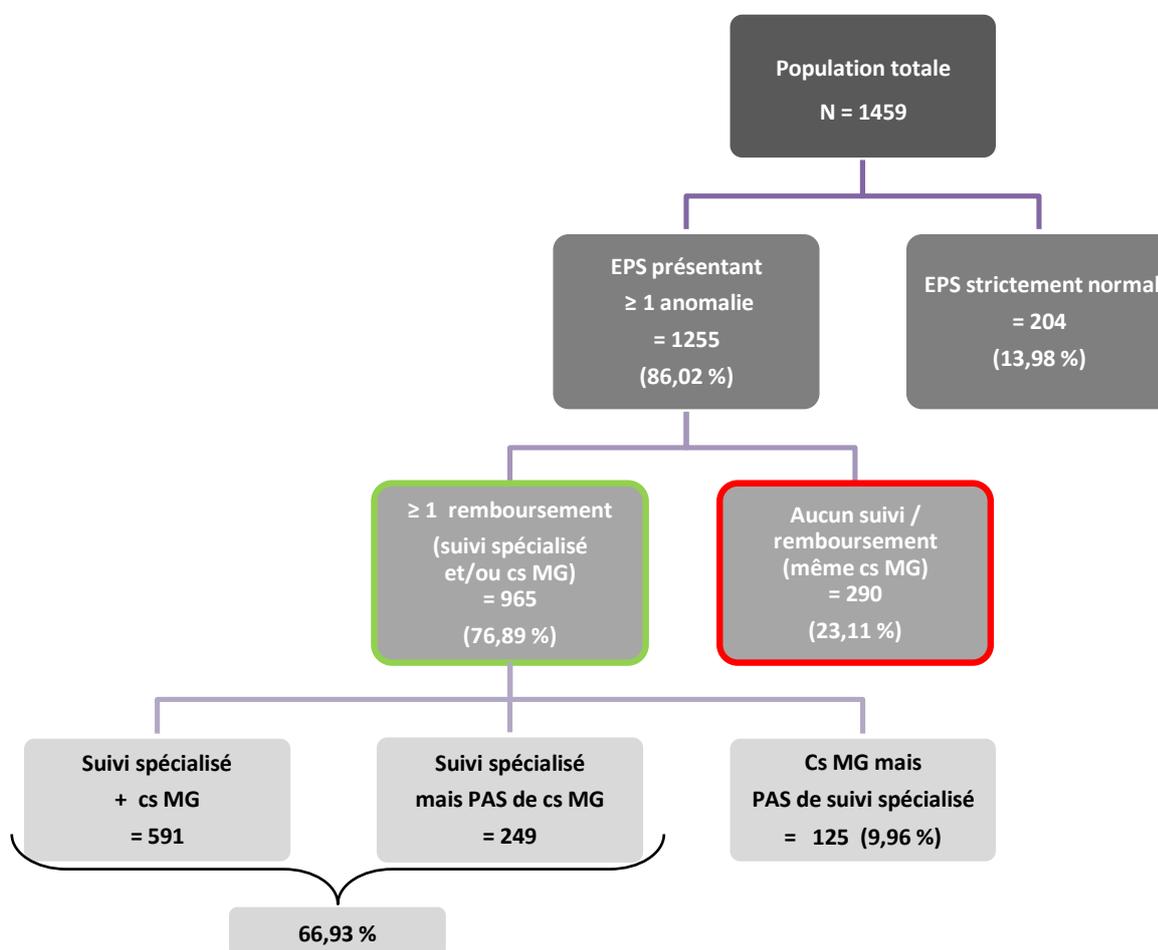


Figure 7 : Diagramme de flux décrivant le suivi des consultants

Légende :

- Cs MG : consultation avec un médecin généraliste (≥ 1 consultation)
- Suivi spécialisé : ≥ 1 remboursement, quel qu'il soit, en rapport avec l'anomalie détectée, parmi :
 - Cs spé : consultation avec un médecin spécialiste d'organe
 - Examen complémentaire : prise de sang, ECG, acuité visuelle, etc. } cf Annexe 4 (p. 74)
 - Achat d'un traitement médicamenteux en pharmacie

Tableau 10 : Comparaison des caractéristiques des consultants ayant présenté au moins une anomalie (même mineure) avec suivi *versus* sans suivi

	Patient sans suivi (N= 290)	Patient avec suivi (N= 965)	p
Sexe : n (%)			
Femmes	96 (33,10)	520 (53,89)	< 0,001
Hommes	194 (66,90)	445 (46,11)	
Age (ans) : m [Q1 ; Q3]			
	25 [19 ; 44]	44 [26 ; 56]	< 0,001
Niveau d'étude : n (%)			
Illettré	6 (2,07)	20 (2,07)	0,735
Sans diplôme	75 (25,86)	210 (21,76)	
BEPC-CAP-BEP	100 (34,48)	341 (35,34)	
BAC	55 (18,96)	214 (22,18)	
BAC+2	22 (7,59)	73 (7,56)	
> BAC+2	32 (11,03)	107 (11,09)	
Catégorie socioprofessionnelle : n (%)			
Agriculteurs exploitants	1 (0,34)	1 (0,1)	0,002
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	3 (1,03)	3(0,31)	
Cadres et professions intellectuelles supérieures	3 (1,03)	4 (0,41)	
Professions Intermédiaires	11 (3,79)	32 (3,32)	
Employés	29 (10,00)	163 (16,89)	
Ouvriers	20 (6,90)	54 (5,60)	
Retraités	23 (7,93)	134 (13,89)	
Autres personnes sans activité professionnelle :			
<i>Élèves, étudiants</i>	125 (43,11)	186 (19,27)	
<i>Personnes diverses sans activité de < 60 ans</i>	69 (23,80)	334 (34,61)	
<i>Personnes diverses sans activité de ≥ 60 ans</i>	3 (1,04)	38 (3,94)	
<i>Chômeurs n'ayant jamais travaillé</i>	2 (0,69)	16 (1,66)	
<i>Militaire</i>	1 (0,34)	0 (0,00)	
Score EPICES			
m [Q1, Q3]	47,93 [33,13 ; 60,36]	50,29 [33,72 ; 68,63]	0,013
EPICES > 30	234 (80,69)	801 (83,01)	
IMC (kg/m²)			
m [Q1 ; Q3]	23 [20 ; 26]	24,5 [21 ; 28]	< 0,001
IMC ≥ 25	106 (36,55)	482 (49,95)	
Tabagisme : n (%)			
Fumeur	140 (48,28)	421 (43,63)	0,178
Non fumeur	115 (39,65)	389 (40,31)	
Ancien fumeur	35 (12,07)	155 (16,06)	
Consommation d'alcool : n (%)			
Quotidienne	20 (6,91)	83 (8,60)	0,0504
Certains jours	108 (37,24)	261 (27,05)	
Plus rarement	86 (29,65)	343 (35,54)	
Jamais	73 (25,17)	264 (27,36)	
A cessé	3 (1,03)	14 (1,45)	
Déclaration MT : n (%) (avant EPS)			
	216 (74,48)	839 (86,94)	< 0,001
Bénéficiaire d'une complémentaire privée (avec ou sans ACS) : n (%) (avant EPS)			
	121 (41,72)	537 (55,65)	< 0,001
Bénéficiaire CMU-C : n (%) (avant EPS)			
	97 (33,45)	293 (30,36)	0,319

Légende :

n = effectif	(%) = pourcentage
m = médiane	[Q1 ; Q3] = 1 ^{er} et 3 ^{ème} quartile

A noter que nous n'avons pas pu comparer les 2 groupes en fonction des anomalies détectées car certains consultants parmi les « patients avec suivi » n'ont pas entamé de suivi pour toutes les anomalies qu'on leur a décelé (mais sont quand même classés dans le groupe « avec suivi »).

Après réalisation des tests d'indépendance bivariés, nous avons pu dégager les facteurs associés à une absence de suivi après l'EPS :

- Le sexe : L'absence de suivi était significativement plus élevée chez les **hommes** que chez les femmes ($p < 0,001$), voir la **Figure 8**.
- L'âge : Les personnes sans suivi étaient significativement plus **jeunes** que celles qui avaient un suivi (en moyenne respectivement 32,60 ans contre 42,62 ans, $p < 0,001$).
- Professions et catégories socioprofessionnelles (PCS) : il existait une différence statistiquement significative entre les PCS : les **étudiants** suivaient moins les recommandations ($p < 0,001$), mais il n'y avait pas de différence statistiquement significative pour les autres catégories.
- Le score EPICES : la différence était statistiquement significative : moyenne de 46,38 pour le groupe sans suivi versus 50,25 pour ceux avec suivi, avec $p < 0,05$.
A noter que même si les consultants étaient moins précaires dans le groupe sans suivi, ils restaient tout de même en situation de précarité selon la définition du score EPICES.
- L'IMC : différence statistiquement significative de 1,41 kg/m² entre les IMC moyens : les patients sans suivi avaient un **IMC moyen plus bas** que les autres.
La différence n'est cependant pas très significative d'un point de vue clinique.
- Déclaration d'un médecin traitant : les patients **sans médecin traitant déclaré** avaient tendance à moins se faire suivre ($p < 0,001$), voir la **Figure 9**.
- Complémentaire santé privée : les patients **ne bénéficiant pas de complémentaire santé privée** (avec ou sans ACS) se sont moins fait suivre que ceux qui avaient souscrit à une mutuelle ($p < 0,001$), voir la **Figure 10**.

Par contre, le niveau d'étude ($p = 0,735$), le tabagisme ($p = 0,178$), la consommation d'alcool ($p = 0,0503$) et le fait d'être bénéficiaire ou pas de la CMU-C ($p = 0,319$) ne semblaient pas impacter le suivi.

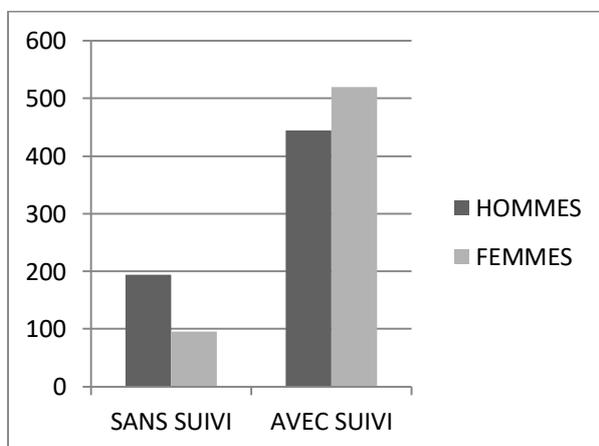


Figure 8 : Différence de suivi en fonction du sexe

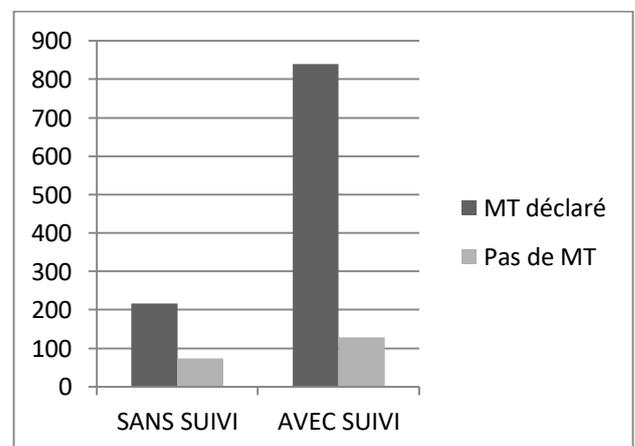


Figure 9 : Différence de suivi en fonction de la déclaration préalable d'un MT

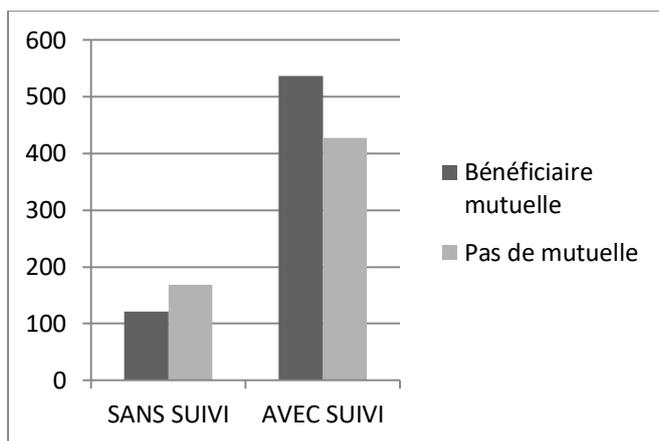


Figure 10 : Différence de suivi en fonction de la couverture sociale

Par ailleurs, il est important de noter que 74,48 % des patients ne donnant aucune suite à l'EPS avaient un MT déclaré au moment de l'EPS, et parmi les 74 patients restants 13 ont déclaré un MT dans les 12 mois suivant l'EPS, soit 17,57 %.

