



**HAL**  
open science

## Réduction des inégalités sociales de santé en soins primaires : revue de la littérature

Christelle Fantino-Egrise

► **To cite this version:**

Christelle Fantino-Egrise. Réduction des inégalités sociales de santé en soins primaires : revue de la littérature. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02319137

**HAL Id: dumas-02319137**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02319137>**

Submitted on 17 Oct 2019

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

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

**UNIVERSITE DE NICE SOPHIA ANTIPOLIS  
FACULTE DE MEDECINE DE NICE**



**THESE D'EXERCICE**

Pour l'obtention du diplôme d'Etat de Docteur en Médecine

**Actions permettant la réduction des Inégalités  
Sociales de Santé en soins primaires :  
Revue systématique de la littérature**

Présentée et soutenue publiquement à la faculté de Médecine de Nice

**Le 21 Septembre 2018**

**Par Christelle FANTINO-EGRISE**

Née le 11 mars 1987 à Nice (06)

**Membres du jury :**

**Président :**

Monsieur le Professeur Philippe HOFLIGER

**Assesseurs :**

Madame le Professeur Brigitte MONNIER

Monsieur le Professeur Pascal STACCINI

**Directrice de thèse :**

Madame le Docteur Céline CASTA



**Liste des enseignants au 1er mars 2018 à la Faculté de Médecine de Nice**

**Doyen**

**Pr. BAQUÉ Patrick**

**Vice-doyens**

**Pédagogie**

**Pr. ALUNNI Véronique**

**Recherche**

**Pr. DELLAMONICA jean**

**Etudiants**

**M. JOUAN Robin**

**Chargé de mission projet Campus**

**Pr. PAQUIS Philippe**

**Conservateur de la bibliothèque**

**Mme AMSELLE Danièle**

**Directrice administrative des services**

**Mme CALLEA Isabelle**

**Doyens Honoraires**

**M. AYRAUD Noël**

**M. RAMPAL Patrick**

**M. BENCHIMOL Daniel**



Liste des enseignants au 1er mars 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
Mme	EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GASTAUD Pierre	Ophtalmologie (55.02)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénéréologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Geogres	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (51.04)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)

**Liste des enseignants au 1er mars 2018 à la Faculté de Médecine de Nice**

**PROFESSEURS PREMIERE CLASSE**

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)



Liste des enseignants au 1er mars 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	ANTY Rodolphe	Gastro-entérologie (52.01)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophthalmologie (55.02)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	CLUZEAU Thomas	Hématologie (47.01)
M.	DELLAMONICA Jean	réanimation médicale (48.02)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénéréologie (50-03)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	ROUX Christian	rhumatologie (50.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)



**Liste des enseignants au 1er mars 2018 à la Faculté de Médecine de Nice**

**MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS**

M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
M.	BRONSARD Nicolas	Anatomie Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (42.01)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M.	FAVRE Guillaume	Néphrologie (52.03)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M.	HUMBERT Olivier	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	LAMY Brigitte	Bactériologie-virologie ( 45.01)
Mme	LEGROS Laurence	Hématologie et Transfusion (47.01)
Mme	LONG-MIRA Elodie	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
Mme	SEITZ-POLSKI barbara	Immunologie (47.03)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)



**Liste des enseignants au 1er mars 2018 à la Faculté de Médecine de Nice**

**PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS**

M. HOFLIGER Philippe Médecine Générale (53.03)

**MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS**

M. DARMON David Médecine Générale (53.03)

**PROFESSEURS AGRÉGÉS**

Mme LANDI Rebecca Anglais

**PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE**

M. DURAND Matthieu Urologie (52.04)

M. ILIE Marius Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)

**PROFESSEURS ASSOCIÉS**

M. GARDON Gilles Médecine Générale (53.03)

Mme HURST Samia Thérapeutique (48.04)

M. PAPA Michel Médecine Générale (53.03)

**MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS**

M. BALDIN Jean-Luc Médecine Générale (53.03)

Mme CASTA Céline Médecine Générale (53.03)

M. HOGU Nicolas Médecine Générale (53.03)

Mme MONNIER Brigitte Médecine Générale (53.03)



## Liste des enseignants au 1er mars 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

### Constitution du jury en qualité de 4ème membre

#### Professeurs Honoraires

M. ALBERTINI Marc	M. GILLET Jean-Yves
M. BALAS Daniel	M. GRELLIER Patrick
M. BATT Michel	M. GRIMAUD Dominique
M. BLAIVE Bruno	M. HARTER Michel
M. BOQUET Patrice	M. JOURDAN Jacques
M. BOURGEON André	M. LAMBERT Jean-Claude
M. BOUTTÉ Patrick	M. LAZDUNSKI Michel
M. BRUNETON Jean-Noël	M. LEFEBVRE Jean-Claude
Mme BUSSIERE Françoise	M. LE FICHOUX Yves
M. CAMOUS Jean-Pierre	Mme LEBRETON Elisabeth
M. CANIVET Bertrand	M. LOUBIERE Robert
M. CASSUTO Jill-patrice	M. MARIANI Roger
M. CHATEL Marcel	M. MASSEYEFF René
M. COUSSEMENT Alain	M. MATTEI Mathieu
Mme CRENESSE Dominique	M. MOUIEL Jean
M. DARCOURT Guy	Mme MYQUEL Martine
M. DELLAMONICA Pierre	M. ORTONNE Jean-Paul
M. DELMONT Jean	M. PRINGUEY Dominique
M. DEMARD François	M. SAUTRON Jean Baptiste
M. DESNUELLE Claude	M. SCHNEIDER Maurice
M. DOLISI Claude	M. TOUBOL Jacques
M. FRANCO Alain	M. TRAN Dinh Khiem
M. FREYCHET Pierre	M. VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. GÉRARD Jean-Pierre	M. ZIEGLER Gérard

#### M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques	M. GIUDICELLI Jean
M. BASTERIS Bernard	M. MAGNÉ Jacques
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie	Mme MEMRAN Nadine
Mme DONZEAU Michèle	M. MENGUAL Raymond
M. EMILIOZZI Roméo	M. PHILIP Patrick
M. FRANKEN Philippe	M. POIRÉE Jean-Claude
M. GASTAUD Marcel	Mme ROURE Marie-Claire

## REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur HOFLIGER, directeur du Département d'Enseignement et de Recherche en Médecine Générale et Coordinateur du DES de Médecine Générale de Nice, vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse. Je vous remercie pour vos conseils de médecin généraliste expérimenté, mais également pour la qualité de la formation que j'ai reçue au cours de mon DES.

A Madame le Professeur MONNIER, merci d'avoir accepté de juger cette thèse.

A Monsieur le Professeur STACCINI, vous me faites l'honneur de participer à mon jury de thèse. Votre regard critique de médecin en Santé Publique est un atout incontestable pour ce travail.

A Madame le Docteur CASTA, merci de m'avoir permis de réaliser ce travail de thèse dont le sujet est aussi vaste que passionnant. Vous avez su me guider par vos conseils avisés et votre connaissance précise du sujet, qui m'ont été d'une aide précieuse. Merci pour votre patience et votre implication.

A tous les médecins rencontrés au cours de mon cursus et qui ont contribué à ma formation ; et tout particulièrement à mes maîtres de stage, le Dr LE POLLES et le Dr TOUBOUL, qui m'ont ouvert les portes de leur cabinet et qui m'ont révélée en tant que médecin généraliste. J'ai vécu avec vous le meilleur semestre de mon internat.

Aux Dr PILLUT Jean-Pascal et TRETOUT-PILLUT Anne-Sandrine, ainsi qu'à leur père le Dr PILLUT Jean-Joël et à Anyça ; merci pour ces années de remplacement au sein de votre cabinet Lunévillois. C'est à vos côtés que je me suis réellement épanouie en tant que médecin généraliste ; votre professionnalisme et votre dévouement envers vos patients sont un chemin à suivre pour moi.

Aux deux hommes de ma vie,

François, mon Amour, rencontré sur les bancs de cette faculté il y a un peu plus de dix ans... A tes côtés, tout semble possible. Tu as la capacité de faire ressortir le meilleur de moi. Merci pour ta confiance et ton soutien inébranlables. Je n'aurais pu espérer meilleur mari et meilleur père pour notre enfant. Tu es un modèle pour moi, en tant qu'Homme, et en tant que médecin. Je t'aime.

Adam, mon bébé, tu m'as confiée le plus beau rôle de ma vie. J'ai appris l'Amour inconditionnel. Tu m'as accompagnée tout au long de ce travail, d'abord lorsque je te sentais bouger en moi, puis plus tard lorsque je te regardais jouer sur ton tapis d'éveil et dans ton parc. Cette thèse véhicule des valeurs que je souhaite t'inculquer ; elle est tienne.

A mes merveilleux parents, Gisèle et Pierre, sans qui rien n'aurait été possible. Je ne vous remercierai jamais assez pour votre amour et votre soutien sans faille au cours de ces longues années ; du tout début jusqu'à la fin. Ce travail est l'expression de toute ma gratitude. Je vous aime si fort.

A Éric, merci d'être toujours là pour moi. Tu es un modèle de rigueur et de réussite. Je suis fière de t'avoir pour frère. A Marie et Antoine, la meilleure des belles-sœurs grâce à qui j'ai un filleul formidable.

A mes grands-parents maternels, Olga et François, merci pour ces merveilleux souvenirs d'enfance à vos côtés que je n'oublierai jamais.

A mes grands-parents paternels, Catherine et Nicolas, que je n'ai malheureusement pas connus.

A mes oncles et tantes, ainsi qu'à mes cousins et cousines.

Aux médecins de ma famille, Vincent, Martine et Gérard, ainsi qu'à Jean-Claude l'infirmier chevronné, qui ont contribué depuis mon enfance à me transmettre la passion du monde médical.

A mes superbes beaux-parents, Anne-Marie et Jérôme, merci de m'avoir si bien accueillie et de m'avoir fait découvrir de nouveaux horizons (lointains).

A toute la famille de François, et particulièrement à ses grands-parents, Lauda, Renée et Jacques.

A Caroline, merci pour ton amitié, ces années d'études n'auraient jamais été pareilles sans toi. Je rêve que nous poursuivions le chemin en travaillant ensemble tant nous avons la même vision de la médecine.

A Céline, merci pour nos fous rires passés et à venir. Malgré les événements de la vie, je sais que nous serons toujours là l'une pour l'autre.

A tous mes Co-internes et tout particulièrement à Vincent, merci pour ton aide précieuse et les bons moments passés aux urgences et à l'internat de Grasse.

A tous ceux que je n'ai pas cités.

**« Les hommes naissent et demeurent libres et égaux en droits. Les distinctions sociales ne peuvent être fondées que sur l'utilité commune ».** Article 1<sup>er</sup>. Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen de 1789.

**« La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».** Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19 juin -22 juillet 1946 ; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats et entré en vigueur le 7 avril 1948. Cette définition n'a pas été modifiée depuis 1946.

## TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION .....	13
METHODES .....	15
RESULTATS.....	17
1. Le suivi par une Infirmière Diplômée d'Etat (IDE) favorise l'initiation et le maintien de l'allaitement maternel des femmes défavorisées (24) .....	17
2. La collaboration inter- professionnelle médecin-pharmacien augmente le contrôle de l'hypertension artérielle (HTA) des populations à risque (28) (29).....	18
3. L'intervention du médecin généraliste dans la prévention des accidents domestiques infantiles est efficace dans les foyers défavorisés (32) .....	20
4. Efficacité d'un programme d'auto-gestion de l'insuffisance cardiaque adapté au niveau d'alphabétisation (35) .....	21
5. Efficacité d'un programme d'auto-gestion du diabète de type 2 (DT2) adapté au niveau d'alphabétisation (43) .....	24
6. L'adaptation selon le niveau de littératie, de brochures d'information sur le cancer du col de l'utérus, augmente plus le niveau de compréhension de celles-ci, chez les femmes les plus défavorisées (46).....	26
7. Une intervention d'éducation sur le cancer du sein réalisée en soins primaires augmente le taux de dépistage du cancer du sein des femmes défavorisées (54).....	28
8. Une intervention multi-composante de lutte contre le surpoids et l'obésité infantiles, réalisée en soins primaires, permet de diminuer l'IMC des enfants issus de foyers à faible statut-socioéconomique (54) .....	31
9. Une intervention d'éducation sur le cancer colorectal adaptée au niveau de littératie en santé, réalisée en centre de santé communautaire, augmente le dépistage du cancer colorectal par Recherche de Sang Occulte Fécal, indépendamment du niveau de littératie en santé (67) .....	33
DISCUSSION .....	37
CONCLUSION.....	42
REFERENCES .....	43
ANNEXE 1 .....	52
ANNEXE 2 .....	54
SERMENT D'HIPPOCRATE .....	55
RESUME .....	57

## INTRODUCTION

Les Inégalités Sociales de Santé (ISS) sont définies par la relation entre l'état de santé et l'appartenance à une catégorie sociale (selon des indicateurs comme les revenus, le niveau d'études, la profession, etc.). Elles reflètent l'ensemble des écarts de morbidité et de mortalité entre groupes sociaux (1). Les ISS traversent toute la population selon un gradient social traduisant l'augmentation régulière d'un problème de santé ou d'une exposition à un facteur de risque à partir des catégories les plus favorisées vers les catégories les plus défavorisées (2).

