HAL
open science

Représentations des médecins généralistes sur les inégalités sociales de santé : étude qualitative réalisée chez quinze médecins généralistes de la région avignonnaise

Christine Lemaire Lesoin

To cite this version:

Christine Lemaire Lesoin. Représentations des médecins généralistes sur les inégalités sociales de santé : étude qualitative réalisée chez quinze médecins généralistes de la région avignonnaise. Médecine humaine et pathologie. 2012. dumas-00747831

HAL Id: dumas-00747831

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00747831v1

Submitted on 2 Nov 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.

Université Joseph Fourier GRENOBLE MEDECINE

SICD1 Bibliothèques de l'UJF et de Grenoble INP

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

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

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

Contact au SICD1 de Grenoble : thesebum@ujf-grenoble.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

UNIVERSITÉ JOSEPH FOURIER
FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE

Année : 2012 *Thèse N°*

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE
DIPLÔME D'ÉTAT

Représentations des médecins généralistes sur les Inégalités Sociales de Santé

Étude qualitative réalisée chez 15 médecins généralistes
de la région avignonnaise

Mme Christine LEMAIRE épouse LESOIN

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE
Le 23 Octobre 2012

DEVANT LE JURY COMPOSE DE :
Président du jury : Professeur Patrice FRANÇOIS
Membres : Professeur Pascal COUTURIER
Professeur Denis MORO-SIBILOT
Docteur Dominique LAGABRIELLE, Directeur de thèse

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

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
SCIENCES-TECHNOLOGIE-SANTÉ

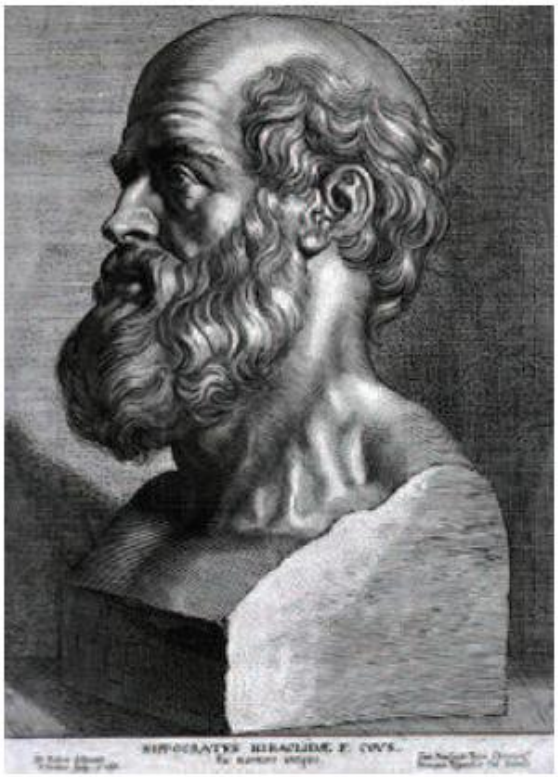
SITE SANTE

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

Aux Membres de mon jury

Monsieur le Professeur Patrice FRANCOIS, vous avez accepté de présider ce jury. Recevez ici le témoignage de ma gratitude et de mon profond respect.

Monsieur le Professeur Denis MORO-SIBILOT, vous avez accepté de faire partie de ce jury. Recevez ici mes sincères remerciements pour votre disponibilité.

Monsieur le Professeur Pascal COUTURIER, j'ai eu la chance de profiter de votre savoir durant l'une de mes premières gardes au CHU de Grenoble. Votre patience, votre dévouement à l'égard des patients et votre soif de transmettre vos connaissances m'ont particulièrement touchée. Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance.

A mon directeur de thèse

Monsieur le Docteur Dominique LAGABRIELLE, plus qu'un directeur de thèse, plus qu'un pair, tu es pour moi un modèle. Tu es surtout devenu un ami. Ton attention, ta générosité, ton humour m'ont permis de tenir dans les moments de doute. Merci d'avoir participé à faire de moi le médecin que je suis devenue.

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

Philippe Vellard, vous resterez toujours mon médecin de famille. Vous avez été indirectement le premier de mes « formateurs » car c'est de vous que je tiens mon désir de devenir médecin généraliste. Vous êtes et resterez pour moi un exemple.

Guillaume De Véricourt, Alain El Sawy, Christine Guerry, vous avez su me montrer différentes facettes de la pratique de la médecine générale. Cela m'a totalement conforté dans mon choix de cette spécialité et m'a permis de trouver ma voie.

Pierre Basset, Béatrice Bayet-Papin, Catherine Ravier et leur équipe, vous m'avez accueilli dans votre service et accompagnée dans mon questionnement sans jamais me laisser seule avec mes doutes. J'ai compris grâce à vous la signification du mot « soigner ».

Alain Sagnier, Franck Trinchéro, Simona Goina et leur équipe, vous avez fait preuve à mon égard d'une grande franchise, m'apprenant à me remettre en question, tout en m'encourageant dans ma singularité. Je vous en serais toujours reconnaissante.

A mes amis

Marie et Angélique, à tous les moments de joie que nous avons partagés ensemble, aux heures passées au téléphone à nous rassurer, aux échanges passionnés que nous aurons encore.

Adèle, Julien, Chloé, Paul, Nathalie, Jérôme, Laurence, Stéphanie, Alison, Vincent, pour ces premières années d'étude parisiennes. Malgré la distance, nous avons sur entretenir ce lien qui nous a uni et qui continue à nous rapprocher.

Aurélie, Morine, Thibaut, Benjamin, Cécile, Laurence, Caroline, Anne, Adela, Mariwenn, Antoine, Stéphanie, Sophie, Andréa, Raphaëlle, à la chance que l'internat nous a offert de nous connaître.

Valentin, merci pour ta relecture attentive. A tous les moments de complicité que nous attendent.

Aux amis de toujours, Coralie, Johanna, Willy. Les mots sont dérisoires pour exprimer ce que vous représentez pour moi et ce que je vous dois depuis toutes ces années.

A ma famille

A ma belle-famille, j'ai trouvé auprès de vous un deuxième foyer. Votre accueil, votre joie de vivre et l'amour qui règne dans votre famille est une source inépuisable de réconfort.

A Monique, ce que nous partageons ensemble, ni la distance ni les années ne pourront l'effacer. Au contraire, elles le renforcent. Merci pour tout ce que tu m'as apporté.

A ma sœur Florence, plus les années passent et plus nous devenons complices. Merci pour ta présence discrète mais bienveillante et pour nos échanges si enrichissants.

A mes parents, votre soutien indéfectible et votre générosité m'ont permis de me construire. La tolérance dont vous faites preuve est pour moi l'une des plus belles valeurs que vous m'avez transmise. J'espère me montrer digne de votre confiance et de votre amour.

A Antoine, vivre à tes côtés et construire avec toi notre famille est le plus beau de mes projets. Ton amour me porte dans tout ce que j'entreprends, ta force me pousse en avant.
Te quiero mi esposo.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION…….. p.12

NOTIONS PRÉALABLES…….. P.13

I. LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ EN FRANCE
   A. Problématique
   B. Importance des parcours de vie des personnes dans la perception de leur état de santé et dans leur démarche de soins
   C. De la précarité à la vulnérabilité sociale
   D. Cas particulier de la France

II. PLACE DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE

OJECTIFS…… p.17

MATÉRIEL ET MÉTHODE…….. p.18

I. CHOIX DE LA MÉTHODE QUALITATIVE

II. MISE EN ŒUVRE DE LA MÉTHODE
   A. Aspects théoriques
   B. Questions suscitées par nos choix méthodologiques
   C. Enquête auprès des médecins

III. CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉCHANTILLON DE MÉDECINS

ANALYSE DES ENTRETIENS …… p.22

I. NOMBRE ET DURÉE DES ENTRETIENS

II. CE QUE LES GÉNÉRALISTES ONT PENSÉ DE L'ÉTUDE

III. LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ
   A. Une problématique difficile à définir malgré un bagage culturel présent et ayant des conséquences sur la pratique
   B. Les ISS : choix politique
   C. Les ISS : démarche syndicale

IV. LA VULNÉRABILITÉ SOCIALE
   A. Définition
   B. Exemples-types
   C. Une théorie personnelle

V. APPORT À LA PRATIQUE
A. Aucun pour eux-mêmes, mais interpellant pour le patient
B. Une prise de conscience, parfois source d'inconfort
C. Un changement de comportement pour les autres

VI. LES AUTRES THÈMES ABORDÉS SPONTANÉMENT PAR LES GÉNÉRALISTES
A. La Couverture Maladie Universelle
B. L'accessibilité financière aux soins

DISCUSSION…… p.56

I. LIMITES, BIAIS ET CRITIQUES
A. Représentativité de la population
B. Une rédaction des questions insuffisamment adaptée à des concepts encore mal connus
C. Concernant la saturation des entretiens

II. COMPARAISON DES RÉSULTATS DE L'ÉTUDE QUANTITATIVE AVEC L'ÉTUDE QUALITATIVE
A. Mauvaise corrélation
B. Résultats intermédiaires
C. Bonne corrélation
D. Conclusion

III. DETERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ : VERS L'ÉCRITURE D'UNE CLINIQUE DES ISS
A. Des connaissances non conceptualisées
B. La clinique des ISS

IV. QUI S'INTÉRESSE AUX ISS ET PAR QUELS MOYENS ?
A. Un engagement personnel et un certain regard sur un système de santé solidaire
B. L'accessibilité aux soins primaires et au parcours de santé coordonné
C. Repenser la Formation Médicale Initiale

CONCLUSION…… p.67

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES…… p.68

ANNEXE…….. p.70

RÉSUMÉ…….. p.71

INTRODUCTION

Le système de santé français est, encore aujourd'hui, reconnu par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme le meilleur système de santé au monde.
Cependant, la France est aussi le pays où les inégalités sociales de santé (ISS) sont les plus marquées, comparée à ses voisins de l'ex-Europe des 15, avec une tendance à l'aggravation.

La réduction des ISS relève des politiques publiques sur des déterminants de type sociaux. Elle concerne aussi l'organisation du système de santé qui, lorsqu'il privilégie la place des soins de premier recours, est connu comme étant moins inégalitaire.

Ces notions restent mal connues des professionnels, formés essentiellement dans un modèle privilégiant le biomédical. En clinique, la notion de vulnérabilité sociale doit-elle rejoindre l'évaluation des risques qui sous-tend toute stratégie de prévention et de soin ?

Avant de pouvoir répondre à cette question, il nous a semblé qu'il convenait de déterminer comment les médecins parvenaient à repérer les situations de vulnérabilité sociale et ce que représentaient pour eux ces concepts de vulnérabilité sociale et d'ISS. Il a donc été réalisé un double travail de thèse :

- Une thèse quantitative réalisée et soutenue le 13 décembre 2011 par le Dr Girard portant sur la comparaison du score « de raisonnement analogique clinique » (SRAC) et du score « EPICES » pour repérer les patients à risque d'inégalités sociales de santé en médecine générale.
- Une étude qualitative, présentée ici, dont l'objectif principal était d'établir un état des lieux des connaissances actuelles et des représentations des médecins généralistes sur les ISS.

NOTIONS PRÉALABLES

I. LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

A. Problématique

L'étude des inégalités sociales de santé vise à décrire et à comprendre les disparités, au sein d'une population, dans les risques de mortalité, de maladies et de troubles que l'on peut attribuer au contexte social des personnes. La profession, le niveau d'instruction, le revenu ou la propriété résidentielle sont souvent utilisées comme des indicateurs de ce contexte social. Ils reflètent les conditions de vie matérielles, financières ou culturelles des groupes, mais ces indicateurs représentent aussi des aspects particuliers de la position sociale. [1]

Sur la période couvrant les années 1982 à 1996, les études de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) indiquent pour les hommes une différence de 6.5 ans pour le nombre moyen d'années restant à vivre à 35 ans entre les ouvriers et les ingénieurs. [2]
Entre ces deux catégories, le niveau d'espérance de vie suit globalement la hiérarchie des catégories socio-professionnelles, soit par ordre croissant : ouvriers (38 ans), employés (40 ans), commerçants (42 ans), cadres et professions libérales (45 ans). Les deux souscatégories extrêmes, correspondant à un écart de 9 ans, sont les ouvriers non qualifiés (37 ans) et les professions intellectuelles-cadres de la fonction publique (46 ans). [3]
Chez les femmes, on note une relation similaire entre le niveau social et l'espérance de vie, mais les disparités sont nettement plus réduites que pour les hommes. [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.

Il existe donc 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 [5].

Il existe également une « double-peine » puisque, non seulement les ouvriers ont une espérance de vie plus courte, mais aussi plus d'années d'incapacité.

B. Importance des parcours de vie des personnes dans la perception de leur état de santé et dans leur démarche de soins

Cette problématique s'intéresse moins aux disparités au sein de la population qu'aux groupes de populations qui appartiennent souvent au bas du gradient social décrit par les études sur les inégalités sociales de santé. [6]

A niveau socioéconomique égal, en gommant les facteurs de risques comportementaux, des inégalités persistent. J.L. Hopton et J.G. Howie mettent en évidence la nécessité d'introduire d'autres indicateurs sociaux tels que la qualité de vie et la notion de mal-être perçu [7]. D. Bricard et F.Jusot insistent sur le lien avec les conditions de vie dans l'enfance et la faiblesse des liens sociaux d'une personne [8].

Car ces groupes de population aux trajectoires de vie chaotiques se caractérisent par des ruptures sociales et familiales qu'ils ont connues dès l'enfance et au cours de la vie : le dénuement et l'enchaînement de situations de vie difficiles résultant de ces ruptures exposent ces personnes au cumul des différents facteurs de risque évoqués. Ils en exacerbent les conséquences en favorisant le développement ou l'aggravation des maladies auxquelles ils peuvent conduire.

E. Cambois et F. Jusot le démontrent dans l'enquête de l'IRDES sur la santé et la protection sociale [9], où ils explorent les évènements de vie difficiles tels que des difficultés financières, des problèmes de logement, et des 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, qu'ils soient limités à l'enfance ou perdurent à l'âge adulte, génèrent une moins bonne santé dans les trois aspects cités. 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 [10]. 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.

Ainsi, les résultats des études sur les inégalités sociales de santé et des études sur les liens entre précarité et santé ne répondent pas aux mêmes questions, mais ces problématiques proches s'enrichissent mutuellement à travers leur éclairage particulier. [6]

C. De la précarité à la vulnérabilité sociale

Ce processus dynamique a été clairement expliqué par B. Girard dans sa thèse [11] :

« *En 1987, J. Wresinski, dans le cadre de la mise en place du Revenu Minimal d'Insertion, définit la précarité comme « l'absence d'une ou plusieurs des sécurités -dans différents domaines de l'existence- permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. »*

Dans le langage courant ce terme se confond maintenant avec la notion de pauvreté, voire d'extrême pauvreté.

Ainsi interprétée, elle perd la notion de processus dynamique et multidimensionnel pouvant toucher toute personne quelle que soit sa position sociale. Le terme de vulnérabilité sociale permet de conserver cet aspect primordial. Elle concerne chaque personne, toute catégorie sociale confondue, dans la mise en défaut de certaines sécurités (perte d'emploi, de logement, deuil), et varie dans le temps en fonction de la présence ou non de ces sécurités.

De plus, la santé, dans la définition de la précarité par J. Wresinski, est englobée dans les grands domaines de l'existence avec le logement, l'éducation, les liens familiaux, la reconnaissance sociale par le travail, les revenus.
Du point de vue du professionnel de santé, il convient de l'extraire des autres domaines, pour explorer les effets de ceux-ci sur l'état de santé des personnes. C'est donc bien la vulnérabilité sociale qui traduit, mieux que la précarité, ce qui est cliniquement utile au professionnel pour identifier les personnes à risque d'ISS. »

D. Cas particulier de la France

La France affiche de larges inégalités sociales face à la mort et, plus généralement, en matière de santé.

En effet, entre 1980 et 1989, pour les hommes de 45 à 59 ans le taux de mortalité des travailleurs manuels rapporté à celui des non manuels était de 1,4 en Angleterre, au Pays de Galles et en Suède, de 1,5 en Finlande et de 1,7 en France. Celà s'explique par un taux de mortalité des travailleurs manuels particulièrement élevé dans notre pays. [12] De plus, malgré une augmentation de l'espérance de vie en France au cours des 40 dernières années, les ISS ont eu tendance à s'aggraver.

Pour la plupart, les déterminants des ISS sont accessibles aux pouvoirs publics par le développement de politiques prioritaires : accès aux droits, revenus, conditions de travail ou d'exclusion du travail, conditions de vie, éducation et culture, logement.
Néanmoins, ces ISS interpellent également le système de santé et l'accès aux soins.