Aussi, 72 patients sans suivi n'avaient aucune complémentaire avant l'EPS, soit près d'un quart du sous-groupe (24,83 %). Parmi eux, 3 ont bénéficié de la CMU-C (4,17 %) et 14 ont souscrit à une mutuelle privée (19,44 %) au décours de l'EPS.

Le passage au CES a donc permis à 23,61 % des consultants n'ayant entamé aucune prise en charge médicale au décours de l'EPS d'améliorer leur couverture maladie et à 17,57 % d'entre eux de déclarer un médecin traitant.

4. DISCUSSION

4.1 Principaux résultats de l'étude

- Réponse à l'objectif principal

L'objectif principal de cette étude était de savoir dans quelle proportion les usagers du CES de Bayonne suivaient les recommandations émises au décours de l'EPS quand une anomalie était détectée, de façon à cibler les consultants peu répondeurs et ainsi mieux les accompagner dans le système de soins.

Les résultats montrent tout d'abord que **86,02 %** des consultants ont présenté au moins une anomalie, même mineure, lors de leur examen.

Parmi ces derniers, **76,89 % ont bénéficié d'au moins un remboursement** (consultation avec un médecin généraliste et/ou spécialiste d'organe et/ou réalisation d'un examen complémentaire et/ou achat en pharmacie) dans l'année suivant leur passage au CES.

Ce pourcentage élevé de « réactions » inclut les personnes qui ont **uniquement consulté leur médecin généraliste, sans en connaître le motif**. Il pouvait s'agir d'une consultation pour un motif différent de la (ou des) pathologie(s) détectée(s) au CES, ou quand bien même la consultation se rapportait à l'anomalie décelée au CES, certaines pathologies nécessitaient en plus une prise en charge médicamenteuse, spécialisée ou bien des examens complémentaires.

Avec les outils utilisés, nous ne pouvons pas préjuger de la qualité du suivi, mais simplement observer s'il y a eu une « action » de la part du consultant.

Parmi les patients ayant présenté au moins une anomalie, nous constatons 3 cas de figure à l'issue des 12 mois suivant le bilan :

- Dans **23,11 %** des cas : Aucune action visible, car aucun remboursement, quel qu'il soit.
- Dans **66,93 %** des cas : Action objectivée avec un ou plusieurs remboursement(s) « spécifique(s) », c'est-à-dire des actions dont nous sommes sûrs qu'elles sont liées à l'anomalie détectée (consultation avec un médecin spécialiste d'organe et/ou achat en pharmacie et/ou examen complémentaire en lien direct avec l'anomalie décelée) +/- associé(s) à une consultation avec un médecin généraliste. Parmi eux, certains ont pu ne suivre que partiellement les recommandations, et n'avoir réalisé qu'une seule action alors plusieurs anomalies avaient été détectées.
- Dans **9,96 %** des situations : Pas de remboursement « spécifique », mais remboursement d'une ou plusieurs consultations avec un médecin généraliste sans que l'on puisse dire si c'est en lien avec le suivi préconisé. Il ne nous est pas possible de considérer cette action en santé comme une « réaction » à ce bilan de façon certaine. Nous pouvons cependant conclure que ces patients ont un suivi médical, en lien ou pas avec l'EPS.

Parmi ces différentes situations, la donnée la plus dure et minimale est celle de l'absence totale de remboursement, qui concerne 23,11 % des personnes présentant au moins une anomalie mineure.

- **Anomalies mises en évidence lors de l'EPS**

Les 5 anomalies les plus fréquemment retrouvées ont été : l'absence ou le retard de dépistage du cancer colorectal (65,06 % des patients éligibles) ; les atteintes bucco-dentaires (48,25 % de la population examinée) ; l'absence ou le retard de dépistage du cancer du col de l'utérus (43,58 % des femmes de 25-65 ans) ; l'absence ou le retard de dépistage du cancer du sein (29,02 % des femmes de 50-74 ans) ; défaut de vaccination antitétanique (26,80 % de la population totale).

Cela corrobore le fait que les campagnes de dépistage organisé (DO) et de prévention peinent à atteindre les publics vulnérables (3), et qu'il est nécessaire d'adopter les techniques du marketing social (62) et d'universalisme proportionné (20) (*développés plus bas*) pour éviter de creuser les inégalités sociales de santé.

Cependant, au sein de notre population particulièrement précaire, les taux de participation sont meilleurs que les moyennes nationales, sauf pour les frottis cervico-utérins.

En effet, **34,94 %** des consultants de 50-74 ans sont à jour du dépistage organisé du cancer colorectal dans notre population. Sur la période 2017-2018, le taux de participation était de 32,1 % au niveau national et de **32,7 %** dans les Pyrénées-Atlantiques (63).

Chez les femmes âgées de 50 à 74 ans, **70,98 %** sont à jour du dépistage du cancer du sein dans notre étude. Selon l'Insee, en 2018, le taux de participation de la population-cible du dépistage du cancer du sein était de 50,3 % au niveau national, et de **57,4 %** dans les Pyrénées-Atlantiques (64).

Quant au dépistage organisé du cancer du col de l'utérus, **56,42 %** des femmes de 25-65 ans sont à jour dans notre étude. Sur la période 2015-2017, l'Institut National du Cancer retrouve un taux de participation au dépistage de **58,7 %** (65).

Au regard de la proportion de suivi des DO, nous constatons que la population de notre étude est globalement attentive à sa santé, ou du moins de façon conforme à la population générale.

On devrait discerner deux profils de consultants : ceux qui sont réellement éloignés du soin (adressés par des associations par exemple), avec des taux de participation aux DO probablement faibles ; et les consultants précaires « moins » éloignés du soin, avec des taux de participation plus importants que dans la population générale et avides de venir aux bilans de santé.

Nous n'avons pas pu faire cette distinction car nous n'avons pas extrait les données concernant la provenance des consultants (patient ayant pris rendez-vous par lui-même, recrutement par la CPAM, adressé par une association ou organisme partenaire, etc.).

- **Réponses aux objectifs secondaires**

Afin de répondre à l'un de nos objectifs secondaires, nous avons analysé le sous-groupe non-répondeur et ainsi déterminé les facteurs associés à la non-réalisation des actions préconisées, afin de repérer dans la pratique des CES les usagers les plus à risque de ne pas les suivre.

Ces derniers pourraient ainsi bénéficier, par anticipation, d'un suivi spécifique renforcé.

Le profil type du consultant ne suivant pas les recommandations est : un homme, jeune, étudiant, sans médecin traitant déclaré et sans complémentaire santé privée . Le fait d'avoir un MT et une couverture sociale complète sont ainsi des facteurs protecteurs.

Nous avons aussi constaté que le **type** d'anomalie décelée influençait l'adhésion aux recommandations. En ne prenant en compte que les examens pathologiques (en excluant donc les anomalies mineures), le suivi des préconisations par ordre de fréquence est le suivant : anomalie glucidique (82,14 %) ; dépistage du cancer col de l'utérus (79,47 % des femmes au

total, donc les FCU réalisés au CES + en externe) ; VAT (64,45 % des patients au total, soit les VAT réalisées au CES + en externe) ; anomalie lipidique (64,29 %) ; dépistage du cancer du sein (52,31 %) ; spirométrie pathologique (50 %) ; ECG pathologique (47,62 %) ; anomalie de la vision (41,93 %) ; HTA (33,76 %) ; dépistage du cancer colorectal (32,75 %) ; soins dentaires (21,31 %) ; audiométrie pathologique (18,37 %).

Globalement, plus le reste à charge est important (notamment du fait des dépassements d'honoraires de certaines spécialités) moins les préconisations sont suivies. Plus les examens à réaliser sont intrusifs, moins ils sont suivis. Et plus le parcours de soins est complexe (délais de rendez-vous) moins ils sont suivis.

Comme on pouvait s'y attendre, il existe également un lien entre la **sévérité** de l'anomalie détectée et le suivi ultérieur. En effet, lorsqu'une gradation de la pathologie a été faite (anomalie significative versus anomalie mineure), le suivi s'améliorait avec la sévérité.

Par exemple, lorsque l'audiométrie était pathologique, 18,37 % des patients ont réalisé un suivi « spécialisé » (consultation ORL et/ou réalisation d'une audiométrie de contrôle), contre 4,53 % des patients présentant une anomalie mineure.

A noter également que la réalisation des vaccinations antitétaniques et frottis cervico-utérins au centre a nettement contribué au bon suivi des recommandations.

Au total, **79,47 %** des femmes non à jour ont réalisé un FCU dans l'année suivant l'EPS, dont 91,39 % d'entre elles au CES. Et sur l'ensemble des patients non à jour de la VAT lors de leur visite au CES, **64,45 %** ont réalisé un rattrapage, dont 84,92 % au CES.

Nous pouvons ainsi constater que la réalisation des recommandations directement au sein du CES est un élément facilitateur majeur pour les patients.

Concernant l'accès à la couverture maladie complémentaire, une évolution favorable a été notée pour le sous-groupe n'ayant eu aucun suivi médical : parmi les 24,83 % d'entre eux sans complémentaire avant l'EPS, **23,61 %** en sont nouvellement bénéficiaires dans l'année suivant leur passage au CES (CMU-C ou complémentaire privée).

En élargissant à la population totale de départ, **43,04 %** des consultants sans complémentaire avant l'EPS en sont bénéficiaires après l'EPS.

Mais le nombre total d'assurés sans aucune complémentaire est plus important après l'EPS : 16,24 % avant contre 20,15 % au minimum après. Cela s'explique car les bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS ne renouvellent pas leur contrat (obligatoire tous les ans).

Enfin, pour répondre au deuxième objectif secondaire, nous avons évalué le nombre de retours des mises en Suite d'Examens de Santé (SES) : sur les 918 demandes de mise en suite, nous n'avons répertorié que **20,59 %** de réponses.

La réalisation des préconisations ne peut donc pas être suivie par la procédure actuelle de recueil de cette information.

4.2 Comparaison des résultats avec les travaux antérieurs

Les conclusions des trois seules études sur le sujet (celle du CETAF (3), d'H. Cabrol (7) et la nôtre) vont dans le même sens : l'EPS est bénéfique en termes de dépistage et de prise en charge des anomalies détectées.

Cependant, tous les résultats ne sont pas comparables car les modes de recueil de données et les populations sélectionnées ne sont pas les mêmes.

L'enquête du CETAF semble surévaluer le bénéfice de l'EPS, d'une part du fait du mode déclaratif du recueil d'information et aussi à cause du biais des perdus de vue (15 % à 6 mois et 30 % à 1 an). En effet, les perdus de vue présentent des caractéristiques communes avec les personnes n'ayant pas eu de suivi à l'issue de l'examen de santé (3).

Nous nous attacherons donc à comparer notre étude avec celle d'Hélène Cabrol, menée en 2011 au CES de Bayonne avec inclusion de 272 personnes (7), tout en précisant que le mode de recrutement de la population était différent. Elle n'avait en effet inclus dans son étude que les consultants ayant peu ou pas recours aux soins avant leur consultation au CES.

Elle n'a pas analysé non plus le sous-groupe non-répondeur après l'EPS.

Les proportions de patients par anomalie détectée étaient du même ordre dans les deux études, sauf pour le retard de vaccination (46,3 % en 2011 et 26,80 % en 2018), le retard de mammographie (40,9 % versus 29,02 %), le retard de frottis (17,4 % versus 43,58 %) et les soins dentaires (66,5 % contre 48,25 %).

Le profil type des consultants ayant peu recours aux soins était semblable : homme, jeune, sans médecin traitant déclaré. La différence est que notre sous-groupe non-répondeur a été obtenu grâce à l'analyse des remboursements de soins au décours de l'EPS, alors que dans l'autre étude il s'agissait de la population de départ.