Dans la plupart des pays développés, la santé et l'espérance de vie se sont améliorées au cours des dernières années, mais cela concerne surtout les personnes les plus socialement favorisées (3). En effet les écarts se creusent, avec par exemple une espérance de vie moindre pour les ouvriers par rapport aux cadres (4) ou encore la prévalence de l'obésité infantile, plus importante dans les foyers défavorisés (5).

Depuis plusieurs années, les pays européens tels que la France, le Royaume-Uni, les Pays-Bas ou la Suède, conscients des inégalités, tentent d'y remédier en faisant de la réduction des ISS une de leurs priorités en matière de santé publique comme en témoignent plusieurs études faisant l'état des lieux de la situation et recherchant les facteurs aggravants les ISS (6). Malheureusement, ces études restent descriptives et ne proposent pas de réelle solution. Après des décennies passées à démontrer l'importance et la réalité des inégalités sociales de santé (7), l'OMS constate en 2005, l'échec de la lutte contre les ISS. Elle fonde alors la commission des déterminants sociaux de la santé dont l'objectif est de faire des recommandations sur les méthodes permettant la réduction des ISS à l'intérieur d'un pays et entre les pays. Ce travail s'est conclu par un rapport intitulé « combler le fossé en une génération » publié en 2008 (8), s'articulant autour de 3 axes principaux : améliorer les conditions de vie quotidienne ; lutter contre les inégalités dans la distribution du pouvoir, de l'argent et des ressources et enfin mesurer le problème, l'analyser et évaluer l'efficacité de l'action. Les rapports internationaux et nationaux parus plus récemment, comme le rapport de l'IGAS en 2011 (9) sur les déterminants sociaux et les modèles d'action de lutte contre les ISS ou de la DREES en 2017 sur l'état de santé de la population en France (10), témoignent toujours de l'actualité et de la gravité de la situation (11).

A l'échelle populationnelle, les institutions françaises, bien conscientes du problème, réaffirment la nécessité de la lutte contre les ISS, comme dans la loi de modernisation du système de santé de 2016 (12) ou dans le plan cancer 2014-2018 de l'INCA. Elles agissent également au niveau local par le biais des Agences Régionales de Santé (ARS) qui financent

des projets tels que les Ateliers Santé Ville (ASV) dont le développement est croissant depuis 1999 (13), et plus récemment, des appels à projets visant à réduire les ISS comme en 2017 en PACA (14).

A l'échelle individuelle, les soins primaires ont un grand rôle à jouer dans la réduction des ISS. En effet, depuis sa définition lors de la conférence d'Alma-Ata en 1978 (15), le concept de soins primaires se veut garant d'une justice sociale en permettant à tous l'accès à des soins de base. Il renvoie aux notions de premiers recours, d'accessibilité, de continuité, de permanence et de coordination des soins en lien avec les autres secteurs, c'est-à-dire aux missions assurées par les professionnels des soins ambulatoires dont font partie les médecins généralistes.

Ces derniers, par un contact régulier avec leurs patients, quelle que soit leur condition sociale, devraient permettre de garantir l'accès universel aux soins, et plus largement de conduire l'ensemble des patients à une meilleure gestion et prise en charge de leur santé (16).

Des études ont ainsi montré que les systèmes se basant sur des soins de santé primaires «forts» (comme l'Australie, le Canada, le Japon, la Suède, le Danemark, la Finlande, les Pays-Bas, l'Espagne, le Royaume-Uni) sont en moyenne plus efficaces pour améliorer la santé des populations que ceux ayant des soins primaires «faibles» (17); c'est pourquoi, il existe une véritable nécessité pour les institutions de sensibiliser les médecins généralistes à la notion d'ISS (18) (19).

Mais s'ils sont en théorie des acteurs principaux de la lutte contre les ISS, il semblerait que peu d'entre eux soient réellement conscients du problème et du rôle majeur qu'ils ont à jouer (20).

Dans quelle mesure les professionnels de santé sont-ils sensibilisés aux ISS ? Engagent-ils des actions visant à les réduire ? Sont-elles efficaces et reproductibles ?

Quelles sont les actions permettant une réelle prise de conscience des professionnels et pouvant les convaincre d'agir au niveau individuel pour réduire les ISS ?

Une thèse de médecine générale soutenue par Mélanie Besnier en 2008, a permis d'identifier des interventions permettant de diminuer le gradient social de soins en médecine générale (21). Plus récemment, en 2016 est parue dans le CMAJ une revue de la littérature menée par une équipe américaine, listant des actions permettant d'agir sur les déterminants sociaux de la santé en soins primaires (22).

Mais quelles sont actuellement toutes les interventions efficaces et reproductibles réalisables en soins primaires permettant la réduction des ISS ?

## METHODES

Nous avons procédé à une revue systématique de la littérature afin d'identifier et d'analyser les interventions conduites en soins primaires permettant une réduction des inégalités sociales de santé.

Notre recherche n'a pas été limitée dans le temps ; en effet, la revue de la littérature publiée en 2008 par Mélanie Besnier, sans date limite de parution des articles, n'avait identifié que dix interventions (21). Nous constatons donc que peu d'interventions efficaces en termes de réduction des ISS en soins primaires ont été effectuées avant cette date. De plus, la notion d'ISS date du début des années 2000, où un rapport de l'Inserm sur les inégalités sociales de santé a eu pour effet de légitimer ce champ de recherche et de le placer sur l'agenda des chercheurs (23). Enfin, comme nous l'avons déjà souligné, leur constat a longuement précédé la mise en place d'interventions.

Les mots clefs en rapport avec le champ des soins primaires, ainsi que le statut social des patients ont été sélectionnés puis entrés dans le Portail Terminologique de Santé disponible sur le site internet CISMEF (élaboré par le CHU de ROUEN) dont l'acronyme anglais est HeTOP (Health Terminology/ Ontology Portal) (Annexe 1). Chaque mot clef était ainsi traduit en anglais puis en terme MeSH afin d'élaborer une équation de recherche (Annexe 2) pour interroger la base de données MEDLINE via PUBMED.

Une première sélection des études a été effectuée sur la base de leur titre et de leur résumé. Les critères d'inclusion étaient les suivants : études réalisées en soins primaires (en Médecine Générale, dans des services de Protection Maternelle et Infantile (PMI), dans des dispensaires ; mais également les études concernant la prévention, le dépistage et l'éducation à la santé), études évaluant les résultats en fonction du statut social des patients (défini par le Collège de la Médecine Générale selon le statut par rapport à l'emploi, la profession, la couverture maladie, la capacité de compréhension du langage écrit, le statut marital, le niveau d'étude et les conditions de logement) (18), essais cliniques contrôlés et essais cliniques contrôlés randomisés, études quasi-expérimentales, revues de la littérature, articles en langue anglaise ou française et disposant d'un résumé.

Les articles non pertinents ont été exclus s'ils concernaient les pays en voie de développement, s'ils ne décrivaient pas d'intervention, s'ils décrivaient une intervention réalisée en dehors des soins primaires, si l'intervention était ciblée sur les populations défavorisées sans évaluation des résultats en fonction du statut socio-économique, ou encore si l'efficacité de l'intervention en termes de réduction des ISS n'était pas prouvée. Pour

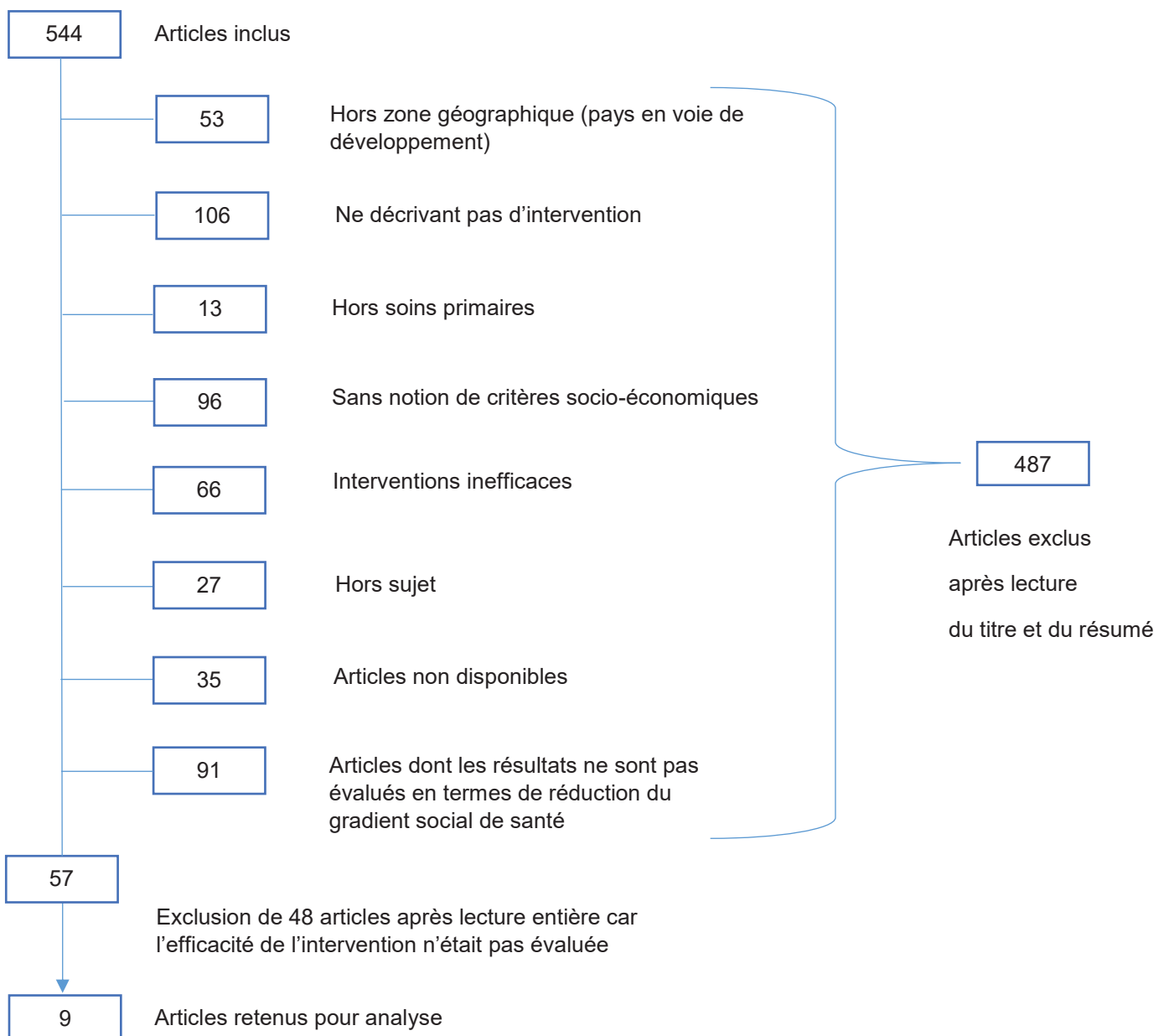


compléter notre recherche, nous avons inclus dans cette revue de la littérature d'autres articles jugés pertinents, notamment les travaux de thèses traitant du sujet (utilisation des bases de données BANCATHESE, thèses.fr et SUDOC), ainsi que des articles issus d'une recherche manuelle.

Au total, 544 articles ont été recensés, dont 9 ont été retenus et analysés (figure 1).

Nous avons ensuite créé une base de données en utilisant le logiciel de gestion bibliographique ZOTERO.

