

Centres de santé de la ville de Grenoble

Synthèse des travaux conduits

avec l'Agence Nouvelle des Solidarités Actives

octobre 2008

•• Avec la participation de la CPAM de Grenoble • du Pôle
Santé publique du CHU de Grenoble • de l'ODENORE
(Observatoire DES NON-REcours aux droits et services) ••



L'Agence Nouvelle des Solidarités Actives

un diagnostic et une conviction

Le diagnostic a été établi par la Commission « Familles, vulnérabilité, pauvreté » présidée par Martin Hirsch qui, dans son rapport remis en avril 2005, a dressé un tableau de la pauvreté en France, en particulier celle qui touche les enfants. Ce rapport préconisait également quinze résolutions concrètes pour engager des politiques volontaristes de lutte contre ce fléau dans ses multiples dimensions afin d'éradiquer la pauvreté en une génération. Parmi elles figurait la proposition d'instaurer un **Revenu de Solidarité Active**, visant à replacer l'activité professionnelle au cœur de la lutte contre la pauvreté et redonner ainsi de la dignité notamment aux bénéficiaires de minima sociaux.

La conviction est que ces politiques ambitieuses doivent être conçues et mises en œuvre au niveau local et ce, dans le cadre d'une démarche expérimentale.

L'Agence Nouvelle des Solidarités Actives se veut donc un opérateur désintéressé (association sans but lucratif) d'ingénierie et d'innovation sociale au service des collectivités locales pour rendre plus efficaces nos dépenses sociales. Cette association rassemble volontairement des compétences centrées sur la mise en œuvre opérationnelle et sur l'évaluation des programmes mis en place. Elle a aussi fait le choix d'un parti pris méthodologique : celui d'associer systématiquement les populations en difficulté à la construction des dispositifs destinés à faciliter et à amplifier leur démarche d'insertion sociale et professionnelle.

Agence nouvelle des solidarités actives

Benoît Genuini, président

Christophe Fourel, directeur général

Association loi 1^{er} juillet 1901

N° SIRET : 488 527 326 00018

1, Passage du Génie - 75012 Paris - 01 43 71 39 48

www.solidarites-actives.com

Sommaire

I. Origine, contexte et cadre de l'étude	5
II. Méthodes et principes de « co-construction » de l'étude	7
1. Évaluation médico-économique	8
Axe d'évaluation par la patientèle	8
Axe d'évaluation par les centres de santé	12
2. Évaluation de la qualité des soins	14
Diabète de type 2 pris en charge par les médecins	14
Diabète de type 2 pris en charge par les infirmiers	16
Prévention de l'obésité	16
Suivi des grossesses	17
Vaccinations	18
3. Question de l'utilisation du score EPICES et de son adaptation aux centres de santé	20
Définition du score EPICES et transposition aux centres de santé de Grenoble	20
Avantages du score EPICES pour l'AGECSA	22
Modalités d'amélioration	22
Methodologie	22
Résultats de l'étude avec le nouveau questionnaire	24
Conclusion	25
4. Conclusion générale	27
III. Annexe : les 11 questions du score EPICES et les 4 questions ajoutées	29

I- Origine, contexte et cadre de l'étude

En 2006, une première série de travaux menée à Grenoble par l'Agence nouvelle des solidarités actives (ANSA) a conduit à émettre des propositions de travail sur les centres de santé de l'Association de Gestion des Centres de Santé (AGECSA). La Ville de Grenoble, le Département de l'Isère, l'AGECSA et l'ANSA ont donc signé en 2007, une convention visant à « *créer les conditions d'une meilleure reconnaissance de l'action menée par les centres de santé de Grenoble, dans un contexte où l'accès aux soins des plus démunis reste un véritable problème social et une question majeure de santé publique* ».

Les centres de santé de l'AGECSA constituent une offre originale de premiers soins; ils ont été créés au milieu des années 1970 afin de procurer aux nouveaux quartiers sud de la ville de Grenoble un service de santé adapté à une population en forte croissance.

Dès leur création, les centres ont ainsi revendiqué une double dimension :

- Une dimension médicale, à l'époque liée à la déficience de l'offre médicale sur ces quartiers ;
- Une dimension militante, à l'époque liée à la conviction qu'un autre type de médecine était souhaitable, inspirée du mouvement mutualiste.

Les évolutions du périmètre d'intervention des centres de l'AGECSA soulignent le caractère évolutif de cette forme d'organisation. Ainsi les centres de santé ont-ils eu à disposition un centre d'imagerie médicale et un laboratoire d'analyse médicale. Ces activités, pour des motifs assez variés (forte concurrence, difficulté à investir dans de nouveaux équipements...), ont été abandonnées au profit d'un recentrage des centres sur les soins primaires.

Ces évolutions, au-delà des motifs conjoncturels qui ont présidé à leur imposition, soulignent néanmoins le parti pris marqué de l'AGECSA de s'adapter aux besoins circonstanciels et de se transformer en permanence.

Par ses statuts, l'AGECSA a pour objet la gestion et le développement de centres de santé implantés dans les quartiers populaires de la commune

de Grenoble. L'association s'attache à réunir et à mettre en œuvre les moyens nécessaires pour permettre au personnel médical et paramédical de dispenser des soins de qualité dans le cadre d'un travail d'équipe pluridisciplinaire et en réseau. Elle contribue par ses activités de soins et médico-sociales :

- au développement de l'accès aux soins pour tous, sans ségrégation,
- à l'insertion, la cohésion sociale et la lutte contre l'exclusion,
- au bon usage du soin et au développement d'actions sanitaires,
- au développement des services de garde de proximité,
- à la promotion de toutes les actions de soins, de prévention ou d'éducation à la santé en liaison avec les institutions partenaires, publiques ou privées, locales, départementales, régionales ou nationales, ou, plus largement, œuvrant dans ce sens,
- au recueil et au traitement des données permettant d'étudier les besoins des populations en matière de santé.

Par ailleurs, les points suivants sont importants dans les fondements et l'organisation de l'AGECSA :

- l'activité de soin médical, infirmier et l'activité paramédicale
- la coordination de l'accueil et de la prise en charge,
- la coordination des soins médicaux,
- la coordination médico-sociale de soins infirmiers,
- la prévention au cœur du soin,
- la mise en place d'un accueil adapté,
- l'accès aux soins et à l'accompagnement des soins,
- l'information et la prévention,
- la réflexion et le retour sur la pratique.

II- Méthodes et principes de « co-construction » de l'étude

Les travaux menés avec l'AGECSA ont été conduits en co-conception avec les professionnels des centres de santé. Pour chaque thème d'expérimentation, une équipe dédiée a été constituée. Composées de médecins, de personnels paramédicaux, de secrétaires et administratifs du centre, les équipes ont confronté leurs points de vue et leurs approches sur les différentes problématiques.

Par ailleurs, les professionnels des centres de santé se sont appuyés sur l'expertise du Pr Patrice François, responsable de département au sein du pôle santé publique du CHU de Grenoble et contributeur régulier aux travaux de la Haute Autorité de Santé (HAS), de M. Philippe Warin, directeur de recherches au CNRS, directeur de l'Observatoire des non-recours aux droits et aux services (ODENORE), ainsi que d'un chargé de mission de l'ANSA.