En ce qui concerne le recours aux soins à l'issue de l'EPS, les deux études ont mis en évidence un meilleur recours aux soins pour les consultants ayant déclaré un **médecin traitant** au préalable. La déclaration d'un MT n'est donc pas qu'un dispositif administratif, cette action permet d'améliorer les suites de l'examen de santé.

Le Dr. Cabrol avait par contre montré que l'affiliation préalable à la CMU-C améliorait le suivi. Elle n'avait cependant pas eu accès aux mutuelles privées et aucun des consultants inclus ne bénéficiait de l'ACS.

Notre enquête a quant à elle mis en évidence que l'acquisition de la CMU-C n'impactait pas le suivi de façon significative, contrairement à l'affiliation à une complémentaire privée, avec ou sans ACS.

En ce qui concerne l'évolution de la couverture maladie, dans l'étude de 2011, l'EPS avait permis d'ouvrir des droits à la CMU-C pour 7,8 % des consultants ; 1 seule personne avait eu recours à l'ACS ; et ils n'avaient eu aucune donnée sur l'affiliation aux mutuelles privées.

En 2018, en considérant la population totale de départ, 43,04 % des consultants sans couverture complémentaire avant l'EPS en sont bénéficiaires dans l'année suivant leur passage au CES : 16,03 % ont ouvert leur droit à la CMU-C, 2,11 % ont souscrit à une mutuelle privée en bénéficiant de l'ACS, et 26,16 % ont une mutuelle sans ACS.

Concernant les déclarations de médecin traitant après l'EPS, elles atteignaient 24,9 % des consultants en 2011, contre 45,78 % des patients sans médecin traitant avant l'EPS en 2018.

Par ailleurs, dans sa thèse, H. Cabrol concluait en disant que la réalisation de l'EPS améliorait le recours aux soins pour les consultations avec les médecins généralistes, dentistes et spécialistes d'organe, mais pas pour la mise à jour de la VAT et FCU. En effet, les taux de réalisation des recommandations étaient moins significatifs que pour les autres anomalies détectées : **15,9 %** pour la mise à jour des vaccins et **16,7 %** pour la réalisation d'un frottis.

Notre étude, quant à elle, indique que sur les patients restants après les VAT faits au CES, **21,47 %** font un rattrapage en « externe » (conduisant à un total de 64,45 % de rattrapages) ; et sur les consultants restantes après les FCU réalisés au CES, **25 %** réalisent un frottis en « externe » (conduisant à un total de 79,47 % de mises à jour).

Nous avons enfin pu démontrer le bénéfice de la réalisation de la vaccination antitétanique au centre, qui ne se pratiquait pas encore au moment de l'étude d'H. Cabrol en 2011.

Par contre, elle ne mentionne pas la réalisation des frottis qui s'effectuait déjà au CES en 2011 et qui a prouvé son utilité dans le suivi du dépistage organisé des cancers du col de l'utérus. Nous pouvons cependant émettre l'hypothèse que le Dr Cabrol ait inclus les consultant·es ayant réalisé un frottis au CES dans le groupe « à jour » du dépistage (même si elles ne l'étaient pas au moment de leur passage au CES), expliquant la différence de pourcentage entre son étude et la nôtre (17,4 % non à jour versus 43,58 %).

4.3 Forces et faiblesses de l'étude

- **Les points forts de la méthode :**

L'effectif de l'étude est important (inclusion de 1459 personnes), comparativement aux deux autres études qui manquaient de puissance : travaux du CETAF (389 personnes) et d'H. Cabrol (272 personnes).

La population de l'étude inclut la quasi-totalité (95,99 %) de la population totale reçue au CES de Bayonne en 2018, rendant l'échantillon représentatif de la population du CES de Bayonne.

Les critères d'inclusion étaient très larges, avec un seul critère de non-inclusion (consultants de moins de 16 ans) et aucun critère d'exclusion.

Cela nous a permis de comparer différents sous-groupes et d'analyser les variables associées à un moindre recours aux soins au décours de l'EPS.

H. Cabrol n'avait inclus que les consultants de 16 ans ou plus ayant peu ou pas recours aux soins avant l'EPS (qu'elle avait défini par l'absence de MT déclaré ou l'absence de consultation MT depuis > 2 ans). Précisons que dans notre étude 225 patients n'ont pas de MT déclaré au moment de leur examen, ce qui rejoint le nombre de patients inclus par H. Cabrol en 2011.

Le CETAF avait quant à lui des critères d'inclusion plus restreints (Score EPICES > 30 et une mise en suite pour l'une des 6 pathologies suivantes : HTA, diabète, obésité, atteinte buccodentaire, défaut de VAT et absence de mammographie de dépistage) et des critères d'exclusion ayant mis de côté moins de 5 % de la population de départ. Or, une mise en suite sous-entend une certaine sévérité de l'anomalie détectée et donc améliore le suivi.

Nous avons été plus exhaustifs en étudiant les pathologies les plus fréquemment mises en évidence au CES (soit 12 au total) ; alors que le CETAF n'a analysé que 6 pathologies et 10 pour H. Cabrol. L'absence ou retard de dépistage du cancer colorectal n'a pas été étudié dans ces 2 études alors qu'il s'agit de la plus fréquente des anomalies repérées dans la nôtre.

Aussi, pour estimer si le suivi préconisé avait été réalisé, nous avons tenté d'être complets en prenant en compte l'ensemble des variables nous permettant de préjuger d'une prise en charge par le patient au décours de l'EPS : consultation MG / spécialiste d'organe, réalisation d'examen complémentaire, achat en pharmacie (en rapport avec l'anomalie décelée).

Le Dr Cabrol n'avait regardé que le remboursement des consultations avec un médecin généraliste ou spécialiste d'organe pour présumer du suivi. Les remboursements pharmaceutiques ont été traités à part avec comparaison avant/après l'EPS, de façon globale, sans lien avec les pathologies détectées, et les examens complémentaires n'ont pas été traités.

Or, notre étude nous a permis de constater que l'analyse des consultations ne suffisait pas.

Par exemple, pour les patients présentant une spirométrie anormale, il n'y a que 2,90 % des patients qui consultent un pneumologue (ou plutôt ayant bénéficié d'un remboursement de consultation), alors que 21,74 % réalisent une spirométrie de contrôle (très probablement chez

le pneumologue mais la consultation n'a pas été cotée), et 42,03 % se font rembourser un traitement médicamenteux à visée pulmonaire. Tous ces paramètres sont donc complémentaires et permettent de déterminer s'il y a eu un suivi ou pas.

Nous avons ainsi analysé des données **objectives** issues du logiciel médical du CES et les remboursements de soins de la CPAM, comme l'avait fait H. Cabrol en 2011.

Les chercheurs du CETAF avaient quant à eux examiné des données déclaratives issues des entretiens téléphoniques des consultants et des réponses des médecins à la demande de mise en suite. Ceci est exposé au risque de biais de mémorisation, de désirabilité sociale et d'un effet Hawthorne. De plus il y avait 15 % de perdus de vue à 6 mois et 31 % à 1 an.

Enfin, nous avons obtenu l'effectif minimal des consultants n'ayant entamé aucun suivi au décours de l'EPS et établi leur « profil type », en comparant leurs caractéristiques avec les patients ayant engagé un suivi, ce qui n'a été fait dans aucune des autres études réalisées jusqu'ici.

- **Les points faibles de la méthode :**

Bien que nous ayons pu quantifier la proportion d'actions réalisées à partir de données solides, nous n'avons pas pu vérifier l'adhésion thérapeutique des patients (observance des traitements non mesurée car accès aux remboursements sans garantie de prise).

De plus, les consultants ayant observé les conseils hygiéno-diététiques émis (patients présentant une HTA, anomalie lipidique et/ou glucidique) ne sont pas visibles dans l'étude et sortent de l'analyse si aucune autre prise en charge (médicamenteuse, biologique) n'a été entreprise.

Par ailleurs, notre étude est monocentrique (comme la thèse d'H. Cabrol mais à l'inverse des travaux du CETAF) et une généralisation des résultats à l'ensemble des CES paraît discutable, car chaque CES a ses spécificités. Bien que tous les CES recrutent spécifiquement des personnes vulnérables (> 80 % des consultants au CES de Bayonne) dont la définition est la même pour tous les CES, les profils des patients varient selon les territoires en France (taux de chômage, d'immigration, etc.). Il faut également tenir compte des inégalités territoriales d'accès aux structures de soins d'aval rendant encore plus difficile le suivi des recommandations émises lors de l'EPS dans certaines régions.

Malgré un recueil de données 12 mois après l'EPS (6 mois seulement pour H. Cabrol), il faut être prudent sur l'interprétation des résultats car les consultants n'ayant pas encore réalisé les examens et/ou soins préconisés le feront peut être plus tard. Mais cette hypothèse paraît peu probable, et nous partons du principe que plus les préconisations sont réalisées tôt par rapport à l'examen, plus le lien avec l'EPS est probable.

En ne menant qu'une étude quantitative, nous n'avons pas pu déterminer les raisons qui ont conduit certains patients à ne pas suivre les recommandations émises, contrairement à l'étude du CETAF.

Du fait d'un manque de temps et de la difficulté à trouver un statisticien disponible pour nous accompagner, une analyse multivariée n'a pas encore été réalisée, afin d'essayer d'éliminer les biais de confusion.

Concernant le comptage des mises en suite d'examen de santé (SES), nous n'avons pas pu être exhaustifs car toutes les données n'étaient pas fiables. Le résultat obtenu est donc à analyser avec précaution, même si les données les plus sûres concernent les anomalies les plus fréquemment à l'origine d'une mise en suite, et donc sont un bon reflet du taux global.

4.4 Perspectives

Notre analyse quantitative a permis de mesurer les phénomènes étudiés et d'identifier des facteurs associés à la non-observance des recommandations.

Il serait intéressant de compléter ce travail par une étude qualitative, qui, quant à elle, permettrait de comprendre les logiques qui sous-tendent les comportements observés et d'éclairer l'interprétation des résultats de l'analyse quantitative.

L'utilisation combinée de ces deux méthodes complémentaires devrait permettre de dégager des éléments d'adaptation de l'examen de santé afin d'améliorer la prise en charge des problèmes détectés et de favoriser ainsi la (ré)insertion des consultants en situation de précarité dans un parcours de soins (66).

Donc, afin de mieux repérer ce sous-groupe non répondeur, il faudrait mener une étude **multicentrique** associant une étude **mixte** (quanti-quali) et avec des **analyses multivariées** permettant d'extraire les facteurs de confusion.

Malgré les imprécisions citées, les résultats de notre enquête indiquent que l'EPS est incontestablement une porte d'entrée dans le système de soins.

Il a pour but d'aider les publics vulnérables et éloignés du soin à recourir à des actions de prévention, de dépistage et à **faciliter la prise en charge des anomalies ou des facteurs de risque repérés**, en leur permettant de mieux s'insérer dans un parcours de soins.

Néanmoins, nous avons mis en évidence une sous-population (au minimum 23,11 % des consultants présentant une anomalie) qui peine à donner suite à cet examen de santé.

Il s'agit donc d'assurer un lien entre la réalisation de cet « état des lieux » de leur santé, qui est par ailleurs un pré-requis indispensable, et l'accès **effectif** aux soins.

Il convient de garantir au patient, une fois le premier contact pris, que les soins qui lui sont nécessaires lui seront dispensés en même temps qu'un accompagnement social.

Il est donc nécessaire de simplifier le parcours des personnes vulnérables, peu autonomes et facilement découragées par leur complexité en les accompagnant vers des structures locales d'aval, afin de limiter les ruptures dans leurs parcours de santé.

Pour ce faire, le travail en réseau socio-sanitaire interdisciplinaire est primordial, en favorisant la construction de systèmes simples d'articulations directes, qui permettent de fluidifier les parcours et de favoriser des prises en charge globales et coordonnées (67).

Pour cela, plusieurs pistes sont à explorer :

→ Nous pourrions imaginer la mise en place de « **partenariats** » **entre les CES et les professionnels socio-sanitaires du territoire** pour un travail en réseau.

Il existe plusieurs tentatives locales dont la déclinaison nationale pourrait être envisagée.

A Bayonne, des partenariats existent notamment pour la prise en charge des problèmes psychiatriques, d'addiction ou d'obésité (7).

Au CES de Cambrai, une infirmière prend les rendez-vous chez un médecin généraliste ou un spécialiste pour les consultants les plus vulnérables, si une suite doit être donnée à l'EPS. Elle assure un suivi et un accompagnement si nécessaire. Cette action très ciblée bénéficie d'un financement de l'ARS (42).