**Figure 1 : Diagramme de flux**



## RESULTATS

Notre recherche nous a permis d'identifier neuf interventions efficaces en soins primaires pour réduire les ISS et dont les résultats sont analysés en fonction du statut socio-économique des participants.

### **1. Le suivi par une Infirmière Diplômée d'Etat (IDE) favorise l'initiation et le maintien de l'allaitement maternel des femmes défavorisées (24)**

Le lait maternel est considéré comme la meilleure alimentation pour les nourrissons. L'OMS recommande un allaitement maternel exclusif jusqu'à l'âge de six mois (25). Malgré les conseils donnés aux mères, on assiste à un abandon précoce de l'allaitement maternel, surtout dans les populations les plus défavorisées (faible niveau d'éducation maternelle et populations à faibles revenus) (26) (27). Un essai clinique contrôlé randomisé dans un hôpital de Cardiff au Royaume-Uni, a démontré que le suivi par une Infirmière Diplômée d'Etat (IDE) dédiée à l'allaitement a augmenté la durée de l'allaitement maternel dans les six premiers mois post-partum pour toutes les femmes, avec un effet plus important pour les femmes à faible statut socio-économique.

Les IDE veillaient à l'initiation et au maintien de l'allaitement maternel (bonne prise du sein pour éviter les complications : engorgements, crevasses ... et indiquaient la conduite à tenir si cela devait arriver) ; elles avaient également un rôle d'encouragement et de conseils.

Ces conseillères en lactation suivaient toutes les mères ayant tenté au moins une fois d'allaiter, dès les premiers jours post partum à l'hôpital puis de façon systématique durant 2 semaines en se déplaçant à leur domicile.

Leur intervention a augmenté de façon significative ( $p < 0.005$ ) le taux d'initiation de l'allaitement au sein (94% vs 86%), ainsi que le taux de maintien de l'allaitement maternel à un et six mois (84% dans le groupe intervention contre 72% dans le groupe contrôle à 1 mois et 38% vs 28% à 6 mois).

Les résultats ont également été analysés en fonction du statut socio-économique des patientes (classées en trois groupes : I-II étant le groupe le plus advantagé, III le groupe intermédiaire et IV-V le groupe le plus désavantagé). On constate que l'effet de l'intervention augmente significativement ( $p < 0.005$ ) lorsque la classe sociale est plus faible, suivant un gradient social (86% contre 58% dans le groupe IV-V, 84% vs 74% dans le groupe III et 84% vs 73% dans le groupe I-II à un mois ; la tendance se maintient à six mois : 31% contre 21% dans le groupe IV-V, 38% vs 26% dans le groupe III et 40% vs 35% dans le groupe I-II) .

## **2. La collaboration inter- professionnelle médecin-pharmacien augmente le contrôle de l'hypertension artérielle (HTA) des populations à risque (28) (29)**

Aux Etats-Unis, comme dans d'autres pays développés, l'HTA est associée à une morbi-mortalité élevée (30). Les personnes les plus défavorisées sont les plus touchées et sont le plus à risque d'avoir une HTA non contrôlée (31). Un essai clinique contrôlé randomisé multicentrique mené de 2010 à 2013, dans 32 centres de soins primaires de 15 états des Etats-Unis, a évalué l'effet d'une intervention mettant l'accent sur la collaboration inter-professionnelle médecin- pharmacien dans la réduction des ISS concernant le contrôle de la tension artérielle.

Le critère de jugement principal était la différence de la pression artérielle moyenne à 9 et 24 mois des participants à faible statut socio-économique, entre les groupes intervention et contrôle. Des mesures intermédiaires à 12 et 18 mois ont été effectuées.

Les deux groupes étaient constitués de patients appartenant à toutes les catégories sociales, dont la plus basse était définie par l'appartenance aux minorités ethniques (afro américains et hispaniques), un faible niveau d'éducation, un faible taux de revenus et l'absence de couverture maladie (ou les patients bénéficiaires de MEDICAID). Les patients suivis dans les centres de soins primaires sélectionnés étaient inclus dans l'étude s'ils présentaient une HTA non équilibrée.

L'intervention était coordonnée par l'investigateur principal de l'étude ainsi qu'un binôme médecin généraliste-pharmacien, qui avaient un rôle dans l'encouragement de la collaboration, la coopération et la motivation des membres de l'équipe des centres de soins primaires afin de surmonter les obstacles à la mise en œuvre du traitement anti-hypertenseur approprié et résoudre les problèmes rencontrés au cours du suivi des patients.

Les pharmaciens, qui devaient déjà avoir travaillé dans ces mêmes centres de soins primaires depuis au moins 5ans, ont bénéficié d'un entraînement adapté à la prise en charge d'un déséquilibre tensionnel (apprentissage des recommandations sur la prise en charge de l'HTA, méthodes d'équilibre de l'HTA, effets secondaires des traitements, raisons d'une mauvaise adhésion au traitement, acquisition de compétences culturelles dans l'équilibre tensionnel, et apprentissage des méthodes de collaboration entre pharmaciens et médecin généraliste). Ils effectuaient ensuite un entretien initial (histoire de la maladie, traitements déjà pris, évaluation des connaissances des patients sur la maladie et le traitement etc...), avant d'entreprendre des séances d'éducation sur l'HTA, les traitements, et le suivi. Le pharmacien élaborait

également un plan de soins personnalisés en collaboration avec le médecin généraliste (modalités d'adaptation des traitements, tension artérielle (TA) cible...). S'en suivaient plusieurs rendez-vous dont la fréquence était à l'appréciation du pharmacien (entretien initial en face à face puis visites de plus en plus espacées ou rapprochées selon les besoins, associées à un suivi téléphonique).

625 patients ont été recrutés, dont 54.7% appartenaient aux minorités ethniques, 48.6% avaient de faibles revenus, 13.9% étaient bénéficiaires de l'assurance gratuite de l'état MEDICAID et 52.8% avaient un faible niveau d'éducation. En moyenne, les patients étaient reçus par le pharmacien une fois tous les 2 mois. Au début de l'intervention, il n'y avait pas de différence tensionnelle entre les groupes intervention et contrôle en rapport avec le statut socio-économique.

A 9 mois, on note une réduction significative du taux moyen de la TA (Systolique=TAS/Diastolique=TAD) entre les groupes intervention et contrôle  $-6.1/-2.9$  mm Hg ( $p=0.002$  et  $p=0.005$ ). Ce résultat reste significatif jusqu'à la fin de l'étude (24 mois).

A 9 mois, le principal effet de l'intervention (retenu pour expliquer son efficacité) est l'augmentation des posologies et de la délivrance de molécules anti- HTA dans le groupe intervention ( $2.9 \pm 3.1$ ) versus le groupe contrôle ( $0.7 \pm 1.0$ ) ( $p<0.001$ ). Cela est toujours le cas à 24 mois.

Les résultats ont également été analysés en fonction du statut socio-économique des patients, défini par l'appartenance aux minorités ethniques.

A 9 mois, il n'y avait pas de différence significative de la TA moyenne entre les patients minoritaires et non minoritaires dans le groupe intervention.

A 12 mois, on observe une réduction significative du taux moyen de la TA (TAS/TAD) pour les personnes minoritaires, mais pas pour les personnes non minoritaires du groupe intervention (  $-6.0/-3.79$  mm Hg  $p=0.049$  et  $p=0.20$  pour la TAS et  $-3.97/-2.49$  mm Hg  $p=0.027$  et  $p=0.15$  pour la TAD).

La tendance se maintient jusqu'à 24 mois ( $-8.22/-4.91$ mmHg  $p=0.027$  et  $p=0.13$  pour la TAS et  $-4.31/-1.45$  mm Hg  $p=0.048$  et  $p=0.45$  pour la TAD).

Cette intervention est donc efficace dans la réduction des ISS, car elle permet de diminuer la TA moyenne des patients défavorisés de 12 à 24 mois, alors que l'effet positif de l'intervention n'est pas maintenu après 9 mois pour les patients les plus favorisés.

### **3. L'intervention du médecin généraliste dans la prévention des accidents domestiques infantiles est efficace dans les foyers défavorisés (32)**

Les accidents demeurent la première cause de décès parmi les enfants dans les pays développés. Les déterminants sociaux (pauvreté, logements précaires et/ou exigus, bas niveau éducatif et/ou jeune âge de la mère, famille mono- parentale, famille nombreuse, addictions parentales, ethnicité) représentent des facteurs de risque importants de vulnérabilité chez ces enfants (33). Des études effectuées aux Etats-Unis ont montré que les conseils délivrés par le médecin et un accès facilité aux équipements de sécurité amélioraient les comportements et réduisaient les risques (34). Les différences entre les systèmes de soins des Etats-Unis et de la Grande-Bretagne ne permettaient pas de généraliser les résultats de ces études (33). Un essai clinique contrôlé randomisé a évalué l'efficacité des conseils délivrés par le médecin généraliste associés à la mise à disposition d'un équipement à un petit prix pour prévenir les accidents domestiques infantiles.

Le critère de jugement principal était la possession et l'utilisation d'équipement de sécurité et l'amélioration des pratiques sécuritaires à la maison à 6 semaines.

L'étude se déroulait dans un cabinet individuel de Médecine Générale à Nottingham (Grande-Bretagne). Les familles avec un enfant de moins de 5 ans, consultant le cabinet étaient incluses dans l'essai. Au cours d'une consultation de routine ou programmée pour l'étude d'une durée de 20 minutes, le médecin délivrait des conseils standardisés et remettait aux parents un prospectus traitant de la sécurité à la maison (utilisation de garde-feux, détecteurs de fumée, cache-prises, serrures pour les placards contenant les produits d'entretien, dispositifs anti-claquement de portes, rangement des objets coupants, des médicaments et des produits d'entretien). Les familles percevant des aides d'état avaient la possibilité de se procurer, pour un petit prix, des alarmes à incendie, des serrures de fenêtres et de placards, des cache-prises ou un dispositif anti-claquement de porte, disponibles au moment de la consultation. Des barrières d'escaliers et des garde-feux étaient également disponibles à un faible prix grâce à une aide financière locale et étaient mis à la disposition des patients au niveau du centre de santé local (les familles du groupe contrôle recevant les aides d'état avaient également accès à ce dernier service). Le groupe contrôle bénéficiait d'une prise en charge habituelle.

Un questionnaire standardisé initial et à 6 semaines (fin de l'intervention) était réalisé par le médecin généraliste directement par téléphone ou par l'envoi du questionnaire à domicile. Une visite à domicile deux semaines après l'obtention des réponses au deuxième questionnaire,

réalisée par le médecin de façon imprévue auprès de 10 familles choisies au hasard dans chaque groupe, permettait de vérifier la concordance des réponses.

L'analyse des données démographiques et sociologiques révèlent qu'une grande partie de la population incluse est défavorisée (parents sans emploi, bénéficiaires des aides de l'état, logement exigu, minorités ethniques). Concernant les antécédents d'accidents domestiques : 34% des familles rapportent qu'au moins un de leurs enfants a effectué plus d'une visite chez le médecin généraliste pour un accident ou s'est rendu aux urgences pour une blessure. La proportion de familles ayant des antécédents d'accidents domestiques ne semble pas différente entre les groupes (33% dans le groupe intervention et 35% dans le groupe contrôle).

A 6 semaines : les patients du groupe intervention possèdent et utilisent davantage, et de manière significative les garde-feux (RR=1,89 [IC 95% : 1,18-2,94]), les détecteurs de fumée (RR=1,14 [IC 95% : 1,04-1,25]), les cache-prises (RR=1,27 [IC 95% : 1,10-1,48]), les serrures pour les placards contenant les produits d'entretien (RR=1,38 [IC 95% : 1,02-1,88]) et les dispositifs anti-claquement de portes (RR=3,60 [IC 95% : 2,17-5,97]). Le groupe intervention a également adopté un comportement de sécurité concernant le rangement des objets coupants (RR=1,98 [IC 95% : 1,38-2,83]), des médicaments (RR=1,15 [IC 95% : 1,03-1,28]), la sécurité des fenêtres (RR=1,30 [IC 95% : 1,06-1,58]), des foyers (RR=1,84 [IC 95% : 1,34-2,54]), des prises de courants (RR=1,77 [IC 95% : 1,37-2,28]), des détecteurs de fumée (RR=1,11 [IC 95% : 1,01-1,22]) et des portes (RR=7,00 [IC 95% : 3,15-15,6]).