Cette mobilisation des professionnels de l'AGECSA s'est imposée pour au moins trois raisons : les professionnels sont les meilleurs experts de leur pratique, la méthodologie retenue appelait l'implication active des professionnels et enfin, ce travail correspondait à une attente largement partagée par les professionnels des centres de santé.

L'ANSA s'est donc engagée auprès des centres de santé pour faire la démonstration de la capacité des centres à entrer dans une logique de valorisation de leurs performances sur trois aspects :

- l'évaluation médico-économique,
- l'évaluation de la qualité des soins,
- la question de l'utilisation du score Évolution de la Précarité et des Inégalités pour les Centres d'Examen de Santé (EPICES) et de son adaptation aux centres de santé.

Nous présentons ci-dessous la synthèse des méthodes requises et des résultats obtenus.

1. Évaluation médico-économique

• *Précisions préalables*

L'évaluation médico-économique repose sur les seuls coûts comparés des dépenses de soins pour l'Assurance Maladie. Elle n'intègre pas les subventions de la Ville de Grenoble (595 000 euros) qui financent l'accueil des patients, ni celles du Conseil Général (576 000 euros) qui financent en partie l'accès aux soins des publics précaires et la prévention au cœur du soin.

Le premier critère d'évaluation des centres de santé concerne la performance médico-économique des centres de santé calculée sur la base d'une analyse du coût de la prise en charge des patients dans les centres de santé. Il s'agit plus précisément d'analyser les dépenses de santé des usagers des centres de santé de l'AGECSA en s'appuyant sur les données de remboursements de soins des assurés du régime général de l'année 2005. L'évaluation de la performance médico-économique des centres de santé a été réalisée selon deux axes différents : la patientèle et les centres de santé.

Axe d'évaluation par la patientèle

• *Méthodologie d'évaluation*

Les critères d'inclusion pris en compte ont été les personnes ayant été en contact (acte médical ou prescription) au moins une fois avec les centres de santé sur la période visée.

Au sein de cette patientèle sont distinguées :

- les personnes ayant une affection longue durée (ALD) enregistrée à la dernière date de contact avec le Centre de Santé ou bien,
- les personnes ayant une CMUC enregistrée à la dernière date de contact avec le Centre de Santé, ou encore,
- les personnes bénéficiant de la CMU au 31 décembre.

Les remboursements ont été recueillis à partir du système d'information du régime général, Extraction, Recherches et Analyses pour un Suivi Médico-Economique (ERASME), qui contient à la caisse d'assurance maladie de Grenoble les 24 derniers mois de remboursements effectués pour chaque bénéficiaire de l'Assurance Maladie. Cela concerne 16 100 patients sur un ensemble total annuel de 21 100 patients, soit 76 % des patients.

Les variables à analyser ont été définies pour chaque patient de la manière suivante :

- âge selon les catégories retenues par la CPAM (0 à 3 ans/4 à 14 ans/15 à 69 ans/+ de 70 ans) et sexe ;
- montant des remboursements de soins durant la période du 1^{er} janvier au 31 décembre 2005 et montant des remboursements de soins du 1^{er} janvier au 31 décembre 2006, comprenant le montant des hospitalisations publiques¹ ou privées² et le montant des soins de ville (dépenses de pharmacie, honoraires médicaux généralistes et spécialistes, actes de biologie, soins de masso-kinésithérapie, soins infirmiers, frais de transports, dispositifs médicaux³, autres soins, montants des indemnités journalières et des pensions d'invalidité versées sur la même période).

• Résultats

Dans l'incapacité d'obtenir au niveau national des données comparables fiables (données d'une population présentant les mêmes caractéristiques socio-économiques mais ne bénéficiant pas d'un suivi par des centres de santé), l'équipe de travail a été contrainte de recourir aux études existantes, publiées par la CNAMTS et le fonds CMU.

Au vue de notre étude il semblerait que les patients des centres de santé présentent quelques caractéristiques particulières :

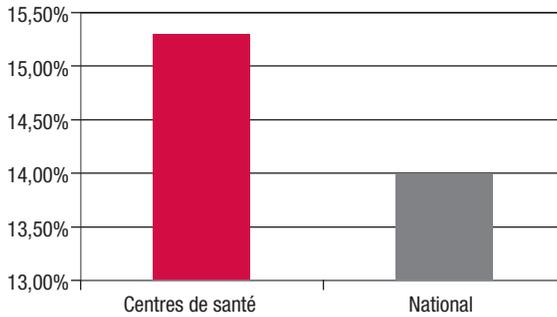
- L'analyse du différentiel de consommation d'actes médicaux entre les centres de santé de l'AGECSA et les données nationales indique que les patients atteints de pathologies lourdes sont fortement pris en charge par des auxiliaires médicaux. Ce constat est également valable pour les grossesses des patientes.
- Le taux de patients en ALD est légèrement plus important (15,9%) qu'au niveau national (14%), reflet d'une plus forte occurrence de maladies chroniques dans les zones urbaines sensibles et présumant un plus mauvais état de santé de ces populations.

¹ Pour l'étude, les dépenses d'hospitalisation publique (séjours en établissement soumis au budget global) sont calculées sur la base de forfaits journaliers.

² Pour l'étude, les dépenses d'hospitalisation privée comprennent l'ensemble des forfaits, frais de séjours, honoraires médicaux et de kinésithérapie, dispositifs médicaux, médicaments correspondant au séjour hospitalier.

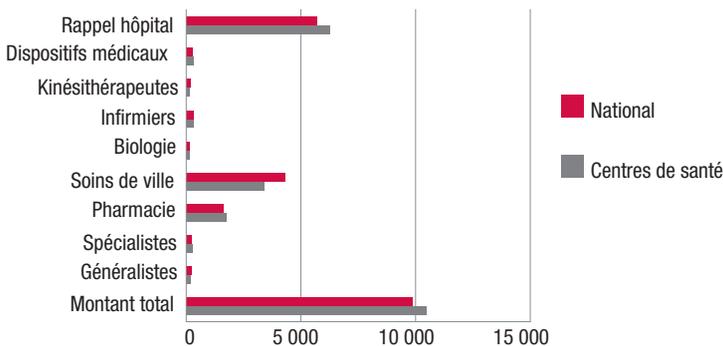
³ Dispositifs médicaux : tous les produits et prestations prévus sur une liste définie réglementairement (matériel de maintien à domicile, oxygénothérapie, fauteuil roulant, matériel d'auto surveillance glycémique...).

Graphique 1 • Taux patientèle ALD



L'enquête ne nous a pas permis d'aller beaucoup plus avant pour connaître les motifs de ces deux écarts. Néanmoins sans qu'il soit possible de l'évaluer de manière objective, un certain nombre de professionnels des centres de santé ont pu nous faire part de leur réticence à déclarer leurs patients en ALD. Il pourrait en être déduit que les patients déclarés en ALD présentent un état de santé plus dégradé que celui observable en population générale. Cela pourra expliquer en partie les performances médico-économiques modestes des centres relativement à la dépense des bénéficiaires de l'ALD. Sous réserve d'une analyse comparative, plusieurs éléments de contexte peuvent être pris en compte : un recours à la médecine ambulatoire inférieur en zones urbaines sensibles à celui observé en population générale, peu de coordination avec l'hôpital qui peut expliquer un recours accru aux urgences, des états de santé plus dégradés...

