

Observance des conseils de prévention et de soins chez les populations vulnérables : l'expérience des centres d'examens de santé de l'Assurance maladie

Observance of advice on prevention and healthcare among vulnerable people: the Health Insurance health examination centres experiment

Sass C¹, Chatain C¹, Rohmer J-F², Barbier Y³, Bongue B¹, De La Celle C⁴, DePierre M³, Etéchami E⁵, Gutton S¹, Labbe E¹, Lazarus S⁶, Laboulaye P⁷, Le Clésiau H⁷, Léger B⁸, Lenain J-L⁸, Moulin J-J¹, Nitenberg C⁹, Pagnon X⁶, Philippe D¹⁰, Pouchard M⁵, Soufi K⁷, Vandernoot M-P¹¹, Gerbaud L¹²

Résumé

Objectifs : Les centres d'examens de santé de l'Assurance maladie doivent contribuer à favoriser l'insertion des personnes socialement vulnérables dans le système de soins. Cette enquête avait pour objectif de documenter les suites données à l'examen de santé pour ce public.

Méthodes : Des personnes socialement vulnérables ont été suivies sur une période de six mois à un an après la réalisation d'un examen de santé dans un centre d'examen de santé (CES). Les suites données à l'examen de santé ont été documentées soit par le médecin traitant (courrier), soit par la personne elle-même (courrier ou entretien téléphonique). Les motifs de suivi étaient : suspicion d'hypertension ou de diabète, obésité non prise en charge, besoins de soins bucco-dentaires, défaut de vaccination antitétanique ou absence de mammographie de dépistage.

Résultats : Dans notre population, 389 sujets socialement vulnérables ont été suivis dans 11 CES. À six mois de suivi, 81,5 % des personnes avaient consulté un médecin, 55,6 % avaient mis à jour leur vaccination antitétanique et 44,6 % avaient réalisé des soins dentaires. Un an après l'examen, 82 % des sujets concernés par un suivi pour hypertension, diabète ou obésité déclaraient avoir entamé une prise en charge en adéquation avec les préconisations de leur médecin.

Conclusion : 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. L'examen de santé s'avère être un dispositif adapté pour participer à la réduction des inégalités de santé dans le cadre du parcours de soins.

Prat Organ Soins. 2011;42(2):79-87

Mots-clés : Prévention primaire ; médecine préventive ; santé publique ; promotion de la santé ; examen de santé.

Summary

Aims: Health Insurance health examination centres should help encourage incorporation of socially vulnerable people into the healthcare system. The aim of this enquiry was to document results obtained by administration of health examinations to such people.

Methods: A sample group of socially vulnerable people was monitored over a period of six months to a year after health examinations were carried out at health examination centres. Results of examinations were documented either by the treating physician (by letter) or by the person him or herself (by letter or by telephone interview). Reasons for follow-up were suspected hypertension or diabetes, uncontrolled obesity, need of buccodental care, lack of anti-tetanus vaccination, and absence of mammographic screening.

Results: In this group, 389 socially vulnerable subjects were monitored at 11 health examination centres. After six months, 81.5% of them had consulted a physician, 55.6% had updated their anti-tetanus vaccinations and 44.6% had sought dental treatment. A year after the examination, 82% of the subjects monitored for hypertension, diabetes or obesity stated that they had undertaken treatment in line with the recommendations of their physicians.

Conclusion: The study showed that the health examinations carried out were beneficial for most of those who took part in the enquiry, in terms of screening for and treatment of chronic pathologies, vaccination updating and dental care. The health examination system has proven to be an effective means of helping reduce health inequalities in the context of healthcare protocols.

Prat Organ Soins. 2011;42(2):79-87

Keywords: Primary prevention; preventive medicine; public health; health promotion; mass screening; health examination.

¹ Centre technique d'appui et de formation des CES (Cetaf), Saint-Étienne, France.

² Centre d'examens de santé de la CPAM de Côte-d'Or, Dijon, France.

³ Centre d'examens de santé de la CPAM de la Loire, Saint-Étienne, France.

⁴ Centre d'examens de santé ISBA, Roanne, France.

⁵ Centre d'examens de santé de la CPAM d'Ille-et-Vilaine, Rennes, France.

⁶ Centre d'examens de santé de la CPAM du Haut-Rhin, Mulhouse, France.

⁷ Centre d'examens de santé de la CPAM de la Seine-Saint-Denis, Bobigny, France.

⁸ Centre d'examens de santé de la CPAM de la Gironde, Bordeaux, France.

⁹ Centre d'examens de santé de la CPAM du Rhône, Lyon, France.

¹⁰ Centre d'examens de santé de la CPAM de l'Yonne, Auxerre, France.

¹¹ Centre d'examens de santé de la CPAM du Nord, Douai, France.

¹² Service de santé publique, CHU de Clermont-Ferrand, France.

Adresse pour correspondance : Catherine Sass, Cetaf, 67-69, avenue de Rochetaillée, BP 167, F-42012 Saint-Étienne Cedex 02.

E-mail : Catherine.sass@cetaf.cnants.fr

INTRODUCTION

Alors que l'espérance de vie n'a cessé d'augmenter durant les 60 dernières années, la France affiche de larges inégalités sociales face à la mort, à la maladie, au handicap et à l'accès aux soins. Les plus instruits, les catégories de professions les plus qualifiées et les plus aisés financièrement bénéficient d'une espérance de vie plus longue et se trouvent en meilleure santé. 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 » [1] traversent l'ensemble de la population française selon un gradient continu qui suit la hiérarchie sociale. Ces inégalités sont considérées comme fondamentalement injustes d'un point de vue éthique, ne s'agissant pas d'« inégalités naturelles fondées sur une irréductible disparité entre les êtres, biologiquement inscrite » mais sont socialement construites [2, 3].

Le phénomène des inégalités sociales de santé n'est ni récent ni spécifique à la France. Cependant, des comparaisons internationales montrent que les inégalités de mortalité sont particulièrement importantes en France [4] et qu'elles se sont aggravées pour les hommes les trente dernières années. Actuellement, en France, un cadre supérieur a une espérance de vie de sept ans supérieure à celle d'un ouvrier [5].

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. Mais 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 [6-16]. Le manque d'information relative aux dispositifs d'aide et de prise en charge souvent constaté chez les populations défavorisées contribue à creuser le différentiel de morbidité et mortalité entre classes sociales.

Créés dans le cadre des ordonnances de 1945, les centres d'examen de santé (CES), au nombre de 113 sur le territoire français, réalisent pour le compte de l'Assurance maladie des examens de santé, totalement pris en charge pour les assurés sociaux du régime général, à raison d'environ 550 000 examens par an. Depuis 1992, ces examens sont destinés en priorité aux personnes éloignées du système de santé, qui ne bénéficient pas

de surveillance médicale régulière et ne s'inscrivent pas dans les dispositifs organisés de prévention. Ainsi, les CES ont orienté plus particulièrement leurs activités en direction de populations socialement vulnérables afin de contribuer à réduire les inégalités sociales de santé [17]. L'examen de santé doit aider les publics prioritaires à améliorer la prise en charge de leur santé, à recourir à des actions de prévention (dépistage organisé, vaccination, etc.) et à faciliter la prise en charge des anomalies ou facteurs de risque repérés. Il doit permettre aux personnes qui en bénéficient de mieux s'insérer dans le système de santé et dans le parcours de soins. Les populations en situation de vulnérabilité sociale représentent environ 40 % des personnes bénéficiant de l'examen de santé.

Ainsi, documenter les suites données à l'examen de santé pour les personnes socialement vulnérables est une question d'intérêt majeur dans l'évaluation de l'examen de santé et de son bénéfice pour ces publics. Une enquête sur échantillon a été réalisée avec pour objectif d'évaluer l'impact des conseils de prévention et de soins auprès des publics vulnérables ayant réalisé un examen de santé.

MÉTHODES

Une enquête prospective d'observation de type avant-après a été conduite dans plusieurs CES, auprès d'un public socialement vulnérable, afin de répondre aux questions suivantes :

Lorsqu'un problème de santé, d'accès aux soins ou à la prévention était dépisté,

- Les personnes ont-elles consulté un chirurgien-dentiste (pour les problèmes bucco-dentaires) ?
- Ont-elles consulté leur médecin traitant ?
- Se sont-elles inscrites dans une démarche préventive (rattrapage vaccinal, dépistage du cancer du sein) ?
- Ont-elles commencé une prise en charge médicamenteuse et/ou hygiéno-diététique (pour les repérages d'obésité, de diabète, d'hypertension) ?

1. Population cible

La population en situation de vulnérabilité sociale reçue dans les CES est actuellement composée pour 30 % de demandeurs d'emploi, de bénéficiaires de contrats aidés, du revenu minimum d'insertion/revenu de solidarité active (RMI/RSA), de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) et de jeunes en insertion professionnelle [9]. Vingt pour cent des personnes présentent d'autres situations de vulnérabilité : ce sont en particulier des travailleurs en difficulté, des retraités fragilisés et des familles monoparentales. Pour amener ces personnes à l'examen de santé, les CES s'appuient sur les organismes en relation avec ces publics. L'effectif de cette population cible est de l'ordre de 225 000 personnes par an.

2. Population et CES de l'enquête

Onze CES, répartis sur le territoire français, ont participé à l'enquête : Auxerre, Bobigny, Bordeaux-Cenon, Clermont-Ferrand, Dijon, Douai, Lyon, Moulins, Mulhouse, Rennes et Saint-Étienne. Ils ont été choisis de manière à représenter la diversité des CES en matière de localisation géographique, de nombres d'examens de santé annuellement réalisés et de pratiques de prise en charge des populations vulnérables, les centres pouvant présenter différentes approches en matière de partenariat au bénéfice des publics vulnérables [17].

La vulnérabilité sociale a été identifiée selon des critères administratifs (demandeurs d'emploi, bénéficiaires de contrats aidés, allocataires du RMI, bénéficiaires de la CMUC, jeunes en insertion professionnelle) et selon l'indicateur de vulnérabilité sociale, le score EPICES [18, 19]. La vulnérabilité sociale est d'autant plus importante que le score EPICES est élevé. Une personne était considérée comme socialement vulnérable si la valeur de son score EPICES était supérieure ou égale à 30.

Les personnes ayant au moins une des caractéristiques suivantes lors de la réalisation de l'examen de santé ont été incluses :

- une suspicion d'hypertension (pression artérielle > 140/90 mmHg pour les moins de 45 ans, pression artérielle > 160/95 mmHg pour les 45 ans ou plus) ;
- une suspicion de diabète (glycémie à jeun ≥ 7 mmol/L) ;
- une obésité non encore prise en charge (indice de masse corporelle ≥ 30 kg/m²) ;
- un défaut de vaccination antitétanique ;
- une absence de mammographie de dépistage depuis deux ans pour les femmes âgées de 50 à 75 ans ;
- un besoin de soins bucco-dentaires.

Le choix de ces motifs d'inclusion a été dicté par l'importance de ces questions en santé publique et parce qu'elles sont probablement perçues de manière différenciée par les personnes bénéficiant d'un examen de santé.

Les consultants qui déclaraient prévoir de déménager au cours de l'année, ou qui présentaient des problèmes d'illettrisme ou de compréhension du français écrit, n'ont pas été inclus dans l'étude. Ces deux dernières caractéristiques représentent moins de 5 % de la population socialement vulnérable actuellement reçue dans les CES.

3. Déroulement de l'examen de santé

Le contenu de l'examen de santé est adapté à l'âge, au sexe, aux facteurs de risque ainsi qu'au suivi médical habituel des personnes. Des procédures standardisées

ont été mises en place, pour la passation des questionnaires, les examens médicaux et dentaires, la réalisation de divers tests fonctionnels et dosages biologiques, les modalités pour inciter la personne à prendre en charge les problèmes détectés lors de l'examen, l'orienter vers son médecin traitant et pour le suivi des préconisations faites lors de l'examen de santé.

L'équipe médicale et paramédicale du CES procède à une exploration de l'état de santé de la personne : elle réalise des analyses biologiques, des tests et mesures permettant de détecter d'éventuelles pathologies (cardio-vasculaires, hépatiques, etc.) ou facteurs de risque (obésité, etc.) ainsi que des examens dentaires, visuels et auditifs. Un entretien personnalisé et un examen clinique complet permettent d'aborder le mode de vie, les antécédents personnels et familiaux, la participation aux programmes de dépistage, le suivi des vaccinations. Des conseils en prévention accompagnent les examens et la consultation médicale. Les conseils délivrés sont adaptés à l'état de santé de la personne et concernent son mode de vie (tabac, alcool, alimentation, activité physique, etc.) et son accès aux soins et à la prévention (adhésion aux campagnes nationales de dépistage, recours régulier au médecin, au chirurgien-dentiste et au suivi gynécologique, etc.).

À la suite de l'examen de santé, le CES attribue le suivi au médecin traitant dans le cadre du parcours de soins coordonné. Ainsi, en cas d'anomalies ou de facteurs de risques repérés lors de l'examen de santé, l'assuré est incité à consulter son médecin traitant et, si nécessaire, un chirurgien-dentiste. La première consultation médicale est financée par l'assurance maladie sans avance de frais. Une copie du dossier médical du CES est envoyée au médecin traitant après accord de la personne. Un retour d'informations concernant les diagnostics, la prise en charge des anomalies détectées et les traitements effectués est demandé au médecin ou directement à la personne.

4. Suivi longitudinal

Les personnes ont été suivies sur une période de six mois à un an après la réalisation de l'examen de santé [20] :

- six mois après l'examen de santé, chaque CES a contacté par téléphone les personnes pour lesquelles il n'y avait pas eu de retour d'informations par le médecin traitant ou la personne elle-même, sur les suites données à l'examen de santé. Les personnes étaient alors interrogées par téléphone par un membre du personnel médical, à l'aide d'un questionnaire semi-directif administré selon une méthode standardisée, sur la réalisation des conseils donnés lors de l'examen de santé (consultation du médecin traitant ou d'un chirurgien-dentiste, mise à jour de la vaccination

antitétanique, réalisation de la mammographie, confirmation des diagnostics, traitements prescrits) et, le cas échéant, les motifs de non réalisation ;

- un an après l'examen de santé, seules les personnes ayant fait l'objet d'un suivi pour obésité, suspicion d'hypertension ou de diabète ont été invitées pour un second examen de santé afin de recueillir des informations concernant l'observance à plus long terme des recommandations, à savoir en particulier l'observance des traitements et des conseils hygiéno-diététiques. En cas d'indisponibilité à venir passer un examen de santé, les informations concernant l'observance ont été recueillies par téléphone par un médecin du CES à l'aide d'un questionnaire semi-directif administré selon une méthode standardisée. L'observance du traitement médicamenteux a été évaluée à l'aide du questionnaire de Girerd [21]. Ce questionnaire, mis au point dans le cadre de la prise de médicaments antihypertenseurs, comporte six questions binaires oui/non permettant d'évaluer l'observance médicamenteuse au cours d'une consultation médicale.

5. Analyses statistiques

Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel SPSS V15.0. Les différences entre les groupes ont été faites à l'aide du test du χ^2 .

Le recueil et le traitement des données relatives à l'enquête ont reçu l'accord de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (autorisation n° 907064, juin 2007).

RÉSULTATS

Nous avons inclus dans le suivi 389 personnes socialement vulnérables, âgées de 18 ans ou plus, ayant bénéficié d'un examen de santé entre octobre 2007 et mars 2008 dans ces centres. Le nombre de sujets inclus par centre variait de 6 à 77 personnes en fonction de la taille du CES. La majorité des CES ont inclus entre 30 et 40 personnes, la médiane étant de 32 personnes.

Le tableau I résume les caractéristiques socio-économiques, de recours aux soins et de santé perçue de la population enquêtée. Ces caractéristiques étaient comparables à celles de la population cible (la population socialement vulnérable reçue dans les CES, que ce soit tous CES confondus ou les seuls CES enquêtés). De même, les caractéristiques de recours aux soins ou de santé perçue étaient comparables à celles de la population vulnérable tous CES confondus.

Les fréquences des différents motifs de suivi sont données dans le tableau II.

1. Six mois après l'examen de santé

L'observance des conseils a pu être documentée pour 329 personnes, soit un taux d'information de 84,6 %. Pour 60 % d'entre elles, le recueil des informations a été réalisé par téléphone auprès de la personne. Le taux de recueil différait peu selon le motif de suivi (de 78,7 % pour le bucco-dentaire à 93,6 % pour l'obésité). Les caractéristiques socio-économiques des personnes ayant eu un recueil d'information à six mois différaient peu de celles de la population totale enquêtée (tableau I).

Le tableau III montre les taux de réalisation des préconisations six mois après l'examen de santé. Près de la moitié des personnes concernées par une atteinte bucco-dentaire avaient consulté un dentiste. La majorité des personnes concernées par un suivi médical avait consulté un médecin. Pour la plupart d'entre elles, il s'agissait du médecin traitant.

Au final, parmi les 251 sujets concernés par un suivi pour un problème bucco-dentaire, une insuffisance vaccinale antitétanique ou la réalisation d'une mammographie de dépistage, 57 % avaient réalisé au moins une des actions les concernant. Pour 64 % des 154 personnes concernées par un suivi pour diabète, hypertension ou obésité, le diagnostic avait été confirmé pour diabète ou hypertension, ou un suivi pour obésité avait été engagé.

2. Raisons de non-réalisation

Deux groupes de motifs ont été principalement évoqués par 32 personnes interrogées sur l'absence de consultation chez le médecin à l'issue de l'examen de santé. D'une part l'oubli et le manque de temps qui ont été évoqués par 18 personnes et d'autre part les problèmes financiers et l'absence d'assurance complémentaire évoqués par six personnes. Six personnes ont déclaré qu'elles ne se sentaient pas concernées car leurs problèmes de santé n'étaient pas prioritaires.

Parmi les 56 personnes concernées par l'absence de vaccination antitétanique de rattrapage, six ont évoqué des problèmes financiers ou d'absence d'assurance complémentaire et cinq d'entre elles n'avaient pas consulté leur médecin après l'examen de santé. Sept personnes ont déclaré que leur vaccination était déjà à jour, pour trois personnes la vaccination n'était pas possible pour des raisons de santé et 27 personnes (48,2 %) ont évoqué l'oubli ou le manque de temps. En majorité, ces personnes avaient consulté leur médecin après l'examen de santé. Ces mêmes motifs ont été évoqués par les trois femmes n'ayant pas réalisé la mammographie.

Pour les 52 personnes concernées par l'absence de consultation dentaire, deux groupes de motifs ont été principalement cités : pour 18 personnes, il s'agissait

Tableau I
Caractéristiques des personnes enquêtées à l'inclusion (Centres d'examen de santé, France, 2007).

	Tous les sujets N = 389	Sujets avec un suivi à 6 mois N = 329	Perdus de vue à 6 mois N = 60	p ^a
<i>Hommes (%)</i>	48,8	46,5	61,7	0,031
<i>Âge (ans)</i>	42,1 ± 14,1	43,3 ± 14,2	36,2 ± 11,6	0,001
<i>Situation maritale (%)</i>				0,004
Célibataire	36,7	34,0	51,8	
Marié	29,8	32,4	15,5	
Vivant maritalement	11,8	10,8	17,2	
Séparé/divorcé/veuf	21,7	22,8	15,5	
<i>Classes EPICES^b (%)</i>				NS
[0-30,17]	9,1	9,2	8,8	
[30,17-48,52]	43,6	43,6	43,8	
[48,52-100]	47,3	47,2	47,4	
<i>Niveau d'études (%)</i>				NS
Ne sait pas lire ou écrire le français	0,5	0,6	0,0	
Sans diplôme ou CEP seul	29,1	29,0	29,7	
CAP, BEP, BEPC	42,6	43,0	40,4	
BAC	13,0	13,0	12,3	
Deug, DUT, BTS	7,7	7,5	8,8	
Licence, maîtrise, école d'ingénieur	7,1	6,9	8,8	
<i>Catégories socioprofessionnelles (%)</i>				0,045
Artisans, commerçants	0,3	0,3	0,0	
Cadres supérieurs	2,6	2,5	3,4	
Professions intermédiaires	7,1	6,5	10,4	
Employés	30,2	33,5	12,1	
Ouvriers	28,8	27,2	37,9	
Autres, inactifs	31,0	30,0	36,2	
<i>Situation professionnelle actuelle (%)</i>				
Travail	28,0	28,3	26,7	NS
Chômage	45,0	43,0	56,2	NS
Maladie	4,6	4,6	5,0	NS
Congé parental	1,0	0,9	1,7	/
Retraité	10,4	12,0	1,7	0,015
Étudiant	4,1	3,6	6,7	NS
Au foyer	6,9	7,6	1,7	NS
<i>Période de chômage au cours des 3 dernières années (%)</i>	47,0	46,2	51,7	NS
<i>Bénéficiaires CMUC (%)</i>	36,7	33,4	41,7	NS
<i>Bénéficiaires RMI (%)</i>	20,3	19,4	25,0	NS
<i>Bénéficiaires de l'allocation parent isolé (%)</i>	5,4	6,0	1,9	NS
<i>Perception négative de la santé (%)</i>	50,8	52,5	41,4	NS
<i>Non recours au médecin au cours des 2 dernières années (%)</i>	12,9	11,5	21,6	0,006
<i>Non recours au chirurgien-dentiste au cours des 2 dernières années (%)</i>	33,7	32,1	43,1	NS

^a Test du χ^2 : personnes avec suivi à six mois contre perdus de vue. NS : non significatif au seuil de 5 %.

^b Plus le score EPICES est élevé, plus la situation sociale est défavorisée. Les personnes avec un score < 30,17 (non socialement vulnérables selon EPICES) sont des personnes qui présentaient des critères administratifs de vulnérabilité sociale (cf. Méthodes).

Tableau II
Motifs de suivi à l'issue de l'examen de santé chez les personnes enquêtées.
Données présentées en effectif (pourcentage entre parenthèses^a) (Centres d'examen de santé, France, 2007).

Motifs de suivi	Tous les sujets N = 389	Sujets avec un suivi à 6 mois N = 329	Perdus de vue à 6 mois N = 60	p ^b
Obésité non prise en charge	109 (28,0)	102 (31,0)	7 (11,7)	0,002
Hyperglycémie dépistée	25 (6,4)	22 (6,7)	3 (5,0)	NS
Hypertension dépistée	59 (15,2)	50 (15,2)	9 (15,0)	NS
Mammographie de dépistage	18 (4,5)	16 (4,9)	2 (3,3)	NS
Insuffisance vaccinale – Tétanos	182 (46,8)	151 (45,9)	31 (51,7)	NS
Bucco-dentaire	188 (48,3)	153 (46,5)	35 (58,3)	NS

^a Une personne pouvait avoir plusieurs motifs de suivi, la somme des % de chaque colonne est donc supérieure à 100.

^b Test du χ^2 , personnes avec suivi à six mois contre perdus de vue. NS : non significatif au seuil de 5 %.

Tableau III
Réalisation des préconisations, six mois après l'examen de santé (Centres d'examen de santé, France, 2007).

	Nombre de personnes ayant suivi les préconisations	%
<i>Consultation du chirurgien-dentiste</i>	72/148	48,6
Soins dentaires effectués ou en cours	66/148	44,6
<i>Consultation du médecin</i>	216/265	81,5
Si insuffisance vaccinale antitétanique	115/151	76,2
Si mammographie de dépistage à réaliser	13/16	81,3
Si hypertension ou hyperglycémie dépistée	64/69	92,8
Si obésité non déjà prise en charge	85/102	83,3
<i>Confirmation d'une hypertension ou d'un diabète</i>	41/69	59,4
<i>Actions mises en place</i>		
Mise à jour vaccination antitétanique	84/151	55,6
Réalisation d'une mammographie de dépistage	12/16	75,0
Prise en charge pour obésité	70/102	68,6

du prix élevé des soins et de l'absence d'assurance complémentaire et 22 personnes ont évoqué l'oubli et le manque de temps. La peur de consulter un chirurgien-dentiste a été mentionnée par huit personnes.

Le refus de soins pour les bénéficiaires de la CMUC n'a jamais été évoqué.

3. Un an après l'examen de santé

Le suivi à un an a été réalisé pour 69 % des personnes concernées (118 sur les 171 sujets ayant fait l'objet d'un suivi pour obésité, suspicion d'hypertension ou de diabète). Pour 32 % d'entre elles, le recueil a été réalisé par téléphone. Les personnes perdues de vue à un an étaient, pour un tiers, des perdues de vue à six mois. Elles étaient en moyenne plus jeunes que les personnes avec un suivi (42 contre 47 ans ; $p = 0,05$). En revanche, il n'y avait pas de différence significative selon le sexe

ou le niveau de vulnérabilité sociale. Les perdus de vue à un an avec un recueil d'information à six mois de suivi avaient moins souvent consulté le médecin à l'issue de l'examen de santé (71,8 contre 92,2 % ; $p = 0,001$). Les confirmations de diabète, hypertension ou les mises en place de suivi pour obésité ne différaient pas entre les personnes avec un suivi et les perdus de vue à un an.

Le tableau IV présente l'observance des conseils un an après l'examen de santé. Près de 90 % des personnes avaient déclaré observer le traitement médicamenteux prescrit par leur médecin traitant pour la prise en charge d'une hypertension ou d'un diabète. Les personnes déclaraient majoritairement avoir modifié leurs habitudes de vie (alimentation, activité physique) suite aux conseils de leur médecin. Parmi les 101 personnes qui avaient déclaré que leur médecin leur avait prescrit un traitement ou des conseils hygiéno-diététiques, 13,9 %

Tableau IV
Observance des conseils, un an après l'examen de santé (Centres d'examen de santé, France, 2007).

	Nombre de personnes ayant réalisé les conseils	%
<i>Suivi du traitement prescrit par le médecin traitant</i>	20/23	86,9
<i>Si suivi du traitement, niveau d'observance</i>		
Pas de problème d'observance	4/20	20,0
Problème minime d'observance	13/20	65,0
Mauvaise observance	2/20	10,0
Absence de données	1/20	5
<i>A changé ses habitudes alimentaires</i>	66/89	74,2
<i>A augmenté son activité physique</i>	33/75	44,0
<i>Fait de l'activité physique régulièrement</i>	41/75	54,7
<i>Fait au moins l'équivalent de 30 mn de marche par jour</i>	37/75	49,3

des sujets n'avaient mis en place aucune des actions recommandées. En revanche, 82,1 % avaient entamé une prise en charge en adéquation avec les préconisations de leur médecin et 4 % avaient engagé une démarche partielle.

DISCUSSION

Les résultats montrent que les conseils de prévention préconisés lors de l'examen de santé ont été majoritairement observés par les personnes enquêtées qui sont exclusivement des personnes en situation de vulnérabilité sociale. Ainsi, l'étude met en évidence un bénéfice de l'examen de santé pour la plupart des personnes qui ont participé à l'enquête. Ce bénéfice se traduit en termes de dépistage de pathologies chroniques, de prise en charge de ces pathologies, de rattrapage vaccinal et de soins dentaires. En effet, les résultats montrent que 81,5 % des personnes avec un motif médical de suivi ont consulté leur médecin suite à l'examen de santé. Chez les personnes concernées par un suivi pour diabète, hypertension ou obésité, le diagnostic a été confirmé dans près de 65 % des cas ou un suivi pour obésité a été mis en place. Plus de 50 % des personnes concernées ont mis à jour leur vaccination antitétanique. Des soins dentaires ont été effectués, ou étaient en cours, dans près de 50 % des cas. Même si les suivis pour mammographie de dépistage étaient peu nombreux, les résultats montrent que 75 % des femmes concernées ont réalisé l'examen.

À plus long terme, la prise en charge engagée dans le cadre d'une hypertension, d'un diabète ou d'une obésité semble se poursuivre : un an après l'examen de santé, environ 80 % avaient entamé une prise en charge en adéquation avec les préconisations de leur médecin (traitement et/ou conseils hygiéno-diététiques). Néanmoins, les résultats obtenus à un an sur la prise en

compte des conseils hygiéno-diététiques ne permettent pas de mesurer vraiment si les changements s'inscrivent dans la durée ou si les modifications ont été ponctuelles.

L'enquête a permis de recueillir des informations sur les suites données à l'examen de santé six mois après sa réalisation pour près de 85 % des personnes incluses et pour 69 % des personnes à un an de suivi. La question se pose de savoir si les résultats observés ne sont pas biaisés par les perdus de vue. En effet, les perdus de vue présentent des caractéristiques communes avec les personnes n'ayant pas consulté le médecin à l'issue de l'examen de santé, à savoir : plutôt des hommes, jeunes, célibataires ou vivant maritalement, qui n'ont pas consulté de médecin au cours des deux dernières années. Ainsi, les perdus de vue de l'enquête seraient plutôt des personnes qui n'ont pas consulté à l'issue de l'examen de santé. Néanmoins, le nombre de perdus de vue à six mois est faible, de l'ordre de 15 %. On peut raisonnablement penser que les résultats observés sont peu impactés par les perdus de vue.

Pour évaluer le suivi, notre étude s'est basée sur les déclarations des personnes incluses et de leurs médecins traitants. Elle n'a pas utilisé les données de consommations remboursées par l'assurance maladie, ce qui pourrait être mis en œuvre lors d'études ultérieures afin de mieux connaître ce qui se passe pour les perdus de vue.

Se pose également la question de la généralisation des résultats à l'ensemble des CES et de la population en situation de vulnérabilité sociale vue actuellement dans les CES. Certes, l'enquête a été réalisée sur un échantillon de consultants de taille relativement faible ainsi que sur un petit nombre de CES et les personnes présentant des problèmes de compréhension du français écrit et d'illettrisme ont été exclues. Néanmoins, les CES qui ont participé à l'étude présentaient des

typologies variées d'approche des publics précaires et des organisations différentes de l'examen de santé, que l'on retrouve au sein de l'ensemble du réseau des CES. Par ailleurs, les caractéristiques de la population enquêtée étaient très proches de celles de l'ensemble de la population vulnérable habituellement reçue dans les CES. Les personnes présentant des problèmes de compréhension du français écrit et d'illettrisme représentent une faible proportion du public des CES (de l'ordre de 5 % des personnes en situation de vulnérabilité sociale parmi les consultants des CES). Ainsi, il semble raisonnable de considérer que les résultats observés peuvent être généralisés à l'ensemble des CES et de la majorité de la population en situation de vulnérabilité sociale vue actuellement dans les CES.

Les résultats de cette enquête sont difficilement comparables aux données de la littérature. Notre étude a l'intérêt d'avoir été réalisée auprès de personnes en difficulté sociale, populations cibles de l'examen de santé réalisé par les CES. Un rapport réalisé à partir d'une revue exhaustive de la littérature a été publié en 2006 sur l'intérêt d'examen périodiques de santé [22]. Ce rapport, basé sur 11 essais randomisés (réalisés entre 1964 à 1992) totalisant 73 242 consultants pour des durées médianes de suivi de deux à 20 ans, conclut que, comparativement aux personnes n'ayant pas bénéficié d'un examen périodique de santé, il existait des données de bon niveau de preuve de l'efficacité de cet examen. En particulier, il augmentait l'adhésion ou la participation des consultants à des actions de prévention : dépistage de cancer, suivi de conseils de prévention portant sur l'arrêt du tabac et/ou la réduction de la consommation d'alcool, dépistage des hypercholestérolémies, mise à jour de vaccination, augmentation de l'activité physique, réduction de la pression artérielle. En revanche, les résultats des essais randomisés étaient contradictoires sur la réduction de l'indice de masse corporelle. Cependant, les publics concernés par ces études ne comportaient pas particulièrement des personnes socialement vulnérables.

Notre étude montre que la réalisation d'un examen de santé permet la mise en place d'une prise en charge des problèmes de santé dépistés pour la très grande majorité des personnes socialement vulnérables. Elle ne peut conclure sur l'efficacité à long terme, des études complémentaires étant nécessaires pour répondre à cette question (randomisation de l'invitation à l'examen de santé, croisement avec les données de consommations remboursées, durée plus importante du suivi longitudinal, impact sur l'état de santé). Malgré ces imprécisions, les résultats de cette enquête indiquent qu'il est possible d'améliorer l'accès aux soins et à la prévention des populations vulnérables par l'intermédiaire de l'examen de santé et que l'examen de santé s'avère être un dispositif adapté pour participer à la réduction des inégalités de santé dans le cadre du parcours de soins.

RÉFÉRENCES

1. Niewiadomski C, Aïach P. *Lutter contre les inégalités sociales de santé*. Rennes : Presses de l'EHESP ; 2008.
2. Fassin D, Grandjean H, Kaminski M, Lang T, Leclerc A. *Connaître et comprendre les inégalités sociales de santé*. In : Leclerc A, Fassin D, Grandjean H, Kaminski M, Lang T. *Les inégalités sociales de santé*. Paris : La Découverte/Inserm ; 2000. p. 13-24.
3. Haut Conseil de la santé publique. *Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité*. Paris : Avis et rapports/La documentation Française ; 2009.
4. Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam AJ, Schaap MM, Menvielle G, Leinsalu M, et al. *Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries*. *N Engl J Med*. 2008;358:2468-81.
5. Monteil C, Robert-Bobée I. *Les différences sociales de mortalité : en augmentation chez les hommes, stables chez les femmes*. Paris : INSEE Première/INSEE ; 2005. p. 1025.
6. Gremy F, Rainhorn JD. *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*. Haut Comité de santé publique. Rennes : ENSP ; 1998.
7. Brown AF, Ettner SL, Piette J, Weinberger M, Gregg E, Shapiro MF, et al. *Socioeconomic position and health among persons with diabetes mellitus: a conceptual framework and review of the literature*. *Epidemiol Rev*. 2004;26:63-77.
8. Bihan H, Laurent S, Silvana L, Sass C, Nguyen G, Huot C, et al. *Association between individual deprivation, glycemic control and diabetic complication – The EPICES score*. *Diabetes Care*. 2005;28:2680-5.
9. Moulin JJ, Dauphinot V, Dupré C, Chatain C, Sass C, Labbe E, et al. *Inégalités de santé et comportements : comparaison d'une population de 704 128 personnes en situation de précarité à une population de 516 607 personnes non précaires, France, 1995-2002*. *Bull Epidemiol Heb*. 2005;43:213-5.
10. Giskes K, Kunst AE, Benach J, Borrell C, Costa G, Dahl E, et al. *Trends in smoking behaviour between 1985 and 2000 in nine european countries by education*. *J Epidemiol Community Health*. 2005;59:395-401.
11. *Les pratiques de dépistage en France*. Baromètre cancer 2005. Saint Denis : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé ; 2006.
12. De Saint Pol T. *La santé des plus pauvres*. Insee Première/INSEE. 2007;1161:1-4.
13. Païta M, Ricordeau P, de Roquefeuil L, Studer A, Vallier N, Weill A. *Les affections de longue durée des bénéficiaires de la CMU complémentaire*. *Points de repère*. 2007;8:1-12.
14. Dupont N, Ancelle-Park R, Boussac-Zarebska M, Bloch J. *Facteurs d'adhésion au dépistage organisé du cancer du sein : étude FADO-sein*. Paris : Institut de veille sanitaire ; 2007.

15. Vincelet C, Azogui-Levy S, Grémy I. Inégalités en santé bucco-dentaire dans la population francilienne adulte, 2002-2003. *Bull Epidemiol Heb.* 2009;15:177-80.
16. Singh-Manoux A, Gormelen J, Lajnef M, Sabia S, Sitta R, Menvielle G, et al. Prevalence of educational inequalities in obesity between 1970 and 2003 in France. *Obesity Review.* 2009;10:511-8.
17. Chatain C, Sass C, Gutton S, Labbe E, Moulin JJ, Gerbaud L. Les centres d'examens de santé face à la précarité : quelle adaptation des pratiques ? *Revue Sociologie Santé.* 2008;28:87-99.
18. Sass C, Moulin JJ, Guéguen R, Abric L, Dauphinot V, Dupré C, et al. Le score EPICES : un score individuel de précarité. Construction et évaluation du score dans une population de 197 389 personnes. *Bull Epidemiol Heb.* 2006;14:93-6.
19. Sass C, Guéguen R, Moulin JJ, Abric L, Dauphinot V, Dupré C, et al. Comparaison du score individuel de précarité des centres d'examens de santé, EPICES, à la définition socio-administrative de la précarité. *Santé Publique.* 2006;18:513-22.
- Sass C, Chatain C. Comment utiliser les méthodes mixtes pour évaluer les interventions ? Le cas du Suivi Prospectif de l'Examen de Santé. In : Potvin L, Moquet MJ, Jones CM. Réduire les inégalités sociales en santé. Saint-Denis : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé ; Coll. Santé en action 2010:278-84.
20. Girerd X, Hanon O, Anagnostopoulos K, Ciupek C, Mourad JJ, Consoli S. Évaluation de l'observance du traitement anti-hypertenseur par un questionnaire : mise au point et utilisation dans un service spécialisé. *Presse Med.* 2001;30:1044-8.
21. Boulware L, Marinopoulos S, Phillips K, Hwang CW, Maynor K, Merenstein D, et al. Systematic review: the value of the periodic health evaluation. *Ann Intern Med.* 2007;146:289-30.