La concordance entre les réponses renseignées dans le questionnaire et lors des visites à domicile est élevée.

Une analyse par sous-groupe socio-économique selon le fait de percevoir des aides de l'état a été menée.

Les familles défavorisées ont davantage adopté, et ce de façon significative, un comportement de sécurité pour 5 des 9 critères évalués, contre 3 des 9 critères pour les familles ne recevant pas les aides d'état.

#### **4. Efficacité d'un programme d'auto-gestion de l'insuffisance cardiaque adapté au niveau d'alphabétisation (35)**

Le faible niveau d'alphabétisation est associé à l'augmentation du risque d'hospitalisation et à un moindre contrôle des pathologies chroniques (36), (37). La complexité de la prise en charge de l'insuffisance cardiaque entraîne ainsi une augmentation du risque d'hospitalisation, une

qualité de vie inférieure et une mortalité accrue chez les patients dont le niveau d'alphabétisation est faible (38). De nombreuses études ont démontré l'efficacité des programmes de gestion de l'insuffisance cardiaque, basée sur l'éducation du patient et l'auto-gestion, mais aucune n'a explicitement évalué leur efficacité dans une population à faible niveau d'alphabétisation (39). Une étude prospective randomisée contrôlée réalisée entre 2001 et 2003, a évalué l'efficacité d'un programme d'auto-gestion de l'insuffisance cardiaque créé pour des patients ayant des niveaux d'alphabétisation variables, par rapport à une prise en charge classique.

Les patients ont été sélectionnés à l'Université de médecine générale et de cardiologie en Caroline du Nord, aux Etats-Unis. Ils étaient âgés de 30 à 80 ans, et souffraient d'insuffisance cardiaque traitée par Furosémide.

Le critère de jugement principal était le taux combiné d'hospitalisations et de décès et la qualité de vie liée à l'insuffisance cardiaque (évaluée selon le MLHF score « Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire » (40)).

L'intervention comprenait une consultation d'une heure avec un pharmacien clinicien ou un éducateur à la santé lors de laquelle était pratiquée une éducation à l'auto-gestion de l'insuffisance cardiaque et la remise d'une brochure conçue pour un niveau d'alphabétisation inférieur au 6<sup>ème</sup> niveau de lecture (évalué par l'outil Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine ou REALM (41) ; le 6<sup>ème</sup> niveau de lecture ne permet pas de comprendre une prescription ; ces patients nécessitent des outils simplifiés). Cette brochure, testée lors d'une étude pilote (42), servait de support à l'éducation des patients. Les éducateurs parcouraient la brochure avec les patients, leur enseignant l'importance de la pesée quotidienne, la pratique de l'auto-ajustement des doses de diurétiques en fonction des variations de poids autour d'un poids idéal, et les symptômes d'alarme et de réponse au traitement. Les éducateurs appliquaient des techniques pédagogiques utilisées pour améliorer la compréhension des patients ayant un faible niveau d'alphabétisation (par des techniques de « teach back » par exemple ; c'est-à-dire que le patient doit répéter ce qu'il a compris, ou en les incitant à remplir le cahier de suivi ou encore par l'utilisation du brainstorming pour les aider à intégrer l'auto-soin dans leur vie). La dose initiale de Furosémide et le poids idéal (stabilité de l'insuffisance cardiaque) étaient définis par l'éducateur, le patient et le médecin traitant. Les éducateurs indiquaient ensuite le plan de gestion dans le cahier de suivi du patient afin de l'aider à gérer les variations de poids et l'ajustement des diurétiques. Une balance digitale était fournie. L'éducation et la motivation du patient étaient renforcées par un suivi téléphonique régulier, espacé peu à peu. En cas d'aggravation des symptômes, le patient devait consulter son médecin qui pouvait modifier le poids idéal et le plan de soins.

Dans le groupe contrôle, la prise en charge habituelle par le médecin était associée à une brochure d'information générale sur l'insuffisance cardiaque écrite pour un niveau d'alphabétisation correspondant au 7ème niveau de lecture (41).

L'analyse des données démographiques et sociologiques révèle que l'âge moyen des participants était de 62,5 ans, 49% étaient des hommes, 54,5% des africains-américains, le nombre moyen d'années d'éducation était de 9,5, 68% avaient des revenus <15000\$/an et 40,5% avaient un faible niveau d'alphabétisation. Concernant les comorbidités, 87,5% étaient hypertendus et 55,5% étaient diabétiques.

A 12 mois, il a été observé une différence significative concernant le taux d'hospitalisation et de décès : 65 hospitalisations et 3 décès dans le groupe intervention contre 107 hospitalisations et 4 décès dans le groupe contrôle (IRR = 0,53 [IC 95% : 0,32, 0,89]).

Les différences entre les deux groupes sont significatives pour la connaissance de la maladie (+12% dans le groupe intervention [IC 95% : 6, 18],  $p < 0,001$ ), l'auto-efficacité (+ 2 points dans le groupe intervention [IC 95% : 0,7, 3,1],  $p = 0,0026$ ), et le comportement d'auto-gestion (79% vs 29% des patients effectuaient une pesée quotidienne dans le groupe intervention  $p < 0,001$ ).

Les résultats ont été analysés selon le niveau d'alphabétisation mesuré en utilisant le « Short Test of Functional Health Literacy in Adults (S-TOFHLA) ». Les patients dont le score correspond au niveau d'alphabétisation « inadaptée » sont considérés comme ayant un « faible niveau d'alphabétisation ».

Pour les patients ayant un faible niveau d'alphabétisation : il a été observé un taux inférieur significatif d'hospitalisations ou de décès dans le groupe intervention (IRR=0,39 [IC 95% : 0,16, 0,91]), par rapport au groupe contrôle.

Concernant les patients ayant un haut niveau d'alphabétisation : la différence entre les deux bras de l'étude n'est pas significative (IRR= 0,56 [IC 95% : 0,3, 1,04]).

Un programme d'auto-gestion de l'insuffisance cardiaque créé pour des patients ayant un faible niveau d'alphabétisation a donc permis de réduire le taux combiné d'hospitalisation ou de décès. L'analyse par sous-groupes socio-économiques suggère que les patients ayant un faible niveau d'alphabétisation bénéficient plus de l'intervention que les autres.



## **5. Efficacité d'un programme d'auto-gestion du diabète de type 2 (DT2) adapté au niveau d'alphabétisation (43)**

Les patients ayant un faible niveau d'alphabétisation présentent fréquemment des difficultés à lire les prescriptions et à suivre les recommandations médicales ; et ont une moindre connaissance de leur maladie, et de moins bons résultats cliniques (44) (45). Un essai clinique contrôlé randomisé réalisé entre 2001 et 2003, a examiné l'effet du niveau d'alphabétisation sur l'efficacité d'un programme de gestion du diabète (« disease management »).

Les patients ont été sélectionnés par l'Université de médecine générale de Caroline du Nord, aux Etats-Unis. Ils étaient âgés de plus de 18 ans, diabétiques de type 2 avec un mauvais équilibre glycémique ( $HbA1c \geq 8\%$ ), parlaient anglais et avaient une espérance de vie > 6 mois.

Le critère de jugement principal était l'évolution du taux d'HbA1c et de la pression artérielle systolique à 6 et 12 mois.

Une séance d'éducation préalable à la randomisation, destinée à tous les patients, a été effectuée par des assistants médicaux (pharmaciens cliniciens habilités à fournir aux patients, sous la supervision d'un médecin, des informations concernant la gestion des traitements médicamenteux) et visait à sensibiliser les patients sur l'importance des traitements dans le contrôle glycémique et la prévention des complications cardiovasculaires.

Dans le groupe intervention, la prise en charge habituelle par le médecin généraliste était associée à un programme intensif de gestion de la maladie effectué par 3 pharmaciens cliniciens et un coordinateur. Les patients bénéficiaient également de sessions individuelles d'éducation thérapeutique (objectifs thérapeutiques, symptômes d'hypo- ou d'hyperglycémie, prévention des complications au long terme et importance de prendre soin de sa santé). Les pharmaciens cliniciens pouvaient initier ou adapter les traitements anti-diabétiques, anti-hypertenseurs ou hypo-cholestérolémiants, avec l'accord du médecin. Par ailleurs, des stratégies visant à supprimer les barrières rencontrées par les patients ont été mises en place : le coordinateur effectuait des rappels téléphoniques et prenait en charge les difficultés liées à des problèmes de communication, de transport ou d'assurance. Les pharmaciens ou le coordinateur s'entretenaient avec les patients par téléphone ou lors d'une rencontre toutes les 2 à 4 semaines et davantage si nécessaire (les résultats des entretiens étaient entrés dans une base de données permettant le dépistage précoce des patients pour lesquels la compréhension semblait insuffisante et pour qui l'intervention était renforcée). Tous les messages étaient adaptés au niveau d'alphabétisation des patients grâce à des techniques de

communication à prédominance verbale, des explications concrètes et simplifiées, un matériel basé sur des illustrations et une vérification systématique de la bonne compréhension des informations.

Les patients du groupe contrôle bénéficiaient d'une prise en charge habituelle par le médecin généraliste sans autre contact avec l'équipe de gestion de la maladie.

L'analyse des données démographiques et sociologiques révèle que les participants avaient un âge moyen de 56 ans, 58% étaient des femmes, 67% étaient africains-américains, 62% avaient un niveau d'éducation inférieur au collège (« high school »), et 74% avaient des revenus  $\leq 20\ 000$ \$/an.

Le taux d'HbA1c moyen était de 10,4%, la durée moyenne de la maladie était de 5,5 années, 39% des patients étaient sous insuline et 77% recevaient des anti-diabétiques oraux.

A l'issue de l'intervention, on note une amélioration du taux d'HbA1c, supérieure dans le groupe intervention (-2,1% vs -1,2%) ; la différence entre les deux groupes après ajustement est significative (-1% [IC 95% : -1,5, -0,4]  $p=0,001$ ).

La proportion de patients ayant atteint l'objectif glycémique est 1,9 fois supérieure dans le groupe intervention ; mais la différence après ajustement reste à la limite de la significativité (OR=1,9 [IC 95% : 1,0, 3,8]  $p=0,05$ ).

De plus, l'amélioration de la pression artérielle systolique (PAS) est supérieure dans le groupe intervention ; la différence après ajustement est significative (-7,6 mm Hg [IC 95% : -13, -2]  $p=0,006$ ).

Une analyse par sous-groupe socio-économique (selon le niveau d'alphabétisation, mesuré en utilisant le « Rapid Estimate of adult literacy of medicine » ou REALM (41)) a été effectuée.

Pour les patients ayant un faible niveau d'alphabétisation, on note une amélioration significative du taux d'HbA1c, plus importante dans le groupe intervention (-1,4% [IC 95% : -2,3, -0,6]  $p<0,001$ ). De plus, la proportion de patients ayant atteint l'objectif glycémique est 4,6 fois supérieure dans le groupe intervention ; la différence entre les deux groupes est significative (OR = 4,6 [IC 95% : 1,3, 17,2]  $p=0,02$ ).

En revanche, pour les patients ayant un haut niveau d'alphabétisation, la différence du taux d'HbA1C entre les deux groupes n'est pas significative (-0,5% [IC 95% : -1,4, +0,3]  $p=0,21$ ), il en est de même concernant l'atteinte de l'objectif glycémique (OR=1 [IC 95% : 0,4, 2,5]  $p=0,98$ ).

L'interaction entre les odds-ratio observés chez les patients ayant un faible et un haut niveau d'alphabétisation est significative ( $p=0,01$ ) ; le niveau d'alphabétisation est donc associé à l'effet de l'intervention.

Concernant le niveau de PAS : la différence entre les deux groupes n'est pas significative pour les participants ayant un faible niveau d'alphabétisation (-7,9 mm Hg [IC 95% : -17,7, 1,9]  $p=0,11$ ). Pour les hauts niveaux d'alphabétisation : l'amélioration du niveau de la PAS est plus importante dans le groupe intervention ; mais la différence reste à la limite de la significativité (-7,1mmHg [IC 95% : -14,4, 0,004]  $p=0,05$ ).