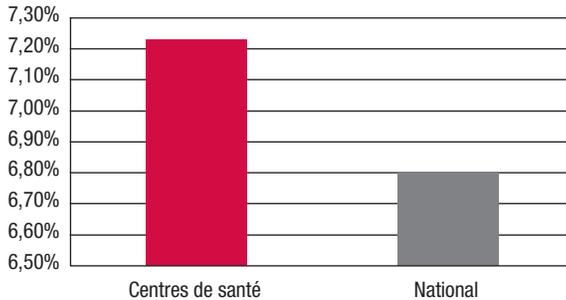
Graphique 2 • Moyenne annuelle des dépenses par patient en ALD, en euros



Au global, des dépenses comparables pour les patients en ALD.

- Le taux de patients CMU est légèrement supérieur (7,23 %) au niveau national (6,80 %). Il reflète l'indice d'un niveau de précarité financière dans les quartiers couverts, supérieur à la moyenne nationale.

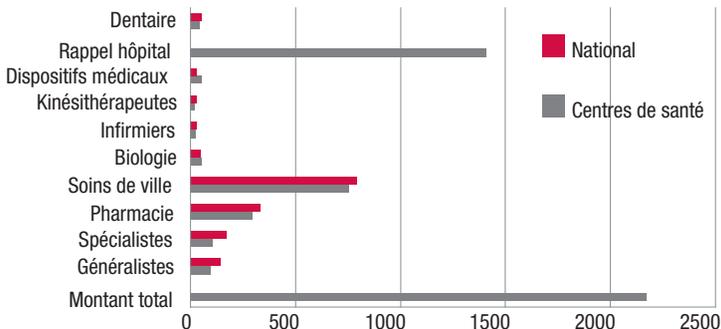
Graphique 3 • Taux de patientèle CMU



Même s'il n'y a pas d'écart significatif entre les centres de santé et le niveau national, on peut toutefois observer quelques différences :

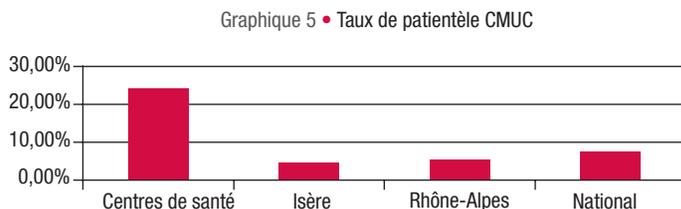
- Les consultations de généralistes et surtout de spécialistes sont bien inférieures à la moyenne nationale des CMU.
- Le faible taux de recours aux spécialistes pour les patients des centres de santé est à ce stade difficile à analyser : il n'est pas possible de distinguer ce qui relèverait d'une difficulté d'accès des patients suivis en centres de santé aux spécialistes à une pratique médicale qui conduirait à une moindre consommation de soins spécialistes.

Graphique 4 • Moyenne annuelle des dépenses par patient CMU, en euros



Au global, des dépenses comparables pour les patients en ALD.

- Le taux de patients bénéficiaires de la complémentaire CMU (CMUC) est environ trois fois supérieurs (24,30%) à la moyenne nationale (7,60%). Le taux moyen dans le département de l'Isère en 2005 se situe à 4,3%.



Au global, des dépenses comparables pour les patients en ALD.

Ce taux doit cependant être analysé à l'aune de l'observation des non recours aux soins constatée auprès des populations bénéficiaires de la CMUC.

En outre le principe de tiers payant, généralisé dans les centres de santé de l'AGECSA, doublé d'un accueil administratif dédié, constitue une incitation forte pour les patients à demander le bénéfice de la complémentaire.

Axe d'évaluation par les centres de santé

• *Méthodologie d'évaluation*

Cette étude a porté sur des professionnels ayant exercé dans les centres entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre de l'année 2006, en incluant à ce stade les remplaçants. À terme, il pourra être envisagé une analyse à partir d'une grille de prescription par professionnel et non plus par centres, dans la forme communiquée aux professionnels libéraux.

• *Résultats*

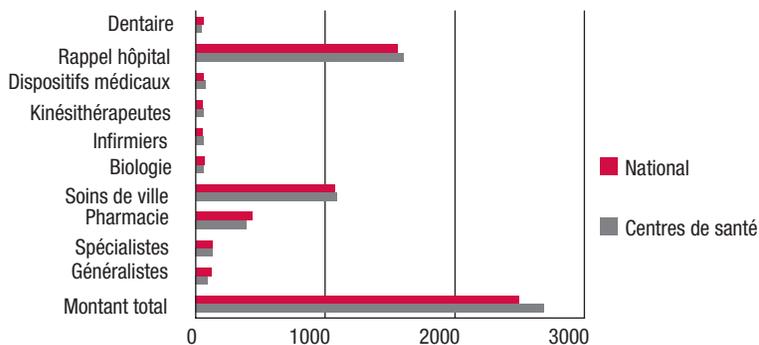
Concernant les caractéristiques des dépenses de soins des patients des centres de santé par rapport au niveau moyen des dépenses de la population générale, on retient parmi les soins de ville :

- le montant relatif au poste « consultations et visites » souligne une dépense supérieure en centres de santé par rapport au niveau national ;
- l'écart est très net relativement aux « actes des auxiliaires médicaux » (dépense multipliée par dix entre la population « centres de santé » et la population générale).

Deux hypothèses peuvent être avancées pour expliquer ces deux résultats mais qui nécessiteraient néanmoins une analyse comparative plus fine. Le recours à une médecine de premiers soins, qu'il s'agisse de la médecine générale ou du recours aux auxiliaires médicaux, peut être un indicateur d'un suivi attentif de la patientèle, notamment dans le cadre de prise en charge de pathologies lourdes ou chroniques. Par ailleurs, ces données nationales sont cependant incomplètes puisqu'elles ne tiennent pas compte ni de l'âge, ni de l'état sanitaire des deux populations.

- Il n'y a pas d'écart significatif de dépense totale moyenne entre les deux populations.

Graphique 6 • Moyenne annuelle des dépenses par patient, en euros



On peut toutefois souligner les résultats suivants : le volume de dépenses « généralistes » est près de 10% inférieur à celui observé en population générale, de même que le recours à la pharmacie, lui aussi inférieur de 10% à celui de la population générale. En revanche, la dépense de spécialistes est légèrement supérieure (4%) à la moyenne nationale et peut être l'indice d'un bon suivi des patients chroniques lourds. S'agissant enfin des soins infirmiers et des dispositifs médicaux adaptés, une des raisons possibles de la consommation supérieure constatée pourrait résider dans la présence forte d'une population hospitalisée à domicile ou présentant un handicap.

- Le taux de pénétration des génériques⁴ est significativement plus important que la moyenne nationale (69% contre 58%). Même s'il reflète de manière imparfaite la pratique des professionnels, cet écart

⁴ Le taux de pénétration des génériques mesure le pourcentage de génériques délivrés par les pharmaciens et non pas le taux de génériques prescrits par le praticien.

peut s'expliquer en partie par l'impact du travail collectif des professionnels ou par une plus grande attention des professionnels à la qualité de leur prescription.

