Compétences psycho-sociales en médecine générale face aux inégalités sociales de santé : revue de la littérature

Sophia Chatelard

▶ **To cite this version:**

Sophia Chatelard. Compétences psycho-sociales en médecine générale face aux inégalités sociales de santé : revue de la littérature. Médecine humaine et pathologie. 2011. dumas-00663276

HAL Id: dumas-00663276

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00663276

Submitted on 26 Jan 2012

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

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

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER

FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE

Année : 2011 *Thèse N°*

THESE

PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

DIPLÔME D'ETAT

Compétences psycho-sociales en médecine générale face aux inégalités sociales de santé : revue de la littérature

Mlle Sophia CHATELARD

Née le 22/08/1985 à St Martin d'Hères (38)

THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE

Le 20 décembre 2011

DEVANT LE JURY COMPOSE DE

Président du jury : Professeur Patrice FRANCOIS

Membres : Professeur Christophe PISON

Professeur Pascal COUTURIER

Docteur Dominique LAGABRIELLE, Directeur de thèse

Monsieur Philippe WARIN

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
2011-2012

Nom	Prénom	Intitulé de la discipline universitaire
ALBALADEJO	Pierre	Anesthésiologie-réanimation
ARVIEUX-BARTHELEMY	Catherine	Chirurgie générale
BACONNIER	Pierre	Biostatiques, informatique médicale et technologies de communication
BAGUET	Jean-Philippe	Cardiologie
BALOSSO	Jacques	Radiothérapie
BARRET	Luc	Médecine légale et droit de la santé
BAUDAIN	Philippe	Radiologie et imagerie médicale
BEANI	Jean-Claude	Dermato-vénéréologie
BENHAMOU	Pierre Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
BERGER	François	Biologie cellulaire
BLIN	Dominique	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
BOLLA	Michel	Cancérologie; radiothérapie
BONAZ	Bruno	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BOSSON	Jean-Luc	Biostatiques, informatique médicale et technologies de communication
BOUGEROL	Thierry	Psychiatrie d'adultes
BRAMBILLA	Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
BRAMBILLA	Christian	Pneumologie
BRICAULT	Ivan	Radiologie et imagerie médicale
BRICHON	Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
BRIX	Muriel	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
CAHN	Jean-Yves	Hématologie
CARPENTIER	Françoise	Thérapeutique; médecine d'urgence
CARPENTIER	Patrick	Chirurgie vasculaire; médecine vasculaire
CESBRON	Jean-Yves	Immunologie
CHABARDES	Stephan	Neurochirurgie
CHABRE	Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
CHAFFANJON	Philippe	Anatomie
CHAVANON	Olivier	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
CHIQUET	Christophe	Ophtalmologie
CHIROSSEL	Jean-Paul	Anatomie
CINQUIN	Philippe	Biostatiques, informatique médicale et technologies de communication
COHEN	Olivier	Biostatiques, informatique médicale et technologies de communication
COUTURIER	Pascal	Gériatrie et biologie du vieillissement
CRACOWSKI	Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique

DE GAUDEMARIS	Régis	Médecine et santé au travail
DEBILLON	Thierry	Pédiatrie
DEMATTEIS	Maurice	Addictologie
DEMONGEOT	Jacques	Biostatiques, informatique médicale et technologies de communication
DESCOTES	Jean-Luc	Urologie
ESTEVE	François	Biophysique et médecine nucléaire
FAGRET	Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
FAUCHERON	Jean-Luc	Chirurgie générale
FERRETTI	Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
FEUERSTEIN	Claude	Physiologie
FONTAINE	Eric	Nutrition
FRANCOIS	Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GARBAN	Frédéric	Hématologie; transfusion
GAUDIN	Philippe	Rhumatologie
GAVAZZI	Gaetan	Gériatrie et biologie du vieillissement
GAY	Emmanuel	Neurochirurgie
GRIFFET	Jacques	Chirurgie infantile
HALIMI	Serge	Nutrition
HOMMEL	Marc	Neurologie
JOUK	Pierre-Simon	Génétique
JUVIN	Robert	Rhumatologie
KAHANE	Philippe	Physiologie
KRACK	Paul	Neurologie
KRAINIK	Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
LANTUEJOUL	Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
LEBAS	Jean-François	Biophysique et médecine nucléaire
LEBEAU	Jacques	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECCIA	Marie-Thérèse	Dermato-vénéréologie
LEROUX	Dominique	Génétique
LEROY	Vincent	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
LETOUBLON	Christian	Chirurgie générale
LEVY	Patrick	Physiologie
LUNARDI	Joël	Biochimie et biologie moléculaire
MACHECOURT	Jacques	Cardiologie
MAGNE	Jean-Luc	Chirurgie vasculaire
MAITRE	Anne	Médecine et santé au travail
MAURIN	Max	Bactériologie-virologie
MERLOZ	Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique

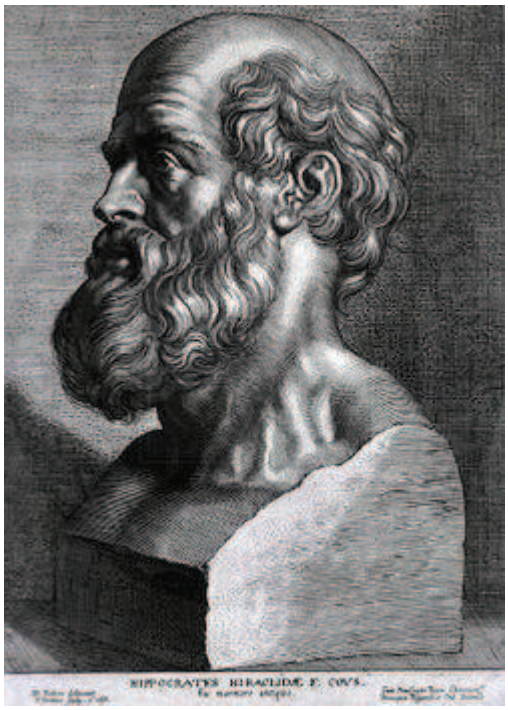
MORAND	Patrice	Bactériologie-virologie
MORO-SIBILOT	Denis	Pneumologie
MOUSSEAU	Mireille	Cancérologie
MOUTET	François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique; brûlogie
PALOMBI	Olivier	Anatomie
PASSAGIA	Jean-Guy	Anatomie
PAYEN DE LA GARANDERIE	Jean-François	Anesthésiologie-réanimation
PELLOUX	Hervé	Parasitologie et mycologie
PEPIN	Jean-Louis	Physiologie
PERENNOU	Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PERNOD	Gilles	Médecine vasculaire
PIOLAT	Christian	Chirurgie infantile
PISON	Christophe	Pneumologie
PLANTAZ	Dominique	Pédiatrie
POLACK	Benoît	Hématologie
PONS	Jean-Claude	Gynécologie-obstétrique
RAMBEAUD	Jean-Jacques	Urologie
REYT	Emile	Oto-rhino-laryngologie
RIGHINI	Christian	Oto-rhino-laryngologie
ROMANET	Jean-Paul	Ophtalmologie
SARAGAGLIA	Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologique
SCHMERBER	Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
SELE	Bernard	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
SERGENT	Fabrice	Gynécologie-obstétrique
SESSA	Carmine	Chirurgie vasculaire
STAHL	Jean-Paul	Maladies infectueuses; maladies tropicales
STANKE	Françoise	Pharmacologie fondamentale
TIMSIT	Jean-François	Réanimation
TONETTI	Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologique
TOUSSAINT	Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
VANZETTO	Gérald	Cardiologie
VUILLEZ	Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
WEIL	Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
ZAOUI	Philippe	Néphrologie
ZARSKI	Jean-Pierre	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie

Maître de Conférence des Universités - Praticien Hospitalier

2011-2012

Nom	Prénom	Intitulé de la discipline universitaire
BONNETERRE	Vincent	Médecine et santé au travail
BOTTARI	Serge	Biologie cellulaire
BOUTONNAT	Jean	Cytologie et histologie
BRENIER-PINCHART	Marie-Pierre	Parasitologie et mycologie
BRIOT	Raphaël	Thérapeutique; médecine d'urgence
CALLANAN-WILSON	Mary	Hématologie; transfusion
CROIZE	Jacques	Bactériologie-virologie
DERANSART	Colin	Physiologie
DETANTE	Olivier	Neurologie
DUMESTRE-PERARD	Chantal	Immunologie
EYSSERIC	Hélène	Médecine légale et droit de la santé
FAURE	Julien	Biochimie et biologie moléculaire
GILLOIS	Pierre	Biostatiques, informatique médicale et technologies de communication
GRAND	Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
HENNEBICQ	Sylviane	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
HOFFMANN	Pascale	Gynécologie-obstétrique
LABARERE	José	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
LAPORTE	François	Biochimie et biologie moléculaire
LARDY	Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
LARRAT	Sylvie	Bactériologie-virologie
LAUNOIS-ROLLINAT	Sandrine	Physiologie
MALLARET	Marie-Reine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MAUBON	Danièle	Parasitologie et mycologie
MC LEER (FLORIN)	Anne	Cytologie et histologie
MOREAU-GAUDRY	Alexandre	Biostatiques, informatique médicale et technologies de communication
MOUCHET	Patrick	Physiologie

PACLET	Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PASQUIER	Dominique	Anatomie et cytologie pathologiques
PAYSANT	François	Médecine légale et droit de la santé
PELLETIER	Laurent	Biologie cellulaire
RAY	Pierre	Génétique
RIALLE	Vincent	Biostatiques, informatique médicale et technologies de communication
SATRE	Véronique	Génétique
STASIA	Marie-Josée	Biochimie et biologie moléculaire
TAMISIER	Renaud	Physiologie



SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admise dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

REMERCIEMENTS

Au Jury

Monsieur le Professeur Patrice FRANCOIS, vous avez accepté de présider ce jury. Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon profond respect.

Monsieur le Professeur Pascal COUTURIER, vous m'avez accueillie dans votre service où j'ai beaucoup appris, tant au niveau humain que technique, puis vous avez gentiment accepté de juger ce travail. Je vous exprime ici mes sincères remerciements.

Monsieur le Professeur Christophe PISON, nous avons pu échanger des idées au sein du DMG, toujours dans le respect et la bonne humeur. Vous avez très spontanément accepté de faire partie de ce jury. Veuillez trouver ici le témoignage de ma gratitude.

Monsieur Philippe WARIN, directeur de recherche au CNRS, vous avez bien voulu vous intéresser à mon travail et le juger en y apportant votre vision de spécialiste des questions de non-recours aux droits sociaux. Veuillez accepter toute ma considération et mes vifs remerciements.

A mon directeur de thèse

Monsieur le Docteur Dominique LAGABRIELLE, au-delà de la direction de cette thèse, empreinte d'une attention sans faille, tu as été pour moi un vrai tuteur pendant ces deux ans, et plus que ça. Trouve ici le témoignage de mon amitié sincère.

Aux relecteurs avisés

Antoine, merci beaucoup pour ta disponibilité et ton regard critique sur mes écrits.

Alain, ta relecture m'a confortée au moment de finaliser le manuscrit. Merci !