Ce programme d'auto-gestion du diabète adapté au niveau d'alphabétisation a donc été efficace chez l'ensemble des patients, et davantage chez ceux ayant un faible niveau d'alphabétisation. Les rencontres individualisées et les techniques de communication adaptées aux patients ayant un faible niveau d'alphabétisation ont permis de supprimer les barrières habituellement rencontrées par ces patients, leur permettant de participer pleinement au programme. En revanche, il n'a pas été observé de différence d'amélioration de la PAS. Ce résultat semble indiquer que l'amélioration de la pression artérielle dépend davantage de l'action du médecin que de la participation du patient.

## **6. L'adaptation selon le niveau de littératie, de brochures d'information sur le cancer du col de l'utérus, augmente plus le niveau de compréhension de celles-ci, chez les femmes les plus défavorisées (46)**

Les patients pauvres ou ayant un faible niveau d'éducation ont un taux de morbi-mortalité lié au cancer plus important (47),(48). Le développement de méthodes efficaces permettant d'augmenter l'accès à l'information sur les cancers par les personnes les plus à risque doit être une priorité. La plupart des brochures d'information requiert un bon niveau de lecture (10ème niveau et plus (41)) dont ne dispose pas une large proportion des individus les plus à risque (49). Un essai clinique contrôlé randomisé a évalué l'impact de l'utilisation d'illustrations et d'un texte narratif sur la lisibilité d'une brochure d'information concernant le condylome et le cancer du col de l'utérus.

Les participants ont été sélectionnés dans un cabinet privé de Médecine Générale et trois dispensaires, en Caroline du Nord (Etats-Unis). Il s'agissait de femmes âgées de plus de 18 ans, consultant un des centres de soins.

Dans le groupe intervention, des informations précisant le déroulement du frottis cervico-vaginal et de la colposcopie ont été ajoutées sous forme de texte narratif et avec deux illustrations en couleur, l'une présentant l'aspect des condylomes au niveau du col et des organes génitaux externes, l'autre montrant la technique de réalisation de la colposcopie.

Dans le groupe contrôle, l'information était simplement présentée sous forme de listing (« bullet-type ») sans illustration. Le niveau de lecture requis était évalué à 7,7.

L'intervention était évaluée selon le degré de compréhension (% de patientes ayant un niveau 7-8 correspondant à un niveau de compréhension correcte [évaluée en fonction du nombre de réponses correctes à 8 questions concernant l'information contenue dans les brochures (0 à 8)] ; la lisibilité (% de patientes rapportant un niveau 4 [quatre niveaux: 1: très difficile, 2: difficile, 3: facile et 4 très facile]) ; et l'évaluation globale de la brochure (% de patientes rapportant un niveau 5 [1: très mauvaise, 2: mauvaise, 3: moyenne, 4: bonne et 5: excellente]) ; ainsi que l'interaction entre l'intervention et l'âge, l'ethnie, le niveau d'éducation et le lieu de consultation (dispensaire/cabinet).

L'analyse démographique et sociologique des résultats a révélé que 56,5% des patientes étaient noires, 49% avaient entre 18 et 24 ans et 67% des patientes avaient un niveau d'éducation inférieur au collège (« High school »).

L'analyse des résultats montre que la compréhension des deux brochures est satisfaisante (65,2% des patientes ont un score entre 7 et 8 dans le groupe intervention et 53,3% dans le groupe contrôle) mais il n'y a pas de différence significative entre les deux types ( $p=0,076$ ).

La lisibilité des deux brochures est bonne (57,1% des patientes ont considéré la brochure utilisant les illustrations comme très facile à lire et 45,7% des patientes ayant lu l'autre brochure) mais il n'y a pas de différence significative entre les deux types ( $p=0,092$ ).

Concernant l'évaluation globale de la brochure, le pourcentage de patientes ayant évalué la brochure utilisant le texte narratif et les illustrations comme excellente est significativement plus grand que pour la brochure standard (52,7% vs 35,2%,  $p=0,01$ ).

De plus, les femmes noires, entre 18 et 24 ans, ayant un niveau d'éducation inférieur ou provenant des dispensaires comprennent mieux la brochure utilisant les illustrations (différences significatives). Les femmes blanches, âgées de 25 ans et plus, ayant un niveau d'éducation supérieur ou provenant du cabinet privé comprennent de la même manière les deux brochures (pas de différence significative). Aucune interaction n'est cependant significative.

Une analyse par sous-groupes socio-économiques (selon le niveau de lecture des participantes) a été réalisée.

Le niveau de lecture a été évalué par le WRAT-R (test au cours duquel le patient doit lire une série de mots de plus en plus complexes jusqu'à ce que 10 erreurs de prononciation soient faites ; le niveau étant alors évalué en fonction de la difficulté des mots correctement prononcés). Ce test a été adapté pour l'étude : le niveau a été évalué après 3 erreurs de prononciation (ce qui a préalablement été fait et n'a pas entraîné de biais dans d'autres études) et des scores simplifiés de niveau de lecture ont été utilisés pour séparer les patientes en deux groupes : score < 46 : bas niveau de lecture ou score > 46 : haut niveau de lecture).

Le groupe ayant un niveau de lecture faible a obtenu de façon significative ( $p=0,007$ ) une meilleure compréhension de la brochure dans le groupe intervention (60.7% des patientes ont un score entre 7 et 8) que dans le groupe contrôle (34.6%). Alors que dans le groupe de niveau de lecture élevé, la différence de compréhension des deux brochures n'est pas significative : 69,6% des patientes ont un score entre 7 et 8 dans le groupe intervention contre 71,7% dans le groupe contrôle ( $p=0,814$ ).

Concernant la lisibilité et l'évaluation globale de la brochure, il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes avant et après l'intervention.

Une interaction significative a donc été observée entre le niveau de lecture et le type de brochure en ce qui concerne la compréhension et la mémorisation de son contenu. Ainsi, pour les femmes ayant un bas niveau de lecture, la compréhension de la brochure utilisant des illustrations et le texte narratif est meilleure que celle de la brochure standard. En revanche, la compréhension des deux brochures est la même pour les patientes ayant un niveau de lecture supérieur. Cette intervention permet donc une réduction des ISS.

## **7. Une intervention d'éducation sur le cancer du sein réalisée en soins primaires augmente le taux de dépistage du cancer du sein des femmes défavorisées (54)**

Le cancer du sein est la cause la plus fréquente de décès par cancer chez les femmes dans le monde (50). Des stades précoces de cancer du sein peuvent être détectés par les techniques de dépistage (mammographie, palpation des seins par un médecin ou pratique de l'auto- palpation) (51). De plus, des études ont montré que la mortalité pouvait être diminuée de 35% pour les femmes de plus de 50 ans se soumettant au dépistage, notamment par la

réalisation d'une mammographie (52). Cependant, les femmes défavorisées (particulièrement les femmes âgées et appartenant aux minorités ethniques) sont moins susceptibles de pratiquer des mammographies que les femmes plus avantagées (53). Une étude réalisée aux Etats-Unis, entre 1988 et 1990 a évalué l'efficacité d'une intervention sur le dépistage du cancer du sein de femmes âgées de 50 à 74 ans.

Le critère de jugement principal était la réalisation de la mammographie dans les 12 mois précédents la fin de l'intervention.

Les patientes ont été sélectionnées dans les HMO (« Health Maintenance Organization » : système de mutuelle fournissant des soins médicaux par un réseau de professionnels définis, selon une cotisation annuelle fixe) de Pennsylvanie et du New Jersey, aux Etats-Unis.

L'intervention de base comprenait l'envoi d'un courrier annuel d'information sur le dépistage du cancer du sein, incluant une lettre du directeur médical appuyant l'importance de la mammographie, accompagnée d'une brochure d'information et d'un bon pour effectuer une mammographie gratuitement dans les 90 jours suivants, dans un centre de radiologie agréé précisé dans la lettre. Après 45 jours : un courrier de rappel était adressé aux femmes n'ayant pas encore réalisé la mammographie. Après 95 jours : les femmes dont le bon était arrivé à échéance n'ayant pas réalisé de mammographie étaient randomisées dans l'un des 3 groupes suivants : envoi d'un deuxième courrier de rappel ; envoi d'une lettre de leur médecin insistant sur l'importance de la mammographie et de la nécessité de la réaliser rapidement ; ou conseils téléphoniques par des conseillers visant à promouvoir la réalisation de la mammographie. L'intervention de base avait pour objectif principal d'éduquer les femmes sur les risques du cancer du sein et les modalités de dépistage. Le courrier et la brochure étaient conçus pour sensibiliser les femmes sur le cancer du sein, expliquer l'existence possible d'un cancer du sein malgré l'absence de symptômes, supprimer les barrières au dépistage (coût, manque d'implication du médecin, préjugés sur l'inutilité de la mammographie en l'absence de symptômes), expliquer le bénéfice d'une détection précoce et apporter des moyens directs pour agir (bon de dépistage, rappels de suivi et conseil téléphonique). L'intervention concernait également les médecins en leur fournissant une formation sur l'examen des seins, le dépistage et le traitement du cancer du sein ainsi que des cours pour les médecins radiologues.

Le groupe contrôle était constitué de femmes ne consultant pas le HMO.

Les caractéristiques socio-démographiques des patientes, leur expérience de dépistage du cancer du sein, leur connaissance sur les risques du cancer, et leur attitude vis-à-vis du cancer du sein et du dépistage étaient recueillies par entretien téléphonique.

L'analyse démographique et sociologique des résultats a révélé que l'âge moyen des participantes était de 60 ans, 85% des femmes étaient blanches, 61% avaient des revenus < 31 000\$/an, 69% avaient terminé la « high-school » (collège français), 40% des patientes avaient réalisé une mammographie l'année précédente.

A 1 an, la proportion de femmes ayant réalisé une mammographie dans l'année est significativement plus grande dans le groupe intervention que dans le groupe contrôle (62% vs 43%,  $p < 0,0001$ , RR=1,4 [IC 95% : 1,3, 1,6]). Ce résultat est maintenu à 2 ans (68% vs 49%,  $p < 0,0001$ , RR=1,4 [IC 95% : 1,2, 1,5]).

L'analyse par sous-groupes socio-économiques (définis selon les revenus et l'ethnie) révèle que les femmes blanches à faibles revenus ont significativement réalisé plus de mammographies dans l'année précédente dans le groupe intervention que dans le groupe contrôle (68% vs 36%, RR = 1,9 [IC 95% : 1,6, 2,2]) ; et ce de façon supérieure aux femmes blanches à hauts revenus (68% vs 57%, RR = 1,2 [IC 95% : 1, 1,4]).

En revanche, l'augmentation du taux de mammographies réalisées avant et après l'intervention est moindre chez les femmes noires à faibles revenus (54% vs 46%, RR = 1,2 [IC 95% : 0,8, 1,7]) et nulle chez les femmes noires à hauts revenus (58% vs 59%, RR = 1 [IC 95% : 0,6, 1,6]).

Les raisons expliquant la différence d'effet de l'intervention entre les femmes blanches et les femmes noires ne sont pas claires ; cela peut être, en partie, lié au faible nombre de femmes noires dans chaque groupe mais aussi à d'autres facteurs, non mesurés, comme la proximité la communication avec le praticien (plus de femmes blanches rapportent avoir déjà reçu une recommandation concernant la mammographie par leur praticien dans le HMO, sans différence dans le groupe contrôle).

Cette étude montre que la réalisation de la mammographie peut être accrue, particulièrement parmi les femmes blanches ayant de faibles revenus. Elle permet donc de réduire les ISS dans cette population.

## **8. Une intervention multi-composante de lutte contre le surpoids et l'obésité infantiles, réalisée en soins primaires, permet de diminuer l'IMC des enfants issus de foyers à faible statut-socioéconomique (54)**

Aux États-Unis, environ 21,2% des enfants âgés de 2 à 5 ans sont en surpoids et 10,4% sont obèses (55). Les enfants d'âge préscolaire qui sont en surpoids, en particulier ceux qui ont des parents en surpoids, sont plus exposés au risque d'obésité en tant qu'adultes (56) et sont à risque élevé de morbi-mortalité à plus ou moins long terme (57) (58). Les enfants issus de foyers à faible statut socio-économique sont les plus touchés (59). L'équipe de soins primaires est bien placée pour fournir des interventions visant à promouvoir des comportements sains chez les familles de jeunes enfants, notamment lors des visites médicales annuelles de suivi entre 2 et 6 ans. Ces visites peuvent favoriser la réceptivité aux suggestions de changements dans le domaine des problématiques de surpoids/obésité (54). Malheureusement, peu d'interventions pour prévenir l'obésité infantile ont été menées en soins primaires (60) (61).