Les CES de Nîmes, Saint-Étienne et Bordeaux tentent d'accompagner les consultants dans la souscription à une mutuelle de santé, notamment en faisant des demandes d'achats groupés afin d'obtenir de meilleurs tarifs (42).

On observe en Seine-Saint-Denis et en Rhône-Alpes le développement de réseaux associant des professionnels de la santé et du secteur social (médecins et personnels paramédicaux, éducateurs, travailleurs sociaux, assistants sociaux) et des partenaires divers (42).

Nous pourrions également envisager des partenariats entre les CES et des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) ou des Centres de Santé.

→ Ou bien directement **créer des structures médico-sociales sur le même principe que les Centres de Santé (importance de l'unité de lieu) en y intégrant le CES**, médecins généralistes, pharmacie, médecins spécialistes, infirmiers, dentistes, plateau de radiologie, laboratoire d'analyses médicales, travailleurs sociaux, etc.

En effet, nous avons déjà souligné dans cette étude que lorsque les actions préconisées sont directement réalisées au CES (le jour même pour la vaccination ou à distance sur rendez-vous pour les frottis), l'adhésion est meilleure et le taux de suivi est maximal.

Tous les acteurs mettraient en œuvre un exercice regroupé et coordonné pour une approche globale des patients et le développement des parcours de santé (articulation entre prévention, soins, éducation thérapeutique, éducation de la santé, suivi social).

On y pratiquerait le tiers-payant obligatoire et le respect des tarifs opposables.

La nouvelle organisation des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) pourrait ainsi intégrer le CES de leur territoire.

→ En amont de l'EPS, il serait également judicieux d'**aller activement à la rencontre des personnes les plus éloignées du système sanitaire et social**, celles qui ne répondent même pas à l'invitation de départ des CES.

Il s'agirait de développer les partenariats existants et d'en créer des nouveaux ; d'augmenter le nombre de permanences délocalisées ; de réaliser des EPS au sein même de certaines associations, structures d'accueil des migrants, etc. ; voire même de mettre en place des dispositifs itinérants.

Cela permettrait aussi de mettre en lumière les CES, qui sont malheureusement peu connus du grand public mais également des médecins.

Selon la thèse menée par H. Cabrol en 2011, les médecins généralistes répondaient à 34,6 % ne pas connaître le CES de Bayonne. Et pour ceux qui déclaraient le connaître, les missions attribuées au centre restaient parfois approximatives (7).

En 2018, seulement 2,70 % des consultants reçus au CES de Bayonne ont été adressés par un médecin généraliste.

Les CES sont en marge, insuffisamment insérés dans le système de soins ambulatoire, alors que tout le monde aurait à y gagner.

Il paraît donc important de mettre en avant les CES et leurs missions en s'appuyant sur les principes du **marketing social**, selon lequel il est capital de bien connaître la cible, et souvent il est nécessaire de la segmenter pour mettre en œuvre des actions de médiatisation et des outils ou moyens différents selon les publics (62).

Il serait également pertinent d'appliquer ces techniques à l'ensemble des campagnes de dépistage et de prévention en santé en France.

En effet, notre étude confirme que l'absence de dépistage des cancers (colorectal, sein et col de l'utérus) ainsi que le défaut de vaccination antitétanique font partie des 5 anomalies les plus fréquemment mises en évidence au CES.

Il paraît donc primordial, en amont des EPS, que les messages de prévention et de dépistage atteignent aussi les publics éloignés du système de soins afin de réduire les inégalités sociales de santé.

Dans ce sens, les travaux de Michael Marmot indiquent que le creusement des inégalités serait maîtrisable si les politiques et programmes de santé publique n'étaient pas calibrés et déployés de manière unique pour tous, mais l'étaient avec une offre de prévention d'intensité et de forme graduées selon des catégories de populations : il s'agit de l'« **universalisme proportionné** ». (68)

En effet, dans la construction des actions en faveur de la population, on distingue trois types de stratégies : universelle, ciblée ou par universalisme proportionné.

Dans une volonté de renforcer la santé de l'ensemble des individus composant la société, de nombreuses interventions sont mises en place dans une approche universelle non proportionnée : les actions sont menées à destination de l'ensemble de la population, proposant un traitement égal pour tous. Elles ont permis une amélioration notable de la santé des français mais ont également induit un creusement des inégalités. En effet, lorsqu'une action est proposée dans les mêmes modalités à l'ensemble d'une population, les classes socialement plus favorisées en tirent un plus grand bénéfice. Ainsi, une action globalement positive pour la santé d'une population aura aussi pour effet d'accroître les écarts de santé, parce qu'elle bénéficie davantage à ceux qui ont le plus de facilités à s'en saisir (20).

En d'autres termes, l'offre de prévention doit toucher tout le monde (universelle), mais doit être renforcée auprès des populations qui en ont le plus besoin (proportionnée). Cette approche doit guider les politiques aussi bien locales que nationales et internationales (68).

5. CONCLUSION

L'objectif principal de cette étude était de connaître la proportion des usagers du CES qui suivaient les recommandations émises lorsqu'une anomalie était détectée.

En effet, les CES étant des centres de prévention et de dépistage et non de soins, les consultants sont orientés vers le secteur curatif pour une prise en charge lorsqu'un problème est dépisté.

Pour déterminer si le suivi préconisé avait été réalisé, nous avons analysé divers remboursements de soins en rapport avec l'anomalie détectée dans les 12 mois suivant l'EPS : consultation d'un médecin généraliste, d'un spécialiste d'organe, dentiste, réalisation d'examen complémentaire, achat en pharmacie.

Nous avons inclus 1459 patients représentant 95,99 % de la population totale reçue au CES de Bayonne en 2018 (après exclusion de 61 consultants de < 16 ans).

Nous avons pu mettre en évidence que sur les 1255 patients (86,02 % de la population étudiée) ayant présenté au moins une anomalie (même mineure), ≥ 1 remboursement (quel qu'il soit) a été observé chez 76,89 % d'entre eux dans l'année suivant leur passage au CES. Cependant, ce pourcentage inclut les personnes qui ont uniquement consulté leur médecin généraliste, sans en connaître le motif. Il pouvait s'agir d'une consultation pour un motif différent de la (ou des) pathologie(s) détectée(s) au CES, ou quand bien même la consultation se rapportait à l'anomalie décelée, certaines pathologies nécessitaient en plus une prise en charge médicamenteuse, spécialisée ou bien des examens complémentaires.

Les actions préconisées à l'issue de l'EPS semblent donc être réalisées, au moins en partie, et sans pouvoir préjuger de la qualité du suivi, dans 76,89 % des cas.

Le pourcentage minimal (mais probablement sous-estimé) des consultants n'ayant aucune réaction était donc de 23,11 %.

En analysant les caractéristiques de ce sous-groupe non-répondeur, nous avons pu répondre à l'un des deux objectifs secondaires qui était d'identifier les facteurs associés à la non-observance des recommandations : **homme, jeune, étudiant, sans médecin traitant déclaré et sans complémentaire santé.**

Le **type d'anomalie** décelée ainsi que sa **sévérité** influençait également la réalisation des recommandations.

L'autre objectif secondaire consistait à évaluer le retour des mises en Suites d'Examens de Santé par les médecins généralistes et les consultants.

Nous n'avons répertorié que **20,59 %** de réponses parmi l'ensemble des demandes de mise en suite. La réalisation des préconisations ne peut donc pas être suivie par la procédure actuelle de recueil de cette information.

Le recours aux examens de santé proposés par les CES de l'Assurance Maladie semble être une porte d'entrée dans le système de soins, mais l'après-bilan semble davantage faire défaut.

Il s'agirait donc d'améliorer l'accès effectif aux soins après ce premier « état des lieux » fait au CES, en commençant par porter une attention particulière au sous-groupe non-répondeur mis en évidence.

6. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. L'état de santé de la population en France - Rapport 2017 [Internet]. DREES; 2017 [Consulté le 12 juin 2019]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-documents-de-referance/rapports/letat-de-sante-de-la-population-en-france-rapport-2017>
2. Lang T, Ulrich V. Les inégalités sociales de santé - Actes du séminaire de recherche de la DREES 2015-2016 [Internet]. DREES; 2017 [Consulté le 13 septembre 2020]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/ouvrage_actes_seminaire_iss_pour_bat_cabinet_-_web.pdf
3. Sass C, Chatain C, Rohmer JF, Barbier Y, Bongue B, Celle CDL, et al. Observance des conseils de prévention et de soins chez les populations vulnérables : l'expérience des centres d'examen de santé de l'Assurance maladie. *Pratiques et Organisation des Soins*. 2011; 42(2):79-87.
4. Le Cain A, Mourouga P. Accompagner vers le dépistage les femmes en situation de précarité. *La Santé de l'homme*. 2005; 375: 34-36.
5. Danet S, Trugeon A, Chauvin P, Estecahandy P, Cases C, Gonzalez L, et al. Les caractéristiques des inégalités sociales de santé. *Actualité et dossier en santé publique*. 2010; 73:8-20.
6. Reynaud C, Robert-Tissot C. Convention d'objectifs et de gestion entre l'État et la Cnam 2018 - 2022 [Internet]. Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés; 2018 [Consulté le 22 juillet 2019]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Dossier_de_presse_COG_2018-2022.pdf
7. Cabrol H. Rôle des médecins généralistes et du centre d'examen de santé de Bayonne dans la réduction des inégalités sociales de santé. Thèse de médecine, Bordeaux : Université de Bordeaux II; 2012.
8. Delmas F, Guillaneuf J. En 2018, les inégalités de niveau de vie augmentent [Internet]. Insee; 2020 [Consulté le 17 octobre 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4659174>
9. Brunner A, Leandri N, Maurin L, Saint-Martin X, Schlemmer B, Schmidt N, et al. Rapport sur la pauvreté en France [Internet]. Observatoire des inégalités; 2018 [Consulté le 31 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.inegalites.fr/Le-tableau-de-bord-de-la-pauvrete-en-France>
10. Péan C. Inégalités sociales de santé : score et indexation, revue systématique de la littérature de 2000 à 2017. Thèse de médecine, Bordeaux : Université de Bordeaux II; 2018.
11. Wresinski J. Grande pauvreté et précarité économique et sociale [Internet]. *Journal Officiel de la République Française*; 1987 [consulté le 4 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.atd-quartmonde.org/wp-content/uploads/2015/07/RapportWresinski87-GrandePauvreteEtPrecariteSociale.pdf>
12. Estecahandy P. Item n°46 : Sujets en situation de précarité : facteurs de risque et évaluation [Internet]. Université Toulouse III; 2008 [consulté le 31 mai 2019].