En conclusion, sur le plan médico-économique, s'il n'est pas possible de montrer une efficacité supérieure des centres par rapport à une autre forme d'organisation, on ne retrouve pas non plus de surcoût lié à celle-ci pour les dépenses d'assurance maladie.

2. Évaluation de la qualité des soins

L'évaluation de la qualité des soins a pour objet de mesurer l'efficacité et la pertinence réelles des centres de santé comme forme d'organisation des soins.

Cette démarche poursuit deux objectifs :

- la formalisation d'outils permettant d'objectiver les pratiques médicales,
- la démonstration, dans des domaines précis, d'une vraie qualité de prise en charge des patients.

Le choix d'indicateurs scientifiquement reconnus, médicalement judicieux, et techniquement simples, a conduit à retenir les problématiques suivantes :

- le diabète de type 2⁵ pris en charge par les médecins,
- le diabète de type 2 pris en charge par les infirmiers,
- l'obésité,
- le suivi des grossesses,
- les vaccinations.

Chaque problématique a fait l'objet d'une enquête ponctuelle réalisée par les professionnels des centres, sur des patientèles de 100 à 250 personnes.

Diabète de type 2 pris en charge par les médecins

En France, 1,3 million de personnes sont prises en charge pour un diabète (soit 25 personnes sur 1 000). Cette proportion en croissance continue (+7,6% entre 2005 et 2006) représente un enjeu tout autant finan-

⁵ Le diabète de type 2 correspond aux personnes en ALD (Affection Longue Durée) pour cause de diabète.

cier que médical. Pour y faire face, la HAS recommande d'accorder une place majeure à la prévention des évolutions de la pathologie mais également à la coordination pluridisciplinaire de la prise en charge. En effet, une étude récente⁶ pointe les déficiences du système de prise en charge en France des patients souffrant de diabète.

L'enquête réalisée auprès de 121 patients diabétiques, à partir du recueil des informations présentes dans les dossiers des patients avant consultation, conduit à penser que le caractère pluridisciplinaire et collectif des centres de santé de l'AGECSA a un impact positif sur la qualité de la prise en charge des patients diabétiques.

Tableau 1 • Prise en charge du diabète de type 2 : résultats de l'enquête et comparatif, en %

	AGECSA	National*	Étude PACA**	Étude Belfort***	
				1 ^{er} tour	2 ^e tour
HbA1c	83	41		74	80
Ophtalmologie	59,60	46	40,80	28	42
Cardiologie	55	<30		50	52
Créat	94,20	80		78	92
Poids	100			70	80
IMC	27				
Évolution poids	90				
Lipides	91		65		
Microalbumine	76,80		27,30	40	66
Statut tabac	79,60			12	56
Conseils hygiène	74,50				
Difficultés observance	74,40				

* Enquête réalisée par la CNAMTS, 2000.

** Patrice François *et al.*, « Qualité, coût et impact de la prise en charge coordonnée des patients diabétiques de type 2 dans un réseau de santé », *Pratiques et Organisation des Soins*, 38 (2), avril 2007, pp. 111-117, Enquête réalisée sur 414 patients témoin de la région PACA.

*** Anne Moulin, « Suivi et éducation des patients diabétiques de type 2 au centre de santé de Belfort : Première démarche d'évaluation des pratiques professionnelles », thèse de doctorat, Besançon, Faculté de médecine et de pharmacie de Besançon, octobre, 2007. Les deux tours de l'audit sont séparés par une période d'un an où les recommandations de suivi de l'HAS ont été communiquées à l'attention des médecins du centre de santé. Ils comprennent tous les deux un échantillon de cinquante patients diabétiques de type 2.

⁶ CNAM, 2005, ECODIA 2.

Les performances sanitaires, pour perfectibles qu'elles soient, dénotent néanmoins une adhésion aux recommandations nationales très encourageante, alors même que dans 74 % des cas, des difficultés d'observance sont relevées par les professionnels.

Diabète de type 2 pris en charge par des infirmiers

Une étude transversale rétrospective, réalisée par le recueil des données présentes dans le dossier du patient avant la consultation par le professionnel, a permis de faire l'analyse suivante.

S'agissant de la mise en œuvre des recommandations de suivi des patients diabétiques, les performances des centres de santé soulignent une adhésion satisfaisante à l'impératif de recueil d'informations du patient : 80 % des patients font l'objet d'une définition d'objectifs de prise en charge de la part de l'infirmière, alors même qu'une très forte majorité d'entre elles (90 %) soulignent les difficultés d'observance relevées auprès du patient.

La tenue du dossier, d'après les résultats de l'enquête, marque des performances moyennes, dans la mesure où l'objectif ne saurait s'établir en deçà de 100 % de la file active.

Les résultats relatifs à la communication entre professionnels, contenus dans le carnet, sont plus remarquables. On constate notamment une très faible communication entre les infirmières et l'hôpital, puisque seul 12 % des carnets font état d'un compte rendu hospitalier. Ces chiffres sont en très nette amélioration s'agissant des communications avec les médecins généralistes. La collaboration entre professionnels médicaux et paramédicaux, s'il est vraisemblable qu'elle prenne des formes non explicites, n'est pas encore systématiquement formalisée dans le cadre d'une prise en charge pluridisciplinaire du patient. Ainsi, si les professionnels font état d'échanges réguliers, ceux-ci ne sont pas nécessairement consignés dans un dossier partagé.

Prévention de l'obésité

L'Observatoire National des Zones Urbaines Sensibles (ONZUS) a fait état en 2006 d'une très nette prévalence de l'obésité chez les enfants des quartiers défavorisés (un enfant a dix fois plus de risques d'être obèse si son père est ouvrier). Le risque nutritionnel est donc important dans les zones où exercent les professionnels des centres de santé de l'AGECSA.

Dans le cadre de Programme National Nutrition Santé, les centres de santé ont développé une action spécifique en direction de ces publics en mettant sur pied un programme nutrition, décliné dans deux centres et pour lequel une consultation diététique et une prise en charge physique adaptée ont été conçues.

L'étude a consisté en une enquête effectuée sur une demi-journée auprès de 244 patients suivis par 29 médecins répartis sur les cinq centres. Son objectif était de mesurer le niveau de contrôle du poids des patients suivis dans les centres de santé et de décrire les actions mises en œuvre pour apporter une réponse thérapeutique aux patients identifiés comme étant en situation de surpoids.

Les résultats laissent apparaître non seulement le caractère bien admis de la pesée (90,5 % des patients avaient été pesés au moins une fois dans l'année précédant la consultation) mais également une bonne corrélation entre la détection d'un risque nutritionnel avec l'orientation vers une action spécifique : 75 % des patients pour lesquels l'obésité était envisagée, ont bénéficié d'une prise en charge spécifique de l'obésité.

Pour ce qui concerne les publics d'enfants suivis par l'AGECSA, sur 95 enfants revus, soit par la diététicienne, soit par le médecin, dans le cadre du programme Nutrition, et pour une année, 68 % ont vu diminuer leur score d'indice de masse corporelle (IMC), dans une moyenne de $-0,37$. Ces résultats sont très positifs comparés à ceux du Réseau pour la prise en charge et la prévention de l'obésité en pédiatrie (REPOP) Grand Lyon (65 % d'amélioration à un an) qui prend en charge des enfants de tous milieux.