En effet, selon le Haut Comité de la Santé Publique, un tiers des décès évitables en 1996 pouvait être attribué à des dysfonctionnements du système de soin. Déjà en 1971, J.T. Hart décrivait l'existence d'un gradient géographique dans l'accès à des soins de qualité inversement proportionnel aux besoins de la population. Les groupes sociaux ayant un état de santé dégradé et des besoins en santé plus importants, sont donc ceux qui accèdent le moins facilement aux soins de qualité. [13]

Le problème de l'accès financier aux soins, est maintenant bien connu [14]. C'est sur ce point que les pouvoirs publics, en France, ont pris les premières mesures pour réduire les ISS avec la mise en place de la Couverture Médicale Universelle (CMU) et de l'Aide Médicale d'Etat (AME) en 1999 et la création des Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) en 1998. Depuis cette création, le niveau de consommation de soins par ses bénéficiaires tend à rattraper celui des autres [15].
Ainsi, la barrière financière d'accès aux soins est en partie théoriquement levée.

Au-delà des limites financières à l'accès aux soins, c'est bien l'efficience du système de santé qui est concerné par la réduction des ISS. La réalité des ISS en tant que gradient de l'état de santé des personnes légitime le rôle du système de soin en vue de leur réduction. Cela nécessite la reconnaissance et la compréhension des facteurs de vulnérabilité sociale exposant les personnes à ces risques de morbi-mortalité.

Comment se décline ce risque de manière subjective pour chaque personne dans son parcours de vie ? Comment cela apparaît-il au clinicien dans sa pratique ?

II. PLACE DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE

Les pays européens qui ont construit une politique spécifique de lutte contre les ISS (Grande-Bretagne, Pays-Bas, Suède) insistent sur le rôle primordial des soins primaires.
Dans ces systèmes de santé, le médecin généraliste joue un rôle privilégié de « gatekeeper » et coordonne les actions de soins et de prévention. [16]

En France, la mise en place de la réforme du médecin traitant en 2004, s'approche de cette fonction de « gatekeeping ». Le médecin généraliste serait ainsi en première ligne du système de santé et c'est à lui notamment qu'il incomberait de savoir repérer les personnes socialement vulnérables.
Il s'agit là des compétences spécifiques du médecin généraliste, dans son approche holistique du patient. En effet sa compétence clinique se déploie par sa capacité à faire le lien entre les éléments biomédicaux et psychiques passés et présents, et l'environnement social du patient. L'intérêt du modèle bio-psycho-social se trouve dans la capacité à faire interagir ces différents éléments plutôt que dans l'accumulation de données.

H. Falcoff et P. Flores exposent la tâche quotidienne du médecin généraliste, qui est d'ajuster les soins aux besoins de santé de chacun, quelle que soit sa position sociale. Ils définissent trois axes d'action dans la lutte contre les ISS : identifier et mesurer les ISS, corriger la part d'inégalités liées aux soins, accompagner les patients défavorisés. [17]

OBJECTIFS

L'objectif principal de l'enquête était d'établir un état des lieux des représentations des médecins généralistes sur les Inégalités Sociales de Santé.

L'objectif secondaire consistait à croiser les résultats des deux études, qualitative et quantitative, afin de déterminer s'il était possible de faire ressortir des caractéristiques spécifiques des médecins selon leur degré de corrélation entre SRAC et le score EPICES.

Parmi les bénéfices attendus de l'enquête figuraient la possibilité de découvrir des pistes pour l'action en vue d'une meilleure prise en charge de ces patients.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

I. CHOIX DE LA MÉTHODE QUALITATIVE

Le travail présenté dans cette thèse correspond à une problématique de recherche à la croisée des sciences biomédicales et sociales. Ce double enracinement explique l'approche de la question des ISS selon les deux méthodes de recherche, quantitative et qualitative, puisque qu'elles n'apportent pas le même éclairage.

La recherche quantitative a été réalisée par Bénédicte Girard et présentée dans le cadre de sa thèse à la faculté de Médecine de Marseille. [11]

La méthode qualitative, initialement développée et mise en œuvre en Sciences humaines, est particulièrement adaptée à la recherche dans ce domaine. Elle consiste à recueillir des données par une technique d'entretien, et d'analyse par thématique. Son but est de faire apparaître des systèmes de valeurs, des représentations et des pratiques sociales. [18-19]

Elle place l'interviewé au premier plan, fait appel à son point de vue, son expérience personnelle, son vécu, sa logique, dans une démarche participative. [18]

Elle permet de se libérer des idées préconçues de l'enquêteur. Ce dernier garde toutefois un certain nombre d'objectifs, issus d'hypothèses de travail, qui servent de fil conducteur au recueil des données au cours de l'entretien.

Elle n'a pas un but d'exhaustivité, mais de représentativité : il s'agit de constituer un échantillon dont les caractéristiques sont les plus variées possibles, afin d'assurer la diversité des données recueillies ; les éléments répétés par plusieurs interviewés ont dans l'analyse autant de poids que ceux qui n'apparaissent qu'une fois. [20]

Le choix d'une méthode qualitative, dont la pertinence scientifique a été démontrée dans le domaine des Sciences sociales, permet d'approfondir les aspects interactifs inhérents à la problématique des ISS en laissant aux médecins généralistes l'initiative du contenu du discours.

Elle assure le recueil de données, plus difficiles à obtenir par un questionnaire écrit à réponses libres.

II. MISE EN ŒUVRE DE LA MÉTHODE

A. Aspects théoriques

La constitution de l'échantillon ne s'est pas fait selon la méthode habituelle puisque le nombre de médecins interviewés, quinze au total, était fixé par la méthode quantitative. De même, il n'a pas été tenu compte du point de saturation.

Quinze médecins généralistes de la région avignonnaise ont été contactés pour participer à une étude quantitative au cours de laquelle dix patients dans chaque cabinet étaient invités à remplir un score appelé le score EPICES (Annexe 1). Pour chacun de ces patients, le médecin généraliste était invité à remplir une Echelle Visuelle Analogique correspondant à son estimation de la vulnérabilité sociale dudit patient.

Un entretien semi-dirigé était ensuite réalisé par le Dr Girard au cours duquel cinq questions étaient posées :

- Qu'avez-vous pensé de cette étude ?
- Que vous évoque le thème des ISS ?
- Comment définissez-vous la vulnérabilité sociale ?
- Selon vous, le médecin généraliste a-t-il un rôle à jouer dans la réduction des ISS ?
- Qu'est-ce que cette étude et cette question des ISS apportent à votre pratique ?

Dans un second temps, les résultats de l'étude quantitative lui étaient présentés. Cette partie de l'entretien n'a pas été analysée.

Tous les entretiens ont fait l'objet d'un enregistrement sur bande, puis d'une retranscription manuelle réalisée par moi-même. Ensuite, les entretiens ont été anonymisés. L'analyse des discours était thématique ; elle a consisté en un découpage des textes selon les idées abordées, puis en un regroupement visant à faire ressortir des tendances. Cette analyse a été réalisée par mes soins et supervisée par mon directeur de thèse.

B. Questions suscitées par nos choix méthodologiques

1. Pourquoi les médecins généralistes étaient-ils de la région avignonnaise ?

Ce choix est lié au fait que l'inclusion des médecins a été réalisée par le Dr Girard qui réalisait à l'époque son internat dans cette région puisqu'elle a réalisé le troisième cycle de ses études de médecine au sein de la faculté de Marseille.

2. Pourquoi réaliser des entretiens semi-dirigés ?

Plusieurs types d'entretiens peuvent être envisagés [18] :

- L'entretien non-directif, ou libre, limite le rôle de l'interviewer à une écoute active. Il se contente de favoriser la production du discours de l'interviewé par des stratégies d'intervention.
  Il peut s'agir de relances par des mots courts comme « Oui ? », « Et ? » ou de réitérations : répétition simple de tout ou partie de la phrase qui vient d'être énoncée, dans le but d'en faire préciser le sens ; ou d'une réitération sur le mode du

reflet, introduite par une formule telle que « vous pensez que… » ou « vous dites que… ».
L'enquêteur peut également utiliser des formules déclaratives, qui donnent une déduction partielle de ce qui vient d'être dit, et impliquent une reformulation de la phrase.
Enfin il peut user de questions courtes, à réponse ouverte, selon l'idée abordée : « Dans quel cas ? » ou « Qu'en pensez-vous ? » par exemple.
Ces interventions sont utilisées indifféremment au long du discours, et laissent à la personne interrogée le choix de la construction du discours.

- L'entretien dirigé ressemble à un questionnaire à réponses libres dont l'énoncé serait oral. La personne interrogée se contente de répondre aux questions posées.

- Enfin l'entretien semi-dirigé, à mi-chemin des deux techniques, permet de guider l'entretien par des questions préparées à l'avance, à réponse libre, et de laisser à l'interviewé la possibilité de poursuivre l'enchainement de ses idées sur le nouvel axe proposé. Il utilise les mêmes techniques de relance que pour l'entretien non-directif.

Notre choix s'est porté sur des entretiens semi-dirigés car il nous a semblé que le thème des ISS pouvait susciter des commentaires chez les généralistes interrogés et qu'il aurait été dommageable à la qualité de l'étude de s'en passer.

3. Comment les questions ont-elles été rédigées ?

Ces questions ont été rédigées par mes soins, précisées avec le Dr Girard et testées au cours de deux entretiens de faisabilité. Ceux-ci ont été réalisés auprès de médecins généralistes de notre entourage, informés des modalités du projet de thèse et de sa problématique, dans le but de vérifier qu'elles permettaient d'aborder tous les aspects des ISS, et de tester l'aisance de l'enquêteur dans la technique d'écoute active.

Le Dr Girard et moi-même étions présentes lors de la réalisation de ces deux entretiens de faisabilité afin que soit exploitée la part liée à la communication non verbale. Malheureusement, cela n'a pu être renouvelé au cours des entretiens constituant le travail de cette thèse.

C. Recrutement des médecins

Les médecins ont été recrutés par le biais de la maison médicale de garde d'Avignon, parmi les enseignants cliniciens ambulatoires du Vaucluse et des Bouches-du-Rhône, et par connaissance.

L'inclusion a été réalisée d'avril à juin 2011.

III. CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉCHANTILLON DES MÉDECINS

Les caractéristiques des médecins interrogés sont inscrites dans le tableau suivant.

Réf du Docteur	Sexe	Age	Date d'installation	Secteur	Milieu	Durée moyenne de consultation	Caractéristique de l'exercice	Autre activité que la médecine libérale	Type de formation suivie
1	M	52	1990	1	Urbain	15 min	Association 2	Gardes, médecin en structure publique ou privée, ECA[1], animateur ou expert FMC[2]	FMC, abonnement à des revues spécialisées, congrès, ECA
2	M	62	1977	2	Semi-rural	15 min	Association 1	Gardes, ECA, assurance, bénévole dans une association à but non lucratif	FMC, groupe d'échange de pratique, abonnement à des revues spécialisées, DU[3], ECA
3	M	60	1979	1	Semi-rural	20 min	Association 1 et 2	Gardes, ECA, animateur ou expert FMC	FMC, abonnement à des revues spécialisées, DU
4	M	53	1988	1	Urbain	20 min	Association 1	Médecin en structure privée ou publique, ECA, animateur ou expert FMC	FMC, groupe d'échange de pratique, abonnement à des revues spécialisées, congrès, ECA
5	M	52	1986	1	Semi-rural	15 min	Association 1	Gardes, médecin en structure privée ou publique, ECA, animateur ou expert FMC	FMC, groupe d'échange de pratique, abonnement à des revues spécialisées, congrès, DU, ECA
6	M	60	1979	1	Urbain	15 min	Association 1	ECA, animateur ou expert FMC, conseil de l'ordre	FMC, congrès, ECA
7	M	51	1992	NR[4]	Semi-rural	<10 min	Association 1 et 2	Non	Aucune
8	F	35	2006	1	Urbain	15 min	Association 1	Non	FMC, abonnement à des revues spécialisées
9	M	57	1980	1	Urbain	15 min	Association 1	Médecin en structure publique ou privée, animateur ou expert FMC	FMC, groupe d'échange de pratique, abonnement à des revues spécialisées
10	M	62	1980	1	Semi-rural	15 min	Association 2	Gardes, médecin en structure publique ou privée	FMC
11	M	35	2005	1	Urbain	20 min	Association 2	ECA, animateur ou expert FMC, syndicat	FMC, abonnement à des revues spécialisées, congrès, ECA
12	M	50	1990	1	Urbain	15 min	Seul	Médecin en structure publique ou privée, animateur ou expert FMC, médecin d'un réseau local	FMC, groupe d'échange de pratique, abonnement à des revues spécialisées
13	M	39	2005	1	Semi-rural	15 min	Seul	Gardes, médecin en structure publique ou privée, animateur ou expert en FMC	FMC, groupe d'échange de pratique, abonnement à des revues spécialisées
14	F	52	1990	2	Urbain	>20 min	Association 2	Gardes	FMC, abonnement à des revues spécialisées, congrès
15	F	31	2007	1	Semi-rural	20 min	Association 1	Gardes	Abonnement à des revues spécialisées

Association 1 = association uniquement avec d'autres médecins
Association 2 = association à d'autres professions (paramédicales ou autres)
[1] ECA = Enseignant Clinicien Ambulatoire
[2] FMC = Formation Médicale Continue
[3] DU = Diplôme Universitaire
[4] NR = Non Renseigné

ANALYSE DES ENTRETIENS

I. NOMBRE ET DURÉE DES ENTRETIENS

Quinze entretiens ont été réalisés. Ils se sont déroulés dans les cabinets médicaux respectifs des médecins, sur rendez-vous, sauf pour un, qui a été réalisé en extérieur, au cours du déjeuner.

Ils ont été intégralement retranscrits sous Word, sauf deux partiellement, du fait d'un défaut de qualité de l'enregistrement à l'origine de perte d'informations. Les entretiens allaient de 5 à 23 minutes, avec une durée moyenne de 15 minutes.

Les entretiens se déroulaient tous en 2 parties :

1. Le médecin interrogé répondait d'abord aux questions rédigées dans le cadre de l'étude qualitative.
2. Un compte-rendu intermédiaire des résultats de l'étude quantitative lui était exposé ensuite.

Seule la première partie des entretiens a été analysée.

II. CE QUE LES GÉNÉRALISTES ONT PENSÉ DE L'ÉTUDE

- Le thème des Inégalités Sociales de Santé intéresse et interpelle les médecins généralistes.

Soit parce qu'ils considèrent avoir un rôle à jouer :

Dr 5 :

> *Ouais, euh.. ouais… qu'est-ce que j'ai pensé de cette étude ? euh euh.. alors euh (de 3 sec puis silence de 2 sec) alors euh le le c'est le titre c'est l'approche la position du médecin généraliste dans l'approche des Inégalités Sociales. Oui puisque donc je suis acteur de santé publique et euh.. je suis le premier acteur.. le premier acteur de de recours. C'est moi qui m'occupe de recours. Donc oui j'y ai ma place dans cette étude.*

Soit parce qu'ils estiment que le sujet n'est pas assez étudié ou qu'ils ne l'ont pas assez en tête :

Dr 4 :

> *Moi tout ce qui est nouveau m'intéresse toute façon. Tout ce qui fait avancer. Je pense qu'il y a un champ qu'on a pas assez développé.*

Dr 6 :

> *(4 sec de silence) euh oui, c'est un sujet intéressant dans la mesure où ça n'a pas été traité et c'est vrai que nous, on a pas trop… on se pose pas trop ces problèmes-là. Enfin, on n'y pense pas (3 sec de silence) forcément beaucoup quoi.*

Dr 15 :

> *ben, je trouve que ça peut être intéressant parce que c'est vrai que dès fois on réalise pas trop.. (3 sec de silence) pour moi…*

Dr 13 :

> *Dr 13 : (3 sec de silence) sujet original.*
>
> *Bénédicte Girard (BG) : (2 sec de silence) oui ?*
>
> *Dr 13 : oui. Parce que… c'est bien qu'on l'ait en tête.*

Dr 7 :

> *Ce sont un certain nombre de questions que l'on se pose rarement, sauf quand il y a des difficultés financières avancées par le patient.*

- Le concept de vulnérabilité sociale est mal connu alors même qu'il correspond à une réalité quotidienne.

Dr 11 :

> *(3 sec de silence) pas grand-chose ! (rires partagés) parce que… j'en savais très peu.*

Dr 9 :

> *(4sec de silence) ben je connais pas le contenu ! (rire)*
>
> *maintenant moi je suis content que quelqu'un s'intéresse à ce thème qui est, quand même, en tous les cas ici, très présent.*

Dr 10 :

> *Dr 10 : euh (soupir) (3 sec de silence) j'ai répondu en conclusion que j'ai pas… que je ne connaissais pas ce thème-là… j'ai oublié déjà le titre c'est quoi ?*
>
> *BG : la vulnérabilité sociale ?*
>
> *Dr 10 : la vulnérabilité sociale, j'avais jamais entendu parler de ça. Mais je je.. je le vis tous les jours. J'ai jamais vu ça dans la presse ni dans les médias, mais…*

Dr 3 :

> *Enfin la vulnérabilité so… d'abord je connaissais pas le terme. J'ai appris un mot nouveau ! (rires) La vulnérabilité sociale ! ouais.*

Dr 1 :

> *c'est un sujet qui est intéressant donc pour moi parce que, bon, j'y suis confronté assez.. assez fréquemment ici.*

- Les généralistes estiment que l'évaluation de la vulnérabilité sociale est difficile alors même qu'ils y sont confrontés régulièrement, voire même, qu'ils se mettent en difficulté en abordant la question.