A tous les médecins qui ont contribué à ma formation, et plus particulièrement

Guillaume, Serge, Jean-Benoît, Olivier, Eric, par votre exemple de médecins aimant leur métier, vous avez conforté mon choix pour notre belle spécialité, sans aucun doute !

Françoise, ton attention m'a suivie tout au long de ces années d'études. Merci pour cette affection réciproque.

Aux copains syndicalistes ou associés

Membres de l'ISNAR-IMG, d'ARAVIS ou plus récemment de FAYR-GP, j'ai fait avec vous de belles rencontres sans lesquelles je ne serais pas la même aujourd'hui.

Aux amis

Tous. Il parait que l'amitié fait deviner des choses dont on ne parle pas. Alors je ne parlerai pas des sentiments qui me relient à chacun d'entre vous !

A ma famille

Annécienne, cannoise, vous avez suivi mon parcours avec confiance et encouragements. Votre chaleur et votre intérêt pour moi sont une vraie source de réconfort. Pensée pour mamie Philo, dont le souvenir m'accompagne.

A mon frère

Kévin, nos liens fraternels ne sont peut-être pas très classiques, mais je suis bel et bien ta « sœurette », et pas qu'à moitié !

A mes parents surtout

Papa, il semblerait que ton exemple m'ait donné envie de suivre tes traces ! Mais sache que pour moi, le Docteur Chatelard, ce sera toujours toi, dont je suis fière d'être la fille.

Maman, tu me donnes plus que de raison. Cet amour de mère est pour moi un ancrage salvateur. J'espère savoir te rendre au moins un peu de ces bienfaits.

SOMMAIRE

INTRODUCTION ——— 2

METHODE ——— 5

RESULTATS ——— 7

Différence d'accès aux soins ou différence de prise en charge en fonction de la vulnérabilité sociale ? ---------- *7*

Approche selon le patient ---------- *9*

Bénéfices d'une bonne relation médecin/patient ---------- *15*

Différences de communication selon la catégorie sociale du patient ---------- *17*

Travailler sur la compétence culturelle pour améliorer l'état de santé des patients ?- *19*

Quelles autres pistes ? ---------- *20*

Point de vue des médecins sur la vulnérabilité sociale ---------- *21*

DISCUSSION ——— 23

Pertinence du sujet pour la discipline ---------- *23*

Méthodologie ---------- *23*

Les aspects d'ethnicité ---------- *24*

Mobilisation des ressources autour du patient ---------- *25*

Trop d'importance donnée à la relation médecin-patient ? ---------- *27*

CONCLUSION ——— 29

BIBLIOGRAPHIE ——— 30

INTRODUCTION

L'état de santé en France comme dans certains pays européens (1) se distribue le long d'un gradient social traversant toutes les couches de la société. Ainsi peut-on observer un état de santé des populations qui se dégrade progressivement des catégories les plus favorisées en allant vers les plus défavorisées (2). Ces ISS[a], connues et objet d'une attention croissante de la part des pouvoirs publics et des professionnels de santé n'ont pas tendance à s'améliorer. Par exemple, en France la surcharge pondérale des enfants a globalement baissé entre 2000 et 2005, mais cette diminution est moins importante en ZEP[b] que hors-ZEP (3). L'enquête Handicap-Santé en Ménages de 2008 (4) révèle aussi qu'après 60 ans, un ouvrier a 2,1 fois plus de risque de déclarer une limitation fonctionnelle qu'un cadre. Ce risque relatif est porté à 4,7 pour les 18-59 ans. Dans l'enquête santé française de 2003 (5) l'espérance de vie (EV) à 50 ans des ouvriers est de 27 ans contre 32 pour les cadres. Le gradient est encore plus marqué pour l'espérance de vie en santé. Ainsi s'applique une double peine : non seulement les ouvriers ont une espérance de vie plus courte, mais ils ont aussi plus d'années d'incapacité (moitié de l'EV pour les ouvriers contre seulement un tiers pour les cadres). Au niveau européen, les écarts sociaux se creusent concernant la surmortalité liée au diabète ou encore la mauvaise santé perçue par les individus (1).

Les déterminants de ces inégalités sont multiples. Il existe une accumulation de facteurs de risque médicaux connus (alcool, tabac, etc.), une inégalité d'accès aux soins doublée de différences de propension à l'usage des soins (6). Mais au-delà, certaines études montrent que le gradient social persiste après ajustement sur les variables comportementales et professionnelles d'exposition à ces facteurs de risque (7). Ceci met en lumière le rôle d'un facteur de vulnérabilité supplémentaire, ayant fait l'objet de plusieurs théories explicatives (6) qui seront reprises plus loin.

A ces différents déterminants correspondent autant de champs d'action possibles pour tenter de réduire les inégalités sociales de santé : amélioration des conditions de travail, des conditions de vie matérielles et de logement, de la cohésion sociale, de l'éducation, de l'accessibilité financière au système de soins, etc. Ces leviers ne sont pas accessibles à

[a] Inégalités Sociales de Santé
[b] Zone d'Education Prioritaire

l'action du professionnel de soins primaires en tant qu'individu, si ce n'est dans la modulation des tarifs lorsqu'ils dépassent, en secteur à honoraires libres, les cotations conventionnelles.

L'angle d'approche envisagé dans ce travail est le rôle du médecin généraliste. Même si nous venons de voir que les ISS sont majoritairement déterminées en dehors du soin, ce n'est pas pour autant que les soins primaires n'ont aucun rôle à jouer. Avec l'amélioration de la technique médicale, l'impact de différences sociales d'accès aux soins est plus important qu'auparavant, où elles existaient aussi mais dans le contexte d'une médecine peu efficace (8). Et au niveau individuel, les soins ont un effet plus important sur les populations les plus défavorisées que sur les plus aisés. Ces derniers ont plus facilement accès à d'autres vecteurs de bonne santé tels que l'environnement, l'alimentation et le logement sains ou les liens sociaux solides. A contrario, pour les plus précaires, les soins sont souvent le levier le plus susceptible d'améliorer l'état de santé, les autres ressources étant inaccessibles (9).

Les politiques de santé mettant la médecine de premier recours au cœur de l'organisation des soins semblent les moins inégalitaires. La Commission des Déterminants Sociaux de la Santé de l'OMS le rappelle dans son rapport de 2008, « les systèmes de santé donnent de meilleurs résultats sanitaires s'ils reposent sur le modèle des soins de santé primaires (…) » (10). Lorsque l'on étudie les initiatives des pays européens ayant pris en main le problème des ISS (Grande-Bretagne ou Pays-Bas par exemple), on remarque que l'une des stratégies retenues est de conforter la place première de la médecine de premier recours au cœur de l'organisation des soins (11).

En France, certaines réponses publiques ont déjà été données aux ISS : par l'Etat, comme la création des PASS[c] en 1998 ou de la CMU[d] en 1999 ; ou par les associations comme Médecins du Monde qui a ouvert 21 CASO[e]. Ces avancées concernent surtout les personnes très précaires ou exclues, ce qui reste une réponse indispensable mais insuffisante compte tenu de la notion de gradient. Le lien entre l'état de santé d'une personne et sa position dans la hiérarchie sociale ne concerne pas seulement les plus défavorisés, en situation de

[c] Permanences d'Accès aux Soins de Santé
[d] Couverture Maladie Universelle
[e] Centres de Soins, d'Accueil et d'Orientation

grande pauvreté. Il existe des écarts pour l'ensemble de la société. Autrement dit, chaque catégorie sociale présente un niveau de morbi-mortalité plus élevé que la classe immédiatement supérieure. C'est ce qu'on appelle le « gradient social » des inégalités de santé (12).

Nous verrons ici en quoi la médecine générale est concernée non pas dans ses seules compétences biomédicales techniques ou somatiques mais dans l'interaction de ces savoir-faire avec le domaine psychosocial, dans la lignée du modèle biopsychosocial d'Engel (13). Ce parti que nous avons pris de dichotomiser les aspects psycho-sociaux des aspects biomédicaux n'a pas de réalité palpable dans la pratique, mais nous a semblé un artifice nécessaire à la structuration du raisonnement. De la même manière, quand des auteurs parlent par exemple d'hypertension artérielle, ils laissent la plupart du temps de coté le psycho-social pour se concentrer exclusivement sur le biomédical, et cela parait pourtant tout à fait opportun.

Comment prendre en compte le gradient de santé dans la pratique quotidienne du médecin généraliste ? Quelles compétences le praticien doit-il mobiliser pour repérer la vulnérabilité sociale, intégrer cette donnée dans sa pratique médicale, notamment au travers du colloque singulier ? L'objectif de ce travail est de comprendre le rôle que peut avoir le médecin généraliste dans son interaction avec ses patients pour limiter les inégalités sociales de santé, et par extension les compétences spécifiques à mettre en œuvre dans ce but.

METHODE

Il s'agit d'une revue de littérature.

Medline

Une recherche sur MedLine a été effectuée, en limitant les résultats aux articles écrits en français ou en anglais datant des quinze dernières années, en utilisant les équations suivantes :

- (Health Inequalit* [tw] OR Social Inequalit* [tw]) AND Family Medicine [mh]
- (Health Inequalit* [tw] OR Social Inequalit* [tw]) AND Physician-patient Relations [mh]
- ("Physician-Patient Relations"[Mesh]) AND "Social Class"[Mesh]

Ces équations ont listé respectivement 39, 16 et 100 références, avec des redondances entre elles. Parmi ces références, les articles ont été sélectionnés selon leur pertinence concernant le thème de recherche, en se basant sur le titre, et le résumé si besoin. Ont donc été exclus les articles parlant des différences selon le genre homme/femme par exemple. Pour plus d'exhaustivité, les références bibliographiques citées dans les articles sélectionnés ont aussi été étudiées.

Ressources complémentaires

Le catalogue SUDOC a été interrogé avec les mots clé « inégalités sociales santé » et les thèses en lien avec ce thème ont été récupérées en contactant directement les auteurs.

Le sujet des inégalités sociales de santé touchant à la politique de santé publique, plusieurs institutions – en rapport ou non avec l'Etat – ont conduit des travaux sur ce thème. Nous avons complété la recherche documentaire dans ce sens. L'IRDES[f] propose une bibliographie sur les inégalités sociales de santé régulièrement mise à jour (14), qui a été explorée. Les documents de la DREES[g], organisme publique, ont aussi été consultés. Les moteurs de

[f] Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé
[g] Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

recherche d'autres acteurs de santé publique, à savoir l'InVS[h], l'INPES[i] et l'IReSP[j] ont aussi été sondés avec les mots clé « inégalités sociales santé ».

Le sujet de recherche ayant aussi trait aux sciences sociales, une recherche documentaire a été faite dans ce domaine, en utilisant les portails Openedition (15), Erudit (16) et Persée (17) qui regroupent des ressources électroniques francophones dans ces disciplines. La recherche sur ces sites se fait par simples mots clé sans thésaurus particulier. Les mots utilisés ont été « inégalités sociales de santé », « relation médecin patient », « confiance », « médecine générale », « vulnérabilité », « précarité ».