Un essai clinique contrôlé randomisé a évalué dans quelle mesure une intervention multi-composante visant à lutter contre le surpoids et l'obésité des enfants, réalisée en soins primaires, était supérieure à une prise en charge standard dans le contrôle de l'augmentation de l'IMC et l'amélioration des comportements liés à l'obésité chez les enfants âgés de 2 à 6 ans à risque élevé d'obésité.

Le critère de jugement principal était le changement de l'IMC de base à 1 an.

L'intervention, qui s'est déroulée de 2006 à 2008, dans 10 établissements de soins primaires pédiatriques du Massachusetts (Etats-Unis) comprenait une phase intensive de 1 an suivi d'une période d'entretien moins intensive. Les enfants de 2,0 à 6,9 ans de ces centres médicaux, étaient inclus dans l'étude si leur IMC était  $\geq 95^{\text{E}}$  percentile ou s'il était compris entre le  $85^{\text{E}}$  et le  $95^{\text{E}}$  percentile si au moins un parent était en surpoids ( $\text{IMC} \geq 25 \text{ kg/m}^2$ ). Un courrier de présentation de l'étude était envoyé à chaque parent. La lettre incluait un numéro de téléphone à appeler si la famille ne souhaitait pas participer. Les familles qui ne s'étaient pas manifestées dans les 7 jours suivants l'envoi de la lettre étaient contactées par téléphone. Lors de cet entretien, le personnel de recherche effectuait une entrevue de base (recueil des données démographiques et sociales : estimation de l'IMC parental, niveau de scolarité, statut matrimonial, revenu annuel, et recueil de la race/l'ethnicité de l'enfant).

L'intervention était basée sur le postulat que les changements dans les soins primaires visant à produire des résultats fonctionnels nécessitent des changements pour tous les membres de



l'équipe de soins (62). Ainsi, tous les membres de l'équipe de soins étaient formés à jouer un rôle actif dans l'intervention, le système d'information était amélioré (système d'enregistrement pour aider les cliniciens à prendre des décisions, à suivre les planifications et les facturations) ; de plus, le remboursement de quatre visites pour le surpoids et l'obésité durant la première année de l'étude était négocié avec les compagnies d'assurance régionales.

Les infirmières pédiatriques effectuaient ensuite des visites de gestion des maladies chroniques et des entretiens motivationnels avec les enfants et leurs parents (4 sessions de 25 minutes, et trois appels téléphoniques de 15 minutes) durant la première année de l'intervention. L'entretien motivationnel est une technique de communication qui améliore l'auto-efficacité, accroît la reconnaissance des incohérences entre les comportements réels et désirés, et renforce la motivation pour le changement (63) (64) (65).

Les pédiatres de soins primaires étaient formés afin d'acquérir des compétences de négociation brèves (basées sur le concept de l'entretien motivationnel) et ciblées applicables à tous les soins de routine afin d'endosser le changement de comportement familial (66).

De plus, tous les assistants médicaux étaient formés afin d'obtenir des mesures anthropométriques précises. Les agents d'accueil médicaux avaient également reçu une formation pour programmer les visites initiales et de suivi avec l'infirmière basées sur le protocole d'étude.

Des affiches dans les salles d'attente des médecins pour promouvoir les changements de comportement et encourager le dialogue lors de la visite médicale étaient mises en place. De même que divers supports à l'attention des infirmières, utilisables lors des visites de gestion des maladies chroniques : modules éducatifs ciblant la télévision, la restauration rapide et les boissons sucrées, outils imprimés et électroniques pour le soutien à l'auto-gestion, listes des ressources locales pour l'activité physique ; et un site Web interactif avec des matériaux éducatifs et des recettes. Pour soutenir le comportement, les infirmières fournissaient de petites incitations comme des bouteilles d'eau, des livres et des conteneurs de collations. Elles donnaient aussi aux familles intéressées un dispositif de surveillance du temps passé devant la télévision.

1 an après le début de l'intervention, les participants effectuaient à nouveau un entretien téléphonique avec le personnel de recherche. Les données anthropométriques (taille-poids) étaient mesurées dans le cadre de leur visite annuelle de suivi dans le centre. Par ailleurs, il existait une incitation financière de \$20 pour terminer l'entrevue téléphonique et chaque visite avec les infirmières était remboursée.

Les participants randomisés aux soins standards recevaient les soins habituels (suivi de base).

A un an, 253 participants du groupe intervention (93% des personnes inscrites) et 192 participants du groupe contrôle (94% des personnes inscrites) avaient effectué l'entrevue téléphonique de la 1<sup>ère</sup> année et une visite de soins pour les enfants avec mesure de l'IMC.

L'analyse des données démographiques et sociales révèle que 53% des enfants du groupe intervention avaient un IMC  $\geq$  95<sup>e</sup> percentile contre 60% des enfants du groupe contrôle, de même, les enfants du groupe intervention étaient plus susceptibles d'appartenir aux minorités raciales/ethniques, d'avoir un parent obèse et de vivre dans des ménages à faible revenu. Il n'y avait pas de différences dans les comportements de santé.

A un an, l'analyse après ajustement multivarié, montre que les enfants du groupe intervention ont eu une augmentation moins importante de l'IMC que le groupe contrôle mais de façon non significative ( $-0,21$  kg/m<sup>2</sup> [95% IC :  $-0,50, 0,07$ ],  $p = 0,15$ ). En revanche, après analyses stratifiées, une diminution de l'IMC des filles du groupe intervention, statistiquement significative, a été observée ( $-0,38$  kg/m<sup>2</sup> [95% IC :  $-0,73, -0,03$ ],  $p = 0,03$ ). Ceci pourrait s'expliquer par le fait que les parents de filles sont plus à l'écoute des questions sur le poids, l'alimentation, et l'activité physique et pourraient donc être plus sensibles à l'intervention.

Enfin, l'analyse par sous- groupes socio-économiques (selon le revenu annuel des parents) retrouve une diminution significative de l'IMC à 1an des enfants défavorisés du groupe intervention ( $-0,93$  kg/m<sup>2</sup>, [95% IC :  $-1,60, -0,25$ ],  $p = 0,01$ ) mais pas dans les ménages à revenu élevé ( $0,02$  kg/m<sup>2</sup> [95% IC:  $-0,30, 0,33$ ],  $p = 0,92$ ).

## **9. Une intervention d'éducation sur le cancer colorectal adaptée au niveau de littératie en santé, réalisée en centre de santé communautaire, augmente le dépistage du cancer colorectal par Recherche de Sang Occulte Fécal, indépendamment du niveau de littératie en santé (67)**

Le cancer colorectal (CCR) est le troisième cancer le plus couramment observé aux États-Unis, causant de nombreux décès (68). L'American Cancer Society estime que plus de la moitié des décès dû au CCR pourraient être évités grâce au dépistage (68).

Le groupe de travail sur les services de prévention des États-Unis recommande le dépistage du CCR par recherche annuelle de sang occulte fécal (RSOF), sigmoïdoscopie tous les 5 ans (en conjonction avec la RSOF tous les 3 ans) ou coloscopie tous les 10 ans à moins qu'il y ait des antécédents familiaux ou un cancer antérieur indiquant un besoin de dépistage plus

fréquent (69). En supposant une parfaite adhérence, on observe une réduction identique de la mortalité à travers les différents types de dépistage (70).

Bien que dans l'ensemble, le taux de dépistage du CCR a augmenté récemment aux États-Unis, des disparités importantes persistent particulièrement chez les adultes à faible revenu, ceux qui n'ont pas d'assurance maladie et moins d'années d'études (71). De plus, un niveau de littératie en santé limité est l'une des barrières à la compréhension du dépistage du CCR, engendrant des attitudes négatives et moins de probabilité de réaliser ce dépistage (72).

La Louisiane, avec ses taux élevés de pauvreté, d'éducation limitée, et de faible niveau de littératie en santé, se classe troisième parmi les États dans l'incidence du CCR (73). Dans les régions où la pauvreté et la ruralité sont un frein à l'accès à la coloscopie, le dépistage du CCR par ROSF est l'option de dépistage la plus acceptable (74).

Une étude réalisée en Louisiane (Etats-Unis), dans des centres de santé communautaires, entre 2008 et 2011, a comparé l'efficacité de trois types d'interventions pour augmenter le dépistage du CCR par ROSF après trois années consécutives.

961 participants âgés de 50 à 85 ans ont été recrutés (les participants âgés de 76 à 85 ans étaient inclus à la demande des directeurs des centres de santé, même si cela s'étendait au-delà des recommandations de la société américaine du cancer qui fixe une limite d'âge au dépistage de 50 à 75ans). La littératie en santé des participants était évaluée en utilisant l'outil REALM (41) (le niveau de littératie en santé est limité si le score est inférieur ou égal au 8<sup>ème</sup> niveau de lecture).

L'intervention utilisait un cadre théorique basé sur le modèle des croyances en santé, la théorie cognitive et sociale et la capacité d'apprentissage en santé, pour surmonter les obstacles liés aux patients (connaissances limitées, croyances, sentiment d'auto-efficacité), au système de santé (besoin de venir à la clinique pour recevoir un test et recommandation de le répéter chaque année), et à l'environnement (lieu de dépistage, transport et coût) afin d'atténuer leur impact sur le dépistage du CCR (75).

L'efficacité de trois types d'interventions était testée.

Le premier bras de l'étude comprenait une version améliorée des soins habituels (les patients n'ayant pas effectué la ROSF depuis un an recevaient un courrier de rappel les invitant à effectuer le test de dépistage du CCR et un kit de dépistage avec une enveloppe timbrée à adresser au centre de santé une semaine plus tard).

Le deuxième bras comprenait l'utilisation de soins améliorés associés à une intervention éducative adaptée au niveau de littératie en santé (une session d'éducation brève avec

l'assistant de recherche de l'étude comprenant l'utilisation d'une brochure et d'une vidéo, expliquait de façon simplifiée comment réaliser le test. La compréhension du patient était confirmée par la méthode du « teach back ».

Enfin, le troisième bras de l'étude comprenait une version améliorée des soins habituels, associée au suivi téléphonique d'une IDE (rappels du patient si test non effectué, appel pour discuter d'un résultat positif et organiser le suivi).

L'analyse des données révèle que le taux de réalisation de la ROSF lors de la première année de l'intervention a augmenté de façon significative dans tous les bras : 3% vs 39% avec des soins améliorés, 3% vs 57% avec une intervention d'éducation adaptée au niveau de littératie en santé, et 3% vs 61% avec le soutien infirmier supplémentaire ( $p < 0.012$ ) ; la tendance se poursuit au cours de la deuxième année d'intervention ( $p < 0.0003$ ).

Après la deuxième année d'intervention, 206 participants avaient réalisé un deuxième test dont le résultat était négatif. Ils étaient donc suivis lors de la troisième année et dernière année de l'intervention. Parmi eux, la majorité des participants étaient des femmes (80%) et des Afro-américains (70%). Plus de la moitié (52%) avaient une littératie en santé limitée.

Les taux de réalisation du test au cours de la troisième année d'intervention est de 34,2% dans le bras de soins améliorés, 59,6% dans le bras intervention adaptée au niveau de littératie en santé et 47,4% dans le bras de soutien des infirmières. Après ajustement pour l'âge, la race, le sexe et le niveau de littératie en santé, il n'y a pas de différence significative entre les 3 bras de l'étude ( $p = 0.21$ ). Les trois types d'intervention ont donc permis d'augmenter le taux de dépistage du CCR par ROSF durant trois années consécutives, indifféremment du statut socio-économique des participants.

En revanche, il existe des différences significatives dans les taux de dépistage par ROSF chez les participants ayant un niveau de littératie en santé adéquat ( $p=0.002$ ) et limité ( $p = 0.007$ ) : 26,7% vs 39.1% avec des soins améliorés, 53,9% vs 76.9% avec l'éducation adaptée au niveau de littératie en santé, et 52,2% vs 44.4% avec le soutien de l'infirmière.

Parmi les participants ayant un niveau de littératie limité, le bras d'éducation adaptée au niveau de littératie en santé a des taux de dépistage plus élevés que le bras de suivi par l'infirmière (ratio de dépistage = 1,75 [IC 95% : 1,17, 2,59],  $p = 0.006$ ) ou le bras de soins améliorés (ratio de dépistage = 1,96 [IC 95% : 1,18, 3,27],  $p = 0.01$ ).