Dr 15 :

> *Nous on y est pas mal confronté parce qu'on a une population... Mais pour juger et évaluer entre 0 et 100. Moi, je.. des fois, je trouve ça un peu difficile. Donc, dès fois, je pense j'ai peut-être été un peu trop excessive… ou des fois, je sais pas trop. (rire) on verra mais j'ai hâte de voir, ouais, ce que ça donne.*

Dr 10 :

> *Mais c'est pas évident parce que… bon, quelque fois, faut se jeter à l'eau, quoi. En se disant : « je vais me mettre dans un terrain glissant. »*

- L'un des médecins expose sa théorie pour expliquer pourquoi les médecins généralistes se trompent quand ils évaluent la vulnérabilité sociale de leurs patients.

Dr 12 :

> *Dr 12 : La problématique sociale en générale, sur les patients, on se plante, parce que… parce que ils veulent pas faire du mal.*
>
> *BG : ils ils veulent pas faire de mal, c'est-à-dire ?*
>
> *Dr 12 : ah moi, j'ai une grande théorie, c'est que les patients, ils veulent protéger leur médecin. Du coup, je pense que de temps en temps, ils ont du mal à nous faire part de toutes leurs difficultés sociales. Mais bon…*
>
> *BG : c'est-à-dire qu'ils ne vous diront pas forcément si ils ont des problèmes financiers ou de…*
>
> *Dr 12 : ah ouais ouais ouais. Je pense.*
>
> *BG : ou même des problèmes de santé ?*
>
> *Dr 12 : (soupir) problèmes de santé, je pense que c'est plus… si c'est plus facile. Si c'est maux-là. Mais de pas vouloir accabler les médecins avec tous les maux de la terre.*

III. LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

A. Une problématique difficile à définir malgré un bagage culturel présent et ayant des conséquences sur la pratique

- Les médecins généralistes sont peu précis quand on les interroge sur le thème des inégalités sociales de santé alors même qu'ils reconnaissent y être confrontés régulièrement.

Dr 10 :

> *ben ce que t'en as parlé. Les ISS… c'est pas évident.*

Dr 12 :

> *BG : actuellement, en fait, les les inégalités sociales de santé ne sont définies seulement par la catégorie socio-professionnelle.*
>
> *Dr 12 : oui oui.*
>
> *BG : voilà.*
>
> *Dr 12 : mais c'est ce que j'étais en train de réfléchir quand tu, quand tu m'en parlais. Je pense que c'est pas aussi évident que ça.*

Dr 14 :

> M*alheureusement, c'est un thème d'actualité.*

Dr 1 :

> *(4 sec) c'est notre quotidien à nous ici. C'est… les Inégalités Sociales de Santé mais c'est du <u>quotidien</u> quoi. Du quotidien, du…*

- D'autres mettent en avant les conséquences des ISS sur leur pratique.

Dr 14 :

> *et bien par exemple pour un chèque de de de 23€ ou de 30€ euh… pour une consultation, il y a de plus en plus de <u>gens</u> qui nous demandent d'<u>attendre</u> qu'ils soient remboursés pour déposer le chèque. Avec le déremboursement d'un certain nombre de euh.. de spécialités, on entend de plus en plus des gens nous demandent d'<u>essayer</u> de trouver <u>encore</u> des choses remboursées. On a même, moi je pense, on a même… on a un petit peu dévier notre façon de prescrire. Parce que, auparavant, ben on pouvait mettre du magnésium, on pouvait mettre des traitements un petit peu euh… anodin entre guillemet. Ceux-ci étant déremboursés, on est passé à l'Atarax, on est passé au Lexomyl, on est passé à des benzo… sur des pathologies qui n'en valaient pas forcément la peine, quoi.*

Dr 12 :

> *Dr 12 : euh… ben ça m'évoque, un reflet de la société. Parce que dans la santé, il y a aussi des difficultés pour rejoindre les 2 bouts. Parce que la médecine, enfin la santé y a… y a pas de prévention dans un certains nombres de cas et moins de soins aussi après.*
>
> *BG : et moins de prévention parce que les patients… ?*
>
> *Dr 12 : parce qu'ils peuvent pas manger bien, parce que…*
>
> *BG : c'est aussi moins de prévention parce que les médecins font moins de prévention ?*
>
> *Dr 12 : toujours un peu, parce que, on sait qu'un moment… qu'ils peuvent pas le faire.*
>
> *BG : hum.*
>
> *Dr 12 : pourquoi leur dire de manger des fruits et des légumes si, de toute façon, ils peuvent pas le faire ! Faire du sport, parce que euh… voilà ils ont pas le temps. Ils vont pas aller courir… enfin voilà. Donc euh.. on met tout ça en arrière pour pas les …*
>
> *BG : hum.*
>
> *Dr 12 : faut pas les mettre en difficulté et nous aussi, nous mettre en difficulté.*

- Cependant, quand on creuse la question, les connaissances pour appréhender ce concept sont connues des généralistes.

Dr 11 :

> *BG : voilà. et du coup, euh… hum. Et du coup, sur le fait de se poser cette question-là ? de réfléchir là-dessus… ça t'as ? est-ce que ça t'as interpellé.*
>
> *Dr 11 : je vais sortir des trucs un peu formaté, du genre, le modèle bio-psycho-social.*

Dr 9 :

> *BG : euh…que vous évoque le thème des ISS ?*
>
> *Dr 9 : (2 sec de silence puis rire)*
>
> *BG : tadam !*
>
> *Dr 9 : euh ben (rire) euh ça m'évoque… ça m'évoque d'abord un livre que j'ai lu sur les inégalités sociales de santé en France et c'est la première fois que j'avais vu la distinction entre le fait… euh de la couverture sociale qui est à peu près , à peu près généralisée, et le fait qu'en fait, à couverture sociale égale, il persiste des inégalités de santé et qui sont essentiellement fonction effectivement de.. du mode de vie du fonction de la situation professionnelle, de la … et ça c'est… quand j'avais réalisé ça… parce qu'on entend tout le monde en France : « ben oui en France, tout le monde à la Sécu, en plus quand on est malade on a le 100%. » mais c'est pas vrai. Même euh… même à couverture égale, il persiste des… Et puis on le voit très bien ici c'est choses. L'espérance de vie, alors qu'ils ont la CMU et Dieu sait si on leur rabâche le fait que… ce sont des parasites. Un peu comme Mme M. elle a une espérance de vie qui n'a … n'a rien avoir avec euh…avec euh… l'assistante sociale ou avec euh…je sais pas qui.*

Dr 12 :

> *euh… ben ça m'évoque, un reflet de la société. Parce que dans la santé, il y a aussi des difficultés pour rejoindre les deux bouts. Parce que la médecine, enfin la santé y a… y a pas de prévention dans un certains nombres de cas et moins de soins aussi après.*

Dr 1 :

> *Dr 1 : ceux qui font partie de la classe moyenne, moyenne haute, eux ils consomment… ils consomment beaucoup plus et ce sont ceux qui sont le plus critique vis-à-vis du consumérisme, soit disant consumérisme des classes faibles quoi.*
>
> *BG : Humhum*
>
> *Dr 1 : donc parce qu'ils consomment du spécialiste… du bilan… voilà quoi. Alors que eux, ils consomment du généraliste et finalement, c'est peut être eux, les CMUistes, les gens de la classe … quoi… qui sont, je dirais, dans la prise en charge la plus logique puisque prise par le médecin traitant de premier recours. Alors que les autres ils vont avoir tendance à vouloir échapper à ce travail… à ce premier travail et alors à consommer quoi, largua manu quoi. Donc tu vois l'inégalité sociale de santé elle est en défaveur à priori des gens qui sont en bas de l'échelle sociale et peut être finalement pas plus que ça, parce que… aller pour une douleur thoracique voir d'abord le cardiologue, puis si c'est pas ça le gastro, puis si c'est pas ça le pneumo.. c'est aussi perdre du temps aussi.*
>
> *BG : ouais ouais.*
>
> *Dr 1 : enfin c'est… il manque… il manque un spécialiste du… du tout quoi.*

Dr 15 :

> *BG : plus spécifiquement, sur le thème des ISS. Qu'est-ce que ça vous évoque ?*
>
> *Dr 15 : (3 sec de silence) y en a. Après je trouve quand même que en France on a.. enfin ,je sais pas dans les autres pays, mais on a <u>encore</u> justement avec la Sécurité Sociale, la possibilité de la CMU, les Aides Médicales d'Etat, etc.. les gens ils sont quand même pas… pas laissés pour compte. De ce côté-là. Alors, ça serait plutôt… euh moi, pour moi, ça serait plutôt… oui, les gens qui sont plutôt seuls, voilà. Pas entourés. Y a des aides possibles mais ils ont du mal, voilà, ils ne les connaissent pas. Et donc, eux, pour faire les démarches, effectivement, c'est difficile. Mais pourtant, il existe pas mal de chose.*

> *Mais mais pour les gens qui sont juste un peu au-dessus, c'est-à-dire vraiment la classe moyenne, qui euh gagne un peu trop pour avoir la CMU mais qui gagne pas assez pour avoir une mutuelle.*

Dr 2 :

> *BG : Humhum (d'acquiescement) et sur le thème des ISS plus précisément, qu'est ce que ça vous évoque ?*
>
> *Dr 2 : (4 sec de silence) je pense que… les plus pauvres sont bien pris en charges. Mais il y a vraiment une petite frange comme ça, des milieux ouvriers qui commencent à gagner un peu plus que un demi SMIC, qui n'a plus la CMU, qui n'a plus d'allocations, et qui ne peut pas se faire soigner si facilement. Cette tranche-là, qui n'est pas vraiment dans la misère, qui est un petit peu délicate, surtout quand il y a des ruptures familiales. La misère actuellement c'est surtout, je trouve, quand il y a une rupture familiale, qu'il n'y a plus de consensus familial, pour aider un sujet malade. Quand les gens sont isolés.*
>
> *BG : et pour vous, c'est… quand, quand vous dites que ça touche surtout… pas les gens dans la grande misère mais les gens dans la classe d'après*
>
> *Dr 2 : voilà.*
>
> *BG : vous pensez, du coup, que c'est des histoires financières… que les ISS… que les causes sont financières ?*
>
> *Dr 2 : non, ce n'est pas que financières. La première cause, c'est l'isolement.*
>
> *BG : l'isolement par rapport à quoi ?*
>
> *Dr 2 : l'isolement par rapport aux familles, par rapport à des milieux sociaux, par rapport à des régions… à les les grandes cités… les grandes banlieues où il n'y a plus de prise en charge comme dans les communautés de village.*

Dr 10 :

> *BG : quand on parle des ISS : qu'est ce que ça vous évoque ?*
>
> *Dr 10 : ben ce que t'en as parlé. Les ISS… c'est pas évident. Ce matin on a abordé les problèmes financiers, bon la CMU… euh… la CMU, c'est bien la CMU, mais… mais les inégalités sociales ça passe aussi par la compréhension des maladies, par la mort, par la différence entre le symptôme et éventuellement une maladie, par… par ce que les gens peuvent entendre dans les médias concernant leur problème. Donc, on est souvent surpris de constater qu'il y a des gens qui… euh… seraient à même de comprendre ce qu'ils ont et qui finalement sont nus et crus devant euh… devant leur maladie et leur symptôme.*

B. Les ISS : choix politique

- L'un d'entre eux estime que certains choix de santé publique faits par des hommes politiques ont un impact sur les ISS.

Dr 5 :

> *BG : d'accord. Finalement euh… qu'est ce que ça vous évoque le thème des ISS ?*
>
> *Dr 5 : (rire) c'est le p'tit discours politique hein !! on a parlé de vulnérabilité ! (rire) c'est pas la même chose ! Une inégalité sociale ça veut dire qu'il y a une répartition. Qu'il y a eu des gens qui euh qui sont dans l'inégalité : y a des gens qui ont des droits et d'autres qui n'en ont pas alors que tous devraient en avoir. Ça c'est un jugement de valeur.*
>
> *BG : euh.. c'est pas un jugement, c'est le fait que... ça c'est c'est prouvé hein que entre.. les inégalités sociales de santé… entre un ouvrier et une cadre, y a euh y a une différence d'espérance de vie de sept ans. Ça c'est quelque chose qui est établi.*
>
> *Dr 5 : ouais. Ouais..euh… enfin.. euh.. ça c'est euh.. moi j'me considère dans <u>le soin</u> euh.. dans <u>l'activité de soin</u>. Donc effectivement en prévention <u>primaire</u> parce que 'fin c'est.. de façon très clair (en riant) elle est <u>là</u> l'inégalité sociale ! Si l'ouvrier il meurt avant c'est parce que la.. le concept de pénibilité qui arrive là-dedans. Donc il est là. Donc euh.. là c'est un concept plus pol..euh.. 'fin tout est politique mais enfin là qui est encore plus politique de le nommer, je veux dire. Est-ce qu'on doit mourir plus tôt parce qu'on est ouvrier ? Que parce qu'on est euh.. qu'on est instituteur en fait, en l'occurrence, pour être honnête ? Moi je je.. situe ces inégalités… c'est pas moi qui fait le choix donc en terme de de de.. de santé publ.. 'fin pas de santé publique. De prévention en l'occurrence hein. J'en suis un acteur mais c'est pas moi qui fait les choix. Le choix de.. du du du du du du litre de rouge qui est vendu a euh… 'fin si l'alcool est en vente libre en France, c'est pas c'est pas un choix d'un médecin. C'est un choix politique. La loi Evin, c'est un choix politique, sur le terrain, hein. Moi je suis acteur de santé et je dispense des soins.*

- Un autre explique que son choix de pratique professionnelle est en rapport avec ses convictions politiques.

Dr 4 :

> *J'ai des amis euh… bon nous, on est quand même des médecins… ben tu vas voir, on essaie de faire du social, un peu marqué à gauche !*

C. Les ISS : démarche syndicale

Dr 11 :

> *BG : si je te dis les ISS, qu'est-ce que ça t'évoque ce thème ?*
>
> *Dr 11 : (3 sec de silence) ça m'évoque, ben une ligne syndicale de mon syndicat. Mais euh… (rire)*
>
> *BG : pourquoi ?*
>
> *Dr 11 : ben parce que c'est une des lignes de notre syndicat. Tout ça, tu peux pas le marquer ! (rire)*
>
> *BG : c'est qui ?*
>
> *Dr 11 : faut pas le dire ! faut pas le dire ! non mais, ça fait partie (2 sec de silence) d'une des lignes de bataille de… du syndicat dans lequel je suis. Que je ne veux pas citer. Qui est un syndicat de gauche, voilà ! (rires partagés) et euh… qu'on est en train de mettre en place, justement, dans dans le cadre de négociations conventionnelles. Qui euh.. qui ont lieu tu sais ?*
>
> *BG : ouais.*
>
> *Dr 11 : et… donc voilà. comment faire pour que euh, les patients puissent avoir accès aux soins euh quelques soient leur euh leur niveau socio-économique. Et comment faire aussi, et comment allier ça au fait que les médecins gagnent bien leur vie. Ça c'est… ça va ensemble.*
>
> *BG : et alors, c'est quoi le rapport entre le fait de de… l'accès aux soins et… et .. le fait que les médecins gagnent bien leur vie ?*

> *Dr 11 : la démarche syndicale, quand même, c'est que les médecins soient reconnus dans leur métier. On est dans un.. dans une société un petit peu quand même euh.. libérale. Et donc, le médecin libéral, bien qu'il soit valorisé, et puis donc c'est l'un des terrains de bataille du syndicat, c'est défendre le pouvoir d'achat du médecin euh du médecin généraliste libéral. Pouvoir, revaloriser les actes et puis, tout en trouvant des solutions alternatives, pour ne pas mettre dehors une certaine catégorie de la popu… euh de patients. Puisque les.. les spécialistes par exemple qui font beaucoup de secteur 2, ben on se rend compte que euh ils sont de moins en moins accessibles à une certaine frange de la population. Nous ce qu'on voudrait c'est, sur d'autres modes de rémunérations que l'acte, de pouvoir permettre d'avoir un accès à ces patients. Ou à l'acte, mais par le biais de tiers-payant ou de chose comme ça.*

IV. LA VULNÉRABILITÉ SOCIALE

A. Définition

- Deux des médecins interrogés estiment que la vulnérabilité sociale n'est qu'un problème financier.

Dr 7 :

> *BG : ouais, d'accord. (2 sec de silence) alors, on en parlait l'autre fois, comment définissez-vous la vulnérabilité sociale ? c'est que…*
>
> *Dr 7 : alors la question… réponse : euh, c'est tout simplement euh.. financier. Y a que ça.*
>
> *BG : d'accord. Donc, c'est est ce qu'il a les moyens ou pas… ?*
>
> *Dr 7 : voilà.*
>
> *BG : de payer.*
>
> *Dr 7 : il a pas d'argent, il est malheureux. Et euh… il va somatiser, de toute façon. Euh.. si il a de l'argent, il est malheureux, il va pas somatiser.*
>
> *BG : D'accord. Et il y a pas d'autres facteurs qui rentrent en jeu ?*
>
> *Dr 7 : y a que l'aspect financier.*
>
> *BG : d'accord.*
>
> *Dr 7 : à l'heure actuelle, dans notre société occidentale.*

Dr 6 :

> *BG : vous êtes dans la même veine ! euh… donc là, ça traitait de vulnérabilité sociale, comme est-ce que vous définissez, vous, la vulnérabilité sociale ?*
>
> *Dr 6 : (3 sec de silence) ben non ben je pense que c'est dans le cadre de la médecine. Donc euh… je pense que euh.. l'accès euh.. aux soins et à une santé euh.. de qualité peut être euh.. rendu difficile par le manque de moyens financiers.*
>
> *BG : pour vous c'est uniquement le manque de moyens financiers, ou il y a d'autres facteurs qui… ?*
>
> *Dr 6 : moi ici, je ne vois que ça.*
>
> *BG : d'accord.*
>
> *Dr 6 : dans le cadre de ma clientèle, de la situation géographique de mon cabinet, je vois surtout ça.*

- Tous les autres rapportent une problématique plurifactorielle liée au mode de vie, aux pathologies existantes et/ou à l'isolement, donc basée sur un modèle bio-psycho-social de la prise en charge des patients.

Dr 8 :

> *BG : on a parlé dans l'étude donc de vulnérabilité sociale. Comment vous la définissez ? la vulnérabilité sociale… ?*
>
> *Dr 8 : alors euh… (soupir puis 4 sec de silence) euh au niveau familial, le contexte familial : est-ce que c'est une femme seule avec des enfants ? est-ce que c'est un couple ? stable ? avec un logement ? un logement… est ce qu'ils habitent en famille ? je sais plus. Euh… est ce qu'il y a un travail ? est-ce que quelqu'un travail dans la famille ? est ce qu'ils sont suivis par une assistante sociale ? y en a qui le sont pas mais qui auraient besoin d'aides. Y en a qui sont suivis et qui ont les aides qui faut. Euh…*

Dr 11 :

> *BG : mais alors justement, du coup, là on parle que d'accès aux soins et tout ça, mais comment tu définis toi, la vulnérabilité sociale ?*
>
> *Dr 11 : (3 sec de silence) alors euh..sur, ben.. hum. Y aura peut-être plusieurs points de vue. Y aura le point de vue… sur un point de vue médical, la vulnérabilité sociale, ça peut être vu, soit comme le fait que l'état de santé empêche de s'intégrer dans la vie sociale par le fait d'avoir un travail ou une vie professionnelle épanouie ou à la hauteur de ses compétences. Euh… ou euh d'avoir une vie familiale, etc. euh, ça c'est la santé empêcherait d'avoir une intégration sociale. Euh… évidemment, c'est le fait d'avoir aussi un emploi non qualifié euh précarisé euh. Ça c'est plutôt sur le type même d'emploi que l'on a qui est mal payé.*

Dr 5 :

> *alors moi quand j'ai rempli euh quand j'ai rempli effectivement l'EVA euh.. ça m'a fait réfléchir euh..parce que euh.. la vulnérabilité sociale je je euh.. en fait euh.. c'est pour ça je me dis je vais … je devais répondre après.. c'était bien euh.. bien bien intéressant. Elle est plus une vulnérabilité psychosociale. Enfin en l'occurrence. La vulnérabilité sociale euh.. dans le sens où euh il faut faire une enquête sociale auprès d'un patient euh c'est pas tout à fait dans mon champ en fait en l'occurrence hein. Euh.. euh.. finalement ça renvoie au concept de vulnérabilité de la personne âgée en l'occurrence. Ouais je..(3 sec de silence) la la vuln.. (2 sec de silence) y a y a des patients effectivement euh.. qui qui viendront jamais dans ma consultation en fait. Quoi qu'en fait en y refl.. enfin moi ce que je peux percevoir quelque part euh..puisque donc en fait je suis un acteur libéral donc je fais payer mes consultations. En fait en l'occurrence donc euh.. mon accès n'est pas libre.. il est libre il n'est pas gratuit.*

Dr 9 :

> *BG : donc finalement là, bon vous y avez un peu répondu, mais bon pour vous, la définition de la vulnérabilité sociale ?*
>
> *Dr 9 : (3 sec de silence) alors (2 sec de silence) ben déjà dedans y a le social et la vulnérabilité. Alors la vulnérabilité, c'est la fragilité. Donc effectivement, pour moi, ce sont des gens qui sont pour moi un peu en difficulté. Euh… mais c'est vrai que dans le social… (4 sec de silence) y a pas que, y a pas que… on disait qu'il y avait pas que l'argent. C'est aussi une difficulté sociale, c'est-à-dire d'insertion. Alors c'est… c'est la solitude. Ça peut être, bon… le mode de vie, le logement, le… c'est vrai que quand je pars le soir, je me dis… ben je suis bien content de repartir chez moi parce que ce que je vivrais pas ici. Je veux bien y travailler mais je veux pas y vivre. (3 sec de silence) voilà. C'est…*
>
> *BG : c'est…*
>
> *Dr 9 : c'est donc la personne dans son… alors vulnérabilité, c'est la fragilité par rapport à ça. C'est-à-dire que… effectivement, et en terme de santé, on a quand même plein de pathologies qui sont … des pathologies liées… bon c'est pas des carences mais ça veut dire, c'est presque l'inverse bon. L'obésité, les carences, les… les troubles dentaires. Ça c'est. Bon en plus le cabinet, c'est un peu un recrutement un peu particulier. Mais bien sûr, y a toute la toxicomanie (4 ces de silence) les pathologies cardiovasculaires. On a un <u>maximum</u> de diabète, alors je sais pas pourquoi. Mais, à priori objectivement le diabète, c'est quand même prouvé.*

Dr 10 :

> *BG : concernant la vulnérabilité sociale : vous, comment vous la définissez la vulnérabilité sociale ?*
>
> *Dr 10 : en général ? la vulnérabilité sociale !(soupir)(rire) en 2011… (rire)*
>
> *BG : c'est votre définition que je veux !*
>
> *Dr 10 : la vulnérabilité sociale, en 2011… ça passe par beaucoup de chose la vulnérabilité sociale ! ça passe par… ben on en revient toujours pareil, euh (3sec) le statut social d'un individu. Le statut social, c'est quoi ? c'est … c'est l'argent, c'est le logement, c'est l'éducation des gosses, c'est … voilà. C'est le boulot, c'est le chômage. Et après le chômage, il arrive un moment où on va basculer dans … enfin voilà, quelque chose comme ça. Ça, c'est de la vulnérabilité sociale. Y a des gens qui sont en grande difficultés. Sachant que des situations comme, ça peut déboucher sur des grandes catastrophes. A l'intérieur de la famille, à l'extérieur… sur des problèmes d'addiction…*
>
> *BG : ouais, y a un retentissement…*
>
> *Dr 10 : en France, ce sont des choses qu'on sait. C'est pas une définition très originale que je donne…*

- Du fait des politiques d'accès aux soins mis en place en France, en particulier avec la CMU, les généralistes retiennent souvent ce critère comme révélateur d'une vulnérabilité sociale.

Dr 11 :

> *Euh… de toute façon, en France, je pense que déjà le critère d'avoir la CMU, je pense que c'est un critère qui doit faire classer la personne dans… dans une catégorie de vulnérabilité sociale élevée quoi. C'est assez révélateur d'avoir la CMU.*

- Une conceptualisation intuitive, laborieuse des déterminants sociaux de la santé.

Dr 4 :

> *Dr 4 : alors la vulnéra.. et ben ce sont les gens qui sont … qui osent moins.. ben d'abord qui osent moins questionner le médecin. Donc qui se sentent peut être moins intelligent face au médecin. Ceux qui euh… voilà.. n'osent pas dire qu'ils vont pas pouvoir se payer un examen. Qu'ils vont pas faire un examen ou qui vont faire croire qu'ils ont l'oublié. Je pense qu'ils ont peur de devoir payer des suppléments. Et puis euh… oh et puis des gens qui vont pas dire que leur santé, si tu veux, est en lien avec le faire d'habiter un quartier euh... Parce que je pense que… tu vois, je pense que quand t'habites certains quartier, t'es dérangé, tu dors moins bien. Ou t'es angoissé, t'es stressé, c'est sûr que c'est plus confortable ailleurs.*
>
> *BG : et ça, à cause de quoi… c'est quoi les facteurs qui vont faire que.. ils vont pas oser en parler, ils vont pas oser aller faire des examens ?*
>
> *Dr 4 : ben ouais c'est un peu la peur qu'on ouais.. de pas être compris, être entendu quoi. Mais moi carrément pas. Parce que je fais quand même des certificats : « a besoin d'être.. ceux qui sont dans un truc humide, font de l'asthme, a besoin d'être dans un endroit sec. » Ceux qui sont stressés : « a besoin.. »… j'en fais. Je sais pas si ça va servir à grand-chose. Pour leur faire plaisir je rempli des certificats de « bonne salubrité » (rire) tu vois des choses comme ça.*

Dr 14 :

> *BG : humhum. Et là vous parlez… dans cette étude, on parlait de vulnérabilité sociale, comment vous la définissez-vous ? Justement, vous vous posiez la question au début.*
>
> *Dr 14 : Définir mes critères de vulnérabilité sociale ! (rire)*
>
> *BG : oui.*
>
> *Dr 14 : vulnérable … quand on n'a pas de travail, quand on perd son travail, quand on a du mal à se déplacer, quand on a du mal à aller passer des examens à droite à gauche.. voilà. La société est de plus en plus (2 sec de silence) pas agressive, mais elle est difficile à gérer pour nombre d'individu. Avant… bon les personnes âgées, ben, je sais pas elles étaient peut être entourées. Pour les examens complémentaires, aller chercher les médicaments, maintenant c'est le médecine qui doit prendre en charge tout ça. Y a plus personne autour pour s'occuper de… du linge, de l'alimentation, de l'hygiène. Et ben alors on prescrit. On prescrit euh… l'hygiène avec les infirmières à domicile, on prescrit les portages de repas, en tout cas on fait des certificats médicaux pour que ce soit possible. On fait des certificats médicaux pour les aides, les auxiliaires de vie, les aides à domicile. Alors qu'avant c'était la société, le voisinage, les enfants qui prenaient en charge*

Dr 15 :

> *BG : du coup, vous avez réfléchi, enfin, à des critères ? Finalement, votre façon de définir la vulnérabilité sociale ?*
>
> *Dr 15 : oui, ben j'ai un peu des idées… plutôt… des critères. Ben là, ouais, comme vous voyez dans l'étude. Selon les facteurs socio-professionnels, on va dire, le revenu, effectivement. Après origine, je sais pas si je l'avais rajouté. L'origine, immigré ou pas, c'est vrai que.. je pense aussi. Voilà quoi. Tous ces critères-là un petit peu.*
>
> *BG : vous y êtes confrontés.*
>
> *Dr15 : ouais. Ben selon, on se dit, si cette personne est plus âgée, plus fragile, elle est seule ou pas. Donc on va agir différemment. Après, moi je vois, pour certaines pers.. certains patients, qui ont pas forcément fait beaucoup d'étude ou quoi… mais par rapport à des gens qui savent pas lire effectivement. C'est même pas juste le niveau d'étude quoi. C'est juste que voilà ils sont pas… et du coup, alors, on les aide, à prendre des rendez-vous pour eux, à essayer de… voilà. Ça je le fais voilà régulièrement quoi.*

- Enfin, un seul relève le caractère évolutif de la vulnérabilité sociale.

Dr 10 :

> *Au boulot par exemple, on n'est pas…. à l'abris d'un accident… de voiture ou n'importe quoi. On est bien aujourd'hui et puis demain… (2 sec de silence) et le psychisme qui en prend un coup et…*

- Des amalgames persistent.

Entre vulnérabilité sociale et grande précarité.

Dr 3 :

> *C'est effarant de voir les clodos, si tu veux, quand tu les fais prendre en charge par les assistantes sociales, tout ce qu'ils arrivent à avoir.*

> *Ben là, chez les clodos, c'est que c'est souvent y a un problème d'alcool qui les as un peu euh…*

> *Les sans-papiers aussi. Les sans-papiers.*

Entre vulnérabilité sociale et handicap.

Dr 4 :

> *Ouais y a des gens… ouais ben par exemple des gens handicapés…*

Dr 3 :

> *C'est pour ça que je pensais qu'y avait, dans les inégalités sociales, y a les inaptitudes, les inadaptations tu vois. Bon c'est peut-être pas vraiment social mais un petit peu quand même. Tu vois les gens qui sont handicapés, qui sont finalement inadaptés au système de santé.*

B. Exemples-types

Dr 11 :

> *voilà, le profil type que j'ai en tête c'est la jeune femme euh non qualifiée avec un emploi à mi-temps et puis trois enfants à charge. Ça c'est un peu l'archétype, le cas typique de la vulnérabilité sociale.*

Dr 1 :

> *voilà, comme cet après midi, une dame que tu as pas vu qui est arrivée après, Mme S qui… à qui on a annoncé qu'elle allait être la retraite cet été qui va avoir des revenus qui vont beaucoup baisser… Elle était dans un logement de fonction de l'Etat, elle va plus y avoir droit. Là, tout d'un coup… plus de logement de fonction, diminution notable des revenus… puisqu'elle n'a pas une bonne retraite alors qu'avant elle avait son salaire entier… là, en plus des problèmes psychiatriques connus… là il va y avoir un prob… là, le social va rattraper le médical et va… y a des risque quoi.*

C. **Une théorie personnelle**

Dr 2 :

> *BG : finalement, comment vous définissez la vulnérabilité sociale ? parce que c'est le…*
>
> *Dr 2 : la vulnérabilité sociale ? la différence entre la vulnérabilité sociale et... ?*
>
> *BG : ouais.*
>
> *Dr 2 : ce sont des gens qui se laissent influencer, qui ont un petit moi… qui ont de la peine à porter un jugement sûr. Autrement dit, qui donnent raison au dernier qui a parlé. et qui se laissent manger par des situations, par des addictions au jeux, par exemple.. par des… qui ne savent pas se faire assurer, qui ne savent pas mettre de l'argent de côté, qui sont agios-philes. Vous connaissez cette maladie ?*
>
> *BG : non.*
>
> *Dr 2 : c'est des gens qui ne peuvent pas s'empêcher de payer des agios.*
>
> *BG : ah.*
>
> *Dr 2 : et qui arrivent à dépenser des sommes considérables d'argent, uniquement à cause des agios de la banque. La banque fonctionnant comme un véritable usurier incroyable, à des taux très importants. Et le diagnostic se fait en posant la question : « combien d'agios avez-vous payé l'an dernier ? » et si il vous répond : « houlala ! je veux pas le savoir parce que je sais que j'ai beaucoup payé ! » ça, c'est un agios-phile et il faut le soigner. Et de dire le mot, c'est très utile. Parce que les gens… deux ans, trois ans plus tard ils me le disent : « j'étais agios-phile. »*
>
> *BG : heu*
>
> *Dr 2 : les banques se régalent avec ces agios.*
>
> *BG : ben ça… c'est sûr. Donc pour vous, la vulnérabilité sociale, c'est une question de…*
>
> *Dr 2 : d'aliénation de la personnalité dans la vie sociale. C'est sûr. Y a beaucoup de gens qui ont de la peine.*

V. RÔLE DU GÉNÉRALISTE DANS LA RÉDUCTION DES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

A. Rôle du médecin généraliste dans le colloque singulier

- Un seul médecin estime que le généraliste n'a pas de rôle propre à jouer dans la réduction des ISS, et, apparemment, par manque de temps.

Dr 7 :

> *BG : d'accord. Selon vous, est-ce que le médecin généraliste a un rôle à jouer dans la réduction des ISS ?*
>
> *Dr 7 : aucunement. On a déjà pas mal de fonctions.*
>
> *BG : ouais.*
>
> *Dr 7 : donc, on a le fameux medsite déjà, qui nous prend du temps. C'est assez comme ça.*

- Tous les autres estiment que le médecin généraliste a un rôle propre à jouer.

Dr 8 :

> *Y a forcément une implication puisque j'y suis confrontée.*

➢ D'orientation, d'aide et d'information :

Dr 4 :

> *BG : selon vous est ce que le médecin généraliste a un rôle à jouer*
>
> *Dr 4 : <u>oui</u> !*
>
> *BG : dans la réduction des inégalités ?*
>
> *Dr 4 : oui oui. Ah oui, il a un rôle important à jouer. Il faut, ouais, il faut qu'il s'implique un peu plus.*

> *Le généraliste c'est vraiment si tu veux la tour de contrôle qui oriente et qui aide.*

Dr 10 :

> *BG : et selon vous, est ce que le médecin généraliste a un rôle à jouer dans les ISS ?*
>
> *Dr 10 : (3 sec de silence) il y a un rôle !(rire) bien sûr dans la mesure où… il peut avoir un rôle d'aidant, de facilitateur de certaines démarches, de médiateur.. (5 sec de silence) sur un plan purement social, oui… il peut aider les gens pour certaines démarches d'accession à un logement parce qu'ils y arrivent pas… ouais.*

Dr 11 :

> *Euh.. et puis euh un rôle de euh d'information. En disant au patient qu'il y a la possibilité de consulter un médecin autre que euh un médecin libéral. Y a des médecins hospitaliers, y a… donc c'est un rôle d'information. De guidance.*

Dr 2 :

> *Il a un rôle à jouer, oui oui je pense. En orientant les gens, en leur expliquant leur choix…*
>
> *On a un rôle social de toute façon.*

Dr 15 :

> *BG : et alors, pour vous, est ce que le médecin généraliste à un rôle à jouer dans la réduction des ISS ?*
>
> *Dr 15 : ben oui du coup. On peut, justement, aider, par ce qu'on disait, pour des gens qui peuvent pas faire des démarches tout seul, ben les aider à les orienter, à remplir certains documents, voilà. Des fois, ils gagnent du temps quand on les aide à remplir certains documents. Essayer de leur expliquer euh un peu la prévention, l'éducation, enfin… y a pleins de chose. La nutrition, y a aussi ça. La nutrition, l'hygiène, etc.. tout ça.*

Dr 6 :

> *BG : selon vous, est-ce que le médecin généraliste à un rôle à jouer dans la réduction des ISS ?*
>
> *Dr 6 : ah ben oui. Parce qu'on est là pour les conseiller euh.. pour les diriger et pour euh… qu'ils aient accès à tous leurs droits. Et puis euh.. en ce qui concerne la santé, ben, se débrouiller pour qu'ils voient des médecins qui, par exemple, ne prennent pas de dépassement euh.. leur prescrire les médicaments qui leur coûtent le moins cher possible, pour la partie qui n'est pas remboursée.*

- De confident :

Dr 14 :

> *De même qu'on devient le confident… le confident de toutes les … toutes les inégalités sociales, les harcèlements professionnels. Avant on faisait différemment.*

Dr 12 :

> *BG : pour vous, est ce que le médecin généraliste a un rôle à jouer dans la réduction des ISS ?*
>
> *Dr 12 : (sur un ton ironique) bien évidemment ! (rire)*
>
> *BG : et lequel ? (sur le même ton de la plaisanterie)*
>
> *Dr 12 : (sérieux à nouveau) euh ouais, je pense qu'on a un rôle parce qu'on est les… souvent les premiers interpelés dans un certain nombre de difficultés. De santé, bon ben ça, c'est logique, mais dans le social… souvent. Y a un truc qui va pas mais t'es bien certain que c'est pas un truc organique et que c'est… un dysfonctionnement ou autre. Donc euh je pense que oui, je pense que si on est à l'écoute et qu'on permet aux gens de… d'ouvrir la porte de temps en temps, on peut j'espère leur permettre de pas embringuer une mauvaise pente quoi. Parce que ben... je sais pas (soupir) parfois ça va se jouer sur… des reclassements professionnels ou des trucs comme ça. Parce que ils sont, a priori dans un truc qui semble être une impasse. Et avant que…*
>
> *BG : modifier pour ces patients… et les faire rentrer dans…*
>
> *Dr 12 : ouais, les faire rentrer dans… enfin leur montrer qu'il y a d'autres portes. Après je sais pas si on peut les y faire rentrer.*
>
> *BG : ouais.*
>
> *Dr 12 : c'est vrai que leur… bon déjà si on peut voilà, leur permettre de les écouter autour de ça (tape sur ces jambes avec ses mains) et leur, voilà, leur permettre de prendre une autre… une autre voie que… que. Moi je pense qu'on peut avoir un petit impact à ce niveau. Mais bon après.*
>
> *BG : une petite goutte d'eau.*
>
> *Dr 12 : ouais ouais mais bon parfois, c'est sur des conneries que ça se joue, je pense.*

- De défenseur d'un système de soins :

Dr 11 :

> *Ben bah, le rôle, il est déontologique puisque c'est inscrit dans le serment d'Hippocrate. Et puis, c'est enfoncer des portes ouvertes. Moi, voilà, le fait de jouer en en amont, c'est-à-dire dans la… au niveau des prises en charge tarifaires quoi de.. des actes, je pense. C'est de prévoir euh une.. de défendre la protection sociale. De défendre la sécurité sociale, avec le remboursement des actes et le tier-payant.*

> *Euh, au niveau collectif, je pense que le médecin généraliste il a une possibilité d'agir. Je vais repartir sur le syndicat mais je pense que euh comme on est des interlocuteurs conventionnels dans toutes les négociations euh pour l'accès aux soins et pour les.. le coût de la santé, c'est d'avoir, de faire un travail de lobbying sur euh sur l'éducation thérapeutique des zones défavorisées, enfin des populations défavorisées. Euh, c'est de euh de, voilà, de lutter pour qu'il y ait le tier-payant, pour qu'il y ait un accès aux soins. Voilà, pour faciliter l'accès aux soins. Pour que la santé ne coûte pas directement à l'individu. Coûte à la société mais pas forcément que le l'individu le le..*

Dr 5 :

> *BG : et finalement, à votre avis, quel est le rôle que le médecin généraliste a à jouer dans la réduction des ISS ? (4 sec de silence) Est ce qu'il a un rôle à jouer ? Et si oui euh.. par quoi ça passe ?*
>
> *Dr 5 : en tant que.. il doit revendiquer euh sa position de euh… de médecin de soins primaires, hein. D'avoir une activité qui qui est libre et qui est accordée. Enfin le système de santé sociale doit permettre l'accès au système enfin.. au système de santé primaire dont le premier échelon, le maillage au jour d'aujourd'hui en France, c'est le médecin généraliste. C'est au système de santé et aux politiques de le faire en fait, hein. La couverture maladie universelle c'est ça. Ça s'appelle couverture maladie universelle. C'est le risque maladie, hein. C'est écrit comme tel dans dans le titre. Ce qui n'est pas le cas au jour d'aujourd'hui. Enfin, en ce sens-là. Donc euh, je suis effectivement le 1er maillon. J'exerce dans une pratique libérale. Mes mes mes collègues qui exercent dans des ensembles mutualistes, ils disent pareil. Dans les centres de santé, ça n'existe pas… même dans les centres de santé, c'est pas un accès libre. C'est pas vrai. Il faut que les gens payent. Payent d'une certaine façon. Et je… c'est en sorte la réduction… la..la.. c'est pas ma position d'acteur de de soins de santé primaire qui est à modifier, c'est l'accessibilité qui est en elle, en fait. Donc mon rôle en fait, il est défini. Enfin maintenant après (2 sec de silence) c'est aux politiques de faire en sorte que je je puisse jouer mon rôle en fait quoi.*

- Un rôle trop lourd ?

Dr 15 :

> *Enfin oui quand même, on fait un petit peu. Après, bon ben voilà, les gens ils ont.. ils ont leur vie. On peut pas leur changer leur vie.*

> *Les gens, quand ils ont personne ou quoi, ben ils viennent nous voir. Nous voir, pour des choses qui… ouais quand même dès fois n'ont rien à voir avec…*

Dr 10 :

> *On a un rôle à jouer. Souvent les gens d'ailleurs (rire) ils nous demandent des choses qui peuvent être au-dessus de nos moyens ! Nous on veut bien s'investir, mais bon… quelque fois, il faut quand même leur dire que bon… on a un rôle qui est défini.*

> *Ouais. C'est plus qu'un défi… je sais pas si c'est un défi… c'est plutôt un combat. Parce qu'un défi… c'est difficile à relever ! (rire)*

- Une arme sociale ?

L'un des médecins aborde la question de son instrumentalisation par les patients.

Dr 14 :

> *Ça devient une arme sociale : « si tu m'embête, je me fais arrêter par mon médecin. Si tu me cries trop dessus, je me fais arrêter par mon médecin. »*

B. Rôle du médecin généraliste dans la médecine collaborative

- Pour la moitié des médecins interrogés, le travail en réseau apparaît comme indispensable dans la prise en charge des patients dans un objectif de réduction des ISS.

Dr 6 :

> *Ben on les dirige, mettons vers une assistance sociale, si ils peuvent prétendre à certaines allocations. Euh.. on leur dit qu'il faut s'adresser à la MDPH, par exemple, pour les adultes handicapés, pour faire des demandes de dossiers euh… pour obtenir certaines choses.*

Dr 11 :

> *A titre individuel, je pense que le médecin généraliste, il peut essayer de réduire… euh à titre individuel en tant que médecin et puis à titre individuel pour le patient qu'il a en face de lui, euh en étant particulièrement vigilant, je pense euh.. aux conditions de travail de son patient. Mais ça après, ça ça empiète sur le métier du médecin du travail. Peut-être en alertant le médecin du travail.*

Y compris le Dr 7, seul médecin estimant que le généraliste n'a pas de rôle propre à jouer dans la réduction des inégalités sociales de santé.

> *Dr 7 : et on passe le patient aux assistantes sociales généralement, avec un mot, un courrier.*
>
> *BG : donc c'est un travail en réseau avec d'autres euh…*
>
> *Dr 7 : personnes.*
>
> *BG : d'accord. Et… euh donc euh alors euh… c'est les travailleurs sociaux qui ont un rôle à jouer dans la réduction des ISS ?*
>
> *Dr 7 : mais il n'y a que eux. Parce que.. bon, on a beau être médecin euh… les nouvelles lois, les différentes protections juridiques ou autre, on les connait pas. et euh… en se prononçant, on peut induire le patient dans une mauvaise direction.*
>
> *(3 sec de silence)*
>
> *BG : hum.*
>
> *Dr 7 : donc, les assistances sociales, elles sont là. Les services de la mairie sont là. La croix rouge est là. Le conseil général est là. Le député est là. Euh… y a déjà pas mal de personnes.*
>
> *BG : humhum. D'accord.*
>
> *Dr 7 : et je suis le médecin traitant, je suis pas le voisin.*
>
> *BG : ouais.*
>
> *Dr 7 : euh… ni le frangin. D'accord.*

Dr 1 :

> *BG : justement tu viens d'empiéter sur la question d'après, c'était : selon vous, le médecin généraliste a-t-il un rôle à jouer dans la réduction des ISS ?*
>
> *Dr 1 : euh… Euh… (6 sec) euh de de …un rôle à jouer dans, dans la réduction des inégalités sociales de santé ?*
>
> *BG : ouais ouais*
>
> *Dr 1 : (2 sec) oui oui. Bien sûr ! bien sur ! mais en l'intégrant dans un réseau.*
>
> *BG : dans un réseau.*
>
> *Dr 1 : voilà.*
>
> *BG : et lui… lui, il reste sur la partie médicale…*
>
> *Dr 1 : oui*
>
> *BG : en intégrant les différentes composantes.*
>
> *Dr 1 : il reste actif sur la partie médicale tout en donnant son, sa vision des choses sur la partie sociale. Mais il ne sera pas actif sur la partie sociale. Voilà. Tu vois.*

Dr 4 :

> *Dr 4 : oui oui. Ah oui, il a un rôle important à jouer. Il faut, ouais, il faut qu'il s'implique un peu plus.*
>
> *BG : et ça passe par quoi ?*
>
> *Dr 4 : ben, on a vu le réseau ressource santé.. dont moi j'ai un patient…*
>
> *BG : c'est quoi ?*
>
> *Dr 4 : ben réseau ressource santé, c'est un réseau qui aide les gens à trouver d'autres réseaux ou d'autres liens pour qu'il soit aidé.*
>
> *BG : mais ça marche en réseau.*
>
> *Dr 4 : en réseau voilà. Le généraliste peut aider à condition… comme la dame d'avant, pour sa fille, elle me dit… ouais, j'ai dû l'envoyer voir le réseau arrêt du tabac pour avoir des séances de TCC. Après sa fille elle est allée voir le réseau étape. La gamine qui était en surpoids et qui avait 13 kilo de trop, elle va aller voir le réseau adolescent. Enfin moi je suis… c'est des gens qui sont en petite vulnérabilité sociale mais comme… disons… ils ont pas accès à toutes les informations qu'à accès le généraliste. Le généraliste c'est vraiment si tu veux la tour de contrôle qui oriente et qui aide.*
>
> *BG : c'est le 1er recours quoi.*
>
> *Dr 4 : ah ouais mais qui est capital. Quand on fait bien notre boulot on peut vraiment aider.*

VI. APPORTS À LA PRATIQUE

A. Aucun pour eux-mêmes, mais interpellant pour le patient

- Deux médecins interrogés estiment que l'étude ne va rien changer à leur pratique mais pour des raisons opposées.

Le premier parce qu'il estime n'avoir aucun rôle à jouer dans la réduction des ISS.

Dr 13 :

> *A ma pratique, rien du tout.*

Le seconde parce qu'il estime le faire déjà au quotidien. Comme une mission ?

Dr 10 :

> *Je le fais au quotidien. (3 sec de silence) je le fais au quotidien. Non, moi j'ai toujours ça à l'esprit. Non, peut être que j'étais, je sais pas, rempli d'une mission ! (rire) non non je suis modeste quand même ! mais, non non, j'ai toujours fait ce boulot avec … avec cette idée-là, quoi. Le social, c'est important dans notre métier et les IS, non non je pense que...*

- Le généraliste qui pense qu'il n'a pas de rôle à jouer et ne doit pas changer sa pratique estime que cette étude va interpeller les patients, de par les questions qui leur sont posées.

Dr 13 :

> *Dr 13 : à ma pratique, rien du tout. (3 sec de silence) mais c'est intéressant pour le patient. Quand je lui pose la question, grâce à ce questionnaire : « est-ce que vous êtes vulnérable socialement ? » ça les interpelle.*
>
> *BG : et euh… ça les interpelle par rapport à quoi ?*
>
> *Dr 13 : par rapport à leur situation.*
>
> *BG : vous voulez dire qu'ils pensent que euh… enfin, ça va les inciter à faire des démarches ou ça va les…*
>
> *Dr 13 : une réflexion. Sur leur vulnérabilité, uniquement.*

B. Une prise de conscience, parfois source d'inconfort

Deux médecins reconnaissent que cette étude leur a permis de réaliser qu'ils ne s'interrogeaient pas systématique sur la question de la vulnérabilité sociale de leur patient.

Dr 14 :

> *Certains je me suis posée la question alors que je ne me la posais pas. Par exemple, ceux à qui j'ai marqué qu'ils n'avaient pas vraiment de vulnérabilité sociale, euh… pour moi, c'est peut-être un non-dit évident ! (rire) Je ne me posais pas vraiment la question. (3 sec de silence) le papier m'a fait me dire : « bon et eux ? Est-ce que tu les sens vulnérables ? » (rire)*

Cette prise de conscience pouvant être source d'inconfort.

Dr 5 :

> *BG : et alors enfin, qu'est-ce que cette étude et cette question de la vulnérabilité sociale apporte à votre pratique ?*
>
> *Dr 5 : (3 sec de silence) de l'inconfort. Parce que euh… euh.. je pose pas… elle me cause de l'inconfort parce que je pose pas à mes patients : « est-ce que vous arriverez à… ? » Enfin, ça peut se poser. J'ai eu posé. Je la pose beaucoup moins.*

C. Un changement de comportement pour tous les autres

- Comme une affirmation.

Dr 2 :

> *Ah ben ça a amélioré… ça va améliorer… ça risque de changer mon comportement dans mon… dans mon questionnement. C'est sûr.*

- En se confrontant aux idées des autres.

Dr 4 :

> *Enfin ta thèse peut nous montrer que… parce que là je pense qu'il y a d'autres médecins qu'ont d'autres idées et que ça va m'aider aussi quoi. c'est échanger nos idées. C'est faire un brainstorming quoi.*

Dr 1 :

> *BG : et enfin la dernière question : qu'est-ce que cette étude et cette question de la vulnérabilité sociale apporte à ta pratique ?*
>
> *Dr 1 : Euh…(soupir) moi je pense que c'est insuffisant. C'est une introduction mais c'est encore insuffisant. Moi je pense, ce qui est intéressant dans ce travail, ça serait peut-être d'avoir plusieurs médecin. Je pense que tu l'as prévu ?*
>
> *BG : Humhum (d'acquiescement)*
>
> *Dr 1 : et…. Et de voir comment les autres réagissent.*

- Des changements concrets.

Dr 11 :

> *BG : Et est-ce que le fait de te, du coup de, de te poser la question, là, sur tes 10 patients ce matin, sur la vulnérabilité sociale, est ce que t'as l'impression que ça change quelque chose dans ta pratique ? Par la suite.*
>
> *Dr 11 : (3 sec de silence puis se racle la gorge) euh ben dans le sens.. ben ça dépend de (4 sec de silence) au niveau euh prise en charge d'un problème de santé chronique, ça changera, je pense, ma pratique. J'aurais peut-être tendance à les convoquer plus souvent, à faire attention qu'il est bien son ALD à jour, qu'il ait la CMU à jour éventuellement.*

- Se perfectionner, un idéal de pratique.

Dr 4 :

> *Ben je pense qu'on peut <u>toujours</u> faire plus. Parce que moi je lis Prescrire, tu sais, et quand je lui tout ce que je pourrais faire… l'Alzheimer, je pourrais encore plus m'occuper des aidants. Etre aidant pour les aidant… post-AVC… post… cancéro, ben je je j'aide pas mal, c'est d'être en réseau. Je pense qu'on peut toujours faire. Disons que je pense que si si j'aime mon métier, 23 ans après, c'est que je suis dans un idéal de faire mieux. Et donc ta thèse.. ton travail.. moi je vais toujours tendre vers l'excellence.*

- L'occulter : mal soigner ?

Dr 6 :

> *Je crois que si euh (2 sec de silence) si on occulte ce problème, on va mal soigner les gens. Parce qu'on va peut-être prescrire des choses ou les envoyer euh voir certains médecins. Et puis, il va pas y avoir de suite parce qu'eux ils vont dire : « ah ben moi je peux pas ! » […] donc, c'est vrai il faut en être conscient parce que euh.. ça peut être un frein à certaines action de santé.*

Dr 9 :

> *Dans la mesure où l'on pense que c'est un déterminant de la santé… ça paraît… (4 sec de silence) ça serait même, j'allais dire, ça serait pas de la bonne médecine que d'écarter cet aspect-là. Parce que… parce que… si on pense qu'on est là pour améliorer la santé des gens, ça veut dire qu'il faut, bien sûr, qu'on pense au somatique, sûrement au psychique aussi, mais forcément, le cadre de vie dans lequel les gens sont, puisque pour la santé y a le bien être.*

- Une connaissance empirique

Un des médecins interrogés reconnait que cette question n'a jamais été étudiée durant son cursus universitaire mais découverte lors de la pratique ambulatoire.

Dr 8 :

> *Mais ça, je ne l'ai vu que sur le terrain. Avant je… 'fin je pense pas qu'on l'aie étudié à la fac. Je pense pas l'avoir… 'fin je l'ai vu à l'hôpital. Mais pas trop parce qu'à l'hôpital… je sais pas si je l'ai vu à l'hôpital. Après je l'ai vu en stage chez le praticien. Mais c'est vraiment sur le.. en pratique qu'on s'en aperçoit. Je pense.*

VII. AUTRES THÈMES ABORDÉS SPONTANÉMENT PAR LES GÉNÉRALISTES

A. La Couverture Maladie Universelle

La CMU a été citées durant les entretiens par tous les médecins généralistes, à l'exception de trois d'entre eux.

- Avoir la CMU reste révélateur d'une vulnérabilité sociale.

Dr 11 :

> *Euh… de toute façon, en France, je pense que déjà le critère d'avoir la CMU, je pense que c'est un critère qui doit faire classer la personne dans… dans une catégorie de vulnérabilité sociale élevée quoi. C'est assez révélateur d'avoir la CMU.*

L'un d'eux dénonce la stigmatisation faite de ces patients bénéficiaires de la CMU qui sont vus comme des « parasites », des assistés.

Dr 9 :

> *Ils ont la CMU et Dieu sait si on leur rabâche le fait que… ce sont des parasites.*

- Deux visions opposées des patients bénéficiaires de la CMU.

D'un côté, ceux qui estiment qu'ils sont dans l'hyper-consommation pour des choses qui n'en valent pas la peine.

Dr 14 :

> *Par contre, pour un petit bobo, à la maison médicale, on voit on voit souvent des CMU qui viennent euh… aller pour une bricole quoi. Parce que… ben parce qu'ils n'ont pas l'impression que leur consultation coûte de l'argent.*

Dr 5 :

> *Y a aussi des patients qui viennent dans un excès de consultation. Ça aussi c'est une réalité. Mais moi euh.. je perçois beaucoup plus des personnes qui ne viennent pas.. en l'occurrence.*

De l'autre, ceux qui estiment que ces patients coûtent peu au système de soins car ils privilégient le recours au médecin traitant et non aux spécialistes.

Dr 1 :

> *Dr 1 : On entend tout le temps dans le milieu médical, entre médecins, que les CMU sont gourmands en fréquentation de médecins. Et en fait… en réalite, quand tu vois les statistiques tu t'aperçois que euh.. en fait ce sont eux qui coûte le moins cher. Et que ceux qui font partie de la classe moyenne, moyenne haute, eux ils consomment… ils consomment beaucoup plus et ce sont ceux qui sont le plus critique vis-à-vis du consumérisme, soit disant consumérisme des classes faibles quoi.*
>
> *BG : Humhum*
>
> *Dr 1 : donc parce qu'ils consomment du spécialiste… du bilan… voilà quoi. Alors que eux, ils consomment du généraliste et finalement, c'est peut être eux, les CMUistes, les gens de la classe … quoi… qui sont, je dirais, dans la prise en charge la plus logique puisque prise par le médecin traitant de premier recours.*

- La CMU : une avancée.

Dr 5 :

> *Dr 5 : Pour avoir un vécu d'avant la CMU et maintenant, il y a.. y a.. y a des choses qui sont différentes. Y a des accès qui sont là.*
>
> *BG : c'est-à-dire, ça permet un accès plus facile ?*
>
> *Dr 5 : ah euh.. en fait euh.. y a plus qu'un accès plus facile en fait. Le système de la couverture maladie universelle a permis de façon très nette à des patients de venir consulter, hein.*

Dr 15 :

> *Après je trouve quand même que en France on a.. enfin ,je sais pas dans les autres pays, mais on a encore justement avec la Sécurité Sociale, la possibilité de la CMU, les Aides Médicales d'Etat, etc.. les gens ils sont quand même pas… pas laissés pour compte.*

Dr 7 :

> *Mais globalement, on a une bonne couverture, même pour les plus défavorisés.*

- Mais une avancée insuffisante du fait du gradient social existant dans les ISS.

Dr 2 :

> *Mais il y a vraiment une petite frange comme ça, des milieux ouvriers qui commencent à gagner un peu plus que un demi SMIC, qui n'a plus la CMU, qui n'a plus d'allocations, et qui ne peut pas se faire soigner si facilement.*

Dr 15 :

> *Les CMU… après, forcément, y en a, pour quelques euros de plus, ils vont pas avoir accès à la CMU et du coup, là ! ils vont pas faire les démarches.*

- La CMU et l'accès aux soins.

Là encore, deux visions s'opposent. Un médecin estime qu'elle a permis de faire disparaitre les difficultés d'accès aux soins. Rappelons qu'il s'agit d'un des deux médecins qui estime que la vulnérabilité sociale n'est qu'un problème financier.

Dr 7 :

> *Dr 7 : mais globalement, on a une bonne couverture, même pour les plus défavorisés.*
>
> *BG : une bonne couverture au niveau médical ?*
>
> *Dr 7 : médicale.*
>
> *BG : c'est-à-dire euh…*
>
> *Dr 7 : c'est-à-dire, si ils sont vraiment défavorisés euh.. c'est le RSA. Donc automatiquement, ils ont la CMU.*
>
> *BG : oui.*
>
> *Dr M : donc ils sont… (2 sec de silence) donc ils ont un accès aux soins identique à la population générale.*

Les autres estimant que la CMU n'a pas résolu tous les problèmes d'accès aux soins.
Soit du fait de problèmes administratifs liés au renouvellement de leurs droits.

Dr 5 :

> *Donc y a des gens qui viennent pas pendant 2 ou 3 mois parce que.. ils n'ont pas leurs droits. Ils sont en carence de CMU quoi en fait.*

Soit lié à des refus, par certains spécialistes d'organe, de reconnaitre et d'appliquer la législation concernant les patients bénéficiaires de la CMU.

Dr 4 :

> *Ben pour moi surtout les gens qui peuvent pas consulter le les spécialistes qui sont en secteur 2 quoi, ou qui refusent les CMU quoi.*

Dr 11 :

> *Il semblerait que même les patients qui ont la CMU ne vont pas se soigner parce qu'ils ont peur que ça leur coûte.*

> *Il semblerait que c'est la spécialité où il y a les plus, enfin l'une des spécialités, où il y a le plus de refus de la CMU.*

- Un avis personnel : la prise en charge de patients bénéficiaires de la CMU valorise le médecin.

Dr 4 :

> *Le fait de pas être payé, c'est un faux problème. On est souvent.. les CMU.. ben c'est voilà, ça valorise le médecin si tu veux. Et on a à y gagner. Aider les autres, c'est.. c'est s'aider soi-même. C'est se faire du bien soi-même. Enfin moi je crois.*

Il apparait de ces entretiens que la CMU est considérée comme une avancée, qui concerne 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 grande pauvreté.

B. Accessibilité financière aux soins

1. Le premier recours

- Un seul médecin estime que l'accessibilité du médecin traitant est une problématique fondamentale car faisant partie de la définition même de l'exercice de la médecine générale, et que son financement est à modifier.

Dr 5 :

> *Le rôle propre, il doit être définit dans dans (en riant) dans le rôle propre du médecin de soins primaires quoi en fait ! C'est-à-dire la durée dans le temps, la globalité, euh… de de… les critères de la WONCA. Et dans le critère de la WONCA, enfin un des critères défini c'est accessibilité, hein bon.*

Dr 5 :

> *Enfin le système de santé sociale doit permettre l'accès au système enfin.. au système de santé primaire dont le premier échelon, le maillage au jour d'aujourd'hui en France, c'est le médecin généraliste. C'est au système de santé et aux politiques de le faire en fait, hein. La couverture maladie universelle c'est ça. Ça s'appelle couverture maladie universelle. C'est le risque maladie, hein. C'est écrire comme tel dans dans le titre. Ce qui n'est pas le cas au jour d'aujourd'hui. Enfin, en ce sens-là. Donc euh, je suis effectivement le premier maillon. J'exerce dans une pratique libérale. Mes mes mes collègues qui exercent dans des ensembles mutualistes, ils disent pareil. Dans les centres de santé, ça n'existe pas… même dans les centres de santé, c'est pas un accès libre. C'est pas vrai. Il faut que les gens payent. Payent d'une certaine façon. Et je… c'est en sorte la réduction… la..la.. c'est pas ma position d'acteur de de soins de santé primaire qui est à modifier, c'est l'accessibilité qui est en elle, en fait.*

- Au contraire, un médecin estime que la crainte de ne pas être payé est un faux problème sans pour autant donner d'explication.

Dr 4 :

> *Moi j'en ai une… bon accepter de remplir des papiers ou de pas être payé.. encore qu'on est souvent payé c'est pas.. c'est un faux problème. Le fait de pas être payé, c'est un faux problème.*

- Les solutions présentes et envisagées.

L'utilisation du tiers-payant apparaît comme l'un des moyens employés par les généralistes pour contourner le problème du financement de leur consultation.

Dr 6 :

> *Dr 6 : Et même pour ceux qui ont une mutuelle toute façon, il y a une grosse partie à leur charge. En médecine générale, on arrive toujours à… à gérer un peu le problème, je pense.*
>
> *BG : par rapport, à … au.. au fait que les gens fassent l'avance des frais, par exemple.*
>
> *Dr 6 : oui oui. Parce que souvent nous, on pratique le tiers-payant facilement ici.*
>
> *BG : d'accord. Et et, à la demande des patients ? Comment ça se passe en fait ?*
>
> *Dr 6 : (3 sec de silence) on leur propose euh… si on sent que pour eux euh… c'est difficile de faire l'avance de frais. Notamment, aux familles nombreuses, aux mères qui viennent avec 2 ou 3 gamins, on leur dit : « ben si vous voulez je vous ferais pas payer euh.. (2 sec de silence) la part que la sécurité sociale rembourse, et même parfois la mutuelle. » donc parfois, ils ont aucune avance à faire. Voilà.*

Mais, dans le cadre du syndicalisme, d'autres solutions sont envisagées.

Dr 11 :

> *Nous ce qu'on voudrait c'est, sur d'autres modes de rémunérations que l'acte, de pouvoir permettre d'avoir un accès à ces patients. Ou à l'acte, mais par le biais de tiers-payant ou de chose comme ça.*

2. Le deuxième recours

Six des quinze médecins interrogés abordent le problème de l'accessibilité aux spécialistes d'organes.

Dr 6 :

> *Parce qu'on va peut-être prescrire des choses ou les envoyer euh voir certains médecins. Et puis, il va pas y avoir de suite parce qu'eux ils vont dire : « ah ben moi je peux pas ! » Mais ils vont pas oser revenir nous le dire : « ah ben j'ai pas fait ça parce que les 500€ de dépassements d'honoraires pour aller me faire opérer chez ce chirurgien je les ai pas. Donc euh.. ben j'y suis pas allé. » ou « j'ai pas fait ce que euh… qu'il me disait de faire. Donc, c'est vrai il faut en être conscient parce que euh.. ça peut être un frein à certaines action de santé.*

Dr 8 :

> *Y a des médecins spécialistes qui sont pas forcément accessibles parce qu'ils… y a le prix de la consultation qui les rende inaccessibles.*

Dr 11 :

> *Puisque les.. les spécialistes par exemple qui font beaucoup de secteur 2, ben on se rend compte que euh ils sont de moins en moins accessibles à une certaine frange de la population.*

Avec parfois un fort ressenti ou de l'incompréhension.

Dr 4 :

> *BG : alors plus généralement, qu'est-ce que ça vous évoque le thème des inégalités sociales de santé ?*
>
> *Dr 4 : (2 sec de silence) ben pour moi surtout les gens qui peuvent pas consulter le les spécialistes qui sont en secteur 2 quoi, ou qui refusent les CMU quoi. Moi ça m'évoque ça.*
>
> *BG : c'est..*
>
> *Dr 4 : ah ouais ouais ouais ouais. C'est <u>scandaleux</u>. Ouais.*
>
> *BG : euh.. encore beaucoup maintenant ?*
>
> *Dr 4 : ben ouais.. juste, ouais, j'en vois je sais pas si les gens osent pas me le dire. Des fois les gens me le racontent qu'un spécialiste leur a refusé.. a pris un air dégouté en prenant la CMU.*

Dr 5 :

> *Je rêve quoi ! quand j'ai le temps de… les honoraires de certains de mes collègues, je les regarde quoi. Et je suis toujours ébahi, quoi ! Et je suis ébahi aussi dans le sens où je sais pas, hein je veux dire. Combien ont la consultation de base qui fait 50€ ! euh.. non pour moi le CS, c'est un CS. Ben non c'est un CS bidon. Voilà en fait en l'occurrence quoi.*

Un médecin reconnait avoir du mal à obtenir des informations sur les tarifs de ces confrères.

Dr 5 :

> *Et il y a pas de lisibilité euh.. même si il y a des outils, moi j'arrive pas euh… par exemple.. euh… à AMELI, y a des outils sur en fait : quel médecin avec quel tarif. C'est c'est pas lisible, quoi en fait en l'occurrence. Et c'est encore du bouche à oreille enfin.*

Un médecin aborde le plus fréquemment possible la question avec ces patients, car même certains patients ayant les moyens refusent, par principe, les dépassements d'honoraires.

Dr 6 :

> *Il faut y penser. En principe j'essaie (2 sec de silence) quand j'envoie quelqu'un, par exemple, chez un chirurgien ou chez un spécialiste : « Il va vous demander des dépassements d'honoraires. Ça vous dérange pas ? Ou bien, est-ce que vous préférez aller à l'hôpital, où là, on ne vous demandera rien, mais où les délais seront peut-être un peu plus longs ? » j'aborde le problème. Et je vois vite… et c'est pas forcément les gens les… les plus démunis qui euh… vont pas aller dans le secteur 2 hein. Y a des gens des fois qui ont les moyens mais ils ne veulent. Par principe. Qui vont dire : « Ah ben non, moi je suis à la Sécurité Sociale, je paie une mutuelle, je veux pas dépasser. »*

3. Conclusion

Il apparaît que la question de l'accessibilité des patients aux soins préoccupe certains des médecins interrogés. Des solutions existent à leur niveau, mais qui semblent ne pas suffire.
Ils semblent beaucoup plus critiques vis-à-vis des spécialistes d'organe exerçant en secteur 2, même si l'un d'eux reconnaît que la question financière n'est pas la seule raison avancée par les patients pour refuser d'aller consulter ces médecins.

DISCUSSION

I. LIMITES, BIAIS ET CRITIQUES

A. Représentativité de la population

Comme cela est fréquemment le cas dans les études menées par des internes, le recrutement se fait essentiellement auprès de médecins qui sont, soit maîtres de stage, soit experts. Dans le cas présent, environ la moitié d'entre eux déclaraient avoir une autre activité que l'activité libérale, notamment 46,7% étaient enseignant clinicien ambulatoire et 60% étaient animateur ou expert en formation médicale continue (FMC). 86,7% suivaient une FMC, et 80% disaient être abonnés à des journaux spécialisés.
La question de la représentativité de cette population se pose bien évidemment. Encore plus avec la problématique des ISS qui reste globalement mal connue.

Une étude est actuellement en cours sous la direction du Pr L. Letrilliard de la faculté de Médecine de Lyon pour évaluer la représentativité des Maîtres de Stage Universitaire (MSU) dans une perspective de recherche. Ce travail permettra de donner des réponses objectives et de déterminer l'existence, ou non, de biais dans les études faisant appel aux MSU, comme c'est le cas dans ma thèse et dans la majorité des projets de recherche en médecine générale actuellement.

B. Une rédaction des questions insuffisamment adaptée à des concepts encore mal connus

Les questions ont été rédigées par mes soins et précisées avec le Dr Girard.

Au vu des réponses obtenues auprès les généralistes, il convient de critiquer la rédaction de ces questions.
En effet, les généralistes ont eu du mal à distinguer ISS et vulnérabilité sociale répondant alternativement à l'une ou à l'autre ou se répétant dans leurs réponses. La répartition par thème n'a donc pas été simple.

Le fait que nous ayons rédigé les questions a probablement accentué ces amalgames. Nous avons trop gardé notre point de vue, sans réaliser que notre travail préalable nous avait rendu ces concepts abordables alors qu'ils ne le sont encore que trop rarement dans la population des généralistes. Il est possible qu'une autre formulation ait pu faire ressortir d'autres thématiques.
En particulier, cette thèse n'a pas du tout permis de mettre en avant les connaissances éventuelles des généralistes dans le domaine des compétences psycho-sociales en médecine générale face aux ISS, qui ont été abordées par S. Chatelard dans sa thèse. [21]

Les entretiens de faisabilités auraient dû le faire ressortir, mais là encore, nous avons, par soucis de commodité, fait appel à des médecins de notre connaissance pour qui la question des ISS était loin d'être une découverte.

Ces problèmes méthodologiques représentent un écueil important et restent, à mes yeux, a posteriori, une erreur regrettable car évitable.

C. Concernant la saturation des entretiens

Nous n'avons pas tenu compte de l'atteinte du point de saturation pour déterminer le nombre des entretiens. En effet, celui-ci a été déterminé par l'étude quantitative.
Au vu de la première lecture et analyse des entretiens, il a semblé que la saturation était atteinte au 9ème entretien.

Cependant, l'étude approfondie des entretiens a fait remettre en question cette saturation.
Au regard du travail présenté, qui est un travail plus sociologique que médical, cela semble normal.

Il conviendrait donc de compléter ce travail par d'une étude plus complète et après une redéfinission des questions à posées aux généralistes.

II. COMPARAISON DES RÉSULTATS DE L'ÉTUDE QUANTITATIVE AVEC L'ÉTUDE QUALITATIVE

Dans son étude, le Dr Girard a réalisé une étude de corrélation entre le score EPICES et le SRAC (Score de Raisonnement Analogique Clinique) de chaque médecin, présentée ci-dessous.

Tableau Erreur ! Document principal seulement.**: Corrélation entre le score EPICES et le SRAC selon le médecin. En gras, corrélation significative au seuil de 5%.**

ID médecin	Coefficient de corrélation
1	**.848**
2	-.077
3	-.113
4	.606
5	**.930**
6	**.919**
7	.344
8	.406
9	**.862**
10	.447
11	.559
12	**.824**
13	.381
14	.494
15	.534

Il en ressort que les médecins ayant la meilleure corrélation sont, du meilleur au moins bon, les n° 5, 6, 9, 1 et 12.
Ceux ayant la moins bonne corrélation sont, du moins bon au meilleur, les n° 3, 2 et 7.

Il m'a semblé pertinent de mettre en relation les résultats des deux études, qualitative et quantitative, afin de déterminer s'il était possible de dégager des caractéristiques spécifiques chez ces deux groupes de médecins.

A. Mauvaise corrélation

- Ces médecins restent sur des amalgames concernant les patients vulnérables : soit avec la grande précarité « *clodos* », « *sans-papiers* », soit avec le handicap qu'il soit physique ou mental « *[des gens] qui se laissent influencer, qui ont un petit moi* ».

  Ils estiment que le problème est essentiellement ou exclusivement financier.

Dr 3 :

> *Le plus souvent c'est quand même financier.*

Dr 7 :

> *Il a pas d'argent, il est malheureux. Et euh… il va somatiser, de toute façon. Euh.. si il a de l'argent, il est malheureux, il va pas somatiser.*

- Deux d'entre eux estiment que cela ne va pas changer leur pratiquer.

Dr 3 :

> *Enfin la vulnérabilité so… d'abord je connaissais pas le terme. J'ai appris un mot nouveau ! (rires) La vulnérabilité sociale ! ouais. Je sais pas si ça va beaucoup changer ma vie.*

Dr 7 :

> *BG : enfin, qu'est-ce que cette étude et cette question de la vulnérabilité apporte à votre pratique ?*
>
> *Dr 7 : à ma pratique, rien du tout.*

En revanche, pour le troisième, la participation à cette étude semble avoir été à l'origine d'un questionnement.

Dr 2 :

> *Ah ben ça a amélioré… ça va améliorer… ça risque de changer mon comportement dans mon… dans mon questionnement. C'est sûr.*

B. Résultats intermédiaires

Dans ce groupe de médecins hétéroclites, on retrouve :

- Les jeunes médecins :
    - 3 sur 4 estiment que leur formation médicale initiale n'a pas abordée cette question et qu'ils se forment sur le tas.

Dr 8 :

> *Au début je le savais pas. Et puis au fur et à mesure j'ai vu ! (rires) je m'adapte !*

> *Mais ça, je ne l'ai vu que sur le terrain. Avant je… 'fin je pense pas qu'on l'aie étudié à la fac. Je pense pas l'avoir… 'fin je l'ai vu à l'hôpital. Mais pas trop parce qu'à l'hôpital… je sais pas si je l'ai vu à l'hôpital. Après je l'ai vu en stage chez le praticien. Mais c'est vraiment sur le.. en pratique qu'on s'en aperçoit. Je pense.*

Avec un problème d'isolement professionnel.

Dr 15 :

> *C'est quelque chose qui ressort, ça, quand j'en parle avec les médecins. C'est que finalement, y a pas énormément de euh de réseaux. Donc, la prise en charge des patients… elle en pâtit.*

Ils en restent donc à des généralités dans leurs critères de repérage : patients ayant la CMU et/ou patients très isolés et reviennent rapidement sur une problématique financière, en particulier sur le déremboursement de certains médicaments.

Ils sont en attente de solutions.

Dr 8 :

> *BG : Selon vous, est ce que le… le médecin généraliste a un rôle à jouer dans la réduction des ISS ?*
>
> *Dr 8 : oui.*
>
> *BG : et si oui lequel ?*
>
> *Dr 8 : ce serait bien ! (rire) ce serait bien ! et comment on pourrait faire ? je ne sais pas ! (rire) je ne sais pas. La solution vous allez la trouver pour la thèse après.*
>
> *BG : ben on a pas trouvé de solution vraiment !*
>
> *Dr 8 : y a pas un médecin qui va vous la donner alors. Faut que je la trouve alors !*

- L'un d'entre eux se distingue par un discours très conceptualisé lié à son implication syndicale assumée.

Dr 11 :

> *Je vais sortir des trucs un peu formaté, du genre, le modèle bio-psycho-social.*
>
> *Ça m'évoque, ben une ligne syndicale de mon syndicat.*
>
> *Dr 11 : comment faire pour que euh, les patients puissent avoir accès aux soins euh quelques soient le*
>
> *BG : et alors, c'est quoi le rapport entre le fait de de… l'accès aux soins et… et .. le fait que les médecins gagnent bien leur vie ?*
>
> *Dr 11 : la démarche syndicale, quand même, c'est que les médecins soient reconnus dans leur métier. On est dans un.. dans une société un petit peu quand même euh.. libérale. Et donc, le médecin libéral, bien qu'il soit valorisé, et puis donc c'est l'un des terrains de bataille du syndicat, c'est défendre le pouvoir d'achat du médecin euh du médecin généraliste libéral. Pouvoir, revaloriser les actes et puis, tout en trouvant des solutions alternatives, pour ne pas mettre dehors une certaine catégorie de la popu… euh de patients. Puisque les.. les spécialistes par exemple qui font beaucoup de secteur 2, ben on se rend compte que euh ils sont de moins en moins accessibles à une certaine frange de la population. Nous ce qu'on voudrait c'est, sur d'autres modes de rémunérations que l'acte, de pouvoir permettre d'avoir un accès à ces patients. Ou à l'acte, mais par le biais de tiers-payant ou de chose comme ça.*

Mais ce discours reste général et n'a pas été spécifiquement adapté au cas des patients victimes d'ISS, ce qui peut expliquer les résultats moyens de ce médecin généraliste.

- Les autres médecins plus expérimentés ont intégrés une partie des déterminants sociaux de la santé, parce qu'ils sont confrontés à ce problème régulièrement et depuis plus longtemps, mais gardent une vision presque messianique de leur activité : ils se sentent « rempli[s] d'une mission » ou pensent faire « de l'humanitaire ».

C. Bonne corrélation

- Le point qui ressort de ces cinq entretiens est que tous les médecins ont intégré le modèle bio-psycho-social de la prise en charge des patients, même si le concept n'est pas explicitement nommé. Pour quatre d'entre eux, ils attribuent leurs connaissances au fait qu'ils rencontrent fréquemment le problème. L'un d'eux, le Dr 1, explique qu'il s'est occupé de SDF pendant 10 ans.

- L'un d'eux estime que le statut de « médecin de soins primaires » du généraliste est primordial dans la prise en charge de ces patients vulnérables, doit être défendu et s'inscrit dans le cadre d'une relation de confiance durable.

Dr 5 :

> *BG : est ce qu'il a un rôle à jouer ? et si oui euh.. par quoi ça passe ?*
>
> *Dr 5 : en tant que.. il doit revendiquer euh sa position de euh… de médecin de soins primaires, hein.*

> *Par contre un médecin traitant… il faut du temps pour connaitre, pour appréhender son patient, donc c'est… c'est le sujet génial de ta thèse !(rire) il faut du temps apprendre ! A savoir comment fonctionne quelqu'un et donc, euh… il faut pouvoir aussi… La confiance, c'est pouvoir dire aux gens : vous avez confiance en moi, moi j'ai confiance en vous. Au milieu de tout ça il y a votre santé. Donc, là moi je suis pas content parce que vous n'avez pas fait tout à fait ce que je vous avais demandé de faire. Il faut faire des progrès. Cette exigence-là, ben… elle doit pouvoir passer dans la relation médecin-malade, alors même que la relation est libre.*

- Pour deux d'entre eux, occulter le problème de la vulnérabilité sociale des patients n'est clairement pas envisageable car elle est un déterminant de la santé et peut représenter un frein à la prise en charge de leurs patients.

Dr 6 :

> *Si on occulte ce problème, on va mal soigner les gens.*

> *Donc, c'est vrai il faut en être conscient parce que euh.. ça peut être un frein à certaines actions de santé.*

Dr 9 :

> *BG : qu'est-ce que cette étude et cette question de la vulnérabilité sociale apporte à votre pratique ?*
>
> *Dr 9 : (6 sec de silence) dans la mesure où l'on pense que c'est un déterminant de la santé… ça paraît… (4 sec de silence) ça serait même, j'allais dire, ça serait pas de la bonne médecine que d'écarter cet aspect-là. Parce que… parce que… si on pense qu'on est là pour améliorer la santé des gens, ça veut dire qu'il faut, bien sûr, qu'on pense au somatique, sûrement au psychique aussi, mais forcément, le cadre de vie dans lequel les gens sont, puisque pour la santé y a le bien être.*

- Un seul a trouvé « *plutôt simple* » de remplir le SRAC. Deux autres ont exprimé « *de l'inconfort* » du fait des questions posées, voire un sentiment de « *se mettre en difficulté* » en abordant la question avec les patients.

- Ces médecins font tous spontanément la clinique des ISS en insistant sur :
    - Les pathologies addictives : l'alcool est le plus souvent cité puis le tabac
    - Les facteurs de risque cardiovasculaire et en particulier le diabète
    - Les pathologies liées à l'alimentation : obésité, carences
    - Les pathologies psychiatriques
    - Les pathologies dentaires

Dr 12 :

> *Pourquoi leur dire de manger des fruits et des légumes si, de toute façon, ils peuvent pas le faire ! Faire du sport, parce que euh… voilà ils ont pas le temps. Ils vont pas aller courir… enfin voilà. Donc euh.. on met tout ça en arrière.*

D. Conclusion

On relève donc l'existence d'un gradient d'apprentissage au sein de ces médecins, qui semble expliquer leur résultat et leur capacité à déterminer la vulnérabilité sociale de leurs patients.

Il conviendrait de réaliser une étude sur une plus large population afin de déterminer si ces résultats sont reproductibles.

III. Déterminants sociaux de la santé : vers l'écriture d'une clinique des ISS

A. Connaissances non conceptualisées

L'intégration du constat épidémiologique des ISS à une pratique clinique partagée par le plus grand nombre, est en cours d'élaboration.

On pourrait parler de « l'écriture clinique des ISS » en médecine générale. Actuellement, les médecins généralistes ne possèdent pas de critères objectifs ou standardisés pour procéder au repérage des personnes socialement vulnérables. La formation médicale initiale commence juste, et seulement de manière sporadique, à intégrer les sciences sociales à l'enseignement universitaire.

Pourtant, selon la définition des ISS, la vulnérabilité sociale pourrait être considérée comme un facteur de risque, au même titre que les facteurs dits classiques (tabac, alcool, prédisposition génétique…). Sa caractérisation par le médecin généraliste se fait donc selon un raisonnement analogique.

Ce processus cognitif se définit comme la somme des expériences et connaissances accumulées permettant de classer, à un instant t, un sujet dans un groupe aux propriétés et caractères communs.

Ce processus est bien identifié dans la population des généralistes interrogés : connaissances empiriques plus ou moins intégrées, mais absence d'un socle théorique.

Dr 10 :

> *La vulnérabilité sociale, j'avais jamais entendu parler de ça.*

Dr 3 :

> *Enfin la vulnérabilité so… d'abord je connaissais pas le terme. J'ai appris un mot nouveau !*

B. La clinique des ISS

Les études sur les inégalités sociales de santé montrent un continuum dans les risques de mauvaise santé ou de décès le long d'un gradient social et s'attachent à rechercher les causes de ces disparités.

E. Jougla a montré, sur la période de 1987 à 1993, la hiérarchisation et la fréquence variable des causes de décès selon les catégories sociales. [3]
Pour le groupe des « ouvriers-employés » viennent en premier lieu les accidents, les causes liées à l'alcool (cirrhose, psychoses alcooliques, cancers des voies aéro-digestives supérieures), le suicide, les cancers du poumon et l'infarctus du myocarde.
Les plus fortes disparitions entre le groupe des « ouvriers-employés » et le groupe des « cadres supérieurs-professions libérales » s'observent dans le cas des causes liées à l'alcool : taux de décès multiplié par 10 pour les cirrhoses et les cancers des voies aéro-digestives supérieures. Viennent ensuite le diabète, les pathologies respiratoires (taux de décès multipliés par 5), le cancer du poumon, les accidents vasculaires cérébraux, le cancer de l'estomac (facteur de 3 à 4), le suicide, les accidents, l'infarctus du myocarde, le cancer de l'intestin, le cancer du pancréas (facteur de 2 à 3).

De la même façon, J.A. Dalstra et A.E. Kunst indiquent qu'au cours des années 90, les groupes sociaux moins éduqués, présentaient une prévalence nette des maladies cardiovasculaires (OR= 1,30), de l'hypertension artérielle (OR= 1,42), des maladies respiratoires chroniques (OR= 1,19) et du diabète (OR=1,47) par rapport aux plus éduqués. [22].

Ces données interpellent car les pathologies concernées sont susceptibles d'être modifiées par des pratiques de prévention : alcoolisme (cirrhoses, cancers des voies aéro-digestives supérieures, psychoses alcooliques), tabagisme (cancer du poumon, cancers des voies aéro-digestives supérieures, pathologies respiratoires chroniques, infarctus), nutrition (diabète, cancer de l'intestin), sédentarité (diabète, surcharge pondérale, infarctus), conduites dangereuses (accidents).

Or, il ressort bien des entretiens qu'il existe un défaut d'investissement dans ce domaine spécifique chez les généralistes, y compris parmi ceux ayant les meilleurs scores de corrélation entre le SRAC et le score EPICES.

Dr 12 :

> *Pourquoi leur dire de manger des fruits et des légumes si, de toute façon, ils peuvent pas le faire ! Faire du sport, parce que euh… voilà ils ont pas le temps. Ils vont pas aller courir… enfin voilà. Donc euh.. on met tout ça en arrière.*

C'est ce que P. Lombrail et J. Pascal ont décrit comme les inégalités sociales par « omission » [23] :

« *Elles ne sont pas intentionnelles et résultent soit de la non-reconnaissance d'un besoin de soins (opportunité perdue d'intervention, côté professionnel, ou perte de chance, côté usager), soit de sa non-satisfaction au moment de son identification. Les raisons sont multiples et complexes et tiennent autant aux représentations que les professionnels se font de leur rôle qu'aux moyens dont ils disposent (compétences, temps) ou aux défauts de coordination entre eux. »*

Une action de prévention réfléchie peut faire disparaitre les écarts entre population générale et population vulnérable, comme l'a montré C. Pilod. [24]

IV. QUI S'INTÉRESSE AUX ISS ET PAR QUELS MOYENS ?

A. Un engagement personnel et un certain regard sur un système de santé solidaire

Les entretiens révèlent clairement que, pour les généralistes, le choix d'intégrer la problématique des ISS dans leur pratique, relève d'un engagement personnel.

Ce choix interpelle car il est surtout révélateur de l'insuffisance du système de santé à fournir aux généralistes des moyens d'une prise en charge efficace des besoins spécifiques de ces populations. C'est le mode même d'exercice de la médecine générale, dans son modèle économique, qui se trouve être en question avec cette problématique.
La tarification des actes, la codification des séances, le mode de rémunération, la valeur des forfaits, … ne permettent pas aux généralistes d'exercer leur mission de prévention, alors même qu'il est désigné, depuis 2005, comme le responsable de ces actions. [25]

L'expérimentation de nouveaux modes de rémunérations est donc nécessaire, au risque de voir se développer un secteur 2 dans la médecine générale. En effet, puisque le temps devant être consacrer à ces patients dépasse très largement le temps imparti à chaque consultation, nous courrons le risque que les médecins généralistes intéressés par cette problématique fassent le choix logique d'augmenter le prix de leur consultation pour en diminuer le nombre afin de consacrer le temps qu'ils estiment nécessaire à chaque patient, comme le font certaines spécialités d'organe.

B. L'accessibilité aux soins primaires et au parcours de santé coordonné

Les soins de santé primaires « *sont le moyen qui permettra d'atteindre l'objectif d'un niveau de santé qui permette* [aux peuples du monde] *de mener une vie socialement et économiquement productive*. » Ils ont pour caractéristiques d'être « *scientifiquement valables et socialement acceptables et de coût supportable par la société. Ils doivent être accessibles universellement à tous les individus, être le premier niveau de contact avec le système national de santé et être présents au plus proche des lieux de vie et de travail*. » [26]

Premier contact	• Accessibilité physique, géographique, temporelle et financière. • Aide au patient dans sa trajectoire de soins. • Accueil sans aucune discrimination de tous les âges de la vie, de toutes les conditions de vie et de toutes les populations.
Continuité des soins	• Garantie d'une absence d'interruption de la prise en charge des patients ou des communautés dans le temps. L'instauration d'une relation de confiance durable entre soignants et patients est un des critères majeurs de la qualité des soins.
Coordination	• Situation au début de la chaîne médicale de prise en charge, coordination des différents maillons, intersection de la prise en charge individuelle et des programmes collectifs de santé publique.
Globalité de la prise en charge	• Prise en charge de l'individu dans sa globalité, sur le plan biologique, psychologique et social. • Pas de focalisation sur un aspect du soin à l'inverse des soins secondaires et tertiaires. • Prise en compte de la dimension communautaire. Proposition d'un large éventail de services de premier recours capables de répondre à la plupart des besoins sanitaires d'une population.

Tableau. Socle commun de la définition des soins primaires d'après Starfield[12].

En France, c'est en 2009, dans la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoire (HPST) qu'apparaît cette notion, sous la forme d'un « *accès de tous à des soins de qualité* ». Elle reprend à son compte la globalité et la coordination des prises en charge, mais n'intègre pas les propriétés d'accessibilité et de continuité des soins telles que décrites par L'OMS, comme le rappelle T. Cartier. [27]

Il rappelle également que :
« [L'OMS, dans son rapport de 2008] *soulignait les écarts grandissants et systématisés entre la réalité et le modèle théorique, et identifiait les nouveaux besoins des populations (maladies chroniques, nouvelles formes de prévention, etc.). L'OMS a émis de nouvelles recommandations de développement des politiques publiques afin de lutter contre les dérives des systèmes de santé. Pour les pays industrialisés (dont la France), ces derniers portaient sur les inégalités sociales de santé, les difficultés d'accès aux soins pour les populations défavorisées, l'absence de rationalisation de la dépense publique, le glissement vers la sphère marchande, la spécialisation excessive des prestations de soins, le manque de collaboration dans l'offre de soins et la prise insuffisante des besoins des usagers.* » [27]

On voit bien qu'il existe un fondement aux inquiétudes exprimées par les généralistes au cours des entretiens.

Les pouvoirs publics semblent en être conscients puisqu'en juillet 2012, le conseil de l'Union Nationale des Caisses de l'Assurance Maladie (UNCAM) a proposé une négociation aux différentes parties conventionnelles visant à de réduire le reste à charge des patients et réguler les dépassements d'honoraires à l'aide d'un nouveau dispositif appelé « contrat d'accès aux soins » qui devrait être proposé aux médecins de secteur 2. En l'absence de données sur la contre partie offerte par les pouvoirs publics aux syndicats concernés, il est difficile de connaître l'impact politique réel d'une telle démarche. [28]

C. Repenser la formation médicale initiale

Comme l'a exprimé un des médecins interrogés, la formation médicale initiale n'aborde pas la problématique des ISS. A titre personnel, c'est également dans le cadre d'un stage dans un cabinet où cette problématique était connue que j'ai pris connaissance et que je me suis familiarisée avec ce concept.

A l'heure actuelle, les médecins ont la possibilité de se former sur cette question dans le cadre de leur Formation Médicale Continue (FMC). Des recherches sont menées dans ce domaine et présentées dans le cadre de congrès, comme ce fut le cas en mai dernier, au Congrès de la Médecine Générale à Nice.
Mais, relativement peu d'internes y participent et n'est-ce pas déjà un peu tardif quand on sait qu'il s'agit principalement d'un problème de prévention ? Ce cadre n'est-il pas aussi restrictif ? Toutes les spécialités sont concernées, ce qui justifierait d'aborder la question au cours du 2ème cycle des études médicales, d'autant que la présente étude a démontré l'existence d'un gradient d'apprentissage selon l'âge du professionnel dans le domaine des ISS.

Thèse soutenue par : Christine LEMAIRE épouse LESOIN
Titre : Représentations des médecins généralistes sur les inégalités sociales de santé : étude qualitative réalisée chez 15 médecins généralistes de la région Avignonnaise

CONCLUSION

Les représentations des médecins généralistes sur les inégalités sociales de santé dépendent principalement de l'intégration qu'ils ont du modèle bio-psycho-social dans leur pratique. Plus celui-ci est assimilé, plus les généralistes repèrent correctement les patients en situation de vulnérabilité sociale. Malheureusement, ces connaissances sont actuellement acquises de façon empirique.

Il existe un manque de conceptualisation dans le domaine des ISS, y compris chez des généralistes ayant compris la problématique et ayant repérés l'impact de leur action professionnelle sur les déterminants sociaux de la santé.
Ces médecins arrivent à faire le lien entre une connaissance épidémiologique et les pathologies susceptibles de déterminer la surmortalité de la population concernée. Ils font spontanément la clinique des ISS en insistant sur les addictions (l'alcool est le plus souvent cité puis le tabac), les facteurs de risque cardiovasculaires (en particulier le diabète), les pathologies liées à l'alimentation (obésité, carences), les pathologies psychiatriques, les pathologies dentaires.

Or, agir efficacement pour améliorer ces problèmes de santé, se fait plus en développant une approche préventive que curative. C'est l'efficience des actions de prévention actuellement proposées qui est en cause. La réduction des ISS passe donc d'abord par une amélioration de la conviction du médecin sur l'efficacité de ces démarches préventives. Ceci implique directement chaque généraliste en tant qu'acteur privilégié dans ce domaine de soin en collaboration avec tous les autres acteurs du parcours de santé.

Mais, outre le développement de la médecine collaborative, ils relèvent surtout les faiblesses de la formation médicale initiale dans ce domaine, ce qui se traduit concrètement par des difficultés de repérage des patients vulnérables par les jeunes généralistes installés par rapport à leurs aînés.

Enfin, les généralistes s'interrogent sur l'organisation du système de santé et sa capacité à favoriser l'équité dans l'accès aux soins de premier et surtout de deuxième recours. Il conviendrait pour cela de revoir le modèle économique du parcours de santé et l'évolution du reste à charge.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Grenoble, le 27/8/2012

LE DOYEN
PROFESSEUR J.P. ROMANET

LE PRESIDENT DE LA THESE
PROFESSEUR P. FRANÇOIS

1

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Cambois E. Les personnes en situation sociale difficile et leur santé. Les travaux de l'Observatoire 2003-2004. 26p.
2. Mesrine A. Les différences de mortalité par milieu social restent fortes. In : Données sociales. Paris : La documen,tation française, 1999 : 228-35.
3. Jougla E, Rican S, Péquignot F, Le Toullec A. Disparités sociales de mortalité. Revue du Praticien 2004 ;54 : 2228-2232.
4. Montaud A, Danet S. Les inégalités sociales de santé en France. Exploitation de l'enquête Handicap-Santé 2008. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. 2011.
5. Moquet M-J. Inégalités sociales de santé : des déterminants multiples. La santé de l'homme. 2008;(397):17–9.
6. Monteil C, Robert-Bobée I. les différences sociales de mortalités : en augmentation chez les hommes, stables chez les femmes. Insee Première. 2005 ; 1025 : 1-4.
7. Hopton JL, Howie JG, Porter AM. Social indicators of health needs for general practice: a simpler approach. Br J Gen Pract. Jun; 42(359):236-40.
8. Bricard D, Jusot F, Tubeuf S. Les modes de vie: un canal de transmission des inégalités de santé ? Questions d'Economie de la Santé n°154, Mai 2010.
9. 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]; Disponible sur : http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20823177
10. 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.
11. Girard B. Comparaison du score « de raisonnement analogique clinique » et du score « EPICES » pour repérer les patients à risque d'inégalités sociales de santé en médecine générale. Thèse N° 2011AIX20996.
12. Mackenbach JP, Kunst AE, Cavelaars AE, Groenhof F, Geurts JJ. Socioeconomicinequalities in morbidity and mortality in Western Europe. The EU Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. The Lancet, 1997, vol. 349, n° 9066: p. 1655-1659.
13. Hart JT. The inverse care law. Lancet. 1971 Feb 27;1(7696):405–12.
14. Denantes M, Chevillard M, Renard JF, Flores P. Accès aux soins et inégalités sociales de santé en médecine générale. Exercer 2009; 85:22-6.
15. 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). Disponible sur : http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=15349761
16. 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).
17. Flores P, Falcoff H. Peut-on agir en médecine générale sur les inégalités sociales de santé. La Revue du Praticien, 54(20), 2004, p. 2263-2270.

18. Blanchet A, Gotman A. L'enquête et ses méthodes : l'entretien. Collection Sociologie 128. 1998: Ed Nathan Université.
19. DeKetele JM, Roegiers X. Méthodologie du recueil d'informations – Fondements des méthodes d'observations, de questionnaires, d'interviews et d'études de documents. Méthodes en sciences humaines. 1998: Ed De Boeck Université.
20. Thierry V. Patients et Alcool en médecine générale : Vécu et représentations des médecins généralistes au travers d'une enquête qualitative, Faculté de Médecine de Nancy. 2009, Université Henri Poincaré Nancy 1: Nancy.
21. Chatelard S. Compétences psycho-sociales en médecine générale face aux inégalités sociales de santé : revue de la littérature. Thèse N°2011GRE5128.
22. Dalstra JA, Kunst AE, Borrell C, Breeze E, Cambois E, Costa G. Socioeconomic differences in the prevalence of common chronic diseases: an overview of eight European countries. Int J Epidemiol. 2005; 34(2):316-26.
23. Lombrail P, Pascal J. Inégalités sociales de santé et accès aux soins. Sève, les tribunes de la santé. 2005 ;3 :31-39.
24. Pilod C., Lagabrielle D, Sass C. Mesurer les gradients sociaux dans l'accès aux soins de prévention. Audit clinique auprès de 671 patients. Exercer 2011 ; 96
25. Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. NOR ; SASX0822640L. Paris, 2009.
26. Organisation mondiale de la santé. Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires. 1978. Disponible sur : http://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/
27. Cartier T, Mercier A, de Pouvourville N, Huas N. Constats sur l'organisation des soins primaires en France. Exercer 2012 ; 101 : 65-71
28. Tranthimy L. Contrat d'accès aux soins : l'Assurance-maladie dégaine son remède contre les dépassements d'honoraires. Impact médecine N°408 : p6

ANNEXE

ANNEXE 1 : Score EPICES

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

Calcul du score : chaque coefficient est ajouté à la constante si la réponse à la question est oui.

RÉSUMÉ

Introduction: La France est un des pays européens où les inégalités sociales de santé (ISS) sont les plus fortes. Leur réduction relève de politiques publiques sur les déterminants sociaux et sur la place des soins de premier recours. Comment les généralistes se représentent-ils la vulnérabilité sociale de leurs patients et intègrent-ils les ISS dans leur prise en charge?

Méthodologie: Étude qualitative et analyse thématique de 15 entretiens semi-dirigés de généralistes avignonnais, réalisées simultanément à une étude quantitative.

Résultats: Les généralistes admettent ne pas penser suffisamment aux ISS malgré des conséquences sur leur pratique. Le concept de vulnérabilité sociale est mal connu, même s'il correspond à une réalité quotidienne. Ils déplorent le manque de formation théorique.
Tous, sauf deux, rapportent les ISS à une problématique plurifactorielle.
Ils estiment avoir un rôle à jouer dans leur réduction à travers le colloque singulier et, pour la moitié, dans le cadre de la médecine collaborative.

Discussion: L'analyse croisée des deux études révèle un gradient d'apprentissage lié à l'âge : les plus expérimentés déterminent mieux la vulnérabilité sociale des patients. Ils identifient les pathologies à l'origine d'une surmortalité, qui relèvent de pratiques préventives.
Le choix de s'intéresser aux ISS correspond à un engagement personnel, révélateur de l'insuffisance du système de santé à leur fournir les moyens d'une prise en charge efficace de cette population.

Conclusion: Les représentations des généralistes sur les ISS dépendent principalement de leur intégration du modèle bio-psycho-social. Ces connaissances sont acquises de manière empirique.

Mots-clefs :
Médecine générale
Inégalité sociale de santé
Vulnérabilité sociale

Representations of general practitioners on social inequalities in health: Qualitative study based on fifteen interviews of GPs from the area of Avignon

Background: France is one of the European countries where social inequalities in health (SIH) are the most marked. Their reduction is dependent on public policies about social determinants and on the place given to primary health care in the national health system. How general practitioners (GP) determine the social insecurity of their patients and include SIH in their practice?

Method: a qualitative study with thematic analysis of fifteen interviews of GPs from the Avignon area, parallel to a quantitative study.

Results: GPs assume they don't take into account SIH sufficiently, despite the consequences on their practice. They aren't familiar with the concept of social insecurity, although it's a daily reality. They regret a lack of theoretical training.
All but two mention a multi-factorial problematic.
They understand they can reduce SIH through doctor-patient relationship and half of them through collaborative practice.

Discussion: cross-analysis of the qualitative and quantitative studies shows a gradient of knowledge among GPs: the more experienced can better determine the social insecurity of patients. They identify the pathologies responsible for a higher mortality, which require preventive care.
GPs' interest in SIH is the result of a personal choice, reflecting the inadequacy of the national health system to provide them with the means for an efficient care of the patients.

Conclusion: GPs' representations on SIH are dependent on their appropriation of the bio-psycho-social model. They have this knowledge through their own experience.

Key words:
General practice
Social inequality in health
Social insecurity