Disponible sur: <http://www.medecine.ups-tlse.fr/dcem3/pediatrie/Item%2046%20%20prcarite.pdf>

13. Haut Comité de la Santé Publique. La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé [Internet]. ENSP; 1998 [consulté le 17 octobre 2020]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Ouvrage?clef=15>
14. Médecins du Monde, Fédération hospitalière de France. La prise en charge des personnes vulnérables. Agir ensemble à l'hôpital et dans le système de santé [Internet]. 2014 [consulté le 4 juin 2019]. Disponible sur: https://www.advocacy.fr/upload/LDM17/F24_rapport-FHFMDMbd.pdf
15. Gorza M, Eilstein D. Outils élaborés dans la cadre du programme « Inégalités sociales de santé », 2013_2015 [Internet]. Santé publique France; 2018 [consulté le 23 avril 2019]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Populations-et-sante/Outils-elabores-dans-la-cadre-du-programme-Inegalites-sociales-de-sante-2013-2015>
16. Ibanez G, Le Masne A, Herr J. Prendre en compte les inégalités sociales de santé en médecine générale [Internet]. Collège de la Médecine Générale, INPES; 2014 [consulté le 31 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.respects73.fr/wp-content/uploads/2016/10/1538.pdf>
17. Organisation Mondiale de la Santé. Rapport sur la santé dans le monde 2000. Pour un système de santé plus performant [Internet]. OMS; 2000 [consulté le 21 octobre 2020]. Disponible sur: https://www.who.int/whr/2000/en/whr00_fr.pdf?ua=1
18. Quatrebarbes P de. Selon que vous serez puissant ou misérable... [Internet]. Les éditions Regards; 2012 [consulté le 29 mai 2019]. Disponible sur: <http://www.regards.fr/acces-payant/archives-web/selon-que-vous-serez-puissant-ou,5284>
19. Haut conseil de la santé publique. Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité [Internet]. 2009 [consulté le 15 septembre 2020]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=113>
20. Groupe de travail « Inégalités Sociales de Santé, enfance et petite enfance ». Réduction des inégalités sociales de santé. Les villes agissent dès l'enfance [Internet]. Réseau français des Villes-Santé de l'Organisation mondiale de la santé; 2018 [consulté le 13 septembre 2020]. Disponible sur: <https://www.villes-sante.com/publications/guides-du-reseau/attachment/2018-ouvrage-iss-petite-enfance-vf-basse-def/>
21. Blanpain N. Les hommes cadres vivent toujours 6 ans de plus que les hommes ouvriers [Internet]. Insee; 2016 [consulté le 22 octobre 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1908110>
22. Blanpain N. L'espérance de vie par niveau de vie : chez les hommes, 13 ans d'écart entre les plus aisés et les plus modestes [Internet]. Insee; 2018 [consulté le 20 décembre 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3319895>
23. Cambois E, Laborde C, Robine JM. La double peine des ouvriers : plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte [Internet]. Population & Sociétés; 2008 [consulté le 11 juin 2019]. Disponible sur: https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/19109/441.fr.pdf

24. Union Nationale des Centres Communaux d'Action Sociale, Fondation MACIF. Guide d'accès aux soins [Internet]. 2015 [consulté le 24 janvier 2020]. Disponible sur: https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/fichier-utilisateur/fichiers/UNCCAS_guide-acces-aux-soins.pdf
25. Sauliere J, Hemous C, Latournerie JY, Bartoli F, Rey JL, Fellingier F. L'aide médicale d'État : diagnostic et propositions [Internet]. Inspection générale des Affaires sociales, Inspection générale des Finances; 2019 [consulté le 24 janvier 2020]. Disponible sur: <https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/AME.pdf>
26. Conseil National des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Santé et accès aux soins [Internet]. Ministère des Affaires sociales, de la Santé, des familles, de l'enfance et des Droits des femmes; 2016 [consulté le 26 janvier 2020]. Disponible sur: https://www.cnle.gouv.fr/IMG/pdf/CNLE_ChiffresCles2016_ch5.pdf
27. Revel N. Référentiel de contrôle du 22 mars 2017 établi par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et relatif à la prise en charge des frais de santé [Internet]. Ministère des affaires sociales et de la santé, Ministère des familles, de l'enfance et des droits des femmes; 2017 [consulté le 26 janvier 2020]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2017/17-04/ste_20170004_0000_0092.pdf
28. Buzyn A. Nouvelle Complémentaire santé solidaire : plus simple, plus large et plus protectrice pour un meilleur accès aux soins [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé; 2019 [consulté le 24 octobre 2020]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp_complementaire_sante_solidaire_vdef.pdf
29. Nutbeam D. Glossaire de la promotion de la santé [Internet]. WHO; 1998 [consulté le 31 octobre 2020]. Disponible sur: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67245/WHO_HPR_HEP_98.1_fre.pdf
30. Haute Autorité de Santé. Dépistage et prévention [Internet]. 2006 [consulté le 1 octobre 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_410171/fr/depistage-et-prevention.
31. Amsellem-Mainguy Y. Qu'entend-on par « éducation pour la santé par les pairs » ? Cahiers de l'action. 2014; 43(3):9-16.
32. Arnaud C. Evaluation des procédures de dépistage [Internet]. Faculté de Médecine de Toulouse Purpan et Toulouse Rangueil; 2010 [consulté le 1 octobre 2019]. Disponible sur: http://www.medecine.ups-tlse.fr/DCEM2/module1/sous_module1/011_depistage_CA_SA.pdf
33. Spiegelaere de M. Prévention médicale = Promotion de la santé ? [Internet] Revue Quart Monde; 2002 [consulté le 22 décembre 2020]. Disponible sur: <https://www.revue-quartmonde.org/2481>
34. Fevrier M. La participation des personnes en situation de précarité au dépistage du cancer. Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, Rennes: Sciences Po Rennes; 2011.
35. Mansour Z, Fleur L, Saugeron AM, Merle N, Marquis D, Lucas C. Dépistage organisé du cancer du sein en région Provence-Alpes-Côte d'Azur : communication auprès des femmes de statut précaire et/ou isolées. Santé Publique. 2005;17(4):539-49.

36. Romain M. Situation de précarité et dépistages organisés des cancers : étude descriptive en soins primaires et analyse des freins à la proposition et à la réalisation. Thèse de médecine, Bordeaux : Université de Bordeaux II; 2014.
37. Bounaud V, Texier N. Facteurs de non-recours aux soins des personnes en situation de précarité. Etude qualitative auprès de personnes accueillies dans les dispositifs d'hébergement de logement temporaire en Nouvelle-Aquitaine [Internet]. Observatoire Régional de la Santé Nouvelle-Aquitaine; 2017 [consulté le 20 mars 2020] Disponible sur: https://www.ors-na.org/wp-content/uploads/2017/10/11.Nonrecours_Soins_Rapport.pdf
38. Centre d'Examens de Santé de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Pau. Rapport d'activité 2016 [Internet]. CPAM de Pau; 2016 [consulté le 12 juin 2019]. Disponible sur: http://www.cpam-pau.fr/ressources/supports_communication/Rapport_activite_ces_pau_2016_web.pdf
39. Cour des Comptes. Chapitre IX : Les centres d'examens de santé. Rapport 2009 sur l'application des lois de financement de la Sécurité Sociale [Internet]. 2009 [consulté le 23 avril 2019]. Disponible sur: <https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/Chap9-centres-examens-de-sante.pdf>
40. Le ministre des affaires sociales et de l'intégration et le ministre de la santé et de l'action humanitaire. Arrêté du 20 juillet 1992 relatif aux examens périodiques de santé [Internet]. Journal officiel de la République française du 19/09/1992 [consulté le 25 juillet 2019]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006079995>
41. Direction déléguée à la Gestion et à l'Organisation des soins, Direction des Assurés, Département de la Prévention et de la Promotion de la Santé. Les Centres d'Examens de Santé du régime général d'assurance maladie et leurs laboratoires. Présentation générale et évolution de l'organisation de la biologie [Internet]. Caisse nationale de l'Assurance Maladie; 2015 [consulté le 11 septembre 2019]. Disponible sur: http://www.cftc-snadeos.fr/downloads/dossiers/INC_maladie_15_04_2015_CES_%20labos.pdf
42. Moreigne M, Vivies L, Uguen S, Frénet F. Les Centres d'Examens de Santé et l'accès aux soins des publics vulnérables. Regards. 2014;2(46):173-83.
43. Ministère des Finances et des comptes publics, Ministère des Affaires sociales et de la Santé, Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. Convention d'objectifs et de gestion entre l'État et la Cnamts 2014 - 2017 [Internet]. Caisse Nationale de l'Assurance Maladie; 2014 [consulté le 30 octobre 2020]. Disponible sur: https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/convention-objectif-gestion-2014-2017_assurance-maladie.pdf.pdf
44. Ministère des Finances et des comptes publics, Ministère des Affaires sociales et de la Santé, Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. Convention d'objectifs et de gestion entre l'État et la Cnamts 2018 - 2022 [Internet]. Caisse Nationale de l'Assurance Maladie; 2018 [consulté le 30 octobre 2020]. Disponible sur: https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/convention-objectifs-gestion-2018-2022-assurance-maladie_web.pdf.pdf
45. CORP E. Le référentiel de pratiques de l'Examen Périodique de Santé (Document interne du CES). Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés, Centre Technique d'Appui et de Formation des Centres d'examens de Santé; 2016.

46. Caisse Nationale de l'Assurance Maladie. Lancement de la cohorte Constances [Internet]. 2018 [consulté le 1 octobre 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/textes-reglementaires/informations-cnil/lancement-de-la-cohorte-constances.php>
47. Weber F, Contrerès J, Delamaire C, Fillol C, Lemoisson C, Oleko A, et al. Etude Esteban (étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition) [Internet]. Institut de Veille Sanitaire; 2012 [consulté le 31 octobre 2020]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/esteban>
48. Sass C, Moulin JJ, Guéguen R, Abric L, Dauphinot V, Dupré C et al. Le score Epices : un score individuel de précarité. Construction du score et mesure des relations avec des données de santé, dans une population de 197 389 personnes. *Bull Epidemiol Hebd.* 2006;(14): 93-96.
49. Bihan H, Laurent S, Sass C, Nguyen G, Huot C, Moulin JJ et al. Association Among Individual Deprivation, Glycemic Control, and Diabetes Complications. The EPICES score. *Diabetes Care.* 2005;28(11):2680-2685.
50. Convers M. Utilisation du score Épices pour repérer la précarité et optimiser la prise en charge de la grossesse. *La Revue Sage-Femme.* 2010;9(1):3-9.
51. Belin S. Utilisation du score EPICES pour évaluer la précarité des victimes de violences volontaires. Thèse de médecine, Saint-Etienne : Université de Saint-Etienne; 2007.
52. Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. Annexe au CPG relative à la gestion des Centres d'Examens de Santé. Orientations pluriannuelles 2018 - 2022 des Caisses Primaires d'Assurance maladie de Pau et de Bayonne (Document interne du CES). Caisse Nationale de l'Assurance Maladie; 2018.
53. Centre d'Examens de Santé de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Bayonne. Rapport d'activité 2018 (Document interne du CES). CPAM de Bayonne; 2018.
54. Direction de l'information légale et administrative. Bilan de santé - Examen de prévention en santé [Internet]. [consulté le 24 août 2019]. Disponible sur : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F170>
55. Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques. Rapport d'information sur la mise en œuvre des conclusions du rapport d'information n° 3524 du 9 juin 2011 sur l'évaluation de l'aide médicale de l'État [Internet]. Assemblée nationale; 2015 [consulté le 25 août 2019]. Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/14/pdf/rap-info/i3196.pdf>
56. Caisse Nationale de l'Assurance Maladie. Examen de prévention en santé [Internet]. Mis à jour le 29 décembre 2020 [consulté le 24 août 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/assurance-maladie/prevention-depistages/examen-prevention-sante>
57. Frenet F, Moreigne M, Uguen S, Viviès L. Les Centres d'Examens de Santé et l'accès aux soins des publics vulnérables [Internet]. École Nationale Supérieure de Sécurité Sociale; 2014 [consulté le 25 août 2019]. Disponible sur: <https://en3s.fr/articles-regards/reac/CENTRES.pdf>
58. Centre Technique d'Appui et de Formation des Centres d'examens de Santé. Rapport d'activité du CETAF 2018 [Internet]. Saint-Étienne: L'Assurance Maladie et CETAF;

- 2018 [consulté le 25 août 2019]. Disponible sur: https://www.cetaf.fr/wp-content/uploads/2020/07/20200325_Rapport_Activite_2019VF.pdf
59. World Health Organization, éditeur. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks [Internet]. Geneva: WHO; 2009 [consulté le 25 août 2019]. Disponible sur: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44203/9789241563871_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 60. Centre d'Examens de Santé de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Bayonne. Rapport d'activité 2017 (Document interne du CES). CPAM de Bayonne; 2017.
 61. Institut national de la statistique et des études économiques. Professions et catégories socioprofessionnelles PCS 2003 [Internet]. Insee; 2003 [consulté le 6 juillet 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/information/2400059>
 62. Gallopel-Morvan K. Marketing social et marketing social critique : quelle utilité pour la santé publique ? Les Tribunes de la santé. 2014;45(4):37-43.
 63. Santé publique France. Participation au programme national de dépistage organisé du cancer colorectal - Années 2017-2018 [Internet]. 2019 [consulté le 9 janvier 2021]. Disponible sur: [https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-colon-rectum/articles/taux-de-participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-colorectal-2017-2018#:~:text=Sur%20la%20p%C3%A9riode%202017%2D2018,format%20pdf%20et%20format%20Excel\).](https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-colon-rectum/articles/taux-de-participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-colorectal-2017-2018#:~:text=Sur%20la%20p%C3%A9riode%202017%2D2018,format%20pdf%20et%20format%20Excel).)
 64. Santé publique France. Participation au programme national de dépistage organisé du cancer du sein (taux bruts). Années 2017 et 2018 [Internet]. 2019 [consulté le 9 octobre 2020]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-sein/articles/taux-de-participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-du-sein-2017-2018#:~:text=Pour%20la%20p%C3%A9riode%202017%2D2018,est%20de%2050%2C1%20%25.>
 65. Institut national du cancer. Le programme de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus [Internet]. 2020 [consulté le 9 octobre 2020]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus/Le-programme-de-depistage-organise>
 66. Potvin L, Jones CM, Moquet M-J. Réduire les inégalités sociales en santé [Internet]. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé; 2010 [consulté le 18 septembre 2020]. Disponible sur: https://www.cnle.gouv.fr/IMG/pdf/INPES_Reducire_le_s_inegalites_sociales_en_sante.pdf
 67. Legros M, Groupe de travail « Santé et accès aux soins ». Pour un accès plus égal et facilité à la santé et aux soins [Internet]. Ministère des Affaires sociales et de la Santé; 2012 [consulté le 13 septembre 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/7eme.pdf>
 68. Desenclos JC, Arwidson P. Inégalités sociales et territoriales de santé : des connaissances et des faits probants pour l'action ! Bull Epidemiol Hebd 2016;(16-17):274-5.

7. ANNEXES

7.1 Annexe 1 : Schéma synthétique présentant le périmètre de l'EPS socle

Source : CNAMTS – CETAF novembre 2016

EPS RÉNOVÉ SCHEMA SYNTHÉTIQUE DU PÉRIMÈTRE DE L'EPS SOCLE				
HTA > Dépister > Accompagner dans la prise en charge	DYSLIPIDÉMIE > Dépister > Accompagner dans la prise en charge	SURPOIDS ET OBÉSITÉ > Repérer et accompagner d'une intervention brève	DIABÈTE DE TYPE 2 > Dépister > Accompagner dans la prise en charge	MALADIE RÉNALE CHRONIQUE > Dépister
ALCOOL > Repérer la consommation et accompagner d'une intervention brève	TABAC > Repérer la consommation et accompagner d'une intervention brève > Repérer les maladies liées au tabac et accompagner dans la prise en charge	CANNABIS > Repérer la consommation et accompagner d'une intervention brève		
CANCER DU COL > S'assurer du dépistage régulier et le réaliser si nécessaire > Promouvoir la vaccination contre certains HPV	CANCER DU SEIN > Repérer le profil à risque > S'assurer de la participation au DO	CANCER COLORECTAL > Repérer le profil à risque > S'assurer de la participation au DO	CANCER CUTANÉ > Repérer le phénotype à risque et l'accompagner d'une intervention brève	
IST > Repérer les risques et accompagner d'une approche éducative	VHB > Dépister > Promouvoir la vaccination	VHC > Dépister	VIH > Dépister et accompagner d'une intervention brève	VACCINATIONS USUELLES > Évaluer le statut vaccinal > Promouvoir les vaccinations recommandées ou obligatoires
ACTIVITÉ PHYSIQUE > Repérer et accompagner d'une intervention brève	ALIMENTATION > Repérer les habitudes et accompagner d'une intervention brève	CONTRACEPTION > Repérer les moyens et usages et accompagner d'une approche éducative	PRÉVENTION CHUTES > Repérer le consultant à risque de chute et l'accompagner d'une approche éducative	
ASTHME > Dépister > Accompagner dans la prise en charge	BPCO > Dépister > Accompagner dans la prise en charge			
ANXIÉTÉ > Repérer	DÉPRESSION > Repérer > Accompagner dans la prise en charge			
DYSTHYROÏDIE > Dépister une hypothyroïdie fruste				
VISION > Repérer une baisse de l'acuité visuelle > Dépister une dyschromatopsie	AUDITION > Repérer une hypoacousie > Évaluer le niveau d'exposition sonore et l'accompagner d'une intervention brève			
BUCCO-DENTAIRE > Repérer des pathologies > Réaliser une intervention bucco-dentaire de prévention				

Cnamts-Cetaf novembre 2016

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

POURQUOI REMPLIR CE QUESTIONNAIRE ?

Ce questionnaire permet de mieux connaître votre état de santé.

Vos réponses sont strictement confidentielles. Les professionnels du Centre d'examens de santé habilités à y accéder sont tenus au secret professionnel.

COMMENT REMPLIR CE QUESTIONNAIRE ?

- Pour la plupart des questions, vous trouverez des cases du type « ». Pour répondre, il suffit de cocher ces cases.
Exemple : Mme M.
- Sauf indication contraire, vous ne devez cocher qu'une seule case, celle qui vous semble le mieux correspondre à votre situation.

Il faut environ une dizaine de minutes pour compléter ce questionnaire. En cas de besoin, n'hésitez pas à demander l'aide du personnel du Centre.

Ce questionnaire et chacune des questions qu'il contient ont un caractère facultatif. Il est sans incidence sur le bénéfice de l'Examen périodique de santé. Nous vous remercions de bien vouloir le remplir car vos réponses nous permettent de personnaliser **votre Examen périodique de santé.**

A QUI REMETTRE CE QUESTIONNAIRE ?

UNE FOIS REMPLI PAR VOS SOINS LE QUESTIONNAIRE EST REMIS EN MAINS PROPRES OU SOUS PLI CONFIDENTIEL AU PERSONNEL DU CENTRE D'EXAMENS DE SANTÉ.

1. LES QUESTIONS SOCIO-ADMINISTRATIVES

1.1 MIEUX VOUS CONNAÎTRE

Madame Monsieur
 Nom _____ Nom marital _____
 Prénom _____
 Date de naissance (JJ/MM/AA) : _____ / _____ / _____
 Adresse : N° _____ Complément (Bis, Ter...) _____
 Type de voie (rue, Bd, Av...) _____
 Nom de la voie _____
 Complément d'adresse (App, Bât, Etage...) _____
 Code postal _____ Commune _____
 N° TÉL. (portable de préférence) : _____
 Courriel électronique : _____ @ _____

1.2 VOTRE COUVERTURE SOCIALE

Etes-vous ? Assuré(e) Ayant droit En cours d'affiliation
 Bénéficiez-vous d'une prise en charge à 100% ? Oui Non Ne sais pas
 > SI OUI, est-ce au titre :
 de l'ALD (Affection Longue Durée) : Oui Non Ne sais pas
 de l'invalidité : Oui Non Ne sais pas
 Avez-vous une complémentaire santé ? Oui Non Ne sais pas
 > SI OUI, actuellement, bénéficiez-vous de la CMU-C, appelée aussi couverture maladie universelle complémentaire ? Oui Non Ne sais pas
 Actuellement, bénéficiez-vous de l'ACS (aide à la complémentaire santé) ? Oui Non Ne sais pas
 > SI NON, souhaitez-vous obtenir une information sur ces deux dispositifs ? Oui Non Ne sais pas

1.3 VOTRE PARCOURS DE SOINS

Avez-vous un médecin traitant ? Oui Non Ne sais pas
 > SI OUI, l'avez-vous déclaré ? Oui Non Ne sais pas
 Pour permettre à votre médecin traitant d'assurer une prise en charge optimale de votre santé, les résultats de votre Examen périodique de santé lui seront transmis sauf opposition de votre part (ou, le cas échéant, opposition de votre représentant légal).
 Merci d'indiquer les nom, prénom et adresse de votre médecin traitant :
 Docteur _____
 Adresse : N° _____ Rue _____
 Code postal _____ Commune _____
 Téléphone : _____

1.4 VOTRE CONNAISSANCE DE L'EXAMEN DE SANTE

Avez-vous déjà bénéficié d'un Examen de Santé ? Oui Non Ne sais pas
 > SI OUI, en quelle année ? _____
 > SI vous êtes venu(e) spontanément, comment avez-vous eu connaissance du CES ? _____

1.5 VOTRE ENVIRONNEMENT SOCIAL ET FAMILIAL

Rencontrez-vous parfois un travailleur social (Assistante sociale, Educateur...) ? Oui Non
 Vivez-vous en couple ? Oui Non
 > SI NON, êtes-vous : Divorcé(e)/Séparé(e) Veuf(ve) Célibataire
 Si vous avez de jeunes enfants êtes-vous seul(e) à élever vos enfants ? Oui Non
 Assumez-vous un rôle d'aïdant pour une personne âgée, handicapée, malade ? Oui Non
 Êtes-vous propriétaire de votre logement (ou accédant à la propriété) ? Oui Non
 Y a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF...) ? Oui Non
 Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ? Oui Non
 Êtes-vous allé(e) au spectacle au cours des 12 derniers mois ? Oui Non
 Êtes-vous parti(e) en vacances au cours des 12 derniers mois ? Oui Non
 Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants ? Oui Non
 En cas de difficultés (financières, familiales, de santé...), y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ? Oui Non
 En cas de difficultés (financières, familiales, de santé...), y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ? Oui Non

1.6 VOS ETUDES

Quel est votre niveau d'études ?
 Ne sais pas lire ou écrire
 Sans diplôme
 Certificat d'études primaires seul
 BEPC, brevet des collèges
 CAP, BEP, certificat de fin d'apprentissage
 Baccalauréat enseignement général, professionnel, brevet de technicien
 Diplôme du 1^{er} cycle universitaire, DUT, BTS, DEUG
 Diplôme équivalent au moins au 2^e cycle universitaire (Licence, Master, écoles d'ingénieur...)

1.7 VOTRE VIE PROFESSIONNELLE

Avez-vous une activité professionnelle rémunérée ? Oui Non
 > SI OUI, laquelle ? _____
 > Sous quelle forme ?
 En contrat à durée indéterminée (CDI)
 En contrat à durée déterminée (CDD, saisonnier, ou intérimaire)
 Travailleur indépendant
 En contrat aidé
 Stagiaire
 Autre, précisez : _____
 > S'agit-il d'un emploi :
 A temps complet A temps partiel à votre convenance
 A temps partiel par obligation

- > Travaillez-vous : _____ De jour De nuit En poste
 > Êtes-vous exposé(e) de façon importante au bruit dans votre environnement personnel et/ou professionnel ? Oui Non

- > Êtes-vous ou avez-vous été exposé(e) régulièrement à des poussières, fumées ou vapeurs chimiques ? _____ Oui Non

2. LES QUESTIONS MEDICALES

2.1 VOTRE SUIVI MEDICAL

Quand avez-vous consulté pour la dernière fois votre médecin traitant ? _____

Pour quelle raison : _____

Quand avez-vous consulté pour la dernière fois un dentiste ? _____

Pour quelle raison : _____ Urgence Soins dentaires Contrôle

Avez-vous eu un contrôle de votre vue au cours des 2 dernières années ? _____ Oui Non

Avez-vous eu un test de l'audition au cours des 2 dernières années ? _____ Oui Non

Avez-vous eu une mesure de votre souffle au cours des 2 dernières années ? _____ Oui Non

Avez-vous réalisé un test de dépistage du cancer colorectal depuis moins de 2 ans ? _____ Oui Non

Avez-vous passé une coloscopie au cours des 5 dernières années ? _____ Oui Non

 À quand remonte votre dernière consultation pour des raisons de contraception ou gynécologiques ? _____

 Avez-vous réalisé une mammographie de dépistage depuis moins de 2 ans ? _____ Oui Non

 Avez-vous eu un frottis de dépistage du col de l'utérus depuis moins de 3 ans ? _____ Oui Non

2.2 VOS MODALITES DE VIE

Êtes-vous né(e) en France ? _____ Oui Non

> SI NON, depuis combien de temps êtes-vous en France ou en Europe ? _____

> SI NON, quel est votre pays d'origine ? _____

Habitez-vous avec une personne porteuse d'une hépatite B ou C, ou VIH ? _____ Oui Non

Avez-vous déjà eu une transfusion de sang ? _____ Oui Non

Avez-vous déjà eu un test de dépistage ? _____
 VIH De l'hépatite B De l'hépatite C

Avez-vous déjà eu un piercing ou un tatouage ? _____ Oui Non

Êtes-vous fumeur de tabac (quelle que soit sa forme) ? _____ Oui Non
 > SI NON, avez-vous déjà fumé ? _____ Oui Non

> SI OUI, pendant combien de temps ? _____

Et depuis combien de temps avez-vous arrêté ? _____

Avez-vous fumé du cannabis au cours des 12 derniers mois ? _____ Oui Non

Avez-vous déjà pris d'autres drogues ? _____ Oui Non

Consommez-vous du vin, de la bière, du cidre ou toute autre boisson alcoolisée même occasionnellement ? _____ Oui Non

Alimentation : suivez-vous un régime particulier ? _____ Oui Non

2.3 VOS ANTECEDENTS FAMILIAUX

Est-ce que vos père, mère, frère(s) et/ou sœur(s) ont déjà eu l'une des maladies suivantes ?