Parmi les participants ayant un niveau de littératie adéquat, le bras d'éducation adaptée au niveau de littératie en santé (ratio de dépistage = 2,34 [IC 95% : 1,18, 4,65],  $p = 0.015$ ) et le bras de suivi par l'infirmière (ratio de dépistage = 2,07 [IC 95% : 1,05, 4,11],  $p = 0.036$ ) ont des taux sensiblement plus élevés de dépistage par ROSF que le bras des soins améliorés.

Une intervention comprenant l'association de soins améliorés avec une intervention d'éducation adaptée au niveau de littératie en santé permet d'augmenter le taux de dépistage du CCR par ROSF, aussi bien chez les personnes ayant un faible taux de littératie en santé, que celles ayant un niveau adéquat de littératie en santé.

Cette intervention ne semble pas avoir d'impact sur le gradient social de santé, cependant, il a été démontré que les interventions d'incitation au dépistage réalisées en population générale ont tendance à creuser les ISS (76) en profitant davantage aux populations favorisées. Cette intervention permet donc une réduction relative des ISS.

## DISCUSSION

Notre revue de la littérature nous a permis d'identifier 9 interventions efficaces dans la réduction des ISS, analysées en termes de réduction du gradient social de santé.

Alors que la majorité des pays développés s'attache à lutter contre les ISS (6), (9), (10), (11) ; le nombre d'interventions retenues dans notre revue de la littérature est faible en regard du nombre d'articles inclus. En effet, la grande majorité des interventions retrouvées était ciblées sur les populations défavorisées, sans analyse des résultats par sous-groupes socio-économiques. Ceci peut s'expliquer notamment par une lacune non modifiable dans la méthodologie d'élaboration de notre équation de recherche sur PUBMED. En effet, les mots clés en rapport avec le statut social des patients ont bien été identifiés, mais il n'y avait pas de notion de « gradient social de santé » ; et pour cause, il n'existe pas à l'heure actuelle de terme MESH correspondant.

La thèse de M. Besnier, en 2008 (21), n'a été réalisée qu'en utilisant la base de données PUBMED ; alors que nous avons inclus également des articles issus de la littérature grise. En revanche, nous n'avons pas utilisé d'autres bases de données, ce qui constitue une limite de notre travail.

Dans sa revue de la littérature, M. Besnier (21) avait identifié 5 interventions efficaces en termes de réduction du gradient social de santé. Nous constatons que dix années plus tard, nous n'avons pu retrouver que 4 interventions supplémentaires ; mais il y a comparativement beaucoup plus d'articles inclus initialement. Cela suggère qu'il existe une véritable volonté d'élaboration d'interventions visant à réduire les ISS, mais celles-ci sont concentrées sur les populations défavorisées.

Une question apparaît donc comme importante : pour réduire les ISS, quelle population doit être ciblée ? En effet, comme dit précédemment, il existe deux types d'interventions : universelles (en population générale, elles tiennent alors compte du gradient social de santé) ou ne concernant que certains groupes sociaux (leur but est alors de réduire le désavantage des populations défavorisées).

Les spécialistes des ISS sont en désaccord à ce sujet : pour certains, les interventions ciblées sur les plus défavorisés sont les plus efficaces, notamment pour les interventions de prévention primaire visant à augmenter le taux de dépistage de certains cancers (27). Pour d'autres auteurs, les ISS concernant toute la population selon un gradient social de santé, les programmes visant à les réduire ne devraient donc pas se limiter aux populations pauvres ou précaires. Selon eux, il est donc nécessaire d'entreprendre des actions en population générale

et non uniquement dans les catégories sociales défavorisées afin d'agir sur le gradient social de santé (77). Il apparaît nécessaire de combiner les deux types d'intervention ; on parle alors d' « universalisme proportionné » (actions universelles mais avec une intensité plus grande selon le degré de désavantage) (78).

Ce concept a été défini par Sir Michael Marmot dans son rapport établi à la demande du Ministère de la santé britannique en 2010 ; selon lui « viser exclusivement les plus défavorisés ne réduira pas suffisamment les inégalités sociales de santé. Pour aplanir la pente du gradient social, les actions doivent être universelles, mais avec une ampleur et une intensité proportionnelles au niveau de défaveur sociale. C'est ce que nous appelons l'universalisme proportionné » (79).

Par ailleurs, nous pouvons nous poser la question de l'évaluation de l'efficacité des actions en termes de réduction des ISS (80); en effet, encore trop peu d'études sont évaluées (beaucoup d'articles ont été exclus après lecture entière car les interventions proposées n'étaient pas évaluées) ou alors l'évaluation ne tient pas compte du gradient social de santé. Pourtant, les données démographiques et sociales des populations ciblées par les interventions étaient bien présentes dans la plupart des articles, mais il n'y avait pas d'analyse comparative entre les différents groupes socio-économiques.

Il a été démontré que 10% seulement des essais contrôlés cités dans les revues élaborées par la Cochrane Library évaluaient l'efficacité des interventions en fonction des sous-groupes socio-économiques (81). Ces interventions, efficaces et publiées, sont en majeure partie réalisées aux Etats-Unis. La France doit prendre conscience qu'il faut maintenant mettre en œuvre de telles interventions pour ne pas continuer à creuser les ISS.

Les interventions permettant de réduire le gradient social de santé en soins primaires, sont pluriprofessionnelles, et s'appuient sur des démarches d'éducation à la santé et de coaching, de prévention et d'éducation thérapeutique. De plus, elles se basent sur une amélioration de la communication et de la collaboration inter professionnelle.

Nous avons retrouvé plusieurs interventions soulignant l'importance de tenir compte du niveau de littératie en santé. La littératie en santé est le degré avec lequel les individus peuvent obtenir et comprendre les informations basiques en matière de santé afin de prendre les décisions adaptées. Un faible niveau de littératie en santé est associé à un moins bon état de santé (82), (83). De plus, il a été démontré que le niveau de littératie en santé est corrélé au niveau d'alphabétisation et au niveau socio-économique (84). Une revue de la littérature appuie nos résultats et rapporte que l'augmentation du niveau de littératie en santé permet une meilleure

utilisation des services de soins des populations défavorisées (notamment en termes de recours au dépistage) (82). Elle permet également pour ces populations, l'amélioration des connaissances en matière de santé et une meilleure utilisation des médicaments (82).

Enfin, augmenter le niveau de littératie en santé permet de potentialiser d'autres interventions de réduction des ISS comme par exemple les interventions sur l'auto gestion des maladies chroniques (35), (43), (82) ,ou encore les programmes d'éducation thérapeutique (85).

La faible littératie en santé est une problématique importante au cabinet du médecin de famille (86). Afin d'estimer la littératie en santé des patients, différents outils sont disponibles (TOFHLA : Test of Functional Health Literacy in Adults ; SILS : the Single Item Literacy Screener ; SAHLSA : Short Assessment of Health Literacy ; METER : Medical Term Recognition Test ; FHLTs Functional Health Literacy Tests ; HLSI : Health Literacy Skills Instrument , Health LiTT : Health Literacy Assessment Using Talking Touchscreen Technology ; REALM : Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine etc...).

Le REALM (41) semble le test le plus intéressant en soins primaires, pour sa rapidité d'exécution et le faible nombre d'items ; de plus il existe une version adaptée en français (87).

Le niveau de littératie en santé n'est pas le seul critère dont il faut tenir compte ; le médecin généraliste doit établir un « diagnostic social » de ses patients, afin d'adapter sa prise en charge. Pour identifier les patients à risque, il peut s'aider de tests codifiés ou scores. Les recommandations du Collège de la médecine générale proposent des pistes pour « recueillir les données sociales » des patients (18). Une deuxième version est actuellement en cours.

Nous avons identifié une étude universelle montrant l'efficacité du suivi par des IDE pour encourager l'initiation et le maintien de l'allaitement maternel. Cette intervention paraît assez simple à mettre en place, elle pourrait être facilement reproduite en France. Nous pouvons préciser que lors d'études ciblées sur les femmes défavorisées (minorités ethniques à faibles revenus), il a été démontré que l'effet des conseillères en lactation est plus important si elles ont les mêmes caractéristiques socio-culturelles que la population cible. Pour plus d'efficacité, il pourrait être intéressant de combiner ces deux types d'interventions (88).

L'analyse de notre deuxième article nous a montré la nécessité d'une bonne communication/relation interprofessionnelle ; notamment entre médecin et pharmacien. Cette étude approche le concept de « délégation de tâche » dans le domaine du contrôle de l'HTA ; c'est-à-dire que le pharmacien prend en charge des patients (suivi, éducation, adaptation des traitements...) sous l'encadrement du médecin généraliste. Ce concept est intéressant, notamment dans le contexte actuel de pénurie des médecins généralistes. Cette intervention



a été réalisée aux Etats-Unis, où l'organisation du système de soins est différente de notre modèle français. En effet, les médecins généralistes travaillent dans des centres de santé où se trouvent une IDE, et très souvent un pharmacien (comme c'est le cas dans les lieux sélectionnés dans l'étude). La communication interprofessionnelle entre le « noyau dur » du système de soins « médecin généraliste, pharmacien et IDE » paraît plus aisée lorsque les différents professionnels sont dans le même établissement. Ainsi, cette intervention, en l'état, paraît difficilement transposable en France.

Par ailleurs, nous avons vu qu'il était très important d'agir dès l'enfance pour lutter contre les ISS, notamment dans la lutte contre le surpoids et l'obésité.

Parmi les articles initiaux de notre revue de la littérature, un très grand nombre concernait les enfants. Malheureusement, seule une intervention a été réalisée en soins primaires. Les autres interventions ont donc été exclues de nos résultats. Certaines interventions se déroulaient en milieu scolaire, et ont démontré une efficacité dans la réduction des ISS (89), (90). Il s'agissait de programmes de promotion de la santé (nutrition, activité physique, lutte contre le surpoids/obésité). Il pourrait être pertinent d'associer à ces interventions en milieu scolaire, les médecins généralistes et équipes de soins pluri professionnelles, dans le but de renforcer et adapter les messages délivrés aux enfants.

Concernant les interventions pour réduire les ISS dans le dépistage du cancer colorectal, il existe des interventions mettant en jeu les services de navigation des patients.

Il s'agit d'interventions réalisées à l'aide de personnes entraînées pour aider les patients à avoir accès aux soins de santé en ciblant les barrières logistiques personnelles, culturelles (manque d'éducation, faible niveau de littératie en santé, croyances) et financières.

Plusieurs interventions soulignent l'efficacité des outils de navigation des patients pour promouvoir le dépistage du cancer colorectal chez les populations à faible statut socio-économique (91). Cependant, ces interventions doivent être ciblées sur les populations défavorisées pour ne pas creuser le gradient social de santé. En effet, un essai clinique contrôlé randomisé réalisé en population générale, en France, a démontré que les travailleurs en santé dans le cadre d'une intervention de navigation des patients, permettent d'augmenter le dépistage du cancer colorectal par RSOF, mais avec une efficacité plus importante chez les plus aisés (92), (93). Dans notre revue de la littérature, l'intervention que nous avons identifiée est très intéressante concernant les mesures universelles d'incitation au dépistage du CCR, car elle n'agit pas sur le gradient social de santé ; et le réduit donc d'une façon relative. Elle pourrait être facilement reproductible.

Il serait intéressant que l'analyse et la critique des interventions que nous avons identifiées soient faite par des professionnels ; une enquête qualitative pour recueillir l'avis des

professionnels de santé pourrait nous éclairer sur leur reproductibilité et leur faisabilité en France.

Enfin, la lutte contre les ISS nécessitant la mise en place d'interventions complexes, la méthode d'évaluation doit être adaptée. Etant donné les particularités liées aux ISS, la question à se poser n'est plus uniquement « Est-ce que l'intervention fonctionne ? », mais bien : « Est-ce que l'intervention fonctionne, comment, pour qui et dans quelles circonstances ? » (94).

Un ouvrage traitant de cette difficulté d'évaluation et proposant des pistes de réflexions à ce sujet en s'appuyant sur des expériences issues de la recherche interventionnelle est paru récemment (95).

Le sujet des ISS et leur volonté de réduction sont en perpétuelle évolution ; des ressources actualisées régulièrement sont disponibles sur internet (TRIBUNEISS.com : base de données francophones sur les ISS ; AAPRISS : Apprendre et Agir pour Réduire les ISS : <http://www.iferiss.org/index.php/fr/aapriss>, Bibliographie sur les ISS de l'IRDES : <http://www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html>, Projet européen « Closing the gap » : stratégies d'action, disponible sur [health-inequalities.eu](http://health-inequalities.eu)).

## CONCLUSION

La réduction des ISS est un sujet complexe et nécessite l'intervention de nombreux acteurs ; elle fait appel aux sciences humaines, sociales et politiques.

Le médecin généraliste, par son action de pivot au cœur du système de soins, a un rôle central à jouer dans la lutte contre les ISS. Encore faut-il qu'il y soit sensibilisé, lors de sa formation initiale, ou continue.

Il peut agir en favorisant l'acquisition d'aptitudes individuelles et en contribuant au renforcement du sentiment d'auto-efficacité des patients ; en concentrant ses efforts sur les plus défavorisés (éducation en santé des patients, éducation thérapeutique tenant compte du niveau de littératie en santé pour la gestion des maladies chroniques, dépistage ...).

Le médecin de premier recours a également un rôle de coordination des soins dont le but est l'amélioration de la santé globale de ses patients. Il doit collaborer avec les autres professionnels de santé (confrères, pharmaciens, professions paramédicales, etc...), qui doivent être eux aussi sensibilisés à la question des ISS. Pour cela, il est nécessaire d'établir une bonne communication inter- professionnelle.

Par ailleurs, une réorganisation des services de santé peut s'avérer utile pour lutter contre les ISS ; par le biais notamment de la création de maisons de santé pluridisciplinaires permettant une prise en charge globale par différents professionnels (médecin généraliste, infirmiers, diététiciens, éducateurs médico-sportifs, psychologues, kiné, assistante sociale, etc...).

De plus, il faut donner au médecin généraliste les moyens d'agir, en lui libérant du temps grâce notamment au concept de « délégation de tâche » (travail pluridisciplinaire, appui de travailleurs en santé...) et par la valorisation financière des consultations, plus complexes à réaliser chez les populations défavorisées.

Enfin, le médecin généraliste, qui présente une grande capacité d'adaptation face aux différentes populations rencontrées dans sa pratique ; semble être le mieux placé pour mettre en place des actions d'« universalisme proportionné ».

## REFERENCES

1. OMS. (page consultée le 25/05/18). 10 faits sur les inégalités en matière de santé, [en ligne]. [http://www.who.int/features/factfiles/health\\_inequities/fr/](http://www.who.int/features/factfiles/health_inequities/fr/).
2. INPES. Inégalités sociales de santé : définition et concepts du champ. Saint-Denis: INPES; février 2012 Disponible sur : <http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/ISS/definition.asp>.
3. IRDES. Espérance de vie à la naissance en France sur la période 1950- 2009. Paris: IRDES;2011 [mis à jour janvier 2011].
4. [HCSP] Haut Conseil pour la Santé Publique. Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité, Paris : La Documentation française, 2009/12, 103 p. (2009).
5. Guignon N, Collet M, Gonzalez L, De Saint Pol T, Guthmann JP, Fonteneau L. La santé des enfants en grande section de maternelle en 2005-2006. Etudes et Résultats. 2010;737.
6. Jusot F. Les interventions de réduction des inégalités sociales en Europe. In : Potvin L, Moquet MJ, Jones CM. Réduire les inégalités sociales en santé. Saint-Denis: INPES; 2010.
7. World Health Organization, editor. Global strategy for health for all by the year 2000. Geneva: World Health Organization; 1981. 90 p. ("Health for all" series).
8. WHO. Closing the Gap in a Generation. Commission on Social Determinants of Health Final Report. Genève: WHO; 2008.
9. Moleux M, Schaetzel F, Scotton C. Les inégalités sociales de santé : déterminants sociaux et modèles d'action. Paris: IGAS; mai 2011.
10. Fourcade N, Von Lennep F (DREES), Grémy I, Bourdillon F. (Santé publique France). L'état de santé de la population en France. Rapport 2017. Santé publique France et Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques - Plateforme d'Echanges et d'Information Drogues et Dépendances Outre-mer; 2017.
11. Potvin L, Jones CM, Moquet M-J, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Réduire les inégalités sociales en santé. Saint-Denis (Paris): Institut national de prévention et d'éducation pour la santé; 2012.

12. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (J.O. 27 janvier 2016).
13. INPES. Réduire les inégalités sociales en santé. Collection « Santé en Action » ; Septembre 2010.
14. ARS PACA. Appel à projet 2017 « Soutien aux actions innovantes s'inscrivant dans une démarche de recherche-action visant la réduction des inégalités sociales de santé » ; 2017.
15. OMS. Conférence internationale sur les soins de santé primaires. Alma-Ata, URSS, 6-12 Septembre 1978.
16. Bourgueil Y, Jusot F, Leleu H. et le groupe AIR Project (2012), « Comment les soins primaires peuvent-ils contribuer à réduire les inégalités de santé ? Revue de littérature », Questions d'économie de la santé n° 179. 2012/09.
17. Bourgueil Y., Jusot F. (2010). « La lutte contre les inégalités sociales de santé à travers les soins primaires : le grand soir ou les petits matins ? » In : Les inégalités sociales de santé, ADSP (Actualité et Dossier en Santé Publique), n° 73, 2010/12, p. 38-40.
18. Collège de la médecine générale. Pourquoi et comment enregistrer la situation sociale d'un patient adulte en médecine générale ? [Recommandations], Neuilly-sur-Seine : CMG, 2014 : 30 p.
19. Les Inégalités Sociales de Santé : un défi pour la médecine générale Colloque du 06 juin 2013 Interview de Claude Leicher - Président de MG France.
20. Ernst-Toulouse C, Nollet C. Recueil de la situation sociale des patients et prise en charge des inégalités sociales de santé : perspectives en médecine générale. Entretiens auprès de 25 médecins généralistes de Loire-Atlantique et Vendée. [Thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en médecine. DES de Médecine générale]. Nantes: Université de Nantes; 2014.
21. Besnier M. Inégalités sociales de santé : quelles interventions pourraient réduire le gradient social de soins en médecine générale ? Analyse systématique de la littérature. [Thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en médecine. DES de Médecine générale]. Paris: Université de Paris 5 René Descartes; 2008.

22. Andermann A, CLEAR Collaboration. Taking action on the social determinants of health in clinical practice: a framework for health professionals. *CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can.* 6 déc 2016;188(17-18):E474-83.
23. Leclerc A., Fassin D., Grandjean H. , Kaminski M. et Lang T. (dir.), 2000, Les inégalités sociales de santé, Paris, La Découverte, coll. Recherches.
24. Jones DA, West RR. Lactation nurse increases duration of breast feeding. *Arch Dis Child.* 1985 Aug 1;60(8):772.
25. OMS. (page consultée le 25/05/18). Allaitement, [en ligne]. <http://www.who.int/topics/breastfeeding/fr/>.
26. Fewtrell MS, Lucas A, Morgan JB. Factors associated with weaning in full term and preterm infants. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* juill 2003;88(4):F296-301.
27. INSERM. Inégalités sociales de santé en lien avec l'alimentation et l'activité physique. Collection Expertise collective, Inserm, Paris, 2014.
28. Anderegg MD, Gums TH, Uribe L, Coffey CS, James PA, Carter BL. Physician-Pharmacist Collaborative Management: Narrowing the Socioeconomic Blood Pressure Gap. *Hypertens Dallas Tex* 1979. 2016;68(5):1314-20.
29. Carter BL, Coffey CS, Ardery G, Uribe L, Ecklund D, James P, et al. A Cluster-randomized Trial of a Physician\Pharmacist Collaborative Model to Improve Blood Pressure Control. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes.* mai 2015;8(3):235-43.
30. Mozaffarian D, Benjamin EJ, Go AS, et al. Heart disease and stroke statistics--2015 update: a report from the American Heart Association. *Circulation.* 2015; 131:e29–322.
31. Ostchega Y, Hughes JP, Wright JD, McDowell MA, Louis T. Are demographic characteristics, health care access and utilization, and comorbid conditions associated with hypertension among US adults? *American Journal of Hypertension.* 2008; 21:159–165.
32. Clamp M, Kendrick D. A randomised controlled trial of general practitioner safety advice for families with children under 5 years. *BMJ* 1998;316:1576-1579.
33. Sznadjer M, Chevallier B. Accidents d'enfants et déterminants sociaux. *Mt pédiatrie* juillet-août 2009; vol.12: 4.

34. Thomas KA, Hassanein RS, Christopherson ER. Evaluation of group well-child care for improving burn prevention practices in the home. *Pediatrics*. 1984;74:879–881.
35. DeWalt DA, Malone RM, Bryant ME, Kosnar MC, Corr KE, Rothman RL, et al. A heart failure self-management program for patients of all literacy levels: A randomized, controlled trial. *BMC Health Serv Res* 2006; 6:30.
36. Kirsch I, Jungeblut A, Jenkins L, Kolstat A. *Adult Literacy in America: A First Look at the Findings of the National Adult Literacy Survey*. 3rd Edition. Washington, DC , National Center for Education, US Department of Education; 2002. p. 201.
37. Baker DW, Parker RM, Williams MV, Clark WS. Health literacy and the risk of hospital admission. *J Gen Intern Med*. 1998;13:791–798.
38. Haldeman GA, Croft JB, Giles WH, Rashidee A. Hospitalization of patients with heart failure: National Hospital Discharge Survey, 1985 to 1995. *Am Heart J*. 1999;137:352–360.
39. McAlister FA, Stewart S, Ferrua S, McMurray JJ. Multidisciplinary strategies for the management of heart failure patients at high risk for admission A systematic review of randomized trials. *J Am Coll Cardiol*. 2004;44:810–819.
40. Rector TS, Kubo SH, Cohn JN. Patients' self-assessment of their congestive heart failure. *Heart Failure*. 1987;Oct/Nov:198–209.
41. Davis T, Long S, Jackson R, et al. Rapid estimate of adult literacy in medicine: a shortened screening instrument. *Fam Med*. 1993;25(6):391.
42. DeWalt DA, Pignone M, Malone R, Rawls C, Kosnar MC, George G, Bryant B, Rothman RL, Angel B. Development and pilot testing of a disease management program for low literacy patients with heart failure. *Patient Educ Couns*. 2004;55:78–86.
43. Rothman RL, DeWalt DA, Malone R, Bryant B, Shintani A, Crigler B, et al. Influence of patient literacy on the effectiveness of a primary care-based diabetes disease management program. *JAMA* 2004; 292:1711-1716.
44. Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs; American Medical Association. Health literacy: report of the Council on Scientific Affairs. *JAMA*. 1999;281:552-557.

45. Williams MV, Baker DW, Parker RM, Nurss JR. Relationship of functional health literacy to patients' knowledge of their chronic disease: a study of patients with hypertension and diabetes. *Arch Intern Med.* 1998;158:166-172.
46. Michielutte R, Bahnson J, Dignan MB, Schroeder EM. The use of illustrations and narrative text style to improve readability of a health education brochure. *J Cancer Educ* 1992; 7:251-260.
47. Syme SL, Berkman LF: Social class, susceptibility, and sickness. In Schwartz HD, Kart CS (eds): *Dominant Issues in Medical Sociology*. Reading, MA: Addison-Wesley Publishing Company, 1989, pp 398-405.
48. Lerner M: Access to the American health care system: Consequences for cancer control. *CA* 39:289-295, 1989.
49. Vivian AS, Robertson EJ II: Readability of patient education materials. *Clin Ther* 3:129-136, 1980.
50. OMS. Dernières statistiques mondiales sur le cancer en augmentation à 14.1 millions de nouveaux cas en 2012: l'augmentation marquée du cancer du sein demande des réponses. OMS, communiqué de presse n°223, déc 2013. [en ligne]. Disponible sur [https://www.iarc.fr/fr/media-centre/pr/2013/pdfs/pr223\\_F.pdf](https://www.iarc.fr/fr/media-centre/pr/2013/pdfs/pr223_F.pdf).
51. Wertheimer M.D., Costanza M., Dodson E. et al. Increasing the effort toward breast cancer detection. *JAMA*, 255: 1311-1315, 1986.
52. Shapiro S., Venet W., Strax P. et al. 14 year effect of screening on breast cancer mortality. *J. Natl. