



HAL
open science

Association entre niveau d'estime de soi et statut socioéconomique des patients : étude quantitative descriptive par questionnaires auto-administrés en cabinet de médecine générale de la région Rhône-Alpes

Murielle Daudin, Élise Lépinay

► **To cite this version:**

Murielle Daudin, Élise Lépinay. Association entre niveau d'estime de soi et statut socioéconomique des patients : étude quantitative descriptive par questionnaires auto-administrés en cabinet de médecine générale de la région Rhône-Alpes. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01223904

HAL Id: dumas-01223904

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01223904>

Submitted on 3 Nov 2015

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.

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/juridique/droit-auteur>

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE

Année : 2015

Association entre niveau d'estime de soi et statut socio-économique des patients : étude quantitative descriptive par questionnaires auto-administrés en cabinet de médecine générale de la région Rhône-Alpes.

THESE

PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE
DIPLOME D'ETAT

Murielle DAUDIN

Née le 27 juillet 1987

A Echirolles (38)

&

Elise LEPINAY

Née le 7 mai 1986

A Rennes (35)

THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE*

Le : 16 octobre 2015

DEVANT LE JURY COMPOSE DE :

Président du jury : M. le Pr Patrice FRANCOIS

Directeur de thèse : Mme le Dr Sophia CHATELARD

Membres : M. le Pr Thierry BOUGEROL

M. le Pr Patrick IMBERT

**La Faculté de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs*

SOMMAIRE :

Liste des PU-PH.....	5
Remerciements.....	10
RESUME.....	17
ABSTRACT	19
INTRODUCTION.....	21
MATERIEL ET METHODES	24
I. Travail préalable	24
II. Méthodologie de notre étude.....	25
1 Type d'étude	25
2 Lieu de l'enquête et population étudiée	25
3 Recueil des données.....	26
4 Ethique et confidentialité	26
5 Caractéristiques du questionnaire et variables recueillies.....	27
6 Méthodologie statistique et analyse des données.....	29
RESULTATS.....	30
I. Echantillon et caractéristiques de la population.....	30
II. Estime de soi	31
1 Moyenne de notre population.....	31
2 Echelle de Rosenberg selon le sexe	31
III. Statut socio-économique.....	32
1 Moyenne au score DipCare	32
2 Nombre de personnes par catégories du DipCare.....	33
3 Statut socio-économique selon le sexe	33
IV. Corrélation entre le statut socio-économique et l'estime de soi.....	33
V. Analyses secondaires	35
1 Corrélation entre l'anxiété/dépression et le statut socio-économique ..	35
2 Corrélation entre l'anxiété/dépression et l'estime de soi	35
DISCUSSION.....	37
I. Principaux résultats	37
II. Comparaison avec la littérature	37
III. Forces et faiblesses de l'étude.....	39
1 Fiabilité de l'étude et représentativité de notre population	39
2 Choix des échelles	40
3 Accueil réservé à l'étude	42
IV. Interprétation des résultats	43
1 Lien statistique ou lien de causalité ?	43
2 L'estime de soi comme variable défensive d'adaptation dans la société.....	44

2.1 Une estime de soi basse, une stratégie défensive ?	44
2.2 Une estime de soi haute, une autre stratégie défensive ?.....	45
3 Des facteurs de confusion	46
V. Ouvertures, perspectives d'avenir	47
CONCLUSION	49
BIBLIOGRAPHIE	52
ANNEXES	54
I. Annexe n° 1 : questionnaire	54
II. Annexe n°2 : fiche d'information-patients	62
III. Annexe n°3 : protocole explicatif médecins	63
SERMENT D'HIPPOCRATE	66

« Dire que nous sommes des êtres sociables signifie fondamentalement que chacun s'observe à travers le regard des autres ». Wilkinson

Liste des enseignants PU-PH et MCU-PH en 2014/2015



UFR DE MEDECINE DE GRENOBLE

Domaine de la Merci – 38700 LA TRONCHE

Doyen de la Faculté : M. le Pr. Jean Paul ROMANET

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie réanimation
PU-PH	APTEL Florent	Ophthalmologie
PU-PH	ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	Chirurgie générale
PU-PH	BALOSSO Jacques	Radiothérapie
PU-PH	BARRET Luc	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	BENHAMOU Pierre Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
PU-PH	BETTEGA Georges	Chirurgie maxillo-faciale, stomatologie
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Agents infectieux
PU-PH	BONAZ Bruno	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
MCU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne
MCU-PH	BOUZAT Pierre	Réanimation
PU-PH	BRAMBILLA Christian	Pneumologie
PU-PH	BRAMBILLA Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	CAHN Jean-Yves	Hématologie
MCU-PH	CALLANAN-WILSON Mary	Hématologie, transfusion
PU-PH	CARPENTIER Françoise	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PU-PH	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDES Stephan	Neurochirurgie

PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophthalmologie
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	COHEN Olivier	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	COUTURIER Pascal	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PU-PH	DE GAUDEMARIS Régis	Médecine et santé au travail
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
MCU-PH	DECAENS Thomas	Gastro-entérologie, Hépatologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Addictologie
PU-PH	DEMONGEOT Jacques	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
MCU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique et procréation
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
MCU-PH	DUMESTRE-PERARD Chantal	Immunologie
PU-PH	EPAULARD Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
PU-PH	ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	FAGRET Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie générale
MCU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FEUERSTEIN Claude	Physiologie
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH	FRANCOIS Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie, transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
PU-PH	GAVAZZI Gaétan	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	GODFRAIND Catherine	Anatomie et cytologie pathologiques (type clinique)
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile

MCU-PH	GUZUN Rita	Endocrinologie, diabétologie, nutrition, éducation thérapeutique
PU-PH	HALIMI Serge	Nutrition
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Génétique et procréation
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie obstétrique
PU-PH	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-PH	JOUK Pierre-Simon	Génétique
PU-PH	JUVIN Robert	Rhumatologie
PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
PU-PH	KRACK Paul	Neurologie
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARERE José	Epidémiologie ; Eco. de la Santé
PU-PH	LANTUEJOUL Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH	LAPORTE François	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LARRAT Sylvie	Bactériologie, virologie
MCU-PH	LAUNOIS-ROLLINAT Sandrine	Physiologie
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénéréologie
PU-PH	LEROUX Dominique	Génétique
PU-PH	LEROY Vincent	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	LETOUBLON Christian	chirurgie générale
PU-PH	LEVY Patrick	Physiologie
MCU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
PU-PH	MACHECOURT Jacques	Cardiologie
PU-PH	MAGNE Jean-Luc	Chirurgie vasculaire
MCU-PH	MAIGNAN Maxime	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	MAITRE Anne	Médecine et santé au travail
MCU-PH	MALLARET Marie-Reine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie, transfusion
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie - virologie
MCU-PH	MCLEER Anne	Cytologie et histologie
PU-PH	MERLOZ Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie - virologie
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie
PU-PH	MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie
MCU-PH	MOUCHET Patrick	Physiologie
PU-PH	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie

PU-PH	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brûlogie
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hémato - transfusion
PU-PH	PASSAGGIA Jean-Guy	Anatomie
PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie réanimation
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie
PU-PH	PEPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PERENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PU-PH	PERNOD Gilles	Médecine vasculaire
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH	PISON Christophe	Pneumologie
PU-PH	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POLACK Benoît	Hématologie
PU-PH	POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	PONS Jean-Claude	Gynécologie obstétrique
PU-PH	RAMBEAUD Jacques	Urologie
MCU-PH	RAY Pierre	Génétique
PU-PH	REYT Émile	Oto-rhino-laryngologie
MCU-PH	RIALLE Vincent	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	ROMANET J. Paul	Ophthalmologie
MCU-PH	ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique, addictologie
MCU-PH	ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie, toxicologie et pharmacologie
PU-PH	SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MCU-PH	SATRE Véronique	Génétique
PU-PH	SAUDOU Frédéric	Biologie Cellulaire
PU-PH	SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	SCHWEBEL-CANALI Carole	Réanimation médicale
PU-PH	SCOLAN Virginie	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	SEIGNEURIN Arnaud	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses, maladies tropicales
PU-PH	STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale
MCU-PH	STASIA Marie-José	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	TAMISIER Renaud	Physiologie
PU-PH	TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie

PU-PH	TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	VANZETTO Gérald	Cardiologie
PU-PH	VUILLEZ Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	WEIL Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	ZAOUI Philippe	Néphrologie
PU-PH	ZARSKI Jean-Pierre	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie

REMERCIEMENTS COMMUNS :

A Monsieur le Professeur François,

Vous nous faites l'honneur de présider le jury de notre thèse. Veuillez trouver ici l'expression de notre reconnaissance et profond respect.

A Monsieur le Professeur Bougerol,

Merci d'avoir accepté avec enthousiasme de faire partie de notre jury. C'est d'autant plus un honneur, lorsque l'on voit le chemin parcouru depuis que vous nous avez dispensé les cours de sciences humaines et sociales en P1.

A Monsieur le Professeur Imbert,

C'est un réel honneur de vous avoir dans notre jury, nous vous en remercions sincèrement.

Et plus particulièrement,

A Madame le Docteur Sophia Chatelard, à toi Sophia,

Merci de nous avoir accompagnées à chaque étape du projet en qualité de formidable directrice de thèse. Merci pour ta disponibilité et tout le temps que tu nous as consacré. Tes conseils et tes formidables qualités de statisticienne nous ont été d'une grande aide !

Aux Docteurs Anne-Claire Zipper et Briec Gales,

Merci d'avoir été à nos côtés au début de ce projet, et de nous avoir confié un sujet qui vous est cher, nous le savons.

A Madame Cécile Dantzer, directrice adjointe du laboratoire Interuniversitaire de Psychologie,

Merci pour votre accompagnement et vos idées enrichissantes.

Aux Docteurs Gisèle Chevalier, Charles Vanbelle, Alain El Sawy, Guillaume De Véricourt, Dominique Lagabrielle, Timothée Maldonado, Amélie Boismain et Lucie Rein,

Merci de nous avoir permis la réalisation de notre thèse au sein de vos cabinets, de nous avoir confié vos patients et de nous avoir fait confiance.

A Madame Joséphine Provenzano,

Merci pour votre investissement qui a été, nous le savons, important.

REMERCIEMENTS D'ELISE :

A Corentin, mon chéché, l'amour de ma vie,

Te remercier ? 100 balles et un mars oui !

Merci pour tout, pour ton soutien même dans mes moments de stress, pour ta joie de vivre et le bonheur qui te qualifie, je t'aime !

Un remerciement qui vaut bien 50 000 camions australiens.

A Malo, mon petit ange, ma petite merveille,

Tu fais mon bonheur depuis ta naissance, petit être souriant et câlin. Je t'aime pour la vie.

A toi maman, ma petite mamounette,

Ne change pas, maman rayonnante. Tu es toujours là quand il faut, comme épaule où me blottir, pour me faire sourire ou me conseiller toujours d'un bon œil.

Je suis fière de toi et t'aime très fort.

A toi papa, j-p flark,

J'aime ton altruisme, ta folie, ton humour et ton intelligence.

Tu es toujours là quand j'ai besoin de toi.

Je t'aime. A toi les studios !

A Mes frères et sœurs, Juliette, Caroline et Baptiste,

Pour tous ces bons moments passés ensemble, que cela dure encore et encore.

A ma famille dont je suis fière, Les Lépinay et Chevalier !

A la Famille Favrel, Merci de m'avoir si simplement accueillie, c'est une immense joie de vous connaître !

A toi Murielle,

Eh dis, petite tornade, c'était une chouette aventure non ? Je suis heureuse de l'avoir vécue avec toi. Heureuse de te connaître, tu m'as poussée aux travers de tes réflexions pertinentes. Ta persévérance et ta méticulosité nous ont beaucoup apporté !