Enfin, des articles issus d'une recherche manuelle, ou envoyés par des personnes ressources expertes du thème de recherche ont aussi été utilisés dans la mesure de leur pertinence avec le sujet.

Les articles retenus ont été classés et analysés par grands thèmes.

[h] Institut de Veille Sanitaire
[i] Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
[j] Institut de Recherche en Santé Publique

RESULTATS

A partir de la revue de littérature, le premier constat est un accès aux soins et une prise en charge différenciés selon la vulnérabilité sociale. Le deuxième thème abordé est l'approche qu'ont les patients de la santé et du soin, au vu de leur histoire de vie. La communication entre médecin et patient est ensuite étudiée, comme élément thérapeutique mais aussi parfois comme possible pourvoyeuse d'inégalités. La partie suivante s'intéresse aux différentes possibilités de mobiliser des ressources autour des patients vulnérables. Enfin, les représentations des médecins concernant les ISS, et le repérage qu'ils font de cette problématique dans leur pratique quotidienne sont explorés.

Il convient, avant d'expliciter plus avant ces résultats, de bien définir ce que sont la précarité et la vulnérabilité sociale. La définition de la précarité, énoncée par Wresinski et reprise par les institutions comme le HCSP[k] (18), est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités de l'existence permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux. Il s'agit d'un processus dynamique, et donc possiblement réversible, d'accumulation de difficultés interdépendantes les unes des autres. Elles peuvent toucher le logement, les revenus, la situation familiale et le réseau social, l'emploi et la santé. Pour les professionnels de santé il s'agit d'apprécier tous ces champs de l'existence sauf celui de la santé puisque c'est à partir de ce champ « santé » que se déploie son action. Ainsi préfère-t-on parler de vulnérabilité sociale. Celle-ci regroupe tous les domaines sauf celui de la santé.

Différence d'accès aux soins ou différence de prise en charge en fonction de la vulnérabilité sociale ?

En France, le système d'assurance maladie couvre en partie le coût financier des soins. Les plus démunis bénéficient d'une protection sociale grâce à la CMU et la CMU complémentaire, créées en 1999, complétées par l'ACS[l] en 2005. Depuis cette création, le niveau de consommation de soins de ses bénéficiaires tend à rattraper celui des autres (19). Ainsi la barrière financière d'accès aux soins est en partie théoriquement levée.

[k] Haut Conseil de la Santé Publique
[l] Aide à la Complémentaire Santé

L'IRDES pointe cependant qu'en 2008, 6% des Français ne bénéficient pas d'une complémentaire santé. Cette proportion atteint 12% dans les ménages les plus pauvres (20). Une étude de la DREES en 2002 (21) montre que, toutes choses égales par ailleurs, en particulier pour un état de santé donné, le recours aux soins ambulatoires est plus faible dans les ménages ouvriers. Concernant le recours spécifique au médecin généraliste, la différence est significative selon que les ménages disposent d'une assurance complémentaire ou non : la probabilité d'avoir eu recours à un médecin généraliste dans l'année précédente passe de 78% à 62% d'un cas à l'autre (21). D'autres études montrent une fréquence de consultation comparable selon la catégorie sociale, mais pour un état de santé beaucoup plus dégradé dans la catégorie des populations précaires (22).

Les différences sont encore plus marquées pour l'accès secondaire aux spécialistes, et ce même en l'absence d'obstacle financier (23). Ceci fait s'interroger sur le rôle du médecin de premier recours : est-il facilitateur de cet accès ou au contraire participe-t-il à la construction des inégalités ?

Une étude portant sur la prise en charge du diabète en France révèle que malgré un recours au médecin généraliste d'au moins 12 fois dans l'année plus fréquent chez les personnes de bas niveau socio-économique, leur équilibre glycémique est moins bon que celui des cadres (24). Il est à noter que ces mêmes personnes moins bien équilibrées avaient eu moins souvent recours à un diabétologue, et déclaraient moins souvent avoir bénéficié d'un test au monofilament et d'un fond d'œil (24).

Dans le domaine de la prévention, une étude portant sur la réalisation du frottis cervico-vaginal retrouve une différence d'accès à ce dépistage chez les femmes qui ont consulté leur médecin généraliste, selon leur catégorie professionnelle, leur réseau social, l'existence de difficultés financières, la perception d'allocations et le fait de percevoir son quartier comme peu sûr (25). En 1995, H. Falcoff s'est intéressé à la mammographie de dépistage auprès de 132 médecins et environ 1000 patientes dans la tranche d'âge concernée par le dépistage systématique (26). Tous prescripteurs confondus (médecins généralistes et gynécologues), le nombre de femmes ayant eu une mammographie dans les 3 dernières années est plus élevé dans le groupe de catégorie sociale la plus favorisée. Lorsque l'on différencie les prescripteurs, on voit que les femmes les plus favorisées ont plus souvent eu accès au

spécialiste, alors que les mammographies des ouvrières ont majoritairement été prescrites par un médecin généraliste. Ces gradients sociaux d'accès aux soins de prévention ne se retrouvent pas toujours. C. Pilod a mené une étude dans un cabinet de groupe de médecine générale (27). Elle a comparé l'accès à des soins de prévention (vaccination, mammographie, hémoccult et frottis cervico-vaginal) de 659 patients en fonction d'un indicateur individuel de vulnérabilité, le score EPICES[m]. L'accès à ces actes de prévention ne diffère pas ici selon la vulnérabilité, sauf concernant la vaccination anti-tétanique où le gradient social est faible. Le taux d'information des patients par les médecins sur ces quatre soins ne diffère pas non plus selon le score EPICES.

Nous venons de voir que l'accès réel aux soins primaires – et a fortiori aux soins secondaires – est le plus souvent différencié selon l'échelle sociale. La prise en charge des patients une fois qu'ils accèdent effectivement aux soins l'est aussi parfois, comme dans l'exemple du diabète évoqué plus haut. Cette réalité se rapproche de la théorie de « l'inverse care law » développée par Hart dès 1971 (28). Il affirme que la distribution de l'offre de soins varie de manière inverse aux besoins de soins des populations. En d'autres termes, les zones abritant les populations les plus défavorisées et requérant le plus de soins sont aussi les zones les moins bien dotées en ressources médicales. Mercer va plus loin pour comprendre les mécanismes de ce phénomène, et évaluer non seulement l'accès mais aussi la qualité des soins (29). Ces aspects ont été comparés en Ecosse en administrant un questionnaire à des patients consultant leur médecin généraliste, soit dans une zone défavorisée, soit dans une zone plus riche. Les résultats confirment que les patients des quartiers pauvres ont plus de comorbidités, de maladies chroniques et de problèmes psychologiques. Ils consultent pour un plus grand nombre de problèmes à la fois. Parallèlement, le délai d'accès aux soins est plus élevé pour ces populations, avec un temps de consultation plus court. Il est à noter que l'empathie du médecin jugée par les patients ne diffère pas entre les 2 groupes.

Approche selon le patient

Si l'on veut s'intéresser ensuite à la communication médecin/patient, il parait d'abord nécessaire de se pencher sur le point de vue du patient. La compréhension de son approche

[m] Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé

semble en effet un pré-requis à un colloque singulier de qualité. L'utilisation des soins par les patients dépend entre autre de leur point de vue sur leur santé et des logiques sociales les entourant. Comment les patients interprètent-ils leurs symptômes ? Qu'est-ce qui détermine leur recours ou leur non-recours aux soins ? Quels sont les facteurs liés au médecin, à la qualité ressentie de la prise en charge ? Quelle influence ont les évènements de l'histoire de vie personnelle ?

La relation avec le médecin

Un premier élément est la confiance, envers le système de soins en général, et plus spécifiquement dans la relation singulière médecin/patient. Dans sa thèse sur le non-recours aux soins des populations précaires (30), A. Rode se penche sur cette question de la confiance, largement explicitée par les patients qu'il a interviewés. Son travail s'est fait sous forme d'analyse de récits de vie recueillis au cours d'entretiens semi-dirigés, auprès de patients de CES[n] à Dijon, Bourg-en-Bresse et Bobigny, et de centres de santé de la ville de Grenoble, soit plus d'une centaine d'interviews. Ces personnes ont été sélectionnées car repérées comme vulnérables (selon le score EPICES évoqué plus haut), en relativement mauvaise santé et ayant tendance à retarder ou renoncer aux soins. Un des buts de ce travail sociologique était de comprendre leur point de vue sur leur santé, leur corps, leur relation avec les soignants et leur manière de se soigner. Les récits mettent en évidence 2 types de confiance. La confiance assurée, « les yeux fermés », se fondant sur l'aura de la profession médicale existe mais semble minoritaire. Le plus souvent, les patients décrivent une confiance décidée. Ayant du mal à juger la compétence médicale du médecin, les patients fondent leur confiance sur des critères relationnels. Le ressenti lors du premier contact est un élément décisif. Puis dans la construction de la relation au fil du temps, les qualités d'écoute et de compréhension du contexte global du patient sont mises en avant, de même que la façon de délivrer l'information médicale. Ce lien de confiance est donc fragile et remis en question tout au long de l'interaction entre médecin et patient. Si ce dernier se met à douter, si sa confiance s'érode, cela peut l'amener à renoncer à agir, à ne pas décider de consulter.

[n] Centres d'Examens de Santé de l'Assurance Maladie

Cette dernière affirmation est confirmée par une étude quantitative (31) montrant que la confiance des patients envers leur médecin traitant est inversement corrélée à la probabilité de retard ou renoncement aux soins. Dans certains sous-groupes, ceci est vrai indépendamment de l'état de santé, des revenus et de la satisfaction quant au nombre de médecins disponibles.

Dans une vision plus globale de la performance des soins primaires, Safran et al. ont montré que la confiance du patient envers son médecin est le critère de qualité le plus fortement associé à la satisfaction des patients (32), avant d'autres critères comme l'accessibilité, la continuité des soins et même la relation médecin-patient.

Dans une autre étude de Mercer (33), des patients précaires écossais ont été interrogés en focus groupes sur leur vision de ce qui contribue à la qualité des soins en médecine générale. 2 axes principaux se dégagent. Premièrement on retrouve la compétence médicale et technique du médecin. Elle est ici souvent assurée par l'image d'expert du médecin. Elle est renforcée par des expériences passées de réussite de traitement ou de bon diagnostic, et par l'impression que le médecin tient compte de l'avis du patient sur ses propres symptômes. Le deuxième volet décrit par ces patients est l'empathie de la part du médecin. Les patients veulent se sentir écoutés, libres de s'exprimer, valorisés en tant qu'individu compris dans sa globalité, et informés de manière claire et honnête dans le respect. A ces 2 facteurs propres au médecin, les patients ajoutent d'autres éléments plutôt structurels jouant sur la qualité de la prise en charge : la continuité des soins et le fait de voir toujours le même médecin ; la durée suffisante de la consultation ; la facilité d'accès aux soins et le délai d'attente avant un rendez-vous dans une moindre mesure.

La santé perçue

Les entretiens effectués par A. Rode (30), au-delà de la notion de confiance envers le médecin évoquée plus haut, permettent de comprendre comment les patients précaires envisagent la « valeur santé ». Décoder leur point de vue amène à élargir les explications du non-recours ou du retard aux soins au-delà des barrières financières ou géographiques classiquement évoquées. La première constatation est que ces personnes accordent de l'importance à leur santé, surtout parce qu'une bonne santé leur garantit d'être efficient

dans leur vie en général, au travail et dans leur rôle au sein de la famille. Malgré cela, leurs conditions et évènements de vie les contraignent parfois à mettre entre parenthèse cette préoccupation. Dans ce cas, l'absence de soins n'est donc pas due à une absence de priorité mise sur la santé. Les patients évoquent plutôt dans les entretiens des périodes d'instabilité – professionnelle ou familiale – entrainant un décalage entre l'attention qu'ils voudraient porter à leur santé et ce qu'ils sont effectivement en mesure de faire. Lorsque leur situation sociale et financière s'améliore, les personnes investissent souvent à nouveau le champ de leur santé. Une phrase d'un des interviewés résume bien les faits :

« - Quand tu as les difficultés dans la vie, c'est plus difficile de se soumettre aux problèmes de santé, à moins que tu sois vraiment mal. »

La deuxième constatation est que ces individus ne perçoivent pas toujours un « besoin de soins » devant des symptômes qu'ils mettent plus volontiers sur le compte de la fatigue, de l'âge, ou qu'ils pensent pouvoir guérir par de l'automédication. La décision de consulter un médecin se fait le plus souvent devant une douleur ou une gêne suffisamment importante. Et même lorsque le patient consulte, il n'est pas toujours partie prenante dans la prise en charge proposée par le médecin, notamment si leur conception de la maladie diffère trop. La représentation par ces patients de leur corps, des processus conduisant à la maladie et de ceux pouvant amener à la guérison est souvent très élaborée, et en même temps très éloignée de la conception biomédicale des pathologies. Un extrait d'entretien cité dans la thèse en témoigne :

« Comme les médecins ils voient telle maladie, ils donnent des médicaments pour soigner cette maladie. Mais cette maladie, comment expliquer… par exemple quand on a mal aux oreilles, le docteur il donne des médicaments pour soigner le mal d'oreille, mais ce mal d'où il vient ? Ca dépend donc il y a différents trucs …à faire, ça peut être une mauvaise circulation des choses comme ça alors moi je fais par le sport. J'y vais par là, ça marche pas à tous les coups, ça serait trop beau. Mais souvent ça marche. En fait une bonne circulation ça peut pratiquement tout améliorer dans le corps. Je sais pas c'est mon idée… Peut-être pas guérir à fond mais ça renforce… [il cherche ses mots]

- Les défenses immunitaires ?

- Oui comme vous dites, ça les rend plus vaillantes. »

Ainsi, il appartient au médecin de mettre le patient suffisamment en confiance pour lui permettre d'exprimer ses idées sur l'origine de ses propres symptômes sans avoir peur d'être jugé par un professionnel censé être le détenteur du savoir médical. Connaître les représentations du patient permettra en retour au médecin d'améliorer sa prise en charge.

Ce point de vue est soutenu dans un article paru en 2003 dans le cadre non pas de la précarité mais des différences culturelles (34). Les auteurs utilisent une approche anthropologique et parlent de « compétence culturelle » du médecin, comme étant la capacité du médecin à comprendre le comportement et les symptômes de son patient à l'aune de son contexte culturel, et de pouvoir ainsi négocier avec le patient et sa famille une prise en charge acceptable pour tous.

Les articles d'anthropologie médicale de S. Fainzang (35,36) nous donnent un autre éclairage sur « l'irrationalité » ou les « conduites paradoxales » de certains patients. Elle souligne que les conduites des patients obéissent plus à une logique sociale qu'à une logique médicale. Les patients ont une perception de leurs symptômes et de leur maladie qui leur est propre. Voici un exemple rapporté par l'auteur :

« Lucie, une jeune fille portugaise, (…) souffrait de douleurs à l'oreille qu'elle imputait aux coups que lui administraient son père (…). Convaincue que son mal résultait de la violence de son père, elle consulta un médecin mais refusa le traitement qu'il lui prescrivit après avoir diagnostiqué une otite. » (35)

De surcroit, il existe parfois un décalage entre cette perception – déjà éloignée de celle du médecin – et les conduites que les patients mettent en jeu pour combattre la maladie. L'objectif du patient parait difficilement thérapeutique au médecin, car cet objectif se trouve détourné par des émotions ou une symbolique qui le surpassent. C'est dire le fossé qu'il peut exister entre un médecin et son patient s'il manque l'espace d'écoute et d'ouverture nécessaire à une discussion sans barrières. Ainsi il serait par exemple trop simple d'attribuer des conduites dites « à risque » à un simple manque de connaissances médicales de nos patients, et de produire simplement de l'information lors de nos consultations. Il s'agit bien ici d'instaurer un réel échange, et encore une fois de comprendre le patient dans son

contexte social. D'autant que, comme l'expose l'auteur, ces conduites se situent au sein de « trajectoires complexes » de vie.

Santé et parcours de vie

L'état de santé, les comportements et croyances des patients décrits plus haut sont inscrits dans leur contexte de vie actuel, mais se sont aussi formés tout au long de leur trajectoire de vie (22). Cette trajectoire est souvent marquée par des ruptures ayant des répercussions sur l'état de santé, et ce dès l'enfance. Une étude anglaise montre qu'un score de position socio-économique prenant en compte plusieurs âges de la vie depuis l'enfance prédit mieux l'état de santé à l'âge adulte que seulement la position socio-économique à ce moment-là (37). Autrement dit un adulte qui a accédé à une classe plus aisée garde des « séquelles » de son enfance dans un environnement difficile qui influencent son état de santé actuel.

E. Cambois et F. Jusot font le même constat à partir de l'enquête de l'IRDES sur la santé et la protection sociale portant sur plus de 4000 personnes (38). Trois questions de l'enquête explorent des évènements de vie difficiles : difficultés financières, problèmes de logement, et périodes d'isolement. 20% des personnes interrogées ont vécu au moins une de ces difficultés, avec un net gradient selon la situation socio-économique. La santé est explorée sous l'angle triple de la santé perçue par les individus, la présence de maladies chroniques et les limitations fonctionnelles. Après ajustement sur le statut social actuel (revenus, niveau d'études et profession), les évènements de vie traumatiques passés, que ce soit seulement dans l'enfance ou aussi à l'âge adulte sont liés à une moins bonne santé dans les 3 dimensions. Cette association est plus marquée chez les moins favorisés.

Le lien entre détérioration de la santé et parcours de vie est donc démontré. La nature de ce lien passe entre autre par le renoncement aux soins. Ceci est rapporté par l'équipe de F. Bazin en 2001 (39). Leur étude quantitative montre une association significative entre renoncement aux soins pour raison financière et évènements de vie traumatiques, même après ajustement sur les revenus, l'occupation et la couverture maladie. Inversement, le lien entre renoncement aux soins et profession ou couverture maladie s'annule lorsqu'il est ajusté sur les variables de rupture sociale et de perception de la santé. Cela laisse penser que les patients interrogés mettent le renoncement aux soins sur le compte de difficultés

financières, alors que l'obstacle est aussi et peut-être surtout à chercher du côté psychologique. A. Rode essaie de comprendre ce mécanisme de renoncement aux soins au regard de l'histoire de vie (30). Dans les entretiens, les patients rapportent un renoncement aux soins contraint lorsqu'ils étaient enfants par la situation sociale ou financière de leur famille. Mais concernant l'absence de soins à présent, ils évoquent plutôt un choix. L'hypothèse serait alors que les patients assimilent ces pratiques de non-recours au fil du temps jusqu'à les assumer comme une volonté.

Une autre notion abordée dans l'étude est celle de l'estime de soi, qui est négativement corrélée au renoncement aux soins. Les travaux de R. Wilkinson éclairent sur la nature du lien entre inégalités sociales, estime de soi et état de santé (40). Il part du constat qu'entre deux régions ou pays ayant le même niveau de richesse moyen, la région où les inégalités de revenus sont les plus faibles sera aussi celle avec une population globalement en meilleure santé. Etre situé en bas de l'échelle sociale amène des sentiments de perte de contrôle, d'infériorité, de dévalorisation, d'insécurité, de stress qui s'accentuent au fur et à mesure que l'écart entre bas et haut de l'échelle se creuse. Ce retentissement psychologique des inégalités sociales aurait à son tour un retentissement physiologique via des mécanismes biologiques, démontrés par exemple dans l'étude du stress (41). De cette façon, les inégalités sociales, au travers du regard des autres, jouent directement un rôle sur l'état de santé individuel du patient, en fonction de sa place relative dans la société.

Bénéfices d'une bonne relation médecin/patient

Devant un tel constat, on devine l'importance que revêt le colloque singulier, comme un des moyens de restaurer l'estime de soi. Nous avons vu qu'une relation de confiance entre médecin et patient repose sur plusieurs aspects complémentaires se construisant dans la durée, et permet un meilleur accès aux soins. Qu'en est-il de l'influence de cette relation directement sur l'état de santé des patients ?

Dès la fin des années 80, Kaplan et al. (42) étudiaient l'effet de l'interaction médecin/patient sur les maladies chroniques. Leur revue de 4 études porte sur des patients consultant en ambulatoire dans des cliniques spécialisées (endocrinologie, oncologie …). Les résultats montrent un lien entre une meilleure santé et certains aspects de la relation

médecin/malade. La meilleure santé a été mesurée de 3 façons : grâce à des indices fonctionnels, des mesures objectives (pression artérielle, glycémie), et état de santé ressenti par les patients. Ces 3 dimensions étaient statistiquement liées à l'expression des émotions par le patient et le médecin pendant la consultation, à la quantité d'information donnée par le médecin, à un temps de parole et un contrôle plus important de la part du patient. Les auteurs concluent donc que l'impact de ces aspects relationnels est bien réel, que ce ne sont pas simplement les patients qui disent se sentir mieux.

A. Moreau et al. du département de médecine générale de Lyon 1 ont publié en 2006 une revue systématique sur l'efficacité thérapeutique de cet « effet médecin » en soins primaires (43). Dix essais randomisés ont apporté un bon niveau de preuve de l'efficacité en terme par exemple d'amélioration symptomatique, de baisse de la pression artérielle ou d'augmentation des comportements préventifs. L'action du médecin était soit cognitive (explication donnée à l'oral ou à l'écrit), soit émotionnelle (empathie et expression des émotions), ou le plus souvent mixte avec une attitude globalement « positive », claire et rassurante. Ce qui était intuitif est démontré, à savoir le rôle de facteurs humains et subjectifs en jeu dans la relation médecin-patient sur l'amélioration de l'état de santé du patient.

Complètement à contre-courant, en 2004, Chew-Graham et al. remettent en cause l'importance donnée à la relation médecin-patient (44). Ils affirment que, dans certains cas, porter trop attention à la relation a un impact négatif sur le médecin. Leurs propos sont basés sur l'analyse d'une centaine d'entretiens qualitatifs menés avec des médecins généralistes anglais sur le thème de la prise en charge des maladies chroniques. Ces médecins ont identifié un type de patients, présentant plusieurs symptômes chroniques, d'origine à la fois organique et psychique, et jugés comme non désireux ou incapables d'aller mieux. De part leur formation et le courant de pensée actuel, les médecins se sentaient obligés d'établir et de conserver une connivence avec ces patients, ce qui selon eux participait à entretenir les plaintes. Ils se sentaient ainsi frustrés et impuissants, pessimistes sur leur marge de manœuvre, rendant les consultations de ce type insupportables. Ceci est selon les auteurs la conséquence directe de la suprématie donnée à la relation médecin-

patient de nos jours. Ils plaident pour que les médecins retrouvent leur autorité dans ce genre de situation.

Différences de communication selon la catégorie sociale du patient

Sachant qu'une meilleure communication entre médecin et patient induit un meilleur état de santé des patients, certains auteurs se sont intéressés aux différences de communication selon le statut social du patient, comme possible facteur explicatif des inégalités sociales de santé.

En 2005, Willems et al., d'un département de médecine générale belge, ont exploré cette question (45) grâce à une revue systématique regroupant 12 travaux. Pour être retenues, les études devaient déterminer le statut socio-économique par les revenus, le niveau d'études ou la profession. Les auteurs ont classé les éléments de communication en verbal (instrumental ou affectif), non verbal, et comportement centré sur le patient. Les résultats mettent en évidence que les patients de plus basse catégorie sociale recevaient moins de paroles émotionnellement positives de la part du médecin, mais un discours plus directif leur donnant moins d'information, moins de pouvoir et d'implication dans les décisions thérapeutiques. Ceci était en partie influencé par la façon de communiquer des personnes de bas niveau socio-économique, souvent moins promptes à poser des questions ou à exprimer spontanément leurs émotions. La classe sociale semblait jouer un rôle indépendant surajouté. Les auteurs parlent d'un cercle vicieux : les médecins préjugent que les patients précaires ne sont pas intéressés ou ne comprennent pas les informations relatives à leur état de santé. Ces patients ont du mal à exprimer leur intérêt. Les médecins communiquent alors avec eux d'une façon qui n'encourage pas à prendre une part active à la discussion. Et ainsi l'image primaire que les médecins ont de ces patients est renforcée.

L'étude française INTERMEDE propose d'explorer comment la consultation médicale de premier recours contribue à construire, aggraver ou compenser des inégalités sociales de santé à travers les éléments de l'interaction médecin-patient (46). Elle comporte un volet qualitatif (observation de consultations et entretiens individuels avec médecins et patients) et un volet quantitatif (questionnaires en miroir aux médecins et aux patients) pour un total de 30 médecins et 641 patients inclus. Une des questions de recherche, grâce aux

questionnaires en miroirs, est d'étudier la concordance entre médecins et patients concernant la prise en charge des facteurs de risque cardio-vasculaire, en fonction du niveau d'éducation du patient (47). Le même questionnaire a été soumis indépendamment aux patients et aux médecins après la consultation. Il comporte entre autre des questions fermées sur les différents thèmes et conseils abordés pendant la consultation en relation avec les facteurs de risque cardio-vasculaires. Les différences de réponses entre patients et médecins s'observent surtout concernant des éléments abstraits comme les conseils de nutrition, et moins sur les aspects concrets comme la mesure de la pression artérielle. L'analyse montre un lien entre mauvaise concordance et bas niveau d'éducation. Ce lien statistique s'annule lorsqu'il est ajusté sur l'âge du patient. Mais une tendance persiste, les personnes les plus âgées étant celles ayant fait le moins d'études. Il semble donc parfois y avoir malentendu entre patients et médecins sur le contenu de la consultation, malentendu aggravé par les caractéristiques du patient comme son âge ou par extension son niveau d'éducation. Les résultats du versant qualitatif de l'étude, pas encore publiés à notre connaissance, complèteraient cette vision en analysant plus finement les différences de discours entre médecins et patients.

Une revue de littérature s'est focalisée sur les caractéristiques de la communication médecin/patient selon que les 2 partagent ou non la même origine ethnique (48). La plupart des études retenues (au nombre de 14) avaient été conduites aux Etats-Unis et comparaient les relations entre médecins et patients blancs versus médecin blanc et patient de minorité ethnique (noire ou hispanique essentiellement). Ces considérations d'ethnie sont assez spécifiques de l'Amérique du Nord et difficilement transposables en Europe. Néanmoins les résultats nous semblent intéressants dans la mesure où c'est bien la notion de différence culturelle qui est explorée. On retrouve comme précédemment moins d'affect dans l'attitude des médecins, parfois moins d'empathie, moins d'information délivrée aux patients des minorités ethniques. Mais les causes de ces différences n'étaient que peu explorées dans ces études. Les auteurs de la revue proposent des explications en se basant sur une revue de littérature plus large. Ils soulignent des divergences dans les modèles explicatifs des maladies, de même que dans les valeurs culturelles d'individualisme opposées au collectivisme comme des facteurs influençant les différences de communication. S'y ajoutent les besoins des patients d'être impliqués et au centre des décisions, qui sont plus

ou moins prononcés selon leur culture et leur histoire de vie. La perception de racisme et les barrières linguistiques viennent compléter la compréhension des mécanismes amenant à des modes de communication différenciés selon la classe sociale du patient.

L'anthropologue S. Fainzang constate quant à elle que les médecins ont plus facilement tendance à garder pour eux certaines informations médicales voire à mentir aux patients supposés faire partie d'une classe défavorisée par rapport aux patients qu'ils considèrent comme aisés. Ce critère du milieu social serait même plus important pour les médecins que la psychologie individuelle du patient, et ceci de manière inconsciente (49).

Travailler sur la compétence culturelle pour améliorer l'état de santé des patients ?

Nous venons d'énoncer 2 postulats : Une bonne relation médecin-patient améliore la santé des patients ; et la communication avec les patients plus précaires est moins bonne qu'avec les plus favorisés. Il devrait logiquement en découler que si la communication entre médecins et patients précaires est améliorée, l'état de santé de ces populations devrait aussi s'améliorer.

Une étude d'intervention américaine publiée en 2006 n'a pas pu mettre en évidence cet effet (50). 53 médecins généralistes et 429 patients diabétiques et/ou hypertendus ont été inclus. La moitié des médecins a reçu une formation d'une demi-journée à la compétence culturelle axée sur une meilleure connaissance et une meilleure communication avec les patients de culture différente. Les critères de jugement étaient la comparaison avant/après d'un score de compétence culturelle donné au médecin par ses patients, de la confiance et de la satisfaction des patients, et de mesures de pression artérielle, hémoglobine glycquée et poids. Les changements de tous ces paramètres en 6 mois dans le groupe ayant bénéficié de la formation n'étaient pas différents du groupe témoin. Les auteurs mettent en avant la brièveté de la formation comme une cause possible au manque d'effet observé.

Une revue de littérature sur cette question datant de 2011 (51) incluant 7 études dont celle citée ci-dessus ne retrouve pas non plus d'effet bénéfique franc d'une formation des médecins à la compétence culturelle sur la santé des patients. La qualité des études sélectionnées est jugée basse à modérée par les auteurs qui proposent un algorithme pour l'élaboration de futurs protocoles de recherche dans ce domaine.

Quelles autres pistes ?

Nous avons mis en lumière l'importance du colloque singulier, l'effet thérapeutique propre d'une bonne relation, mais aussi les obstacles rencontrés pour mettre en place cette relation de qualité, notamment avec les personnes vulnérables ou de culture différente. Quels sont alors les autres moyens à disposition du médecin généraliste pour accompagner son patient ?

La réponse peut être cherchée auprès d'autres professionnels et personnes ressource. Un médecin généraliste exerçant seul peut élaborer un carnet d'adresses de correspondants dans le champ médical, paramédical et social à qui référer des patients, demander des conseils (52). Cette action de créer son réseau de partenaires est nécessaire pour pouvoir prendre en charge correctement les besoins des patients vulnérables. Les acteurs médico-sociaux pourront en retour adresser au médecin des personnes qu'ils ont repérées par exemple comme étant en rupture de soins.

La tendance actuelle dans l'orientation des politiques de santé des pays affichant une volonté de réduire les ISS est à une certaine convergence de la médecine générale et de la santé publique. Une approche populationnelle est intégrée à la pratique des médecins de premier recours, misant surtout sur la prévention et la promotion de la santé (11). Certains auteurs déplorent cette évolution (53). Ils argumentent que cette vision à grande échelle altère la relation de soin individuelle entre médecin et patient. Le médecin se trouve pris en tenaille entre l'intérêt singulier du patient et les objectifs de santé publique qui lui sont imposés. Le danger serait d'imposer au patient une prise en charge basée sur des « normes sociétales » auxquelles cette personne n'adhère pas forcément. Cela constituerait un retour en arrière dans le mode de relation médecin/patient, où le médecin impose sa vision sans prendre en compte le point de vue du patient. Cette approche profiterait à la communauté mais pas à lui en particulier. Le deuxième argument est un manque de preuve de l'efficacité et de l'innocuité des mesures de promotion de la santé. L'exemple donné est le surpoids, présenté généralement comme un problème majeur de santé publique, mais qui serait en réalité une adaptation à l'environnement et au mode de vie des personnes, nécessaire au rétablissement d'une certaine homéostasie. Ainsi, tenter de faire perdre du poids au patient serait à risque de perturber ce nouvel équilibre physiologique.

Pourquoi alors ne pas directement s'adresser aux personnes concernées pour acquérir des savoirs issus de leur vécu, qui nous aideront en retour à mieux les comprendre et les soigner ? C'est l'objet des co-formations (54). Cette approche met au même niveau le savoir issu de l'expérience vécue et le savoir universitaire ou issu des pratiques professionnelles. Ainsi chaque participant, qu'il soit professionnel ou personne amenant son vécu, est à la fois co-chercheur, co-acteur et co-formateur. Lorsque l'on croise ainsi les points de vue des professionnels et des patients sur la santé, la précarité, le rôle du soignant, alors malentendus et barrières tombent. B. Galès a étudié dans sa thèse qualitative les changements de représentations chez les soignants suite à une co-formation dont le thème était « santé et gens du voyage » (55). Ces changements ont amené à leur tour une modification des pratiques avec meilleure prise en compte de la culture de ces personnes. Son travail souligne aussi la richesse des échanges humains et la satisfaction des professionnels à avoir participé à cette expérience.

Point de vue des médecins sur la vulnérabilité sociale

Les constatations énoncées précédemment sont-elles recevables par la communauté des médecins généralistes ? Derrière les chiffres de morbi-mortalité illustrant les ISS, quelle représentation ont les médecins de cette réalité dans leur pratique clinique quotidienne ?

La thèse d'A. Moutel (56) répond en partie à cette question. Dix médecins généralistes ont été interviewés sur leurs représentations de la précarité et de ses conséquences sur l'état de santé des personnes concernées. Ces médecins repèrent la précarité chez les patients avec des difficultés financières, sans emploi, ayant la CMU ou un revenu juste au-dessus ne leur permettant pas d'en bénéficier. Ils relèvent aussi la vulnérabilité sociale : les évènements de vie douloureux ou l'isolement, chez les personnes âgées ou les mères seules par exemple. Ils constatent en conséquence une plus grande prévalence de problèmes psychologiques, mais aussi un manque d'observance et un accès aux soins rendu difficile surtout par les freins financiers. Ils estiment que leur rôle est d'orienter et de soutenir ces personnes, mais se considèrent mal formés et mal informés des recours et aides disponibles. Ils regrettent le manque de lien avec les acteurs sociaux.

L'un des résultats de l'étude INTERMEDE décrite plus haut est le suivant (57) : l'état de santé du patient est parfois perçu par son médecin et par lui-même de manière différente. Ceci est d'autant plus vérifié que le niveau d'éducation du patient est faible. Dans ce cas, le médecin a plus spécifiquement tendance à surestimer l'état de santé du patient, comparativement à l'estimation qu'en fait ce dernier. Or il a été montré que lorsque les patients ont un mauvais état de santé perçu, on observe une hausse de la morbi-mortalité (58). Ces patients nécessitent alors des soins et conseils de prévention accrus. L'étude laisse donc présumer que l'absence de repérage d'un mauvais état de santé perçu, spécifique aux catégories sociales basses, peut accentuer des inégalités sociales de santé par manque de prise en charge adaptée. Cet état des lieux souligne que le repérage des personnes vulnérables n'est pas optimal. La notion de gradient social ne semble pas acquise et les médecins se concentrent surtout sur les personnes très précaires.

Pourtant, des outils existent pour permettre d'effectuer ce repérage. Nous avons déjà mentionné le score EPICES. Il a été élaboré dans les CES et se calcule à partir de réponses à 11 questions fermées explorant la vulnérabilité matérielle, financière et sociale. Une étude sur presque 200 000 sujets (59) a montré la corrélation entre le score EPICES et d'autres indicateurs socio-économiques (catégorie socioprofessionnelle, niveau d'études). On retrouve aussi plus de comportements à risque (ex. tabagisme), et de problèmes de santé (obésité, hypertension artérielle, diabète) lorsque le score de vulnérabilité est élevé. EPICES semble par ailleurs être plus discriminant que les autres indicateurs pour mettre à jour des gradients sociaux de prise en charge, comme la couverture vaccinale antitétanique dans l'étude de C. Pilod (60). En soins primaires ambulatoires, ce score est pour l'instant utilisé seulement dans le cadre de la recherche. Pourrait-il trouver une utilité dans la pratique quotidienne des médecins généralistes ? H. Falcoff souligne le besoin de caractériser la position sociale de nos patients (52) et de la consigner dans leur dossier médical. Mais quel indicateur choisir ? On peut différencier la position sociale (catégorie socioprofessionnelle, revenus) de la vulnérabilité sociale, prenant en compte les multiples dimensions de la vie de la personne. Appréhender cette fragilité est complexe, et demande une vision plus fine, pourquoi pas aidée par des scores comme EPICES. Simplement noter la catégorie professionnelle du patient en l'intégrant comme une donnée importante de son dossier médical serait déjà un pas important dans la prise en compte des ISS.

DISCUSSION

Pertinence du sujet pour la discipline

La thématique des inégalités sociales de santé recouvre plusieurs domaines d'intérêt pour la recherche en soins primaires. Ces domaines ont récemment été définis par l'EGPRN[o] (61). Ce travail questionne sur l'accès aux soins de santé, ainsi que sur les compétences nécessaires à la prise en charge de l'ensemble des problèmes de santé, en insistant sur la compétence relationnelle comme une des réponses aux inégalités d'accès aux soins. Il soutient aussi une approche holistique du patient, sur le modèle biopsychosocial, en intégrant l'impact des facteurs sociaux, culturels et environnementaux sur la santé. Autant de thèmes repris par l'EGPRN et plus généralement par la WONCA Europe[p] pour définir les compétences fondamentales dans notre spécialité (62).

Méthodologie

Le thème de recherche de cette thèse est transversal, évidemment médical mais débordant aussi sur les sciences humaines telles la sociologie ou l'anthropologie. Cela a complexifié la recherche bibliographique.

Les inégalités sociales de santé sont mal représentées dans la littérature médicale. En effet, si les articles commencent à être publiés en nombre conséquent, leur mise en valeur n'est pas optimale. Ceci est dû de manière très concrète à l'absence de mots clés précis et identifiés. Ainsi la recherche dans Medline à l'aide de MeSH[q] est rendue difficile par l'absence de traduction en anglais du terme « inégalités sociales » (63). De ce fait, la stratégie adoptée a été, à partir des articles retenus grâce à la recherche dans Medline, de progresser de proche en proche en analysant systématiquement la bibliographie de chaque article sélectionné. Ceci a permis d'élargir de manière importante le nombre de travaux utilisés dans cette revue de littérature.

[o] European General Practice Research Network
[p] Société Européenne de médecine générale - médecine de famille
[q] Medical Subject Headings

La documentation en sciences humaines n'a pas l'équivalent d'un moteur de recherche comme Medline centralisant l'accès à la littérature scientifique. A défaut, 3 plateformes francophones parmi les plus reconnues ont été utilisées.

Les aspects d'ethnicité

Dans la littérature concernant la compétence culturelle, la plupart des articles sont nord-américains. Les auteurs parlent de minorités ethniques (Noirs Américains, Latinos), de racisme. La notion en anglais de « race concordance » est le fait que médecin et patient partagent la même origine ethnique (64). Cette concordance est étudiée dans de nombreuses études américaines comme facteur de satisfaction du patient (64) ou comme éventuel garant d'une meilleure prise en charge (65).

Le terme même de « race » en français est connoté péjorativement. C'est un mot tabou très peu employé dans la littérature scientifique. La notion de « race concordance » nous est étrangère.

En réalité, la classification américaine par catégories raciales regroupe différents concepts (66). La différenciation entre Blancs Américains et Noirs Américains, tous nés aux Etats-Unis et parlant la même langue, revient surtout à une différence de classe socio-économique, conséquence de la discrimination historique envers la population noire. Par contre, les différences entre Blancs Américains et Asiatiques par exemple reposent beaucoup sur des représentations culturelles de la santé, une connaissance du système de soins et un langage distincts.

Ces disparités de conception entre Europe et Amérique du Nord rendent l'analyse des articles difficile, de part l'absence de possibilité de transposition totale des résultats à notre culture.

Il existe tout de même des travaux français traitant de la discrimination dans le secteur du soin. E. Carde a consacré sa thèse à la discrimination selon l'origine dans l'accès aux soins (67). Les processus de discrimination mis en jeu comprennent une délégitimation et une différenciation. Un exemple donné est la notion de « syndrome méditerranéen » : les patients de cette origine sont considérés comme différents, et leurs plaintes sont

délégitimées sous cette appellation, amenant souvent à négliger des pistes diagnostiques qui auraient été envisagées pour une autre catégorie de patients.

Concernant la discrimination sur critère financier, l'IRDES conduit régulièrement des testings pour mesurer le refus de soins aux bénéficiaires de la CMU. Des personnes appellent pour prendre RDV en se présentant successivement de manière différente : en annonçant ou non être bénéficiaire de la CMU, ou en suggérant une origine populaire. Les résultats du dernier testing en 2009 (68) montrent un taux de refus de soins en rapport avec le fait que le patient bénéficie de la CMU de 9% et 32% respectivement chez les médecins généralistes en secteur 1 ou en secteur 2.

Une publication s'attache à étudier la charge de travail comme possible facteur expliquant des pratiques considérées comme discriminatoires (69). La méthode est de type qualitatif, avec interviews de professionnels de santé et observation de leur interaction avec les patients. L'interprétation faite de ces observations montre à nouveau une différence de prise en charge des patients précaires pour des raisons financières. Il n'est pas fait mention de différence liée directement à l'origine ethnique du patient. Dans un contexte de charge de travail importante, les patients discriminés sont plutôt ceux qui prennent du temps parce qu'ils sont « différents », qu'ils « gênent », « font peur » ou nécessitent des soins « lourds ». Ainsi les personnes discriminées peuvent aussi bien être des étrangers avec lesquels on a du mal à communiquer car ils ne maitrisent pas le français, que des personnes âgées dont la surdité est aussi un frein à la communication, ou encore des patients psychiatriques inquiétants dont la pathologie et sa prise en charge ne sont pas familières.

Au vu de ces éclairages, il convient de ne pas mélanger les concepts d'inégalités sociales de santé et de différences d'état de santé, de communication ou de prise en charge selon l'origine ethnique des patients. Mais force est de constater que les personnes issues de l'immigration ou appartenant à des minorités ethniques sont surreprésentées parmi les patients vulnérables.

Mobilisation des ressources autour du patient

L'évolution actuelle de l'organisation des soins tend vers les coopérations et partenariats interprofessionnels, dont un des buts pourrait être la réduction des ISS (11). Cela va de

l'exercice regroupé jusqu'à la maison de santé pluridisciplinaire en passant par les ASV[r], les adultes relais ou les réseaux.

Une personne issue du même quartier ou de la même origine ethnique que les patients, partageant leur langue maternelle et leur culture, aura une façon de faire passer des informations ou de recueillir leur point de vue possiblement plus efficiente que celle du médecin. C'est l'un des enjeux de la mise en place du dispositif « adultes relais » dans les ZUS[s] depuis l'an 2000. Ces médiateurs sociaux peuvent faire le lien entre praticiens et personnes vulnérables, afin de faciliter l'accès aux soins et de promouvoir des actions de prévention ou d'éducation à la santé.

Les Ateliers santé ville ont été créés en 1999. Leur rôle est de structurer et développer le « volet santé » de la politique de la Ville en articulation et cohérence avec les autres axes de cette politique (logement, éducation, emploi…). Cette collaboration permet de faire le lien entre les différentes dimensions de la vulnérabilité des personnes (sociale, familiale, financière) et leurs problèmes de santé (70). En pratique, le travail des ASV s'articule plutôt difficilement avec la médecine générale libérale. La difficulté pour le médecin généraliste est de passer du colloque singulier à l'implication dans des programmes collaboratifs. La formation qu'il a reçue, le cadre professionnel dans lequel il évolue et une prédominance de la rémunération à l'acte sont peu propices à cette évolution. L'expérimentation de nouveaux modes de rémunération (ENMR), débutée en France en 2008, a entre autre comme objectif de pallier à ces difficultés.

Des réseaux ont aussi été créés autour de la thématique de l'accès aux soins pour les personnes vulnérables. On peut citer le réseau ASDES[t] initié en 2001 en Ile-de-France. Il s'agit d'un réseau ville-hôpital, avec une mission de repérage des personnes vulnérables, d'état des lieux initial de leur situation sanitaire et sociale, avec ensuite une inclusion dans des protocoles de soins et une redirection vers les services appropriés pour répondre aux différentes problématiques (prise en charge psychologique, ouverture de droits sociaux, aide au logement, etc.). Une évaluation externe de ce réseau faite en 2006 (71) a mis en évidence

[r] Ateliers Santé Ville
[s] Zones Urbaines Sensibles
[t] Accès aux soins, accès aux droits et éducation à la santé

son rôle positif dans l'organisation des parcours de soins, la facilitation de l'accès aux soins paramédicaux, l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles, avec toujours en arrière-plan des problèmes de financement.

Ces dispositifs sont cités mais ne constituent évidemment pas la réponse unique aux ISS. Plus simplement, nous avons vu aussi que l'action peut déjà passer, pour un médecin généraliste exerçant seul, par la constitution d'un bon carnet d'adresses.

Le but commun est d'arriver à mieux repérer les personnes en situation difficile et à leur proposer une prise en charge adaptée. L'évaluation de ces nouvelles pratiques en termes de réduction des inégalités sociales de santé reste en grande partie à faire. Toutefois on peut argumenter sur le fait que la prise en compte de déterminants sociaux de la santé et l'approche communautaire ne vont pas à l'encontre d'une prise en charge personnalisée, comme l'affirment S. Buetow et B. Docherty (53). Bien au contraire, cela amène à mieux comprendre le patient et à s'adapter à son environnement et son contexte de vie. Ce sont des conditions nécessaires pour proposer la meilleure prise en charge individuelle possible, à la croisée des chemins entre les attentes, les priorités et les possibilités du patient et les données actuelles de la science en matière de soins ou de promotion de la santé.

Trop d'importance donnée à la relation médecin-patient ?

L'article de Chew-Graham évoqué dans les résultats a le mérite d'exprimer une opinion divergente sur une question qui reste relativement consensuelle de nos jours avec la fin de l'ère « paternaliste ». L'interaction médecin-patient sur un mode centré sur le patient a montré ses nombreux bénéfices pour les patients (72), ce que ne nient pas les auteurs. Quant à leur sentiment d'impuissance face à certains patients, ceci peut être travaillé et ne devrait pas retentir sur la relation. La frustration des médecins vient souvent du fait qu'ils n'arrivent pas aux résultats escomptés en terme biomédical. La prise en compte du contexte psycho-social et l'accompagnement du patient sur ce terrain-là aussi – et parfois surtout – fait partie de la mission du médecin. Il peut y trouver une forme de satisfaction autrement plus grande que celle procurée par une confrontation autoritaire source de relations conflictuelles.

Dans une société marquée par la montée de la violence dans les relations sociales, telle que décrite par Wilkinson (40), le médecin a la possibilité de se positionner. Il peut participer au jeu de pouvoir et à la hiérarchisation qui prévalent actuellement dans les modes de relation. Il peut au contraire choisir de contrebalancer la tendance, tout en restant réaliste et modeste quant aux retombées attendues de son action : ne pas juger hâtivement l'attitude du patient, prendre le temps de le comprendre, de décrypter l'histoire de vie de cette personne. Ceci implique aussi que le médecin accepte ses propres émotions. La création d'un tel lien, ou au contraire l'échec à interagir avec le patient malgré une implication forte, répétée et sincère du praticien peuvent en effet susciter chez lui des réactions émotionnelles qu'il faut savoir gérer.

Ainsi, prendre en compte la vulnérabilité sociale d'un patient ne s'arrête pas à coter un score et à le ranger dans son dossier. Cela suppose un changement intérieur plus profond. Il convient de comprendre d'où provient la difficulté à demander de l'aide ou à se soigner. Peut-être que, dans des parcours marqués par des ruptures, l'autre en général n'est pas celui sur qui on peut compter. Peut-être aussi que la mauvaise estime de soi, alimentée par une dévalorisation dans le regard d'autrui, fait abandonner à la personne l'idée même qu'elle est digne de se soigner. Et la répétition de déceptions lors des expériences successives de rupture vient alors alimenter un cercle vicieux : les ruptures provoquent le repli sur soi, le repli sur soi génère la solitude, la solitude aggravant les conséquences des accidents de la vie. Il y a ici une forme de rapport à l'autre qui se trouve altérée car le sentiment de défiance prédomine. Une attitude compréhensive de la part du soignant apparaît alors essentielle. Il convient de ne pas délégitimer la stratégie de la personne qui parait à priori dommageable, de manière évidente, au professionnel. En discréditant une attitude dont la genèse se rattache à des évènements anciens, c'est bien la personne elle-même qui se sentirait dénigrée. Restaurer la confiance devient alors un subtil travail de patience et de respect. Le soignant qui prend en premier la parole pour dire ce qu'il a compris de ces phénomènes exerce une compétence qui parait nouvelle.

THESE SOUTENUE PAR : Sophia CHATELARD

TITRE : **Compétences psycho-sociales en médecine générale face aux inégalités sociales de santé : revue de la littérature**

CONCLUSION

Les inégalités sociales de santé (ISS) s'aggravent en France. L'état de santé de la population diminue le long d'un gradient traversant toutes les couches de la société. De nombreux déterminants des ISS intéressent des domaines inaccessibles au professionnel de santé : logement, emploi, éducation etc. Cependant les acteurs du soin, dont les médecins généralistes, ont un vrai pouvoir d'action pour contribuer à réduire ces inégalités. Cette revue de littérature, focalisée sur les compétences psycho-sociales, montre que le médecin généraliste peut renverser la logique de non prise en compte, ou pire de dévalorisation des personnes les plus vulnérables. La première compétence est d'intégrer le fait que des différences d'état de santé existent en fonction de la vulnérabilité sociale, et pas seulement pour les personnes à l'évidence très précaires. Il s'agit donc de savoir repérer les personnes concernées. Un moyen simple est le recueil d'informations sur la position sociale (profession, éducation). Il convient aussi de s'intéresser à l'histoire de vie du patient et notamment aux épisodes de rupture dont on sait qu'ils contribuent aux ISS. Cela nécessite une relation ouverte et empathique avec le patient, permettant de le comprendre sans le juger, en particulier en cas de retard ou de renoncement aux soins. Il est prouvé que la qualité de cette relation a des effets bénéfiques sur la santé. Au-delà du colloque singulier, la construction d'un partenariat avec des professionnels du champ médico-social permet de répondre au mieux aux besoins des patients. Ces compétences propres au domaine psycho-social méritent maintenant d'être décrites dans leur interaction avec les compétences biomédicales. Cette démarche sera alors non seulement un levier efficace pour lutter contre les ISS, mais aussi une avancée profitable à tout patient.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Grenoble, le 22/11/2021

LE DOYEN
PROFESSEUR JP. ROMANET

LE PRESIDENT DE THESE
PROFESSEUR P. FRANCOIS

BIBLIOGRAPHIE

1. Cambois E, Jusot F. Ampleur, tendance et causes des inégalités sociales de santé et de mortalité en Europe: une revue des études comparatives. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. 2007;(2-3).
2. Leclerc A, Kaminski M, Lang T. Introduction. In: Inégaux face à la santé : du constat à l'action. Paris: La Découverte; 2008.
3. Guignon N, Collet M, Gonzalez L. La santé des enfants en grande section de maternelle en 2005-2006. Etudes et Résultats. 2010;(737).
4. Montaud A, Danet, Sandrine. Les inégalités sociales de santé en France. Exploitation de l'enquête Handicap-Santé 2008. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. 2011;
5. Cambois E, Robine J-M. Pour qui la retraite sonnera ? Les inégalités d'espérance de vie en bonne santé avant et après 65 ans. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. 2011;(8-9):82–6.
6. Flores P, Falcoff H. Peut-on agir en médecine générale sur les inégalités sociales de santé ? Rev Prat - Monographie. 2004;(54):2263–70.
7. Goldberg M, Melchior M, Leclerc A, Lert F. Épidémiologie et déterminants sociaux des inégalités de santé. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique. 51(4):381–401.
8. Couffinhal A, Dourgnon P, Geoffard P-Y, Grignon M, Jusot F, Lavis J, et al. Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé ? Un éclairage européen. Première partie : les déterminants des inégalités sociales de santé et le rôle du système de santé. Bulletin d'information en économie de la santé. 2005;(92).
9. Lombrail P. Accès aux soins. In: Les inégalités sociales de santé. Paris: La Découverte; 2000.
10. Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS. Combler le fossé en une génération [Internet]. 2008;Available from: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/fr/index.html
11. Couffinhal A, Dourgnon P, Geoffard P-Y, Grignon M, Jusot F, Lavis J, et al. Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé ? Un éclairage européen. Deuxième partie : quelques expériences européennes. Bulletin d'information en économie de la santé. 2005;(93).
12. Moquet M-J. Inégalités sociales de santé : des déterminants multiples. La santé de l'homme. 2008;(397):17–9.
13. Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. Am J Psychiatry. 1980 May;137(5):535–44.
14. InegalitesSocialesSante.pdf (Objet application/pdf) [Internet]. [cited 2011 Jul 28];Available from: http://www.irdes.fr/EspaceDoc/DossiersBiblios/InegalitesSocialesSante.pdf
15. OpenEdition : portail de ressources électroniques en sciences humaines et sociales [Internet]. [cited 2011 Jul 31];Available from: http://www.openedition.org/
16. Érudit [Internet]. [cited 2011 Aug 7];Available from: http://www.erudit.org/
17. Persée : portail de revues en sciences humaines et sociales [Internet]. [cited 2011 Aug 3];Available from: http://www.persee.fr/web/guest/home
18. Ministère de l'emploi et de la solidarité, Haut Comité de la Santé Publique. La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé [Internet]. 1996 May [cited 2011 Oct 1];Available from: www.hcsp.fr/docspdf/hcsp/hc001043.pdf
19. Grignon M, Peronin M. Impact de la couverture maladie universelle complémentaire sur les consommations de soins. Questions d'économie de la santé [Internet]. 2003 [cited 2011 Aug 7];(74). Available from: http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=15349761

20. Perronnin M, Pierre A, Rochereau T. La complémentaire santé en France en 2008 : une large diffusion mais des inégalités d'accès. Questions d'économie de la santé. 2011 Jan;(161).
21. Raynaud D. Les déterminants individuels des dépenses de santé. Solidarité santé. 2002;(1):29–58.
22. Cambois E. Les personnes en situation sociale difficile et leur santé. 2003 2004;
23. Pascal J, Lang T, Lombrail P. Accès au système de soins et inégalités sociales de santé : que sait-on de l'accès secondaire ? Santé, Société et Solidarité. 2004;3(2):61–71.
24. Romon I. Relations entre caractéristiques socio-économiques et état de santé, recours aux soins et qualité des soins des personnes diabétiques, Entred 2001. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. 2006;(45):347–50.
25. Rigal L, Saurel-Cubizolles M-J, Falcoff H, Bouyer J, Ringa V. Do social inequalities in cervical cancer screening persist among patients who use primary care? The Paris Prevention in General Practice survey. Preventive Medicine [Internet]. [cited 2011 Jul 11];In Press, Uncorrected Proof. Available from: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0091743511002428
26. Falcoff H, Florès P, Aubert J. Dépistage mammographique individuel chez les femmes de 50 à 69 ans du cancer du sein : audit auprès de 41 médecins généralistes parisiens d'Ile-De-France. Revue du Praticien Médecine Générale. 1995;(300):40–51.
27. Pilod C. Les inégalités sociales dans l'accès aux soins de prévention : étude parmi les patients d'un cabinet de médecine générale [Thèse d'exercice]. Université Joseph Fourier (Grenoble); 2009.
28. Hart JT. The inverse care law. Lancet. 1971 Feb 27;1(7696):405–12.
29. Mercer SW, Watt G. The inverse care law: clinical primary care encounters in deprived and affluent areas of Scotland. The Annals of Family Medicine. 2007;5(6):503.
30. Rode A. Le "non-recours" aux soins des populations précaires : constructions et réceptions des normes [Thèse de doctorat]. Université de Grenoble; 2010. 506 p.
31. Mollborn S, Stepanikova I, Cook KS. Delayed Care and Unmet Needs among Health Care System Users: When Does Fiduciary Trust in a Physician Matter? Health Serv Res. 2005 Dec;40(6 Pt 1):1898–917.
32. Safran DG, Taira DA, Rogers WH, Kosinski M, Ware JE, Tarlov AR. Linking primary care performance to outcomes of care. J Fam Pract. 1998 Sep;47(3):213–20.
33. Mercer SW, Cawston PG, Bikker AP. Quality in general practice consultations; a qualitative study of the views of patients living in an area of high socio-economic deprivation in Scotland. BMC family practice. 2007;8(1):22.
34. Kagawa-Singer M, Kassim-Lakha S. A strategy to reduce cross-cultural miscommunication and increase the likelihood of improving health outcomes. Acad Med. 2003 Jun;78(6):577–87.
35. Fainzang S. Les stratégies paradoxales. Réflexions sur la question de l'incohérence des conduites des malades. Sciences sociales et santé. 1997;15(3):5–23.
36. Fainzang S. L'anthropologie médicale dans les sociétés occidentales. Récents développements et nouvelles problématiques. Sciences sociales et santé. 2001;19(2):5–28.
37. Graham H, Power C. Childhood disadvantage and health inequalities: a framework for policy based on lifecourse research. Child: care, health and development. 2004;30(6):671–8.
38. Cambois E, Jusot F. Contribution of lifelong adverse experiences to social health inequalities: findings from a population survey in France. Eur J Public Health [Internet]. 2010 Sep 7 [cited 2011 May 29];Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20823177
39. Bazin F, Parizot I, Chauvin P. Déterminants psychosociaux du renoncement aux soins pour raisons financières dans cinq zones urbaines sensibles de la Région parisienne en 2001.

Sciences sociales et santé. 2006;24(3):11–31.
40. Wilkinson R. L'égalité c'est la santé. Paris: Demopolis; 2010.
41. McEwen BS, Gianaros PJ. Central role of the brain in stress and adaptation: Links to socioeconomic status, health, and disease. Ann N Y Acad Sci. 2010 Feb;1186:190–222.
42. Kaplan SH, Greenfield S, Ware JE Jr. Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. Med Care. 1989 Mar;27(3 Suppl):S110–27.
43. Moreau A, Boussageon R, Girier P, Figon S. Efficacité thérapeutique de "l'effet médecin" en soins primaires. 2006 [cited 2011 Aug 31];Available from: http://www.em-consulte.com/article/103079
44. Chew-Graham CA, May CR, Roland MO. The harmful consequences of elevating the doctor–patient relationship to be a primary goal of the general practice consultation. Family Practice. 2004 Jun 1;21(3):229–31.
45. Willems S, De Maesschalck S, Deveugele M, Derese A, De Maeseneer J. Socio-economic status of the patient and doctor-patient communication: does it make a difference? Patient education and counseling. 2005;56(2):139–46.
46. Kelly-Irving M, Rolland C, Afrite A, Cases C, Dourgnon P, Lombrail P, et al. Patient-physician interaction in general practice and health inequalities in a multidisciplinary study: design, methods and feasibility in the French INTERMEDE study. BMC Health Serv Res. 2009;9:66.
47. Schieber A-C, Kelly-Irving M, Rolland C, Afrite A, Cases C, Dourgnon P, et al. Do doctors and patients agree on cardiovascular-risk management recommendations post-consultation? The INTERMEDE study. Br J Gen Pract. 2011 Mar;61(584):e105–11.
48. Schouten BC, Meeuwesen L. Cultural differences in medical communication: a review of the literature. Patient Education and Counseling. 2006;64(1-3):21–34.
49. Fainzang S. La relation médecins-malades : information et mensonge. Paris: Presses universitaires de France; 2006.
50. Thom DH, Tirado MD, Woon TL, McBride MR. Development and evaluation of a cultural competency training curriculum. BMC Med Educ. 2006;6:38.
51. Lie DA, Lee-Rey E, Gomez A, Bereknyei S, Braddock CH. Does Cultural Competency Training of Health Professionals Improve Patient Outcomes? A Systematic Review and Proposed Algorithm for Future Research. J Gen Intern Med. 2011 Mar;26(3):317–25.
52. Falcoff H. Le dilemme de la médecine générale face aux inégalités : faire partie du problème ou contribuer à la solution ? In: Réduire les inégalités sociales en santé. Saint-Denis, France: INPES; 2010.
53. Buetow S, Docherty B. The seduction of general practice and illegitimate birth of an expanded role in population health care. J Eval Clin Pract. 2005 Aug;11(4):397–404.
54. de Goer B, Ferrand C, Hainzelin P. Croisement des savoirs : une nouvelle approche pour les formations sur la santé et la lutte contre les exclusions. Santé Publique. 2008;20:163.
55. Galès B. Représentations ayant changé chez les soignants suite à la co-formation « santé et gens du voyage » : à propos d'une étude qualitative [Thèse d'exercice]. Université Joseph Fourier (Grenoble); 2010.
56. Moutel A. Précarité et médecine générale : enquête auprès de médecins généralistes du secteur de Redon [Thèse d'exercice]. Université de Rennes 1; 2009.
57. Kelly-Irving M, Delpierre C, Schieber A-C, Lepage B, Rolland C, Afrité A, et al. Do general practitioners overestimate the health of their patients with lower education? Social Science & Medicine [Internet]. 2011 Aug 27 [cited 2011 Oct 10];Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21924535
58. Singh-Manoux A, Adler NE, Marmot MG. Subjective social status: its determinants

and its association with measures of ill-health in the Whitehall II study. Soc Sci Med. 2003 Mar;56(6):1321–33.
59. Sass C, Moulin J-J, Guégen R, Abric L, Dauphinot V, Dupré C, et al. Le score Epices : un score individuel de précarité. Construction du score et mesure des relations avec des données de santé, dans une population de 197 389 personnes. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. 2006;(14).
60. Pilod C, Lagabrielle D, Sass C, El Sawy A. Mesurer les gradients sociaux dans l'accès aux soins de prévention. Audit clinique auprès de 671 patients. Exercer. 2011;(96):40–6.
61. Hummers-Pradier H, Beyer M. Programme de recherche pour la médecine générale/médecine de famille et les soins primaires en Europe. Exercer. 2011;(96):36–9.
62. WONCA Europe. La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille. 2002 [cited 2011 Aug 7];Available from: http://www. woncaeurope. org/Web% 20documents/European% 20Definition% 20of% 20family% 20medicine/WONCA% 20definition% 20French% 20version. pdf
63. Eveillard P. Les inégalités sociales de santé dans MEDLINE. La Revue Du Praticien [Internet]. 2004 [cited 2011 Aug 7];54(20). Available from: http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=16352091
64. Kumar D, Schlundt DG, Wallston KA. Patient-physician race concordance and its relationship to perceived health outcomes. Ethn Dis. 2009;19(3):345–51.
65. Traylor AH, Subramanian U, Uratsu CS, Mangione CM, Selby JV, Schmittdiel JA. Patient race/ethnicity and patient-physician race/ethnicity concordance in the management of cardiovascular disease risk factors for patients with diabetes. Diabetes Care. 2010 Mar;33(3):520–5.
66. Stotzer U. Mesure de la satisfaction des patients migrants en milieu hospitalier : analyse des lacunes existantes et recommandations. Neuchâtel: Swiss Forum for Migration and Population Studies (SFM); 2006.
67. Carde E. Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins : Etude en France métropolitaine et en Guyane française [Thèse doctorat]. Université de Paris-Sud; 2006.
68. IRDES. Le refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire à Paris. 2009;
69. Schoenenberger S, Moulin P, Brangier E. La discrimination dans le secteur du soin comme expression de l'augmentation de la charge de travail: enquêtes prospectives en milieu hospitalier et libéral. 2009;
70. Joubert M, Chauvin P, Richard C. Ateliers santé ville : intersectorialité et réduction des inégalités à l'échelon local. In: Réduire les inégalités sociales en santé. Saint-Denis, France: INPES; 2010.
71. CNEH. Réseau ASDES. Evaluation externe 2006 [Internet]. 2006 [cited 2011 Nov 23];Available from: http://www.asdes.fr/media/document_122__049343600_1534_26032007.pdf
72. Taylor K. Paternalism, participation and partnership–the evolution of patient centeredness in the consultation. Patient education and counseling. 2009;74(2):150–5.

TITRE : Compétences psycho-sociales en médecine générale face aux inégalités sociales de santé : revue de la littérature

TITLE : Psycho-social skills in general practice in view of social inequalities in health: review of the literature

RESUME

Les inégalités sociales de santé (ISS) s'aggravent en France. Elles s'expriment par une morbi-mortalité graduellement croissante le long d'une échelle sociale descendante. L'accès aux soins et la qualité des soins de premier recours participent aux déterminants des ISS. Ce travail explore les compétences psycho-sociales des médecins généralistes nécessaires pour agir en vue de réduire les ISS.

Il s'agit d'une revue de littérature, médicale et dans le champ des sciences sociales.

L'accès aux soins et la prise en charge sont différenciés selon la classe sociale. Les patients ont une approche de la santé et du soin s'intégrant dans leur histoire de vie, complexe et souvent loin des représentations biomédicales. Les ruptures de vie et évènements difficiles qu'ils ont pu subir agissent négativement sur leur santé, directement et par le biais d'une perte d'estime de soi, aggravée par la dévalorisation renvoyée par la société. Ils ont alors besoin d'être écoutés sans être jugés, dans le respect. Ce rôle d'écoute fait partie intégrante des missions du médecin, avec un effet thérapeutique démontré. Pour aller plus loin dans la réponse aux problématiques complexes posées par les personnes vulnérables, il est nécessaire que ce colloque singulier s'ouvre au partenariat avec le champ médico-social.

Les compétences psycho-sociales du médecin généraliste face aux ISS comprennent le repérage des personnes vulnérables, la relation empathique sans jugement, et la collaboration avec des professionnels du champ médico-social. Le croisement de ces compétences avec le savoir faire biomédical méritera d'être décrit. Ainsi pourra-t-on écrire, par pathologie, la clinique des ISS.

Mots clé : Compétences, inégalités de santé, soins primaires, vulnérabilité sociale

Key words : *Health inequalities, primary care, skills, social vulnerability*