Suivi des grossesses

Plusieurs études récentes suggèrent l'existence d'une forte corrélation entre le niveau social et la qualité du suivi des grossesses. Le partenariat entre l'ANSA et l'AGECSA avait donc comme objectif, dans ce contexte, d'étudier la qualité de la surveillance des grossesses des femmes suivies par les centres de santé. Relativement à la prise en charge, il s'agissait notamment d'observer si les facteurs de risque avaient été relevés par les professionnels et les recommandations de suivi correctement réalisées⁷, afin d'établir, à plus long terme, un outil spécifique de suivi des grosses-

⁷ Cf. plan de périnatalité, intitulé « Humanité, proximité, sécurité, qualité » (2005-2007).

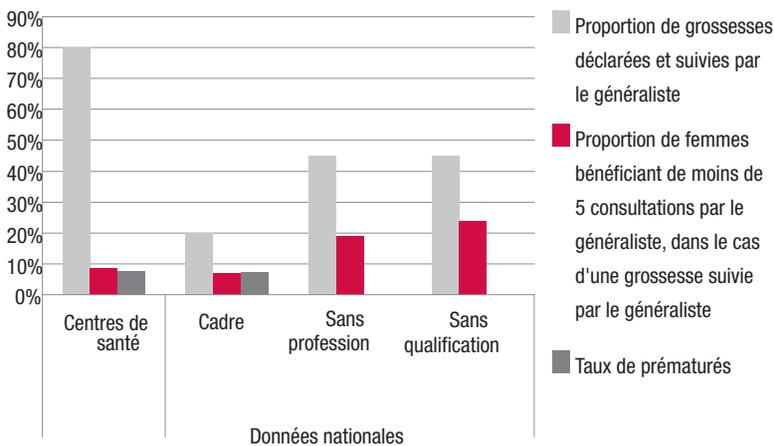
ses dans les centres de santé. Deux critères d'évaluation ont été retenus par l'étude :

- le nombre de consultations par femme jusqu'au 7^e mois (les obstétriciens suivant théoriquement les deux derniers mois),
- le taux de prématurés dans cette population.

Une étude sur dossier médical concernant 122 patientes suivies dans les centres pour une grossesse menée à terme entre octobre 2005 et octobre 2006 a permis de faire les constats suivants :

- un très net taux de grossesses déclarées auprès du médecin des centres,
- un suivi jusqu'au 7^e mois plus fréquent que celui dont bénéficient des femmes issues de milieux sociaux peu favorisés au niveau national. À ce titre, la qualité du suivi des femmes enceintes dans les centres de santé de l'AGECSA est plus proche de celui des cadres au niveau national.

Graphique 7 • Suivi des grossesses



Vaccinations

L'atteinte et le maintien d'une couverture vaccinale élevée à tous les âges de la vie constitue l'un des 100 objectifs du rapport annexé à la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Il s'agit en effet d'un enjeu sanitaire important.

Si certaines vaccinations sont obligatoires avant l'entrée en collectivité (tuberculose, diphtérie, tétanos, poliomyélite), d'autres (ROR – rougeole,

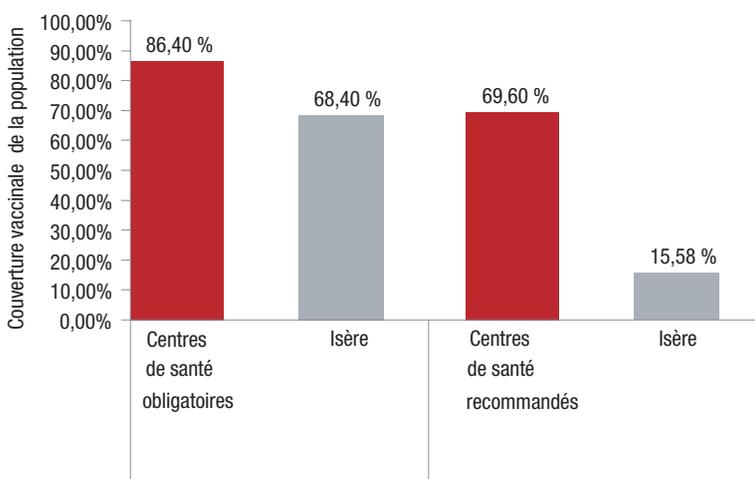
oreillons, rubéole, hépatites) sont fortement recommandées, mais non strictement obligatoires.

L'étude a pour objet de suivre la situation des patients examinés dans les centres de santé au regard du calendrier vaccinal, tel que prévu par l'institut de veille sanitaire en 2006. Elle porte sur 239 patients inclus suivis par 29 médecins répartis sur les cinq centres de santé :

- les vaccinations obligatoires étaient à jour pour 185 patients soit 86,4 %,
- les vaccinations recommandées étaient à jour pour 147 patients, soit 69,6 %,
- les personnes à jour pour les vaccinations obligatoires étaient significativement plus jeunes (âge moyen de 33,0 ans contre 48,9 ans en moyenne).

Les recommandations internationales de vaccination de l'OMS assignent aux autorités nationales un objectif de 95 % de taux de vaccination pour les jeunes. Les centres de santé sont au-delà de cette indication. Enfin, il faut souligner que les centres de santé de l'AGECSA sont centres vaccinateurs et missionnés de ce fait par le Conseil général de l'Isère. Il faut donc noter que, au regard des attentes qui peuvent être formulées par ce partenaire, les objectifs de couverture vaccinale sont atteints.

Graphique 8 • Comparatif du suivi vaccinal



Conclusion

Ces enquêtes ont été conduites dans le respect des référentiels et selon des méthodologies avérées.

D'une manière générale, il est incontestable que les centres de santé présentent des performances en termes de qualité des soins notables et même en certains points remarquables, qu'il s'agisse de prise en charge complexe, tel que le suivi des patients diabétiques, ou appelant une compréhension sociale des patients, tel que le suivi de grossesses.

Cela permet de déduire assez aisément une corrélation entre la forme d'organisation des soins, pluridisciplinaire, collaborative et les performances observées.

3. Question de l'utilisation du score EPICES et de son adaptation aux Centres de santé

L'approche par la population constitue le troisième volet de l'étude.

Au regard des deux précédents volets, il est apparu indispensable d'enrichir cette étude d'une réflexion large sur les modalités de caractérisation de la population. L'AGECSA a donc enrichi une échelle multivariée de la précarité – le score EPICES – dépassant la seule dimension économique avec l'ODENORE⁸.

L'objectif de l'AGECSA, tenant compte de l'applicabilité du dispositif dans l'activité courante des professionnels, est de :

- systématiser le suivi des caractéristiques sociales de la patientèle,
- faire de cet indicateur une ressource dans l'amélioration de la prise en charge du patient, en permettant d'identifier les populations précaires,
- mettre l'accent sur la détection de la précarité et son impact sur les phénomènes de non recours aux soins et aux problèmes d'observance thérapeutique.

Définition du Score EPICES et transposition aux centres de santé de Grenoble

La précarité peut être estimée à partir de différents facteurs : financiers

⁸ Les éléments utilisés dans cette note sont issus du rapport ODENORE, un Indicateur pour caractériser les usagers des centres de santé de Grenoble, rapport réalisé pour l'AGECSA et l'ANSA, juin 2007.

(revenus pour vivre), sociaux (supports sociaux) et psychologiques (estime de soi, confiance en soi, responsabilité). L'analyse des inégalités sociales de santé tient compte de ces facteurs⁹.

L'élaboration d'un questionnaire à même d'établir un diagnostic précis de la précarité d'une patientèle nécessite de prendre en compte l'ensemble de ces dimensions. Plutôt que d'établir un nouvel indicateur, l'AGECSA a retenu le seul indicateur multivarié disponible aujourd'hui pour mesurer la précarité ou la non précarité individuelle. Il intègre au calcul des dimensions qui ne sont pas prises en compte par les indicateurs de précarité ou de pauvreté habituels le plus souvent composés exclusivement de critères monétaires ou socio-administratifs et révèlent ainsi leurs imperfections. Cet indicateur, le score EPICES, a été produit dès 1998 par le Centre Technique d'appui et de formation des Centres d'examen de santé de l'Assurance Maladie (CETAF)¹⁰. Il est protégé¹¹ et a reçu une validation scientifique¹². Il est géré par l'Assurance Maladie afin d'améliorer le repérage des personnes en situation de précarité selon des critères de vulnérabilité. Il est au fondement de la conception de l'indicateur de caractérisation sociale retenu par l'AGECSA.

Sur la base de 11 questions initiales, il permet de calculer un « score » de précarité individuel sur un axe allant de 0 à 100 (du moins précaire au plus précaire). Cet axe est découpé en cinq quintiles représentant l'appartenance à une catégorie. Entre 0 et 30, on trouve les quintiles 1, 2 et 3 qui représentent la catégorie « non précaire ». À partir de 30 et jusqu'à 100, on retrouve les quintiles 4 et 5 qui représentent respectivement les catégories « précaire » et « très précaire ». L'AGECSA peut ainsi répartir ses usagers par degré de précarité puisqu'une distribution est possible.

⁹ Voir M. Grignon, A. Couffinal, P. Dourgnon, F. Jusot et F. Naudin 2004. *Mesurer l'impact des déterminants non médicaux des inégalités sociales de santé. Rapport de recherche de l'Irdes réalisé dans le cadre du Programme « Sciences biomédicales, santé et société » du CNRS (SHS-SDV)*, INSERM, MIRE-DREES.

¹⁰ Le travail de stage a été suivi régulièrement par les membres du groupe « Inclusion sociale » de l'AGECSA. La réflexion sur la simplification du score EPICES a impliqué une nouvelle exploitation statistique d'une enquête produite en 2006 par ODENORE auprès du public du Point Information, Médiation, Multiservices (PIMMS) situé dans le quartier de la Villeneuve. Cette exploitation statistique comme la préparation du test du questionnaire ont bénéficié de l'aide de Catherine Chauveaud, chargée d'études à ODENORE.

¹¹ Par dépôt d'une enveloppe Saulo.

¹² En particulier : C. Sass *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 », *Bulletin Épidémiologie Hebdomadaire*, n° 14, avril 2006, p. 93-100.

On peut distinguer deux niveaux d'appréhension parmi les 11 questions du score EPICES :

- le capital économique de l'individu à travers sa protection sociale, son logement. Il est significatif que le revenu soit pris sous l'angle des difficultés au cours du mois,
- le support relationnel est quant à lui mesuré à partir des contacts ou non avec la famille et les amis et la possibilité d'avoir ou pas des loisirs.

Avantages du score EPICES pour l'AGECSA

- une comparaison possible avec une population générale,
- une comparaison possible en termes de non-recours aux soins,
- une mise en œuvre opérationnelle relativement aisée,
- un questionnaire amélioré par l'ODENORE.

Modalités d'amélioration

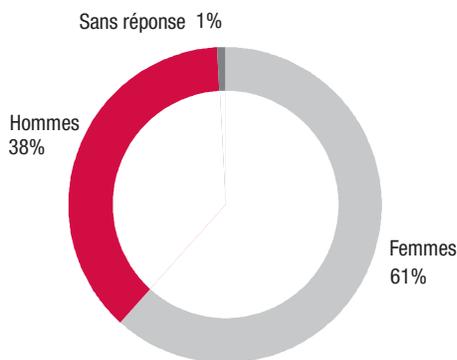
Des questions ont été ajoutées aux 11 questions du score EPICES et l'ensemble donne lieu à une proposition de nouveau questionnaire puisque les nouveaux items portent sur une autre forme de précarité non encore prise en compte, « la précarité psychologique ».

Effectivement, la capacité des personnes à agir sur le cours des événements, qui est au cœur de la problématique de l'autonomie et de la responsabilité individuelle, constitue un paramètre non négligeable dans la prise en compte ou dans la non prise en compte par les personnes des enjeux de santé. Avoir à faire à un public vulnérable économiquement et socialement, mais aussi psychologiquement, pèse nécessairement sur les conditions d'exercice de la médecine, si bien que l'on ne peut comparer une offre de soins à une autre sans s'efforcer aussi d'approcher les caractéristiques psychologiques des publics.

Méthodologie

Le nouveau questionnaire (EPICES + 4 autres questions/voir annexe) a été testé auprès de 150 usagers de l'AGECSA pour démontrer son applicabilité, malgré quelques difficultés de compréhension qui ne lui sont pas inhérentes.

Graphique 9 • Précarité - Répartition hommes/femmes



Les deux ensembles de questions (11 et 4) doivent être analysés conjointement de façon à distinguer 4 populations théoriques (A à D) (cf. tableau). Les professionnels de santé de l'AGECSA auront à débattre si ces populations constituent pour eux des « problématiques » différentes, et s'il y a lieu d'aborder différemment les unes et les autres. À eux de décider s'il faut, par exemple, avoir une attention différente pour les populations classées en D dans la mesure où leur fragilité psychologique peut être un obstacle dans leur parcours de soins (risque d'abandon de démarches, d'inobservance, etc.), d'autant que ces personnes sont par ailleurs précaires (sur le plan financier et relationnel). L'attention spécifique pouvant notamment se traduire en « programmes ciblés de prévention ».

	Non précaire EPICES	Précaire EPICES
« Non précarité psychologique »	A	B
« Précarité psychologique »	C	D

Les questions du score EPICES auxquelles ont été ajoutées des questions relatives à la capacité des personnes à agir sur le cours des événements, forment donc à titre d'hypothèse une échelle de mesure de la « vulnérabilité au non-recours ». En effet, les travaux de recherche en cours pour l'ANR montrent clairement une prévalence entre non-recours aux soins et précarité selon le score EPICES, alors que la littérature scientifique indique un lien entre non-recours (*versus* abandon, repli sur soi) et non confiance en soi pour affronter les difficultés¹³.

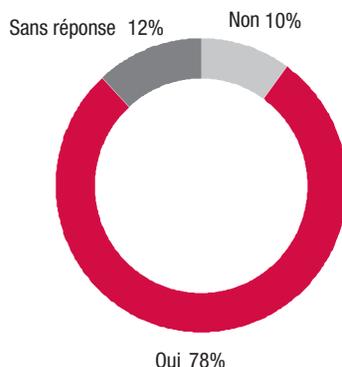
¹³ Voir les entretiens dans le cadre de la recherche pour l'Agence Nationale de la Recherche et les travaux des psychosociologues du GREPS également dans des centres d'examen de santé de l'Assurance Maladie.

Résultats de l'étude avec le nouveau questionnaire

Le test du score EPICES a été réalisé auprès de 152 personnes des différents centres de santé. Pour 141 réponses exploitables on obtient 62,41 % de précaires, se répartissant pour moitié entre le quintile 4 (précaires) et le 5 (très précaires). Comparativement aux résultats obtenus par le CETAF sur l'ensemble de sa base de données, ce résultat indique un taux particulièrement élevé de personnes précaires ou très précaires comparativement aux Centres d'examen de santé de l'Assurance Maladie (résultat sur base RAIDE redressée/Recueil Annuel Informatisé de Données Épidémiologiques). Autrement dit, le public de l'AGECSA se caractériserait dans son ensemble par une précarité nettement plus élevée que la moyenne.

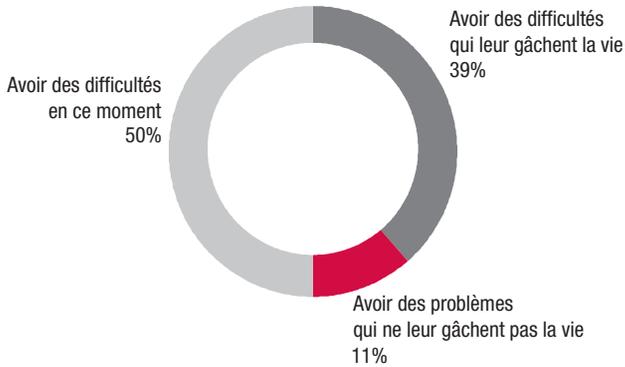
Réalisé sur seulement 152 personnes, le test du score EPICES n'a pas valeur de preuve mais corrobore les résultats d'une étude menée par l'ODENORE sur le quartier de la Villeneuve de Grenoble auprès d'utilisateurs du PIMMS (Point d'Information Médiation Multiservices) qui présente des taux analogues. Il faudrait étendre le questionnaire à l'ensemble des centres pour tester l'hypothèse de diversité des publics de chaque centre.

Graphique 10 • « Avez-vous le sentiment qu'au sein des centres de santé on vous accorde suffisamment de temps pour en parler ? »



10 non précaires ont répondu avoir des difficultés en ce moment (25 %). Pour 8 d'entre eux, il s'agit de problèmes qui leur gâchent la vie et ils déclarent également ne pas avoir confiance en leur possibilité pour les résoudre.

Graphique 11 • Les patients précaires (classes 4 et 5 score EPICES) déclarent



59,1 % des individus précaires déclarant avoir des problèmes en ce moment ont confiance dans leurs possibilités pour les résoudre, et à l'inverse 40,9 % (17 individus) ne pensent pas pouvoir les résoudre.

Ce premier travail apporte un éclairage utile sur l'opportunité du score EPICES :

- La passation du questionnaire, si elle ne se heurte pas à des difficultés majeures, appelle cependant la mobilisation de l'ensemble des professionnels et plaide en faveur de l'implication active des professionnels d'accueil.
- Le score EPICES, s'il apporte des informations précieuses sur la caractérisation des populations, doit, pour devenir un élément du diagnostic médico-social des patients être développé en routine à l'aide d'un système d'information adapté et être appliqué en lien étroit avec les professionnels de santé eux-mêmes et les autres participants à la prise en charge du patient (secteur social notamment).

Conclusion

Le score EPICES constitue un outil pertinent pour permettre aux professionnels intervenant sur des territoires marqués par la spécificité sociale des publics qu'ils accueillent d'apprécier et de caractériser ces publics.

Les centres de santé de l'AGECSA ont depuis longtemps été tenus de faire la démonstration de leur proximité avec des publics confrontés à des difficultés sociales importantes.

Le test réalisé dans le cadre de la mission du score EPICES laisse entrevoir des phénomènes de précarité très importants et permet de réconcilier le vécu exprimé des professionnels de santé avec une réalité désormais objectivable.

Il ne nous est pas pour autant permis de lier mécaniquement la caractérisation de ces publics avec les résultats obtenus par ailleurs sur l'évaluation médico-économique et sur la qualité des soins. Il nous est simplement possible de mettre en résonance ce résultat préliminaire avec quelques-unes des conclusions tirées des études précédentes.

Il est désormais établi de manière robuste qu'existe un lien étroit entre la précarité des patients et les situations de non-recours aux soins, celles-ci entraînant nécessairement une dégradation de l'état sanitaire de ces populations, elle-même correctement documentée au niveau macro. Les populations suivies dans les centres de santé, loin d'être en situation majoritairement de non-recours, présentent des profils de consommation médicale proche de la moyenne nationale, souvent d'ailleurs légèrement supérieure à celle-ci. Pour des raisons qui tiennent aux conditions de vie générale, ces populations sont susceptibles d'avoir un état de santé plus dégradé que celui de la population générale. Mais la présence des centres de santé assure un accès aux soins équivalent à la moyenne nationale, contrairement donc à ce qui est observé au niveau national dans les zones urbaines sensibles.

Par ailleurs, le taux élevé de précarité observé conforte l'impression des professionnels exprimant des difficultés à circonvier les phénomènes d'inobservance constatés chez leurs patients. Malgré ce fait, les résultats de l'évaluation de la qualité des soins indiquent que les patients des centres de santé bénéficient d'un suivi médical de qualité au moins égal si ce n'est supérieur à celui observé dans la population générale.

Ces deux conclusions, quoique prudentes, confortent l'appréciation générale des travaux étrangers quant à la valeur ajoutée des modes d'organisation de soins collective et centrée sur le soin primaire pour lutter contre les difficultés sociales des patients et augmenter significativement le niveau de qualité de soins auprès de populations spécifiques.

4. Conclusion générale

Ce travail permet de dégager plusieurs conclusions ouvertes.

S'agissant de la performance médico-économique, si l'étude ne permet pas de démontrer d'économie significative en termes de dépenses de santé, elle ne relève pas non plus de surcoûts préoccupants, notamment au regard de la typologie des patients pris en charge : effectivement, ce constat mérite attention dans la mesure où il est admis que les patients issus de zones urbaines sensibles présentent davantage de difficultés dans leurs rapports au système de santé, de soins et de prévention. Témoigner qu'une organisation collective de soins du type des centres de santé de l'AGECSA, est en mesure de garantir une offre de soin pour ces populations dans une échelle économique qui ne se distingue pas des autres offres de soins est un atout.

Concernant précisément l'évaluation de la qualité de cette offre de soins, l'étude souligne l'intérêt de ce type d'organisation pour le suivi et la promotion des bonnes pratiques, à la fois pour les pathologies chroniques, mais également pour le suivi médical des patients. Il y a donc matière à confirmer que les centres de santé de l'AGECSA représentent un outil efficace de lutte contre les inégalités d'accès aux soins, permettant à une population en difficulté d'accéder à une offre de soins de qualité et dans une échelle économique qui ne se distingue pas des autres offres de soins.

En croisant ces deux principales conclusions avec les enseignements de l'adaptation du score EPICES aux centres de santé – outil novateur directement issu de cette étude –, et ce que confirme les résultats de celui-ci sur les caractéristiques psychosociales de la population usagère des centres, on peut confirmer la pertinence de cette organisation de soins en faveur d'une population qui cumule de grandes difficultés de recours et d'accès aux soins.

Au-delà des critères rigoureusement étudiés et comparés, il convient de prendre en compte la qualité d'engagement des équipes qui doit aussi influencer les précédentes conclusions, ces populations les plus démunies sollicitant davantage les équipes sur des dimensions relationnelles de « savoir être », d'engagement, et de persistance à rester en lien, qui ne sauraient être occultées au regard des conclusions portées.

Dans la perspective d'une évolution du financement des centres de santé, par capitation et/ou à la performance, les résultats de cette étude

offrent aux pouvoirs publics des perspectives, ainsi qu'une amorce de modélisation, pour tendre vers un mode de financement global de la prise en charge des patients, non plus seulement à l'acte, mais considérant les activités d'accueil et d'accompagnement – actuellement intégralement supportées par les collectivités locales – comme parties prenantes de la qualité des soins.

III- ANNEXE :

les 11 questions du score EPICES et les 4 questions ajoutées

Les questions EPICES

1) Rencontrez-vous parfois un travailleur social ?

Le score du consultant augmente (pondération = 10,06) s'il répond oui c'est-à-dire s'il rencontre un travailleur social.

2) Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ?

Le score du consultant augmente (pondération = 11,83) s'il répond non c'est-à-dire s'il ne possède pas d'assurance maladie complémentaire.

3) Vivez-vous en couple ?

Le score du consultant augmente (8,28) s'il répond non c'est-à-dire s'il ne vit pas en couple.

4) Êtes-vous propriétaire de votre logement ?

Le score du consultant augmente (8,28) s'il répond non c'est-à-dire s'il n'est pas propriétaire de son logement.

5) Est-ce qu'il y a des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins ?

Le score du consultant augmente (14,80) s'il répond oui c'est-à-dire s'il rencontre dans le mois de réelles difficultés financières à faire face à ses besoins.

6) Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des douze derniers mois ?

Le score du consultant augmente (6,51) s'il répond non c'est-à-dire s'il déclare ne pas avoir fait de sport au cours des douze derniers mois.

7) Êtes-vous allé au spectacle au cours des douze derniers mois ?

Le score du consultant augmente (7,10) s'il répond non c'est-à-dire s'il déclare ne pas être allé au spectacle au cours des 12 derniers mois.

8) Êtes-vous partis en vacances au cours des douze derniers mois ?

Le score du consultant augmente (9,47) s'il répond non c'est-à-dire s'il déclare ne pas être parti en vacances au cours des 12 derniers mois.

9) Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autre que vos parents ou vos enfants ?

Le score du consultant augmente (9,47) s'il répond non c'est-à-dire s'il n'a pas eu de contacts avec des membres de sa famille.

10) En cas de difficultés, est-ce qu'il y a dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ?

Le score du consultant augmente (7,10) s'il répond non.

11) En cas de difficultés, est-ce qu'il y a dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ?

Le score du consultant augmente (7,10) s'il répond non.

Les questions élaborées par l'ODENORE

L'indicateur a été complété par une série de questions supplémentaires plus expérimentales qui cherchent à déterminer la perception que l'individu a de lui-même et de ses marges de manœuvre, la confiance qu'il a pour agir sur ce qui lui arrive. Il faut faire attention à raisonner à partir de la perception et de la confiance de l'individu et pas simplement de ses « capacités à agir » essentiellement d'ordre matériel ou relationnel. À partir d'autres échelles¹⁴, l'ODENORE a travaillé sur trois questions supplémentaires qui pourraient rendre compte des dimensions évoquées précédemment : »

1) Rencontrez-vous des problèmes en ce moment ?

Problèmes au sens large.

2) Ces problèmes vous gênent-ils la vie ?

Il s'agit de mesurer l'importance des problèmes vécus dans la vie quotidienne de la personne. Quelle place prennent-ils ?

3) Avez-vous confiance en vos possibilités pour les résoudre ?

Cette question vise à se faire une idée de la maîtrise des événements difficiles que l'individu dit rencontrer. Un individu peut être contraint par des difficultés financières lourdes et continuer de s'occuper de sa santé ou celle des membres de sa famille. Au contraire d'autre, sans soutien relationnel qui peuvent ne plus être en mesure de faire face.

4) Avez-vous le sentiment qu'au sein des Centres de santé on vous accorde suffisamment de temps pour en parler ?

Il s'agit d'estimer le soutien possible du côté des professionnels. Cette question reste indicative du fait que les conditions de passation du questionnaire peuvent influencer les réponses. Elle ne pourra donner lieu à un calcul de pondération et restera en dehors du score qui pourra être construit à partir des 14 premières questions.

¹⁴ ZTPI – validation française; Moth SF-36 (questionnaire de qualité de vie); HAD (Hospital anxiety and depression scale); questionnaire du sentiment de contrôle. Cf. annexes.

Table des graphiques

- 10 Graphique 1 • Taux patientèle ALD
- 10 Graphique 2 • Moyenne annuelle des dépenses par patient en ALD
- 11 Graphique 3 • Taux de patientèle CMU
- 11 Graphique 4 • Moyenne annuelle des dépenses par patient CMU
- 12 Graphique 5 • Taux de patientèle CMUC
- 13 Graphique 6 • Moyenne annuelle des dépenses par patient
- 18 Graphique 7 • Suivi des grossesses
- 19 Graphique 8 • Comparatif du suivi vaccinal
- 23 Graphique 9 • Précarité - Répartition hommes/femmes
- 24 Graphique 10 • « Avez-vous le sentiment qu'au sein des centres de santé on vous accorde suffisamment de temps pour en parler ? »
- 25 Graphique 11 • Les patients précaires (classes 4 et 5 score épice) déclarent

Glossaire

AGECSA	Association de Gestion des Centres de Santé (de Grenoble)
ALD	Affection Longue Durée
ANSA	Agence Nouvelle des Solidarités Actives
ANR	Agence Nationale de la Recherche
CETAF	Centre Technique et d'Appui à la Formation (des Centres d'Examen de Santé de l'Assurance Maladie)
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CMU	Couverture Médicale Universelle
CMUC	Couverture Médicale Universelle Complémentaire
CNAMTS	Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CNRS	Centre National de la Recherche Scientifique
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
EPICES	Evaluation de la Précarité et des Inégalités pour les Centres d'Examens de Santé
ERASME	Extraction, Recherches et Analyses pour un Suivi Médico-Economique
GREPS	Groupe de Recherche en Psychologie Sociale
HAS	Haute Autorité de Santé
IMC	Indice de Masse Corporelle
ODENORE	Observatoire DEs NON-REcours aux droits et services
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONZUS	Observatoire National des Zones Urbaines Sensibles
PIMMS	Point d'Information Médiation MultiServices
PNNS	Programme National Nutrition Santé
RAIDE	Recueil Annuel Informatisé de Données Epidémiologiques
REPOP	REseau de Prévention et prise en charge de l'Obésité Pédiatrique