Aux médecins rencontrés au cours de mon internat et qui m'ont façonnée,

Aux Docteurs Sigolène Machraoui, Jean-Louis Durafour, Dominique Faure et Tine Renevier de St Genix Sur Guiers, pour m'avoir transmis votre amour du métier. Apprendre à vos côtés la richesse de la médecine générale a été une chance et un honneur. Vous avez conforté mon choix, pour notre belle spécialité.

A la Neurologie B5, Aux Dr Lado, Giraud, Marcel, et bien sûr Mme Decquidt ! Je ne cesserai jamais de passer boire un café pour le plaisir de vous revoir !

Aux gynécologues de Chambéry, où j'ai beaucoup appris.

A l'endocrinologie, Aux Dr Du Boullay, Meyer, Watterlot, Guedel, Brenot, vive l'insuline !

A la Néphrologie, fallait « tout y bourrer » pour un prrotocol ! Quelle équipe pleine de joie c'est remarquable !

A la pédiatrie, Aux Dr Paget, Schmidt, Dalmon, Allegret, Kolly, Suremain, Badet, pour m'avoir « supportée », grosse comme une baleine !

Aux urgences du CHU de Grenoble.

A mes Co-internes rencontrés au cours de l'internat,

A Pierrick ; Co-interne des couloirs de Chambéry, ami depuis 4 ans, une belle rencontre, Merci ! A ta chérie, jolie Marie !

A mes amis de Bretagne loin mais toujours si proches pour moi. Et plus particulièrement à Carole, Sophie R et Sophie LR (et oui !), Nolwenn Cécilou et clochette, Julie, mon Mr Propre.

Aux savoyards, pure souche ou d'adoption, pour votre accueil au sein de vos montagnes.

REMERCIEMENTS DE MURIELLE :

Ca y est, le moment des remerciements est enfin arrivé ! Je souhaite remercier tous ceux qui ont contribué à mon cheminement dans ces études :

Elise, je suis ravie que nous ayons réalisé cette thèse ensemble, ton enthousiasme et ta joie de vivre font le bonheur des gens qui t'entourent, je te souhaite un avenir rayonnant, comme toi !

A tous les médecins, qui ont marqué ma formation, et contribué à ma pratique actuelle de la médecine, en particulier à Claire Millet (ta pédagogie, et ton humanisme font de toi un exemple, ce stage de gériatrie à tes côtés a été une révélation), à Sophie Perrin (pour ta gentillesse, ta douceur et ta disponibilité), et aux médecins qui m'ont fait découvrir la médecine générale : Fabrice Poncet-Montange, Christian Jourdan, Claude Bronner, François Peters, Marie-Laure Chantalou, Anne Pujade, Claire Collet-Beillon, et Philippe Hauzanneau ! C'est en grande partie grâce à vous, en m'ayant fait découvrir les saveurs du Trièves et des terres froides dans une incontestable bonne ambiance, que vous m'avez donné envie d'exercer la médecine générale, et je vous en remercie !

A mes parents et à mon frère,

Maman, merci pour ta patience, ta bienveillance, et ton écoute. Discrète mais toujours présente, tu es une merveilleuse mutti.

Papa, ta curiosité et ta soif de connaissance sont un exemple 😊. Merci de l'intérêt que tu portes à ce que j'entreprends, et merci pour tout ce que tu nous as fait découvrir.

Juju, par ton rôle de grand-frère tu as façonné ma personnalité : des combats de bouteilles, aux combats de hulk, en passant par les chansons sur super balourd ou à la lecture du doigt magique ! Merci d'avoir pris soin de moi !

Merci pour votre soutien indéfectible, et pour m'avoir toujours (ou du moins fait semblant) écoutée jusqu'au bout !

A ma mémé, notre complicité m'est un bien plus que précieux. Tu comptes énormément pour moi.

A mes co-internes et amis de médecine, Juju, Alix, Marion, Amel, Flavie, Séb, Elise, Thomthom et Thom, c'était un plaisir de travailler, d'apprendre et de rire à vos côtés !

A mes amies depuis plus de 15 ans, Cha, Jess, Bert, Cam, toujours présentes et attentionnées quand il le faut, merci ! Au reste de mes « chatounettes » d'amour (Feust', Audr', Cam, Laure, Mussou, HPou, Fannou, Marine, Laurie, Caro, Rionmar) quelle chance d'avoir un groupe d'amies comme le vôtre ! A Zézoune, Océ, Tinou, et les autres, le temps passe et l'amitié grandit ! Et à ma Delphoune, on ne se voit pas assez, mais je pense souvent à toi, et j'espère que Keanu veille sur toi.

A mes amis, ceux de toujours, Batou et Ben. Et les autres : la LT (en force !), les Ivory's, et j'en passe !

Que de bons moments passés avec vous toutes et tous ! On a eu les années « lycées », les années « facs », on est dans les années « début de la vie active », et on aura, je l'espère, les années « agrandissement de cette grande famille », jusqu'à les années « retraites » à partager ensemble !

Je tiens énormément à vous, et j'ai une chance incroyable de vous avoir !

Aux briançonnais, qui m'ont accueillie dans leur magnifique région.

A Maïté, Daniel, Manon, Aurore, Jonathan et Cissounette, vous êtes réellement une « belle » famille en or, et je suis très heureuse d'en faire partie.

Et enfin, à mon amoureux, Manu, les mots ne peuvent exprimer ma reconnaissance et mon amour, alors je me contenterai d'un simple : j'aime vivre à tes côtés.

Et n'oublions pas, « comment qu'ça se fait qu'on en est arrivé là ?!! ». Et bien, c'est grâce au fromache ! »

Ca y est, c'est fait, et ça fait quand même quelque chose !! On a beau dire qu'une thèse de médecine ce n'est pas une thèse de science et qu'on a qu'une envie, c'est qu'elle soit finie, ça reste tout de même l'aboutissement de difficiles, belles et enrichissantes aventures que sont les études de médecine !

Vive la médecine, et vive l'humain !

RESUME :

Association entre niveau d'estime de soi et statut socio-économique des patients : étude quantitative descriptive par questionnaires auto-administrés en cabinet de médecine générale de la région Rhône-Alpes.

INTRODUCTION : Les inégalités sociales de santé ne cessent de s'aggraver, et concernent toute la population, pas seulement les personnes précaires : elles sont progressives et sans point de rupture le long de « l'échelle sociale ». La recherche des facteurs responsables de ces inégalités sociales de santé est un enjeu majeur de santé publique. L'estime de soi a déjà été évoquée comme pouvant être un déterminant important de ces inégalités.

OBJECTIF : L'objectif de notre étude était de rechercher s'il existait une corrélation entre le niveau d'estime de soi et le statut socio-économique des patients en médecine générale.

METHODE : Nous avons réalisé une étude quantitative épidémiologique observationnelle transversale par questionnaires auto-administrés contenant l'échelle de Rosenberg pour évaluer l'estime de soi et le score DipCare pour évaluer le statut socio-économique des patients en cabinets de médecine générale en Savoie et Isère.

RESULTATS : Deux-cents-quatre-vingt-dix questionnaires ont été distribués et 243 ont été récupérés, dont 203 interprétables. Un lien statistiquement significatif ($p < 0.001$) a été trouvé entre le niveau d'estime de soi et le niveau socio-économique :

plus le statut socio-économique d'une personne est bas, moins bonne est l'estime qu'elle a d'elle-même. Les femmes de notre étude avaient une moins bonne estime d'elles-mêmes que les hommes.

CONCLUSION : Nos résultats confirment l'existence d'un lien entre bas statut socio-économique et mauvaise estime de soi. Il serait intéressant de réaliser une étude de méthodologie différente (plus grande ampleur, prospective ...) afin d'étudier le lien de causalité entre ces deux variables. Si l'estime de soi semble être un déterminant de santé, il paraîtrait judicieux de sensibiliser les médecins généralistes à ce constat et d'inciter les décideurs à inclure cette composante dans les programmes de santé publique, en tenant particulièrement compte du gradient social.

Mots clés : inégalités sociales de santé, estime de soi, statut socio-économique, précarité, gradient social, échelle de Rosenberg, score DipCare, compétences psychosociales.

ABSTRACT :

Relationship between the self-esteem level and the socio-economical status of patients: quantitative epidemiological study based on a transversal observational, self-filled up survey from general medicine patients in the Rhône-Alpes area.

INTRODUCTION : Social inequalities in health keep on worsening, affecting all social classes and not only precarious ones : they are progressive and do not present any turning point along the « social ladder ». The identification of the factors responsible for such inequalities then turns to be a major issue of public health policies. Self-esteem has already been evoked as a possible determinant factor of these inequalities.

OBJECTIVE : The objective of our study was to investigate a possible correlation between the level of self-esteem of the patients and their socio-economical status in general medicine.

METHODOLOGY : We have performed a quantitative epidemiological study based on a transversal observational, self-filled up survey including the Rosenberg scale for self-esteem evaluation and the DipCare score for evaluating the socio-economical status of general medicine patients in Savoie and Isère.

RESULTS : 290 questionnaires have been distributed, 243 have been returned, 203 of those could be analyzed. A relevant, statistically significant link ($p < 0.001$) has been found between the self-esteem level and the socio-economical level : the lowest the socio-economical level of an individual, the worse the self-esteem level. The women in our study showed a lower self-esteem level than men.

CONCLUSION : Our results confirm the existence of a link between low socio-economical level and poor self-esteem. It would be interesting to perform a further study using a different methodology (larger number of participants, prospective....) in order to investigate the causal relationship between these two variables. As self-esteem seems to be a health determinant, it appears relevant to make general practitioners aware of it. Definitely, public health campaigns should include this aspect, paying a special attention to the social gradient component.

INTRODUCTION :

Au cours des dernières décennies, l'espérance de vie à la naissance a considérablement augmenté dans la plupart des pays du monde, notamment les pays de l'OCDE (organisation de coopération et développement économique regroupant actuellement 34 pays de richesse différente) (1).

Cependant, on observe encore de très fortes inégalités de santé en fonction de l'origine sociale des individus.

Plus troublant encore, ces inégalités sociales de santé (ISS) concernent toute la population, et pas seulement les personnes les plus précaires. Elles sont progressives et sans point de rupture le long de « l'échelle sociale » (2).

Publié en 1982 en Grande-Bretagne, le rapport Black (3) reste l'un des travaux fondateurs en la matière : la notion de « pauvreté absolue » est remise en cause. En effet, ce travail démontre que la pauvreté ne suffit pas à expliquer les inégalités de santé, puisque celles-ci ne s'interrompent pas au-delà d'un certain niveau de revenu : chaque catégorie sociale inférieure présente un niveau de mortalité et de morbidité plus important que le groupe social supérieur. C'est ce qu'on appelle le « gradient social de santé ».

Malgré les progrès de la médecine, ces inégalités n'ont pas régressé au cours des dernières décennies, voire se sont aggravées, notamment et surtout en France. Les avancées faites dans le domaine de la prévention et de la prise en charge des maladies paraissent en effet avoir surtout profité aux catégories sociales les plus élevées (2).

Selon l'HCAAM (Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie) en 2008, il y avait pour les hommes un écart de plus de six ans entre l'espérance de vie à 35 ans d'un cadre (47,2 ans) et celle d'un ouvrier (40,9 ans) (4).

La recherche des facteurs responsables des ISS est un enjeu majeur de santé publique.

Il existe des déterminants de santé, reconnus pour être responsables de ces inégalités (mauvaises habitudes de vie, ressources financières insuffisantes ...). Mais ces ISS persistent, même après avoir contrôlé les différents facteurs de risque (5,6) et une part très importante d'excès de risque reste encore inexpliquée.

Il est admis que l'estime de soi a un impact majeur sur la santé réelle, par le biais de processus psychobiologiques : influence sur la sécrétion de cortisol, sur le fonctionnement du système immunitaire, sur les comportements de santé (7,8) et sur la santé perçue (9,10).

Dans leur livre « Pourquoi l'égalité est meilleure pour tous », les sociologues Kate Picket et Richard Wilkinson s'efforcent de démontrer point par point que la plupart des grands problèmes sanitaires et sociaux du monde riche sont plus fréquents dans les sociétés les plus inégalitaires. De plus, ils mentionnent que « la relation entre la santé et l'égalité semble impliquer que l'inégalité doit probablement affecter la santé à travers des processus psycho-sociaux liés à la différenciation sociale » (11).

Plusieurs recherches évoquent l'estime de soi comme pouvant être un déterminant important de ces inégalités. La relation entre l'estime de soi et le statut socio-économique a été retrouvée chez l'enfant (12) et il a déjà été objectivé qu'une mauvaise estime de soi à l'adolescence est un facteur pouvant être responsable d'un moins bon statut socio-économique à l'âge adulte (13).

Par ailleurs, dans leur étude intitulée « Précarité socio-économique et vulnérabilité », Pierre Tap et Florence Sordes-Ader démontrent que les personnes précaires interrogées en centre d'examen de santé ont une moins bonne estime de soi que le groupe de comparaison, qualifié de « non-précaire » (14).

Notre travail a pour objectif de rechercher l'existence d'un lien statistique entre l'estime de soi et le statut socio-économique de la population consultant en médecine générale et d'évaluer si ce lien se distribue le long de l'échelle sociale : afin de refléter la notion de « gradient social ».

MATERIEL ET METHODES :

I. TRAVAIL PREALABLE :

- *Rédaction d'un mémoire :*

Initialement, nous nous sommes intéressées au vaste thème que sont les inégalités sociales de santé, au sein d'un groupe de réflexion avec les chefs de clinique Sophia Chatelard, Anne-Claire Zipper et Briec Gales.

Notre mémoire intitulé « Corrélations entre estime de soi, précarité, et niveau de santé : élaboration d'un protocole » soutenu en octobre 2014 présentait une revue de la littérature narrative ayant conduit à l'élaboration de notre question de recherche et du protocole qui lui est associé.

- *Collaboration avec la faculté de psychologie de Chambéry :*

Pour cette étude, nous avons collaboré avec la faculté de psychologie de Chambéry. En effet, nous souhaitons travailler avec des psychologues, pouvant nous apporter un autre regard sur notre travail. Nous avons rencontré Mme Cécile Dantzer, maître de conférences en psychologie à l'université Savoie Mont Blanc, qui nous a proposé de travailler avec deux étudiantes préparant leur master de psychologie. Plusieurs rencontres ont eu lieu, afin de concevoir un protocole commun. Nous avons établi un seul et même questionnaire comportant nos éléments d'analyse, ainsi que des tests spécifiques à l'étude des étudiantes en psychologie, celles-ci s'étant davantage intéressées aux plaintes psychosomatiques des patients.

Contrairement au recueil des données et au codage des questionnaires qui se sont fait collectivement, l'analyse des résultats a été réalisée séparément.

II. METHODOLOGIE DE NOTRE ETUDE :

1 Type d'étude :

Il s'agit d'une étude quantitative épidémiologique observationnelle transversale multicentrique, par questionnaires auto-administrés en cabinets de médecine générale en région Rhône-Alpes (Savoie et Isère).

2 Lieu de l'enquête et population étudiée :

Les questionnaires étaient mis à disposition en salle d'attente de cabinets de médecine générale.

Cinq cabinets de médecine générale ont accepté de participer à l'étude :

Trois de la région chambérienne (quartier du Biolay à Jacob Bellecombette, quartier de la liberté à Aix Les Bains et à La Ravoire)

Deux cabinets à Saint Martin d'Hères, dans la banlieue grenobloise.

Les critères d'inclusion étaient :

- patients ou accompagnants,
- âgés de plus de 18 ans,
- hommes ou femmes,
- consultant en médecine générale.

Les critères d'exclusion étaient :

- personnes âgées de moins de 18 ans,

- personnes ne pouvant lire ou remplir le questionnaire : les personnes ne comprenant pas le français étaient de ce fait, exclues, tout comme les personnes présentant des troubles cognitifs, ou ayant des troubles visuels.

3 Recueil des données :

Le recueil des données s'est déroulé du 6 février au 18 mai 2015.

Deux cents quatre-vingt-dix questionnaires ont été distribués au total, sur deux périodes.

Une première fournée de questionnaires a été diffusée en février. Puis, devant le bon accueil réservé à l'étude, la durée du recueil des données a été prolongée en distribuant une deuxième fournée de questionnaires. Quelques modifications de forme ont été apportées, selon les premiers retours des patients aux praticiens sur l'acceptabilité de l'étude. Ainsi, une phrase d'introduction au questionnaire -expliquant le caractère difficile de certaines questions et incitant le patient à en parler avec son médecin s'il le souhaitait - et un paragraphe en fin de questionnaire -destiné aux remarques des répondants - ont été rajoutés.

4 Ethique et confidentialité :

Une fiche d'information, expliquant les conditions de participation était affichée dans la salle d'attente, à destination des participants (Annexe n°2).

Nous avons également présenté une fiche expliquant notre projet, de manière plus détaillée, aux médecins généralistes acceptant que leur cabinet soit un lieu d'enquête (Annexe n°3).

Le recueil des données a été totalement anonyme. Les participants ne dévoilaient comme caractéristiques personnelles que leur âge, sexe et, s'ils avaient une maladie,

le nom de celle-ci. Ils ont déposé eux-mêmes les questionnaires dans l'urne placée à leur disposition en salle d'attente.

Nous avons obtenu l'accord du CIL (Correspondant Informatique et Liberté) et le traitement de notre étude a été porté au registre du CIL sous le numéro 0861633.

5 Caractéristiques du questionnaire et variables recueillies :

Notre questionnaire est disponible en annexe. (Annexe n°1 : deuxième version du questionnaire)

Le questionnaire comportait au total 70 items, et pouvait se diviser en 3 parties :

- 1^{ère} partie : administrative, renseignant l'âge, le sexe du participant, présence d'une maladie ou non, et si oui, laquelle (réponse libre).

- 2^{ème} partie : cette partie-ci permettait de répondre à notre objectif principal, et comportait deux tests :

L'échelle de Rosenberg évaluant l'estime de soi :

Elle est constituée de 10 questions à réponses graduées en 4 points (échelle de Likert, de 1 : pas du tout d'accord, à 4 : tout à fait d'accord). L'interprétation des résultats est identique pour les hommes et les femmes.

Cette échelle a été publiée en 1965 par le sociologue Morris Rosenberg (15), et elle a été validée en langue française par l'équipe d'Evelyne Vallières et Robert Vallerand, en 1990 (16).

Elle est utilisée comme outil de recherche dans la quasi-totalité des études évaluant l'estime de soi.

Le questionnaire DipCare :

Il permet d'évaluer le statut socio-économique d'un patient. Il s'agit d'un score établi en 2012 en Suisse (17). Il est composé de 16 questions, aux réponses binaires, portant sur les dimensions matérielle, sociale et d'état de santé. Pour chaque dimension un sous-score est obtenu. On obtient un score global à l'aide d'une équation pondérant ces 3 sous-scores.

Ce questionnaire a l'avantage d'évaluer le niveau socio-économique non pas sur un mode dichotomique (précaire-non précaire) mais selon six catégories, pouvant refléter la notion de gradient social. La catégorie 5 correspond à un état de précarité élevé, la catégorie 0 à l'absence de précarité.

- 3^{ème} partie : elle comportait plusieurs échelles, intégrées par les psychologues travaillant avec nous sur le projet. Elles visaient à étudier des variables psychosociales pouvant être associées aux inégalités de santé : l'échelle de somatisation (12 questions), l'échelle d'amplification somato-sensorielle (10 questions), l'échelle d'anxiété-dépression HAD (14 questions) et l'échelle de satisfaction de vie (5 questions). L'échelle HAD (Hospital Anxiety and Depression) évalue l'existence ou non d'une anxiété ou d'une dépression chez les patients participant à notre étude. Les résultats à ces deux scores vont de 0 à 21, et sont classiquement redécoupés en 3 catégories :

- de 0 à 7 : absence d'état anxieux ou dépressif
- de 8 à 10 : état anxieux ou dépressif incertain mais possible
- score supérieur à 10 : état anxieux ou dépressif certain.

Au total le questionnaire comptait 8 pages, et son temps de remplissage était d'une quinzaine de minutes.

6 Méthodologie statistique et analyse des données :

Les cabinets de la région Grenobloise ont été regroupés en une même unité lors de nos analyses.

Les données ont été retranscrites dans un fichier Excel. Puis les statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel STATA version 12.0.

Les variables étudiées ne se distribuant pas de manière normale, nous avons utilisé des tests non paramétriques.

Pour tester l'hypothèse principale nous avons étudié le lien entre la variable « estime de soi » qui est une variable quantitative et la variable statut socio-économique qui est une variable qualitative ordinaire à 6 groupes. Nous avons donc utilisé un test non paramétrique de Kruskal-Wallis, permettant de comparer plusieurs groupes, ainsi qu'un test de tendance.

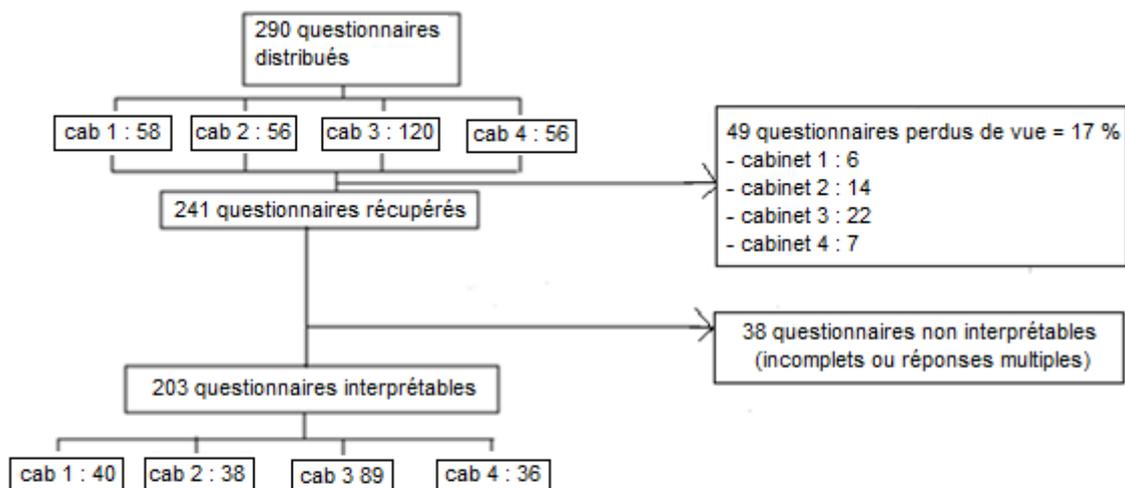
Pour comparer l'estime de soi en fonction du sexe, nous avons utilisé un test de Mann Whitney, car il s'agissait d'une comparaison entre 2 groupes.

Le seuil de significativité retenu est fixé pour un $p < 0,05$ (soit un risque d'erreur de 5 %).

RESULTATS :

I. ECHANTILLON ET CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION :

Sur 290 questionnaires distribués, nous avons eu 203 questionnaires interprétables, soit 70 % des questionnaires distribués et 84% des questionnaires recueillis.



cab 1 : cabinet d'Aix Les Bains (région chambérienne)
cab 2 : cabinet de La Ravoire (région chambérienne)
cab 3 : cabinets de Saint Martin d'Hères (région grenobloise)
cab 4 : cabinet de Jacob Bellecombette (quartier du Biolay, région chambérienne)

Figure 1 : Diagramme des flux

La moyenne d'âge des patients inclus était de 48,5 ans, avec un minimum de 18 ans et un maximum de 92 ans.

		Total	Cab1	Cab2	Cab3	Cab4	Significativité p
Sexe	Homme	75 (37%)**	18 (45%)*	11 (29%)*	34 (38%)*	12 (33%)*	$p = 0,49$
	Femme	128 (63%)**	22 (55%)*	27 (71%)*	55 (62%)*	24 (67%)*	
Age (en années)	Minimum	18	18	24	19	18	
	Maximum	92	92	76	87	85	
	Moyenne	48,5	46,9	46,9	48,7	51,7	

* % des questionnaires recueillis dans le cabinet concerné. ** % de tous les questionnaires recueillis.

p : répartition homme/femme entre cabinets

Tableau 1 : Caractéristiques de la population de notre étude.