Infarctus du myocarde ou une mort subite :

> chez votre père ou frère avant 55 ans : _____ Oui Non Ne sais pas

> chez votre mère ou sœur avant 65 ans : _____ Oui Non Ne sais pas

Accident vasculaire cérébral

avant l'âge de 45 ans _____ Oui Non Ne sais pas

Hypertension artérielle _____ Oui Non Ne sais pas

Diabète _____ Oui Non Ne sais pas

Dépression _____ Oui Non Ne sais pas

Un cancer du côlon _____ Oui Non Ne sais pas

> SI OUI, précisez à quel âge : _____

Un cancer du sein _____ Oui Non Ne sais pas

> SI OUI, précisez à quel âge : _____

Autres cancers ou

autres maladies (notamment maladie génétique) _____ Oui Non Ne sais pas

> SI OUI, qui et lesquels ? _____

2.4 VOS ANTECEDENTS PERSONNELS

Avez-vous eu une maladie du cœur ou des vaisseaux sanguins ? _____ Oui Non Ne sais pas

Avez-vous déjà eu des pertes de connaissance, des syncopes ou des convulsions ? _____ Oui Non Ne sais pas

Avez-vous eu à plusieurs reprises une tension artérielle élevée ? _____ Oui Non Ne sais pas

Avez-vous eu un infarctus du myocarde ? _____ Oui Non Ne sais pas

Avez-vous eu un accident vasculaire cérébral ? _____ Oui Non Ne sais pas

Avez-vous eu une des affections suivantes :

Un cancer du côlon ? _____ Oui Non Ne sais pas

Un cancer du sein ? _____ Oui Non Ne sais pas

Un cancer de la peau ? _____ Oui Non Ne sais pas

Avez-vous eu d'autres cancers ? _____ Oui Non Ne sais pas

> SI OUI, lesquels ? _____

Avez-vous eu une hépatite ? _____ Oui Non Ne sais pas

> SI OUI, laquelle ? (A, B, C ou autres) ? _____

Avez-vous eu une infection sexuellement transmissible ? _____ Oui Non Ne sais pas

Avez-vous eu des polypes de l'intestin ? _____ Oui Non Ne sais pas

Vous a-t-on détecté dans le sang un taux anormal de :

Sucre (glucose) ? _____ Oui Non Ne sais pas

Cholestérol ? _____ Oui Non Ne sais pas

Triglycérides ? _____ Oui Non Ne sais pas

Avez-vous déjà été traité(e) pour une dépression ? Oui Non Ne sais pas

Avez-vous été exposé(e) à des situations de violence ? Oui Non Ne sais pas

Avez-vous déjà dû interrompre vos études ou votre activité professionnelle pendant plus de 6 mois pour des raisons de santé ? Oui Non Ne sais pas

LORS DE VOTRE(VOS) GROSSESSE(S) VOUS A-T-ON DIAGNOSTIQUÉ :
Un diabète ? Oui Non Ne sais pas
Une hypertension artérielle ? Oui Non Ne sais pas
Avez-vous eu des enfants dont le poids de naissance est > 4 kg ? Oui Non Ne sais pas

INTERVENTIONS CHIRURGICALES
Avez-vous eu une intervention sur l'utérus ? Oui Non Ne sais pas
> SI OUI, « totale » ? Oui Non Ne sais pas
Avez-vous eu une intervention chirurgicale ? Oui Non Ne sais pas
> SI OUI, laquelle ?

2.5 VOTRE ETAT DE SANTE ACTUEL

Avez-vous une hypertension artérielle ? Oui Non Ne sais pas

Avez-vous une insuffisance coronarienne ? Oui Non Ne sais pas

Avez-vous de l'artérite ? Oui Non Ne sais pas

Avez-vous des douleurs dans les jambes ou dans les mollets à l'effort ou lors de la marche ? Oui Non Ne sais pas

Avez-vous un asthme ? Oui Non Ne sais pas

Toussez-vous souvent (tous les jours) ? Oui Non Ne sais pas

Avez-vous souvent une toux grasse ou qui ramène des crachats ? Oui Non Ne sais pas

Etes-vous plus facilement essoufflé(e) que les personnes de votre âge ? Oui Non Ne sais pas

Avez-vous une bronchite chronique de type BPCO ? Oui Non Ne sais pas

Avez-vous des pauses respiratoires ou ronflements importants pendant le sommeil, constatés par l'entourage ? Oui Non Ne sais pas

Avez-vous eu une prise de poids importante dans les 12 derniers mois ? Oui Non Ne sais pas

Avez-vous eu une perte de poids importante dans les 12 derniers mois ? Oui Non Ne sais pas

Avez-vous un diabète ? Oui Non Ne sais pas

Avez-vous un problème thyroïdien ? Oui Non Ne sais pas

> SI OUI, lequel ?

Etes-vous traité(e) actuellement pour dépression ? Oui Non Ne sais pas

Avez-vous d'autres troubles psychiques ?

Avez-vous des boutons ou croûtes qui ne guérissent pas, ou un changement d'aspect d'un grain de beauté ? Oui Non Ne sais pas

Avez-vous d'autres maladies ou problèmes de santé ? Oui Non Ne sais pas

> SI OUI, précisez ?

Êtes-vous enceinte ? Oui Non Ne sais pas

Si vous êtes ménopausée, vous arrive-t-il d'avoir des saignements gynécologiques ? Oui Non Ne sais pas

2.6 VOTRE TRAITEMENT

Prenez-vous tous les jours des médicaments ? Oui Non

> SI OUI, notez le nom des différents médicaments que vous prenez tous les jours ou presque :

Avez-vous des difficultés à les prendre ? Oui Non

Utilisez-vous une contraception orale ? Oui Non

> SI OUI, laquelle ?

> SI NON, utilisez-vous une autre contraception ? Oui Non

> SI OUI, précisez :

Quelle a été votre dernière vaccination ?

A quelle date ?

(si vous avez votre carnet de vaccination, merci de l'apporter)

Note de santé perçue : veuillez indiquer par une note comprise entre 0 et 10 votre état de santé tel que vous le ressentez (0 pour mauvais, 10 pour bon) :

Aujourd'hui, y a-t-il une question qui vous préoccupe ?

DATE :

SIGNATURE :

Informatique et Libertés : Comme l'ensemble des résultats de votre Examen Périodique de Santé, vos réponses à ce questionnaire feront l'objet d'un traitement informatique et/ou papier destiné à la bonne gestion de votre dossier médical. Ce traitement a fait l'objet des formalités administratives prescrites par la loi dite « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée. En application de cette loi, vous avez le droit d'accéder directement ou par l'intermédiaire d'un médecin de votre choix, aux informations contenues dans votre dossier médical. Vous avez également le droit d'exiger du Centre que ces informations soient rectifiées, complétées ou mises à jour. Enfin, vous pouvez, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement informatique de vos informations. Pour exercer vos droits, il suffit de vous rapprocher du Médecin Responsable du Centre. Si vous êtes mineur ou placé sous un régime de tutelle, ces droits sont exercés par votre représentant légal.

Hébergement de vos données : Vos données sont entendues ici comme étant l'ensemble des informations vous concernant, recueillies au Centre d'Examens de Santé et conservées sur support informatique. Vous êtes informé(e) que vos données sont hébergées par une société française agréée pour l'hébergement des données de santé. Cet agrément a été délivré par le ministre de la santé. Il garantit la confidentialité et la sécurité de vos données.

7.3 Annexe 3 : Partenaires du CES de Bayonne

Voici la liste des partenaires du CES de Bayonne en 2018 :

- Les Centres de Formation dédiés à l'orientation et à la remobilisation vers l'emploi : AFEC (Association de Formation et d'Enseignement Continu), INFA (Institut National de Formation et d'Application), INSUP (Institut Supérieur de Formation Permanente), AFPA (Agence nationale pour la Formation Professionnelle des Adultes), etc.
- Les CFA (Centres de Formation d'Apprentis)
- Les Missions Locales (64 et 40) avec lesquelles le partenariat a été renforcé par la mise en place de la Garantie Jeune.
- Les associations : Les Resto du Cœur, Les épiceries Sociales, Secours Populaire...
- Les associations accueillant les migrants : Etorkinekin, Diakite...
- La SDSEI (Services Départementaux des Solidarités et de l'Insertion), anciennement MSD (Maison Départementale de la Solidarité),
- Le PLIE (Plan Local Pluriannuel pour l'Insertion et l'Emploi)
- Les Structures de Médecine du Travail
- CADA (Centre d'Accueil des Demandeurs d'Asile)
- Foyers de l'Enfance, ASE (Aide Sociale à l'Enfance)
- Structures d'hébergement local : Atherbea, la maison de Gilles, Emmaüs

7.4 Annexe 4 : Critères de jugement

Informations sur la consommation de soins = Remboursement d'actes après l'EPS Codes CCAM (actes médicaux) / NGAP (dentiste, MG et spécialistes) / classification ATC ou code CIP (médicaments) / NABM (actes biologiques)	
Cs MT Cs cardio	GS; G GS; CSC
	DEQP001 : Electrocardiographie, avec enregistrement événementiel déclenché et télétransmission DEQP002 : Electrocardiographie à haute amplification DEQP003 : Electrocardiographie sur au moins 12 dérivations DEQP005 : Electrocardiographie sur au moins 2 dérivations, avec enregistrement continu pendant au moins 24 heures DEQP006 : Vectocardiographie DKRP004 : Épreuve d'effort sur tapis roulant ou bicyclette ergométrique, avec électrocardiographie discontinue DZQM002 : Echo cardiographie transthoracique continue avec épreuve de stress sur lit ergométrique DZQM006 : Échographie-doppler transthoracique du cœur et des vaisseaux intrathoraciques DAQM003 : Échocardiographie transthoracique avec épreuve pharmacologique de stress, pour étude de la viabilité et/ou de l'ischémie du myocarde EQRP002 : Épreuve d'effort sur tapis roulant ou bicyclette ergométrique, avec électrocardiographie discontinue et mesure du débit d'oxygène consommé [VO2]
Examens complémentaires	C02 : Antihypertenseurs C03 : Diurétiques C07 : Bêta bloquants C08 : Inhibiteurs calciques C09 : Médicaments agissant sur le système rénine-angiotensine
Pharmacie	GS
	Code acte 0552 = GLYCEMIE Code acte 1577 = HBA1C
Cs endoc	
Bilan biologique	A10 : Médicaments du diabète A10A : Insulines et analogues A10B : Antidiabétiques sulfonurés A10X : Autres médicaments du diabète
Pharmacie	
Problèmes médicaux mis en évidence par l'EPS Items identiques aux énoncés du logiciel médical du CES (logiciel SAGES) considérés comme pathologiques	TA > 140/90 mmHg (sur la moyenne des 3 mesures effectuées lors de l'examen)
Suspicion d'HTA	Anomalies significatives : - diabète avec complications rénales possibles : diabète connu + microalbuminurie sur échantillon 20-200 mg/l - néphropathie diabétique : protéinurie > 200 mg/l + DFG* < 60 ml/min - diabète sucré : -- Diabète suspecté : glycémie à jeun entre 1,26 g/l et 2 g/l -- Diabète confirmé : une seule glycémie > 2 g/l (et HbA1c > 6,4 %)
Anomalie glucidique * DFG = débit de filtration glomérulaire	Anomalies mineures : - intolérance au glucose : Glycémie à jeun entre 1,10 et 1,26 g/l - glycémie limite : Glycémie à jeun à 1,10 g/l

Problèmes médicaux mis en évidence par l'EPS		Informations sur la consommation de soins - Remboursement d'actes après l'EPS Codes CCAM / NGAP / ATC / CIP / NABM	
Anomalie lipidique	<p>Anomalies significatives :</p> <ul style="list-style-type: none"> - élévation du LDLc : limite supérieure calculée individuellement en fonction des facteurs de risque cardiovasculaires (FdrCV) - dyslipidémie mixte : hypertriglycéridémie > 1,5 g/L et LDLc élevé <p>Anomalies mineures : anomalies sans FdrCV associé</p> <ul style="list-style-type: none"> - hypercholestérolémie isolée : LDL > 1.6 g/l et/ou HDL < 0.40 g/l - cholestérolémie limite : LDL = 1.6 g/l et/ou HDL = 0.40 g/l - hypertriglycéridémie isolée : TG entre 2 et 4 g/l - hypertriglycéridémie limite : TG entre 1.5 et 2 g/l 	Bilan biologique	<p>0996 = EXPLORATION D'UNE ANOMALIE LIPIDIQUE</p> <p>2001 = CHOLESTEROL-LDL (C-LDL)</p> <p>0580 = CHOLESTEROL TOTAL (CHOL)</p> <p>0590 = TRIGLYCERIDES (TG)</p>
Défaut ou retard de vaccination antitétanique	Consultants non à jour selon le schéma vaccinal en vigueur.	Pharmacie (code CIP)	<p>C010 : Hypolipémiants</p> <p>REPEVAX : 3400936873971 ; 3400935963932 ; 3400935964243</p> <p>REVAXIS : 3400935259967 ; 3400936876293</p> <p>BOOSTRITETRA : 3400936773936 ; 3400936773875</p>
Absence de FCU depuis > 3 ans pour les femmes âgées de 25 à 65 ans	<p>Non à jour :</p> <ul style="list-style-type: none"> - FCU fait au CES car : antécédent d'affection gynécologique ; date du précédent non précisé ; existence de facteurs de risque ; précédent datant de > 3 ans ; premier frottis - FCU non fait au CES car : règles en cours ; absente à l'examen ; refus ; prévu prochainement 	Examens complémentaires	<p>JKHD001 : Prélèvement cervicovaginal pour frottis cytologique</p> <p>JLQE002 : Colposcopie</p> <p>JKFA031 : Conisation du col de l'utérus</p> <p>JKHA002 : Biopsie du col de l'utérus</p> <p>(Cotation MG ou gynéco)</p>
Absence de mammographie depuis > 2 ans pour les femmes âgées de 50 à 74 ans	<p>Non à jour :</p> <ul style="list-style-type: none"> - mammographie de dépistage conseillée 	Examens complémentaires	<p>QE0K001 : Mammographie bilatérale</p> <p>QE0K004 : Mammographie de dépistage</p> <p>QE0K005 : Mammographie unilatérale</p>
Absence de dépistage du cancer colorectal depuis > 2 ans pour les patients âgés de 50 à 74ans	<p>Non à jour :</p> <ul style="list-style-type: none"> - test remis au CES dans le cadre de la campagne de dépistage - le patient doit consulter son MT pour retirer le test dans le cadre de la campagne départementale de dépistage - le patient a reçu un test ou il va lui être prochainement envoyé dans le cadre de la campagne départementale de dépistage - remise de test au CES refusé par le patient 	Test immunologique	Vérifié auprès de PYRADEC
Besoin de soins bucco-dentaires	<p>Examens pathologiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - consultation et/ou traitement à prévoir - consultation et/ou traitement à prévoir, ET SUIVI DEMANDE 	Cs dentaire	Cs

Problèmes médicaux mis en évidence par l'EPS		Informations sur la consommation de soins - Remboursement d'actes après l'EPS Codes CCAM / NGAP / ATC / CIP / NABM
EKG anormal	<p>Anomalies significatives :</p> <ul style="list-style-type: none"> - tracé pathologique - pathologique à explorer <p>Anomalies mineures :</p> <ul style="list-style-type: none"> - troubles mineurs mais avis cardiologique souhaité - anomalies mineures - atypies 	<p>Cs cardio</p> <p style="text-align: right;">GS, CSC</p>
Acuité visuelle (AV) anormale	<p>Anomalies significatives :</p> <ul style="list-style-type: none"> - AV non corrigée de près, corrigée de loin déficitaire ; acuité binoculaire insuffisante, bilan ophtalmo souhaitable - presbytie persistante malgré correction, résultats sous réserve (verres progressifs) ; vision de près déficitaire, bilan ophtalmo souhaitable - vision corrigée de loin déficitaire, résultats sous réserve (verres progressifs), vision de près déficitaire, bilan ophtalmo souhaitable - vision corrigée de loin satisfaisante et de près déficitaire ; bilan ophtalmo souhaitable - vision corrigée de près satisfaisante et de loin déficitaire ; bilan ophtalmo souhaitable - vision non corrigée de loin et corrigée de près déficitaire, vision binoculaire insuffisante ; bilan ophtalmo souhaitable - vision non corrigée de loin et corrigée de près déficitaire, vision binoculaire normale de près et de loin déficitaire ; bilan ophtalmo souhaitable <p>Anomalies mineures :</p> <ul style="list-style-type: none"> - myopie persistante malgré correction, vision corrigée de près satisfaisante - vision corrigée de loin déficitaire, mais vision binoculaire normale ; vision de près normale - vision corrigée de près satisfaisante et de loin déficitaire, mais vision binoculaire normale - vision corrigée déficitaire de loin et de près - vision de loin corrigée monoculaire déficitaire, mais AV binoculaire satisfaisante, vision corrigée de près satisfaisante - vision de près corrigée monoculaire déficitaire mais AV binoculaire satisfaisante, vision corrigée de loin satisfaisante - vision de près corrigée monoculaire et binoculaire déficitaire ; vision corrigée de loin satisfaisante - vision monoculaire corrigée déficitaire de près et de loin ; bonne vision binoculaire de près et de loin - vision monoculaire corrigée déficitaire de près et de loin, vision binoculaire déficitaire de près et satisfaisante de loin - vision monoculaire corrigée déficitaire de près et de loin, vision binoculaire satisfaisante de près mais déficitaire de loin - vision monoculaire et binoculaire corrigée déficitaire de près et de loin - vision non corrigée de loin et corrigée de près déficitaire, vision binoculaire normale de près et de loin 	<p>Examen complémentaires</p> <p style="text-align: right;">GS</p> <p>BLQP010 : Examen de la vision binoculaire BLQP011 : Mesure de l'acuité visuelle potentielle par interférométrie au laser</p>

Informations sur la consommation de soins – Remboursement d'actes après l'EPS Codes CCAM / NGAP / ATC / CIP / NABM	
Problèmes médicaux mis en évidence par l'EPS	CS pneumo
	GS GLQP002 : Mesure de la capacité vitale lente et de l'expiration forcée, avec mesure des volumes pulmonaires mobilisables et non mobilisables par pléthysmographie GLQP012 : Mesure de la capacité vitale lente et de l'expiration forcée, avec enregistrement [Spirométrie standard] GLQP008 : Mesure de la capacité vitale lente et de l'expiration forcée, avec gazométrie sanguine artérielle [Spirométrie standard avec gaz du sang] GLQP011 : Mesure des volumes pulmonaires mobilisables et non mobilisables par pléthysmographie ZBQK002 : Radiographie du thorax R03 : médicaments pour les syndromes obstructifs des voies aériennes R03A : adrénergiques pour inhalations R03B : autres médicaments pour les syndromes obstructifs des voies aériennes par inhalation R03C : adrénergiques à usage systémique R03D : autres médicaments systémiques pour syndromes obstructifs des voies aériennes
Problèmes médicaux mis en évidence par l'EPS	CS Examen complémentaire
Problèmes médicaux mis en évidence par l'EPS	GS Examen complémentaire
Spirométrie anormale - VEMS : Volume Expiratoire Maximal par Seconde - CV : Capacité Vitale - DEMM : Débit Expiratoire Maximal Médian - DEP : Débit Expiratoire de Pointe	Anomalies significatives : - anomalies évoquant un syndrome obstructif - baisse des valeurs spirométriques (VEMS et/ou CV), sujet gros fumeur ou ancien fumeur - examen en faveur d'une atteinte des petites voies aériennes - réduction des débits (DEMM et/ou DEP) traduisant une atteinte respiratoire débutante - réduction des débits pouvant traduire une atteinte respiratoire débutante Anomalies mineures : - VEMS et CV dans la limite de la normale mais réduction des débits (DEMM et/ou DEP) traduisant une atteinte respiratoire débutante - légère baisse des valeurs spirométriques
Audiométrie anormale	CS C's ORL
Anomalies significatives : - baisse de l'audition à faire contrôler par ORL - baisse de l'audition gauche à faire contrôler par ORL - diminution importante de l'acuité auditive - diminution importante de l'acuité auditive droite - hypoacousie à explorer - hypoacousie gauche à explorer - perte auditive bilatérale dans les graves, à faire contrôler - perte auditive gauche dans les graves, à faire contrôler - perte auditive pour les aigus, à faire contrôler Anomalies mineures : - déficit bilatéral sur les aigus - déficit droit sur les aigus - déficit gauche sur les aigus - diminution modérée de l'acuité auditive - diminution modérée de l'acuité auditive droite - diminution modérée de l'acuité auditive gauche - hypoacousie bilatérale dans les aigus - hypoacousie bilatérale dans les aigus (travail bruyant) - hypoacousie dans les aigus (travail bruyant ?) - hypoacousie droite dans les aigus - hypoacousie droite dans les aigus (travail bruyant ?) - hypoacousie gauche dans les aigus - presbyacousie - presbyacousie droite	CDQP002 : Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie CDQP015 : Audiométrie tonale avec tympanométrie CDQP012 : Audiométrie tonale et vocale CDQP010 : Audiométrie tonale ou vocale

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

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

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

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

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

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

RÉSUMÉ :

Introduction : Dans un contexte d'aggravation des inégalités sociales de santé en France, l'accès aux soins des publics vulnérables est un enjeu sanitaire majeur. Les Centres d'Examens de Santé (CES) de l'Assurance Maladie ont pour mission d'améliorer cet accès en proposant des Examens de Prévention en Santé (EPS) aux populations précaires. L'objectif principal de notre étude était de déterminer la proportion de consultants ayant réalisé les examens et soins préconisés à l'issue de l'EPS.

Méthode : Etude de cohorte avec recueil de données rétrospectif, monocentrique, au CES de Bayonne auprès des consultants ayant réalisé un EPS en 2018. Données recueillies à partir du logiciel médical du CES puis du logiciel de la CPAM.

Résultats : Sur 1459 consultants inclus dans l'étude, au moins une anomalie a été décelée chez 86,02 % d'entre eux, parmi lesquels 23,11 % (effectif minimal) n'ont entamé aucune prise en charge au décours de l'EPS. Le profil type du patient appartenant au sous-groupe non-répondeur est : un homme, jeune, sans médecin traitant déclaré et sans complémentaire santé. Le type d'anomalie, sa sévérité et la réalisation des actions au sein même du CES influençaient le suivi.

Discussion : L'EPS permet aux publics vulnérables et éloignés du soin de recourir à des actions de prévention, de dépistage et de faciliter la prise en charge des anomalies repérées, en leur permettant de mieux s'insérer dans un parcours de soins. Cependant, près d'un quart des consultants ne donne aucune suite au bilan réalisé.

MOTS CLÉS :

Disparités d'accès aux soins, programmes de dépistage diagnostique, médecine préventive, sécurité sociale, facteurs socioéconomiques.

ABSTRACT: Observance of prevention and care advices from Health Preventive Examinations: Bayonne's Examination Center experience

Introduction : In an increasing social inequalities environment concerning health in France, access to healthcare for vulnerable population is a major health issue. The Health Insurance Health Examination Centers (CES) have for mission to improve that access by offering Preventive Health Examinations (EPS) to precarious populations. Our study's main objective was to determine the ratio of consultants who performed examinations and cares recommended by the EPS.

Method : cohort study with retrospective, single-center data collection within the Bayonne CES with consultants who carried out an EPS in 2018. Data collected from CES medical software and then from CPAM software.

Results : 1459 consultants were included in the study. At least one anomaly was detected for 86.02% of those, among whom 23.11% (minimum workforce) did not start any care after the EPS. Typical profile of the patient belonging to the non-responder sub-group is : a young man, without neither appointed regular general practitioner nor complementary health insurance. Anomaly type, its severity and actions' implementation within the CES influenced the follow-up.

Discussion : EPS allows vulnerable and far from care population to have access to preventive actions, screening and to ease identified anomalies' management, allowing them to better integrate a care pathway. However, almost a quarter of consultants do not follow up on the preventive examination done.

KEYWORDS :

Healthcare disparities, screening programs, preventive medicine, social insurance, socioeconomic factors.

DISCIPLINE : MÉDECINE GÉNÉRALE

U.F.R des Sciences Médicales, Université de Bordeaux, 146 rue Léo Saignat, 33076 Bordeaux Cedex.