II. ESTIME DE SOI :

1 Moyenne de notre population :

La moyenne à l'échelle de Rosenberg de notre population était de 30,9.

Il n'y avait pas de différence significative concernant la moyenne à l'échelle de Rosenberg entre les différents cabinets ($p = 0,12$).

2 Echelle de Rosenberg selon le sexe :

Les femmes de notre étude avaient une moins bonne estime d'elles-mêmes que les hommes (moyenne à 30,3 versus 31,9) et ce, de manière significative ($p = 0,02$).

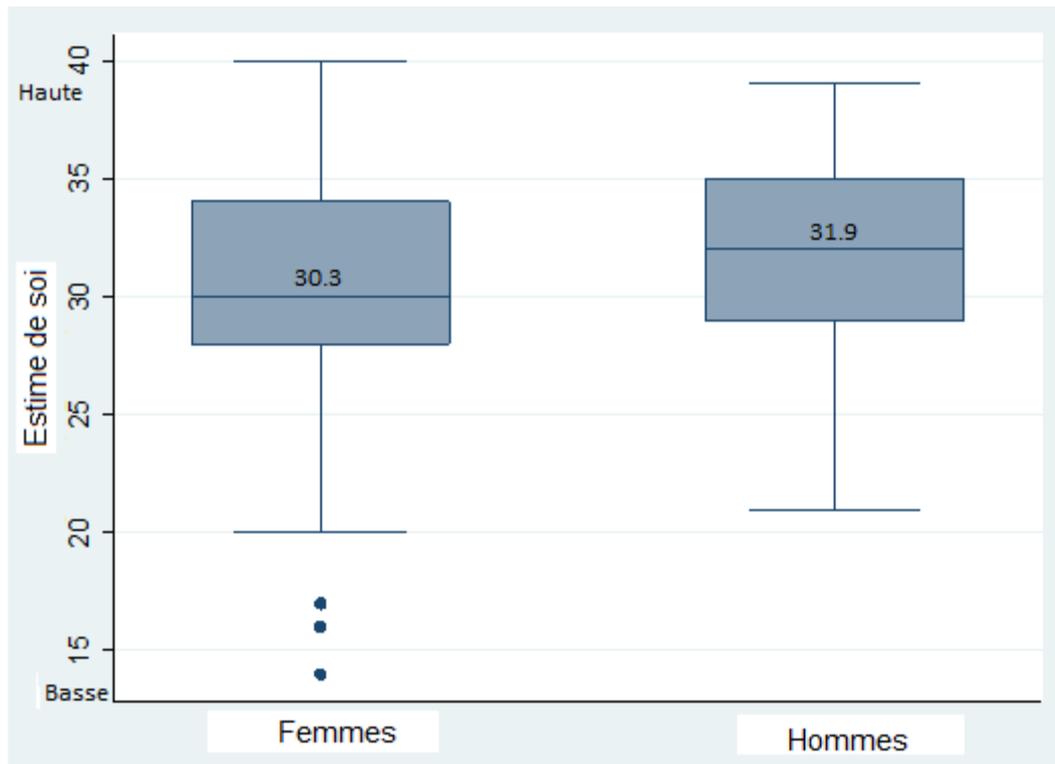


Figure 2 : Moyenne d'estime de soi selon l'échelle de Rosenberg des femmes et des hommes.

III. STATUT SOCIO-ECONOMIQUE :

N'ayant qu'un patient dans la catégorie 5 du DipCare nous avons choisi de rassembler en une seule catégorie les catégories 4 et 5 de ce score. Nous avons donc 5 catégories au score DipCare (de 0 à 4).

1 Moyenne au score de DipCare :

La moyenne au score DipCare était de 1,35.

Il n'y avait pas de différence significative de statut socio-économique en fonction des cabinets participant à l'étude ($p = 0,43$).

2 Nombre de personnes par catégories du DipCare :

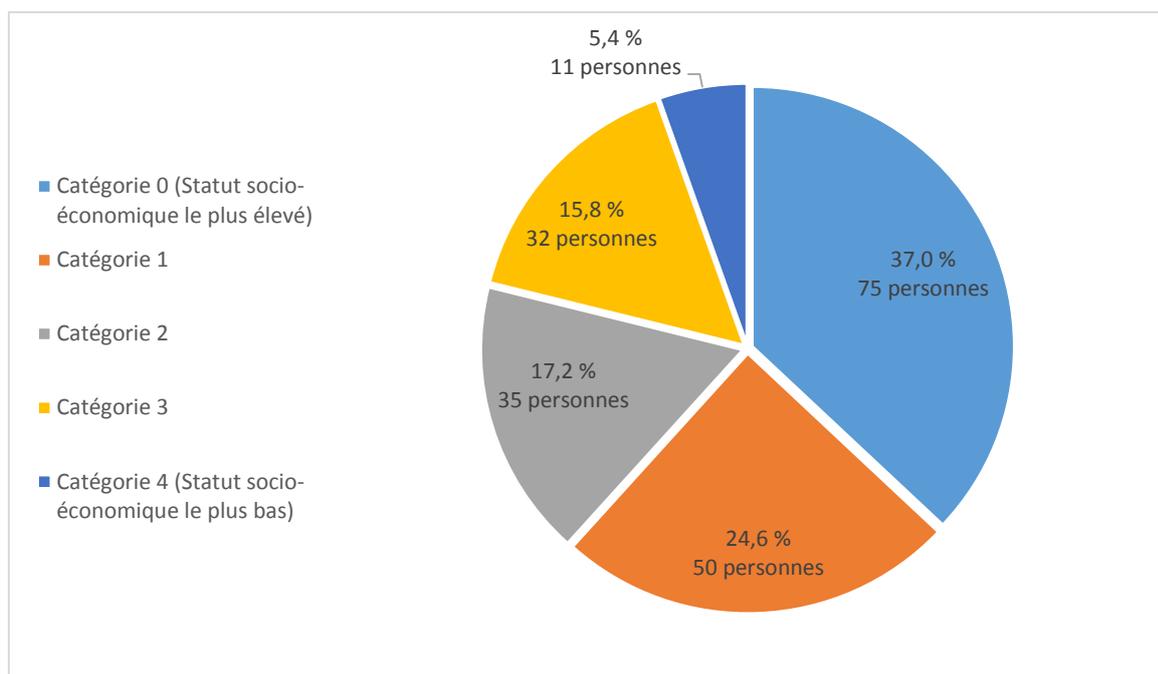


Figure 3 : Répartition de la population selon les catégories du score DipCare en pourcentage et valeur absolue.

3 Statut socio-économique selon le sexe :

Il n'y avait pas de différence significative au score DipCare entre les hommes et les femmes de notre étude ($p = 0,75$).

IV. CORRELATION ENTRE LE STATUT SOCIO-ECONOMIQUE ET L'ESTIME DE SOI :

L'étude a révélé qu'il existait une association statistiquement significative entre le statut socio-économique (score DipCare) et le niveau d'estime de soi des patients (échelle de Rosenberg) ($p < 0,01$).

Comme l'illustre ce graphique, plus le niveau socio-économique des personnes diminue, plus leur estime d'elles-mêmes baisse.

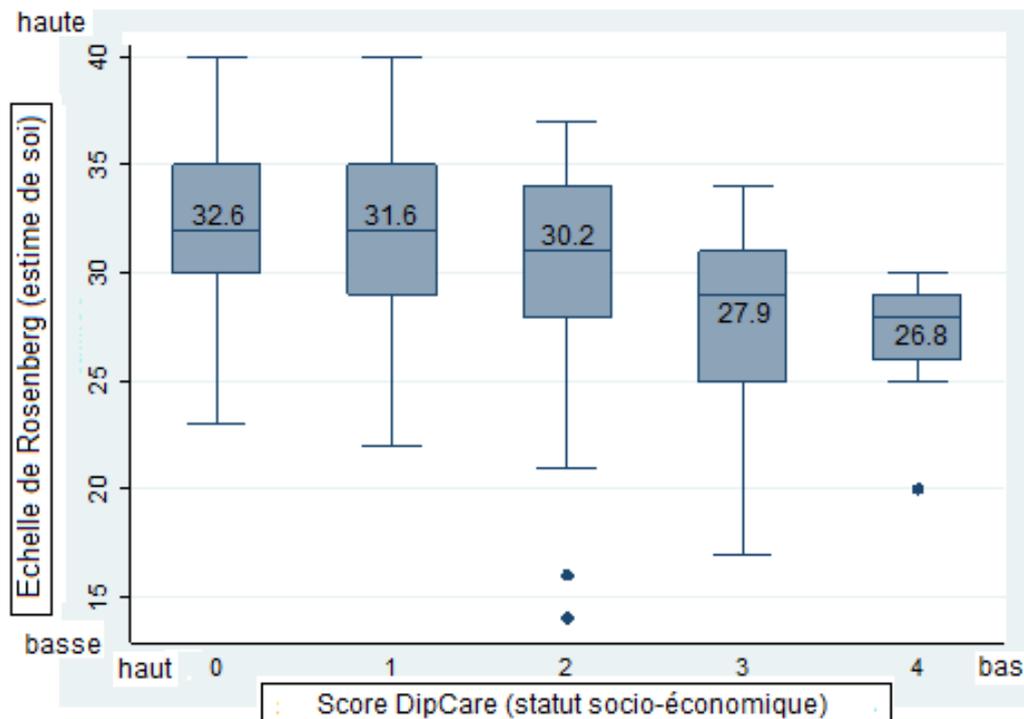


Figure 4 : Echelle de Rosenberg selon la catégorie du DipCare.

Le test de tendance confirme l'existence d'une diminution de l'estime de soi avec la diminution du statut socio-économique ($p < 0.01$).

V. ANALYSES SECONDAIRES :

1 Corrélation entre anxiété/dépression et le statut socio-économique :

Les patients qui avaient un score de position sociale bas avaient davantage d'anxiété, déterminée par l'échelle HAD ($p < 0,01$).

Nous retrouvons également davantage de personnes présentant un état dépressif selon l'échelle HAD chez les patients de bas statut socio-économique ($p < 0,01$).

2 Corrélation entre anxiété/dépression et estime de soi :

Les personnes ayant une basse estime d'elles-mêmes étaient davantage caractérisées par un état dépressif ou anxieux selon l'échelle HAD ($p < 0,01$).

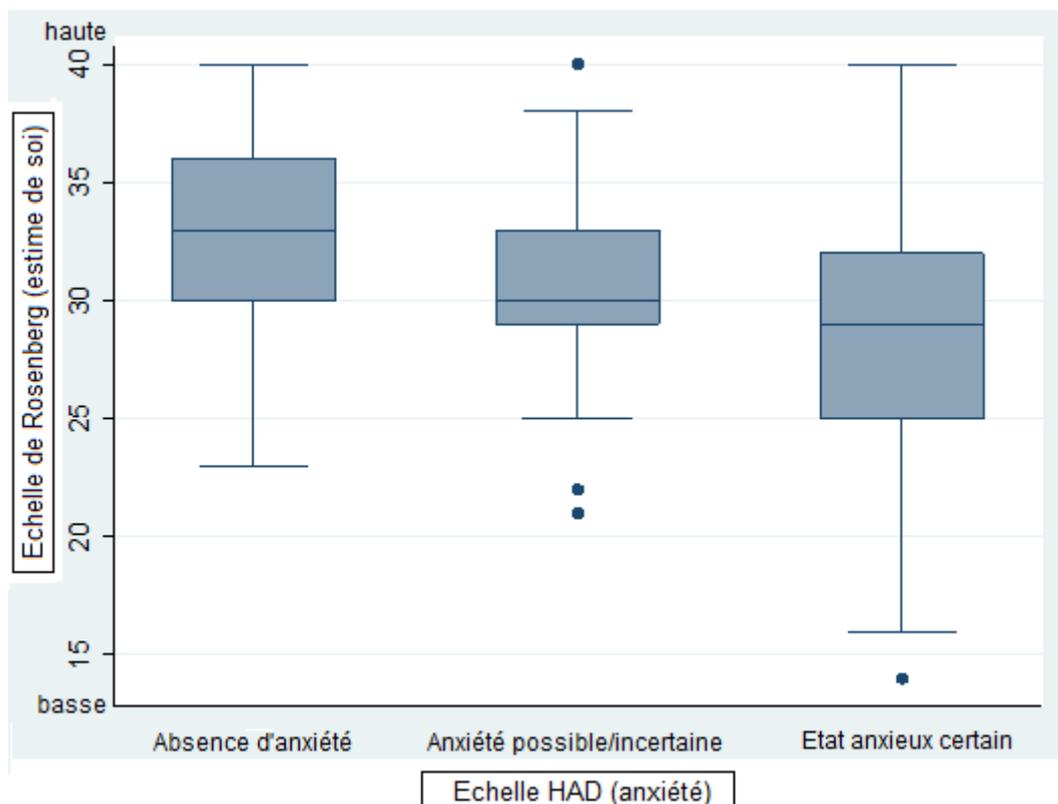


Figure 5 : Echelle de Rosenberg selon les catégories d'anxiété.

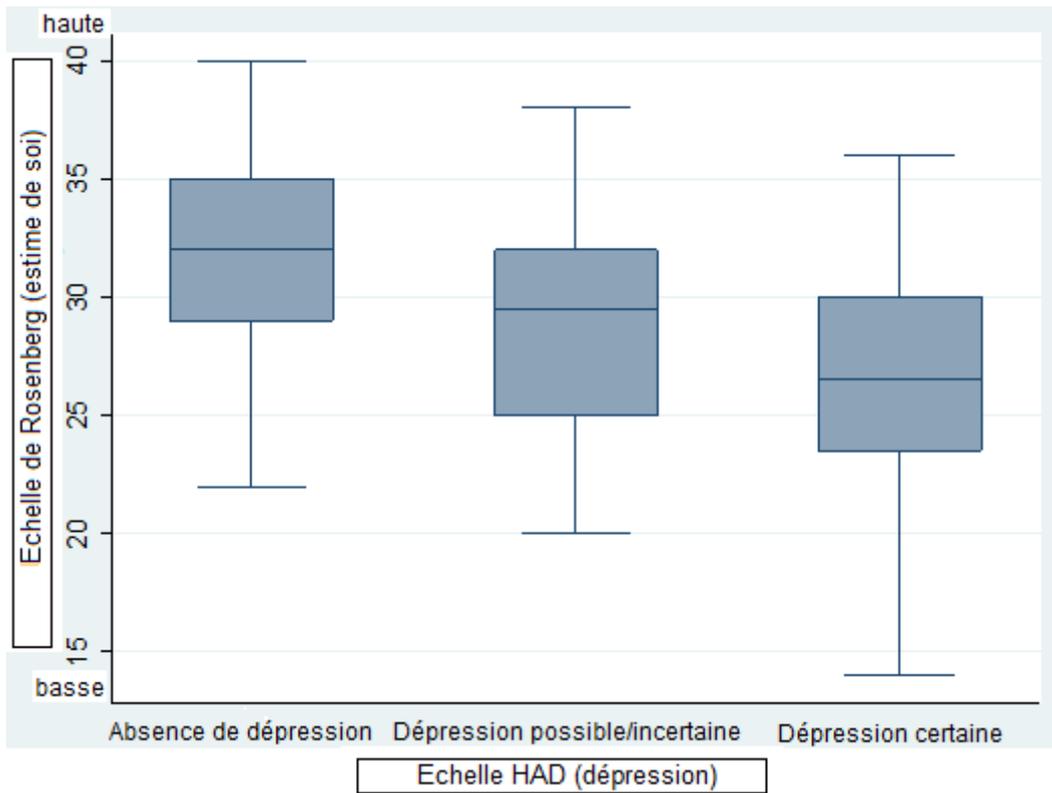


Figure 6 : Echelle de Rosenberg selon les catégories de dépression.

DISCUSSION :

I. PRINCIPAUX RESULTATS :

Cette étude a permis de vérifier notre hypothèse principale en montrant qu'il existe un lien fort entre le statut socio-économique et le niveau d'estime de soi des patients ($p < 0,001$). Plus un individu a un statut socio-économique élevé, meilleure est son estime de lui-même.

On constate aussi que dans notre étude, les femmes ont une moins bonne estime d'elles-mêmes par rapport aux hommes, et ce, de manière significative ($p = 0,02$).

II. COMPARAISON AVEC LA LITTERATURE :

La population de notre étude a un score de position sociale (score DipCare) en moyenne à 1,35. Il s'agit donc d'une population légèrement plus précaire que celle ayant permis la création et la validation de ce score (moyenne de la population au score DipCare dans l'étude de Paul Vaucher : 1,26) (17). Mais ces moyennes appartiennent toutes deux à la catégorie 1 du score DipCare.

Par ailleurs, le niveau d'estime de soi des participants est proche de celui retrouvé dans la plupart des études utilisant l'échelle de Rosenberg : la moyenne du Rosenberg dans notre étude est à 30,9 alors qu'elle est de 31,0 dans l'étude « Evaluation de l'impact de l'estime de soi sur la performance sportive chez les jeunes adolescents scolarisés » (18).

Dans cette même étude, on retrouve également, une estime de soi plus basse chez les femmes (moyenne à 30,3) que chez les hommes (moyenne à 31,6), sachant qu'il s'agit d'une population adolescente à la différence de celle de notre étude.

D'autres études font le constat d'une différence selon le genre, comme celle intitulée « Mise au point et validation d'un outil d'évaluation de la santé sexuelle sous forme d'auto-questionnaires pour une application aux maladies métaboliques » (19) avec une moyenne à l'échelle de Rosenberg étonnamment identique à nos résultats, à savoir à 31,9 chez les hommes contre 30,3 chez les femmes ($p= 0,037$).

L'étude qui se rapproche le plus de la nôtre est celle de Pierre Tap et Florence Sordes-Ader, publiée en 2002. Cette étude conclut à une moins bonne estime de soi dans le groupe « précaires » versus « non-précaires » et ceci de façon également plus marquée chez les femmes que chez les hommes (14).

Cette étude était réalisée en centres d'examens de santé, et donc non extrapolable à la population générale. Il nous semblait intéressant de confirmer ce lien en population de médecine générale ambulatoire.

Nous ne pouvons pas comparer les résultats de notre étude à celle de Pierre Tap et Florence Sordes-Ader car nous n'avons pas utilisé les mêmes échelles (échelle toulousaine ETES modifiée versus échelle de Rosenberg, et critères institués par les administrations versus score DipCare). Mais nous pouvons constater que nos résultats vont dans le même sens.

Notre étude va plus loin en montrant que non seulement on retrouve une corrélation entre estime de soi et statut socio-économique, mais que celle-ci suit le gradient social. L'estime de soi d'un individu à statut socio-économique « moyen » sera moins bonne

que celle d'un individu à statut socio-économique « bon » qui sera moins bonne que celle d'un individu à statut socio-économique « élevé ».

III. FORCES et FAIBLESSES de l'ETUDE :

1 Fiabilité de l'étude et représentativité de notre population :

Nous avons analysé 203 questionnaires.

Notre questionnaire était relativement long (soixante-dix questions, temps de remplissage : environ quinze minutes) et malgré cela, nous avons récupéré 83 % des questionnaires distribués avec parmi ceux-ci, 84 % d'interprétables. Le taux de participation à l'enquête n'a pas pu être calculé, ne connaissant pas le nombre de patients et des accompagnants ayant eu à disposition les questionnaires.

La base de données a bénéficié d'une double saisie manuelle, afin de diminuer au maximum le risque d'erreurs.

Les statistiques ont été réalisées par une personne formée à l'aide d'un logiciel adapté et spécialisé.

Les patients inclus avaient un âge allant de 18 à 92 ans, avec une moyenne d'âge de 48,5 ans, ainsi toutes les générations d'adultes étaient représentées.

Notre population est probablement plus précaire que la population générale compte tenu des cabinets choisis. Les personnes les plus précaires n'ont probablement pas pu participer (barrière de la langue, compréhension des questions). Il s'agit de patients de médecine générale donc davantage malades que la population dans son ensemble.

Nous craignons que les personnes par fierté ou pudeur tendent à diminuer leur niveau de précarité ou estime de soi par omission plus ou moins volontaire, ou « réponse socialement acceptable ». Pour pallier à cela nous n'avons pas annoncé le but précis de notre recherche. Nous ne leur avons pas signalé que nous étudions l'estime de soi et le niveau socio-économique mais qu'il s'agissait d'une étude étudiant les facteurs influençant la santé. Nous avons respecté l'anonymat et proposé les questionnaires à toute personne se trouvant en salle d'attente, incluant les accompagnants non malade.

Les questionnaires ont été bien accueillis dans l'ensemble. Ceci dit, lorsque les patients étaient plus sollicités, notamment par la secrétaire, le taux de remplissage des questionnaires était bien plus important. De ce fait, il se peut que nous ayons un biais de sélection, les patients se sentant obligés de répondre sans que cela soit une décision tout à fait personnelle.

La langue a probablement été un frein au remplissage du questionnaire dont nous avons pleinement conscience avant de débiter le protocole; notamment du fait d'une proportion importante de patients d'origine maghrébine dans certains cabinets. Il serait intéressant de pouvoir explorer ce lien chez toute la population y compris celle ne parlant pas le français, par exemple par l'utilisation d'hétéro-questionnaires ou de questionnaires traduits.

2 Choix des échelles :

Pour mesurer l'estime de soi, nous avons choisi d'utiliser l'échelle de Rosenberg. Elle a été validée chez les adolescents, jeunes adultes (16) et chez les personnes âgées (20). Ce score est un outil de recherche fiable, utilisé dans la plupart des études

évaluant l'estime de soi. Il n'est cependant pas utilisable en clinique, pour du dépistage.

On ne peut omettre le caractère délicat de la compréhension de certaines questions. Ainsi, nous nous sommes rendu compte que la question numéro 11 « J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même » pouvait être perçue dans les 2 sens : quelqu'un de très fier de lui, va répondre « tout à fait d'accord » tout comme quelqu'un ayant peu d'estime de lui et voulant avoir plus de respect envers sa personne.

Pour évaluer la précarité nous avons opté pour le score DipCare. Il a été développé en soins primaires et évalue le niveau de précarité en six catégories, pouvant refléter la notion de gradient social. Les critères méthodologiques de validation du score sont bons (17). Ce score est un score de recherche, relativement récent, non praticable en clinique.

Cependant, certaines questions du DipCare nous ont paru parfois non spécifiques de l'état de précarité en France.

Par exemple, à la question « durant le dernier mois, avez-vous eu la possibilité d'accéder à internet (maison, travail, bibliothèque, internet café, etc.) ? », la plupart des personnes ayant répondu non à cette question, étaient :

- soit effectivement dans un état reflétant une carence sociale,
- soit il s'agissait de personnes âgées, n'ayant pas internet, mais dont le reste des réponses au questionnaire n'était pas en faveur d'une précarité.

Cette question, à partir d'un certain âge, ne nous semble pas représentative de la situation sociale. Internet étant un outil relativement récent, beaucoup de personnes âgées n'ont pas accès à internet, sans pour autant avoir un statut socio-économique bas.

3 Accueil réservé à l'étude :

Nous avons été surprises de constater que les patients ont apprécié aborder des sujets habituellement peu évoqués.

Plusieurs commentaires allant dans ce sens ont été écrits par les participants, dans l'espace réservé aux remarques à la fin du questionnaire, comme :

« Ayant été soignante et devenue patiente après 10 ans d'exercice, mon atteinte psychologique est toujours très présente. J'ai pu m'en apercevoir en remplissant votre questionnaire très intéressant. Bonne continuation dans vos études. »

« Votre questionnaire est intéressant, il y a des affirmations sur lesquelles je me penche rarement et finalement, je devrais plus souvent y réfléchir. »

« Un très bon sondage en espérant que ça vous apporte quelque chose. »

D'autres commentaires étaient d'avantage mitigés « Je ne vois pas à quoi tout ceci peut servir mais je le fais car il n'y a rien à lire !!! », voire négatifs « Impossible à remplir par des tiers qui sont de la famille, les questions sont trop intrusives, le remplissage par un proche est une effraction de l'intimité. Inacceptable. Le patient ne sachant pas écrire, ce questionnaire a été complété par sa fille. ».

Le questionnaire a pu permettre à certaines personnes de mettre en lumière des sujets parfois occultés par le patient lui-même ou le médecin. Cette mise en lumière est possiblement source de prise en compte et d'avancées positives, mais également, source de souffrance et de ce fait, peut avoir un impact négatif sur la personne, dont nous devons être conscientes.

IV. INTERPRETATION DES RESULTATS :

1 Lien statistique ou lien de causalité ?

Le statut socio-économique est corrélé à l'estime de soi mais nous ne pouvons porter de conclusions sur un lien de cause à effet : si l'on considère l'existence d'un lien, dans quel sens celui-ci va-t-il ? Un faible niveau social entraîne-t-il une faible estime de soi ou est-ce l'inverse ?

Une personne ayant une mauvaise estime d'elle-même pourrait ne pas se sentir à la hauteur pour convoiter un poste important et pourrait donc avoir des revenus moindres conjointement à un niveau socio-économique plus bas.

A l'inverse, il est possible d'imaginer, que dans notre société moderne où la réussite sociale se reflète aussi bien par la possession matérielle que par l'image de soi renvoyée par autrui, le statut socio-économique puisse influencer la notion d'estime de soi. Ayant « moins réussi » au sens communément admis du terme, une personne de bas niveau socio-économique pourrait avoir une moins bonne estime d'elle-même. Une rupture s'installe entre ce que je suis et ce que j'aspire à être, induisant cette perte d'estime de soi.

La spécificité de nos résultats réside, comme nous l'avons déjà expliqué, dans le fait que la corrélation entre estime de soi et statut socio-économique suit un « gradient social ».

Comme si l'individu n'était jamais satisfait de lui et aspirait tout le temps à plus. L'estime de soi ne cesserait d'augmenter progressivement le long du statut socio-économique, quel que soit le statut socio-économique déjà atteint. Un individu au

statut socio-économique haut, aurait alors toujours un individu au statut socio-économique plus haut, auquel il pourrait se comparer.

2 L'estime de soi comme variable défensive d'adaptation dans la société :

L'estime de soi est une variable complexe pouvant avoir plusieurs sens. Le psychologue et philosophe américain William James définit pour la première fois en 1890, le concept d'estime de soi. Pour lui, l'estime de soi se situe dans la personne, et elle se définit par « la cohésion entre ses aspirations et ses succès » (22). Il s'agit de la façon dont l'individu se perçoit, sentiment façonné dans le regard de l'autre.

Ce concept psychologique qu'est l'estime de soi conduit à l'hypothèse suivante : l'estime de soi serait une variable défensive d'adaptation dans la société.

2.1 Une estime de soi basse, une stratégie défensive ?

Nos résultats vont en faveur d'une estime de soi évoluant de pair avec le statut socio-économique. Quelle pourrait en être la raison ?

Dans son livre intitulé « L'égalité c'est la santé » (22), Wilkinson développe l'idée que : « un état d'esprit reposant sur une faible estime de soi, une contenance accablée, ne présentant ni défi ni menace, met l'individu déprimé à l'abri de conflits sans espoir, lui permettant peut-être ainsi de survivre ».

Paul Gilbert quant à lui, qualifie la dépression de « souvenir d'une stratégie de soumission » (22).

Une faible estime de soi serait alors un moyen de défense contre les rivalités, les inégalités sociales ?

La faible estime de soi pourrait faire partie d'un mécanisme de défense complexe. Et aurait ainsi un rôle sur la santé par un ensemble de processus dont il faut tenir compte, dans la relation médecin-malade et l'éducation thérapeutique du patient.

2.2 Une estime de soi haute, une autre stratégie défensive ?

En quelques décennies le niveau d'estime de soi de l'ensemble de la population a globalement augmenté, alors que les inégalités sociales se sont considérablement creusées. Jean Twenge indique que, dans les années 1950, seulement 12% des adolescents étaient d'accord avec la phrase « je suis une personne importante », et que cette proportion était passée à 80% vers la fin des années 1980 (11). Ceci est souvent expliqué par la montée de l'individualisme qui pousse l'individu, davantage seul mais en permanence confronté au jugement des autres, à se convaincre de ses propres qualités dans une société où être le plus fort est une valeur à défendre.

Wilkinson et Pickett, dans leur livre « Pourquoi l'égalité est meilleure pour tous » (11) expliquent que « l'anxiété croissante suscitée par le regard des autres et ce que les autres pensent de nous a produit une sorte de stratégie défensive destinée à consolider notre confiance face à ces insécurités ». Ainsi, certaines personnes parmi les plus précaires auraient tendance à développer une haute estime d'elles-mêmes, en réponse aux violences que diffusent les inégalités socio-économiques.

Ils nomment cette estime de soi « égotisme menacé » ou « haute estime de soi précaire » ou encore « narcissisme-insécurisé », qui est à différencier de la véritable estime de soi.

Nous avons peut-être assisté lors des dernières décennies à la montée de ce « narcissisme-insécurisé » plutôt qu'à la montée d'une estime de soi authentique.

Nos résultats peuvent donc amener à formuler un nouveau postulat : malgré l'augmentation du niveau global d'estime de soi, il semble persister un gradient d'estime de soi suivant le gradient social. L'existence d'un gradient tend à prouver que ce n'est pas tant le statut socio-économique qui impacte l'estime de soi que l'importance des inégalités sociales dans la société où nous évoluons.

Il est important de souligner que le questionnaire de Rosenberg étudie l'estime de soi dans sa globalité sans différencier l'estime de soi authentique de l'estime de soi narcissique. L'éventuel effet de cette dernière sur l'état de santé des individus n'étant pas établi à ce jour.

Il faudrait réaliser d'autres études en utilisant des questionnaires permettant de différencier ces deux types d'estime de soi. Mais à notre connaissance il n'existe pas à ce jour d'outil disponible.

3 Des facteurs de confusion :

Nous avons trouvé un lien statistiquement significatif entre le niveau d'estime de soi et le statut social des participants. Les personnes ayant un statut social bas et/ou un faible niveau d'estime d'elles-mêmes ont également été qualifiées davantage anxieuses ou dépressives selon l'échelle HAD. A raison nous pouvons donc penser que ces deux facteurs sont des facteurs de confusion qui pourraient fausser le lien entre le niveau socio-économique et l'estime de soi des personnes.

Nous ne sommes pas allées plus loin dans l'analyse secondaire, car la taille relativement modeste de notre échantillon et la distribution non normale de notre

variable d'intérêt ne nous permettaient pas de construire un modèle solide de régression multiple ajusté sur ces différents facteurs. Ce pourrait être l'un des objectifs d'un prochain travail, afin de mettre en évidence quel est le poids de chaque déterminant dans un modèle explicatif de l'estime de soi.

V. OUVERTURES, PERSPECTIVES d'AVENIR :

Il est admis que le niveau de santé suit un gradient social, et que l'estime de soi a un impact sur la santé. Nous avons relevé l'existence d'une corrélation entre le statut socio-économique et l'estime de soi.

La mésestime de soi pourrait être un dispositif de défense complexe, qui devrait être considéré dans la relation médecin-malade et l'éducation thérapeutique du patient.

Dans ce sens, l'OMS a développé en 1993 dix compétences psychosociales nécessaires à l'individu afin de « maintenir un état de bien-être mental, en adoptant un comportement approprié et positif à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement » (23).

Ces compétences favorisent la promotion de la santé mentale par tout ce qui a trait au renforcement de l'estime de soi.

Notre travail va dans ce sens. Il faut considérer l'ensemble des compétences psychosociales afin d'essayer d'améliorer l'état de santé et de diminuer les inégalités sociales de santé.

Sur la base des compétences psychosociales des individus, l'INPES (24) et l'HAS (25) ont élaboré des référentiels pour dispenser dans le cadre d'un programme, l'éducation thérapeutique du patient.

Bien qu'il soit évident qu'une étude de plus grande envergure est nécessaire pour conforter nos résultats, on peut imaginer le développement de programmes visant à améliorer l'estime de soi des populations précaires afin d'améliorer leur santé, et de ce fait, contribuer, même de manière infime, à la diminution des inégalités sociales de santé.

Cependant, la prudence est de mise :

- si pour certaines personnes, la faible estime de soi est une stratégie défensive, il faut s'assurer que les campagnes « d'amélioration de l'estime de soi » ne soient alors pas délétères.
- tout comme il est primordial de viser une augmentation de la « bonne » estime de soi et non pas de l'estime de soi narcissique ayant tendance à fragiliser davantage la société en augmentant l'individualisme.

Le médecin traitant doit être sensibilisé à ce constat. Il est important qu'il connaisse la position sociale de ses patients afin de mieux comprendre leur problématique de santé et de les prendre en charge de manière adaptée. D'ailleurs de nouvelles recommandations du collège de la médecine générale vont dans ce sens (26).

Tout comme être attentif à l'estime qu'un patient peut avoir de lui-même, nous semble également nécessaire à une prise en charge globale.

CONCLUSION :

THESE SOUTENUE PAR : Elise Lépinay et Murielle Daudin

TITRE : Association entre niveau d'estime de soi et statut socio-économique des patients : étude quantitative descriptive par questionnaires auto-administrés en cabinet de médecine générale de la région Rhône-Alpes.

Les inégalités sociales de santé (ISS) sont considérées comme partiellement évitables, car ne relevant pas seulement de la biologie, mais de déterminants socialement construits. De nombreux déterminants de santé ont été mis en évidence. Malgré cela, une grande part des vraies causes des ISS nous reste encore largement inconnue.

Par cette étude quantitative, nous avons exploré l'existence d'une corrélation entre le statut socio-économique et l'estime de soi d'un individu.

Cette étude a mis en évidence une association statistiquement significative entre le statut socio-économique et l'estime de soi ($p < 0,01$). Plus le niveau socio-économique des personnes diminue, plus leur estime d'elles-mêmes diminue.

Par ailleurs, les femmes de notre étude ont une moins bonne estime de soi que les hommes, ceci de manière significative ($p < 0,01$).

Nous ne pouvons pour autant porter de conclusions sur un lien de cause à effet, sur la seule base du lien que nous avons mis en évidence entre estime de soi et statut socio-économique.

La spécificité de nos résultats réside dans le fait que la corrélation entre estime de soi et statut socio-économique suit un « gradient-social ». L'estime de soi ne cesserait d'augmenter progressivement le long du statut socio-économique, quel que soit le statut socio-économique déjà atteint.

Cependant, l'hypothèse d'une faible estime de soi comme stratégie défensive a déjà été évoquée. Tout comme la dépression qualifiée de « souvenir d'une stratégie de soumission », une faible estime de soi serait un moyen de défense contre les rivalités, les inégalités sociales.

Il est nécessaire de poursuivre des études de plus grande envergure sur le sujet pour appuyer nos résultats et évaluer par une méthodologie rigoureuse l'existence ou non d'un lien de causalité entre l'estime de soi et le statut socio-économique.

Il semble indispensable que le médecin traitant soit sensibilisé à l'impact de la position sociale d'un individu dans sa prise en charge médicale, ainsi qu'à l'effet produit de l'estime de soi d'un patient sur sa santé.

Les programmes de santé publique visant l'amélioration de l'estime de soi devraient considérer l'ensemble des compétences psychosociales afin d'essayer d'améliorer l'état de santé et de diminuer les inégalités sociales de santé.

La présence ou non d'une haute estime de soi pouvant faire partie d'un mécanisme de défense complexe, il paraît nécessaire d'évaluer les effets de programmes de santé publique et de s'assurer de l'absence de conséquences négatives sur l'individu. Dans un monde où l'individualisme est de coutume, augmenter l'estime de soi pourrait venir renforcer cette tendance, et par conséquent diminuer les liens sociaux nécessaires à une société plus égalitaire.

Le but de ces considérations est bien de se rapprocher un peu plus de l'objectif premier : la réduction des inégalités sociales de santé.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le 19/9/2015

LE DOYEN



J.P. ROMANET

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'J.P. Romanet', written below the name.

LE PRESIDENT DE LA THESE

PROFESSEUR Patrice FRANCOIS

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Patrice Francois', written below the name.

BIBLIOGRAPHIE :

1. OCDE (2013), Panorama de la santé 2013 : les indicateurs de l'OCDE. Editions OCDE. 21 nov 2013;212. Disponible sur : http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-fr.
2. Suhard V, Safon MO, Despres C. Bibliographie sur les inégalités sociales de santé. IRDES. juin 2014. Disponible sur : <http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/les-inegalites-sociales-de-sante.pdf>
3. Black D, Morris JN, Smith C, Townsend P. The Black report, London : Pelican. 1982.
4. Piveteau D, Cordier A, Morel A et al. Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. Rapport annuel 2012. 13 déc 2012; Disponible sur : http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/rapport_annuel_2012_hcaam.pdf.
5. Marmot MG, Davey Smith G, Stansfeld S et al. Work, stress and health : the Whitehall II study. The Lancet. London, UK; 1991;337.
6. Guilloret A, Maldonado T. Association entre la position sociale et les événements cardiovasculaires majeurs : une revue systématique des études épidémiologiques de la littérature. Grenoble : Université Joseph Fourier; 2014.
7. Maier SF, Watkins LR, Fleshner M. Psychoneuroimmunology. The interface between behavior, brain, and immunity. Am Psychol. déc 1994;49(12):1004-17.
8. Uchino BN, Cacioppo JT, Kiecolt-Glaser J. The Relationship Between Social Support and Physiological Processes : A Review With Emphasis on Underlying Mechanisms and Implications for Health. Psychol Bull. 1996;119(n°3):488-531.
9. An JY, An K, O'Connor L, Wexler S. Life satisfaction, self-esteem, and perceived health status among elder Korean women: focus on living arrangements. J Transcult Nurs Off J Transcult Nurs Soc Transcult Nurs Soc. avr 2008;19(2):151-60.
10. Stinson DA, Logel C, Zanna MP, Holmes JG., Cameron JJ., Wood JV., et al. The cost of lower self-esteem : Testing a self- and social-bonds model of health. Journal of Personality and Social Psychology. 2008;94(3):412-428.
11. Pickett K, Wilkinson R. Pourquoi l'égalité est meilleure pour tous. Les petits matins-institut veblen. Paris; 2013.
12. Alles-Jardel M, Mouraille S, Peyre-Reynaud G. Santé mentale, estime de soi, parcours scolaire, et contexte socio-familial chez les enfants de 6/8 ans. Rev Francoph Clin Comport Cogn. 2002;7(1):5-15.
13. Trzesniewski KH, Donnellan MB, Moffitt TE, Robins RW, Poulton R, Caspi A. Low self-esteem during adolescence predicts poor health, criminal behavior, and limited economic prospects during adulthood. Developmental psychology. 2006;42(2):381.

14. Tap P, Sordes-Ader F. Précarité socio-économique et vulnérabilité. 2002; Esprit du temps, Le Bouscat, FRANCE (1995)(4):122;66-77.
15. Rosenberg M, Princeton N. Rosenberg's Self-Esteem Scale. Society and the Adolescent Self-Image. Princeton University Press. 1965.
16. Vallières EF, Vallerand RJ. Traduction Et Validation Canadienne-Française De L'échelle De L'estime De Soi De Rosenberg. Int J Psychol. 1 avr 1990;25(2):305-16.
17. Vaucher P, Bischoff T, Diserens E-A et al. Detecting and measuring deprivation in primary care : development, reliability and validity of a self-reported questionnaire: the DiPCare-Q. BMJ Open. 1 janv 2012;2(1):e000692.
18. Eloirdi A, Arfaoui A, Ahami AOT. Evaluation de l'impact de l'estime de soi sur la performance sportive chez les jeunes adolescents scolarisés [Evaluation of the impact of self-esteem on sports performance in young adolescents attending school]. Int J Innov Appl Stud. 2014;8(2):639.
19. Petita F, Hubert-Buronab A, Mollet-Boudjemlineb A et al. Mise au point et validation d'un outil d'évaluation de la santé sexuelle sous forme d'auto-questionnaires pour une application aux maladies métaboliques. prog uro. automne 2013;210-8.
20. Gana K, Alaphilippe D, Bailly N. Factorial structure of the French version of the Rosenberg Self-esteem scale (RSE) among the elderly. 5 : 169-75. 2005.
21. William J. Psychology : Briefer Course. Havard University Press, Cambridge, MA, 1892.
22. Wilkinson R. L'égalité c'est la santé. ed Paris : Démopolis, 2010.
23. Life skills education in schools. Genève : OMS Unesco, 1993.
24. Lamboy B, Fortin J, Azorin J-C, Mabrouk N. INPES - Actualités 2015 - Développer les compétences psychosociales des enfants et des jeunes. 431 Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES); avr 28, 2015. Disponible sur : <http://www.inpes.sante.fr/30000/actus2015/026-competences-psychosociales-enfants.asp>.
25. Education thérapeutique du patient. Comment élaborer un programme spécifique d'une maladie chronique ? Recommandations. HAS; 2007 juin p. 6. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_comment_elaborer_un_programme_-_recommandations_juin_2007.pdf.
26. Cadwallader JS, Cartier T, Charissou A et al. Pourquoi et comment enregistrer la situation sociale d'un patient adulte en médecine générale ? 2014. Disponible sur : http://www.lecmg.fr/livreblanc/docs/140108_enregistrement_situation_sociale_dossier_mg_version3.0.pdf.

ANNEXES :

I. ANNEXE 1 : Questionnaire :



LABORATOIRE
INTERDISCIPLINAIRE
DE PSYCHOLOGIE
CHANGEMENT SOCIAL



Questionnaire sur la vie sociale et la santé

Nous réalisons ce questionnaire dans le but d'étudier la santé et la vie sociale en population générale. Cette étude a pour but d'améliorer la prise en charge médicale et sociale des patients et de mieux comprendre les mécanismes responsables des difficultés de santé.

Pour cela nous avons besoin de votre aide !

Nous vous proposons donc de répondre aux questions suivantes.

TOUT le MONDE peut PARTICIPER, seule nécessité : être âgé de plus de 18 ans !

Pour que l'on puisse analyser les données, il est important de répondre au questionnaire en entier. Nous avons conscience de sa longueur, mais toutes ces données nous sont indispensables.

L'anonymat des participants est bien entendu respecté.

Vous pourrez obtenir les résultats globaux de notre étude par l'intermédiaire de votre médecin traitant à qui ils seront communiqués.

Certaines questions peuvent être difficiles, et vous confronter à des sujets peu souvent évoqués, notamment avec votre médecin. N'hésitez pas à en parler avec lui, lors d'une consultation ultérieure, afin de parler de votre ressenti et des difficultés que vous avez rencontré lors du remplissage de ce questionnaire.

Veuillez inscrire votre âge, et entourer la lettre correspondant à votre sexe :

1) Age :

2) Sexe : F M

3) Etes-vous atteint d'une maladie ? Oui Non

Si oui, laquelle ?.....

Pour chacune des propositions suivantes, merci de mettre une croix dans la case correspondant à votre choix (une seule réponse) :

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
4) Je pense que je suis une personne de valeur, au moins égal(e) à n'importe qui d'autre.				
5) Je pense que je possède un certain nombre de qualités.				
6) J'ai tendance à penser que je suis un(e) raté(e).				
7) Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens.				
8) Je pense avoir peu de raisons d'être fier(e) de moi.				
9) J'ai une attitude positive vis-à-vis de moi-même.				
10) Dans l'ensemble, je suis satisfait(e) de moi.				
11) J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même.				
12) Parfois, je me sens vraiment inutile.				
13) Il m'arrive de penser que je ne suis bon(ne) à rien.				

Pour les questions qui suivent : Mettez une croix dans la case qui correspond le mieux à votre situation en répondant à OUI ou NON aux questions suivantes :

	OUI	NON
14) Durant les 12 derniers mois, avez-vous eu de la peine à payer les factures de votre ménage (impôts, assurances, téléphone, électricité, cartes de crédit, etc.) ?		
15) Durant les 12 derniers mois, avez-vous eu besoin de demander de l'argent à des proches pour des besoins quotidiens ?		

	OUI	NON
16) Durant les 12 derniers mois, quelqu'un dans votre ménage a –t-il dû renoncer à se faire soigner parce que vous n'aviez pas assez d'argent (dentiste, médecin, achat de médicaments) ?		
17) Durant les 12 derniers mois, avez-vous eu peur d'être expulsé(e) de votre logement ou de perdre votre habitation ?		
18) Durant les 12 derniers mois, avez-vous dû renoncer à acheter des habits alors que vous-même ou un membre de votre ménage en avait pourtant besoin ?		
19) Durant les 12 derniers mois, avez-vous dû renoncer à acheter des meubles ou des appareils alors que vous ou un membre de votre ménage en aviez pourtant besoin ?		
20) Durant les 12 derniers mois, êtes-vous partis en vacances ?		
21) Durant les 3 derniers mois, avez-vous partagé une soirée avec des proches ou des amis ?		
22) Durant les 3 derniers mois, avez-vous été au cinéma, au théâtre, à un concert ou à un événement sportif ?		
23) Durant le dernier mois, est-il arrivé qu'il n'y ait pas assez à manger dans votre ménage ?		
24) Durant le dernier mois, avez-vous eu la possibilité d'accéder à Internet (maison, travail, bibliothèque, Internet café, etc.) ?		
25) En cas de difficulté, pourriez-vous faire appel à des personnes extérieures à votre ménage pour vous apporter une aide matérielle (argent, nourriture, logement) ?		
26) Actuellement, le remboursement d'argent (banque, famille, proche, etc.) vous pose-t-il un problème important ?		
27) Actuellement, souffrez-vous d'un handicap physique qui a des conséquences importantes sur votre vie quotidienne ?		
28) Actuellement, souffrez- vous de difficultés ou problèmes psychiques qui ont des conséquences importantes sur votre vie quotidienne ?		
29) Actuellement, avez- vous des difficultés liées à une consommation d'alcool, de drogue, de jeu, ou autres ?		

Indiquez pour chacune des propositions suivantes à quel point chacune est vraie pour vous quand vous vous sentez « stressé(e) ». Cochez la case appropriée :

	Non, pas du tout	Oui, un peu	Oui, moyennement	Oui, beaucoup	Oui, Extrêmement
30) J'ai des maux de tête.					
31) J'ai des tendances à m'évanouir ou des vertiges.					
32) J'ai des douleurs au cœur ou dans la poitrine.					
33) J'ai des difficultés à respirer.					
34) J'ai des douleurs à la partie inférieure du dos.					
35) J'ai l'impression que mes muscles sont endoloris.					
36) J'ai des nausées ou envie de vomir.					
37) J'ai comme des bouffées de chaleur ou de froid.					
38) J'ai une impression d'engourdissement ou de fourmillement dans certaines parties de mon corps.					
39) J'ai l'impression d'avoir une boule dans la gorge.					
40) J'ai une sensation de faiblesse dans certaines parties de mon corps.					
41) J'ai une impression de pesanteur dans les bras ou dans les jambes.					

COURAGE, LE PLUS DUR A ETE FAIT ! VOUS EN ETES A PLUS DE LA MOITIE ! MERCI !

Jusqu'à quel point chacun des énoncés suivants correspond à votre façon de réagir à ces sensations en général :

	Pas du tout correspondant	Un peu correspondant	Assez correspondant	Très correspondant	Tout à fait correspondant
42) Lorsque quelqu'un tousse cela me fait tousser aussi.					
43) J'ai du mal à tolérer la fumée, le smog (nuage de pollution), ou les polluants dans l'air.					
44) Je suis souvent conscient de choses variées qui surviennent dans mon corps.					
45) Quand je me fais une ecchymose, elle paraît longtemps.					
46) Les gros bruits forts et soudains me dérangent vraiment.					
47) Je peux parfois entendre mon pouls ou mes battements cardiaques vibrer dans mes oreilles.					
48) Je déteste avoir trop chaud ou trop froid.					
49) Je perçois rapidement les tiraillements de la faim de mon estomac.					
50) Même quelque chose de mineur, comme une morsure d'insecte ou une écharde, me dérange vraiment.					
51) J'ai une faible tolérance à la douleur.					

Pour chacun des énoncés suivants, indiquez par une croix, pour chaque affirmation à quel degré vous êtes en accord ou en désaccord avec les propositions :

52) Je me sens tendu ou énervé :

Jamais	De temps en temps	Souvent	La plupart du temps

53) J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver :

Pas du tout	Un peu mais cela ne m'inquiète pas	Oui, mais ce n'est pas trop grave	Oui, très nettement

54) Je me fais du souci :

Très occasionnellement	Occasionnellement	Assez souvent	Très souvent

55) Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté :

Oui, quoi qu'il arrive	Oui, en général	Rarement	Jamais

56) J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué :

Jamais	Parfois	Assez souvent	Très souvent

57) J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place :

Pas du tout	Pas tellement	Un peu	Oui, c'est tout à fait le cas

58) J'éprouve des sensations soudaines de panique :

Jamais	Pas très souvent	Assez souvent	Vraiment très souvent

59) Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois :

Oui, tout autant	Pas autant	Un peu seulement	Presque plus

60) Je ris facilement et vois le bon côté des choses :

Autant que par le passé	Plus autant qu'avant	Vraiment moins qu'avant	Plus du tout

61) Je suis de bonne humeur :

La plupart du temps	Assez souvent	Rarement	Jamais

62) J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :

Jamais	Parfois	Très souvent	Presque toujours

63) Je ne m'intéresse plus à mon apparence :

J'y prête autant d'attention que par le passé	Il se peut que je n'y fasse plus autant attention	Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais	Plus du tout

64) Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses :

Autant qu'avant	Un peu moins qu'avant	Bien moins qu'avant	Presque jamais

65) Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou télévision :

Souvent	Parfois	Rarement	Très rarement

Pour chacun des énoncés suivants, indiquez pour chaque affirmation à quel degré vous êtes en accord ou en désaccord, selon l'échelle suivante :

Fortement en désaccord	En désaccord	Légèrement en désaccord	Ni en désaccord ni en accord	Légèrement en accord	En accord	Fortement en accord
1	2	3	4	5	6	7

En général :	1	2	3	4	5	6	7
66) En général, ma vie correspond de près à mes idéaux.							
67) Mes conditions de vie sont excellentes.							
68) Je suis satisfait (-e) de ma vie.							
69) Jusqu'à maintenant, j'ai obtenu les choses importantes que je voulais de la vie.							
70) Si je pouvais recommencer ma vie, je n'y changerais presque rien.							

Remarque(s) :

.....

.....

.....

.....

.....

Nous vous remercions de votre attention et du temps que vous avez consacré pour répondre à ce questionnaire.

Daudin Murielle, Lépinay Elise, Billard Eléna, Rigaud Elodie

II. ANNEXE 2 : Fiche d'information à l' intention des patients disposée en salle d'attente :



Bonjour,

Nous sommes 4 étudiantes en médecine générale et en psychologie qui réalisons une recherche sur le [thème de la santé & de la vie sociale](#).

Pour cela, nous avons besoin de VOUS !

- Vous avez plus de 18 ans
- Vous êtes patient ou vous accompagnez un patient

Alors vous pouvez participer en remplissant un questionnaire du mieux que vous pouvez et en le déposant dans la boîte mise à disposition dans la salle d'attente.

[Relaxez-vous...](#)

[Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse](#)

MERCI

Pour information: Il s'agit d'un travail de recherche régional. Les questionnaires sont anonymes. Vous pourrez consulter les résultats de cette étude auprès de votre médecin généraliste (à partir de fin 2015). Si vous souhaitez en savoir plus, n'hésitez pas à nous joindre à l'adresse suivante : projetsante73@gmail.com

III. Annexe 3: Protocole explicatif destiné aux médecins participants à notre étude

PROTOCOLE ETUDE ESTIME DE SOI – PRECARITE :

Bonjour,

Nous sommes deux internes en Médecine Générale et deux étudiantes en Master de Psychologie, et nous travaillons sur un projet commun sur le thème de la santé et de la précarité.

Nous vous adressons ce protocole d'étude que nous souhaitons réaliser dans le cadre de notre projet respectivement de thèse et de mémoire, afin de vous expliquer les raisons de cette étude et son déroulement.

But de notre étude : Montrer qu'il existe un lien entre la santé, l'estime de soi et le niveau de précarité.

Raison du choix de notre étude :

Les inégalités sociales de santé sont un fait clairement établi. Elles évoluent selon un gradient social : Chaque groupe de niveau social a un moins bon état de santé que le groupe social supérieur.

De nombreux déterminants de santé sont connus mais il persiste une part importante encore inexpliquée.

Ces inégalités sont d'avantage marquées en France en comparaison avec les autres pays européens et persistent malgré de nombreux moyens mis en œuvre pour tenter de les réduire (CMU, permanence des soins distribuée sur tout le territoire...).

Nous savons que le niveau de santé évolue inversement avec le niveau de précarité.

Nous savons que le niveau d'estime de soi a de l'influence sur l'état de santé des individus.

Nous ne savons pas à l'heure actuelle si les personnes précaires ont un niveau d'estime de soi significativement différent des personnes moins précaires, mais

beaucoup d'auteurs, de sociologues et autres, soutiennent cette hypothèse sans chiffres à l'appui.

Se développent actuellement de nombreux projets visant à améliorer l'estime de soi des patients.

Si notre étude retrouve un lien statistique significatif entre la précarité et l'estime de soi cela pourra alors appuyer ces projets médicaux et inciter à en développer davantage.

➤ Nous pouvons si vous le souhaitez, vous fournir nos sources bibliographiques.

Déroulement de l'étude :

:- Population : patients de médecine générale. Majeurs. Pas de critère d'exclusion sauf impossibilité à y répondre (illettrisme, barrière de la langue, trouble mnésique...)

:- Lieu : cabinets de médecine générale de la région Chambérienne et Grenobloise.

:- Outils : Nous souhaitons soumettre aux patients un questionnaire permettant l'évaluation de l'estime de soi et de la précarité. Seront utilisés le questionnaire de Rosenberg pour évaluation de l'estime de soi et le questionnaire PRECAR pour évaluation de la précarité, ainsi que la HAS pour évaluer l'anxiété et la dépression, une échelle d'amplification somatosensorielle. Ce questionnaire sépare les personnes en 2 groupes : précaires ou non précaires selon un seuil. Il ne permet pas une évaluation selon le niveau de précarité. (Afin de se rapprocher du gradient social) Pour palier à cela nous avons choisi d'ajouter un critère supplémentaire : le revenu avec différentes tranches progressives.

:- En pratique : Recueil des données de manière anonyme. En salle d'attente de Médecine Générale.

Questionnaires laissés à disposition des patients en salle d'attente. Une affiche explicative sera apposée en salle d'attente à l'attention des patients pour leur expliquer le but de l'étude et leur rôle. Recueil des questionnaires dans une urne. Votre rôle : inciter les patients à y participer ! Avant ou après votre consultation.

= Durée : questionnaires déposés pour inclusion des patients pendant 3 semaines.

= Analyse : Il s'agit donc d'une étude quantitative. Observationnelle. Multicentrique. Les scores obtenus par patient aux deux questionnaires seront alors comparés grâce à un test de Chi2, afin d'évaluer s'il existe un lien statistique entre le niveau d'estime de soi des personnes et le fait d'être précaire ou non-précaire. Il s'agira d'une évaluation sur un mode binaire (précaire vs non-précaire) qui ne pourra donc pas refléter la notion de gradient social (l'échelle PRECAR ne le permettant pas).

Pour pallier à cet écueil, nous effectuerons aussi une comparaison du niveau d'estime de soi en fonction des différentes classes professionnelles, et du revenu par tranche.

Si cette étude vous intéresse et que vous souhaitez y participer, nous aimerions alors soumettre le questionnaire à vos patients.

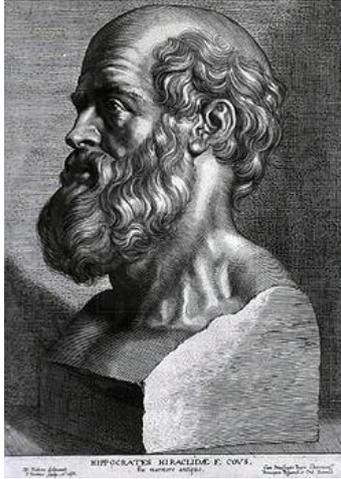
Merci de votre attention.

Nous sommes à votre disposition en cas de questions ou de besoin d'un complément d'information.

Médecine Générale : Daudin Murielle et Lépinay Elise

Psychologie : Rigaud Elodie et Billard Eléna

Adresse mail : projetsante73@gmail.com



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.

Admis 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.

Respectueux et reconnaissant 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 couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

RESUME :

Association entre niveau d'estime de soi et statut socio-économique des patients : étude quantitative descriptive par questionnaires auto-administrés en cabinet de médecine générale de la région Rhône-Alpes.

INTRODUCTION : Les inégalités sociales de santé ne cessent de s'aggraver, et concernent toute la population, pas seulement les personnes précaires : elles sont progressives et sans point de rupture le long de « l'échelle sociale ». La recherche des facteurs responsables de ces inégalités sociales de santé est un enjeu majeur de santé publique. L'estime de soi a déjà été évoquée comme pouvant être un déterminant important de ces inégalités.

OBJECTIF : L'objectif de notre étude était de rechercher s'il existait une corrélation entre le niveau d'estime de soi et le statut socio-économique des patients en médecine générale.

METHODE : Nous avons réalisé une étude quantitative épidémiologique observationnelle transversale par questionnaires auto-administrés contenant l'échelle de Rosenberg pour évaluer l'estime de soi et le score DipCare pour évaluer le statut socio-économique des patients en cabinets de médecine générale en Savoie et Isère.

RESULTATS : Deux-cents-quatre-vingt-dix questionnaires ont été distribués et 243 ont été récupérés, dont 203 interprétables. Un lien statistiquement significatif ($p < 0.001$) a été trouvé entre le niveau d'estime de soi et le niveau socio-économique : plus le statut socio-économique d'une personne est bas, moins bonne est l'estime qu'elle a d'elle-même. Les femmes de notre étude avaient une moins bonne estime d'elles-mêmes que les hommes.

CONCLUSION : Nos résultats confirment l'existence d'un lien entre bas statut socio-économique et mauvaise estime de soi. Il serait intéressant de réaliser une étude de méthodologie différente (plus grande ampleur, prospective ...) afin d'étudier le lien de causalité entre ces deux variables. Si l'estime de soi semble être un déterminant de santé, il paraîtrait judicieux de sensibiliser les médecins généralistes à ce constat et d'inciter les décideurs à inclure cette composante dans les programmes de santé publique, en tenant particulièrement compte du gradient social.

Mots clés : inégalités sociales de santé, estime de soi, statut socio-économique, précarité, gradient social, échelle de Rosenberg, score DipCare, compétences psycho-sociales.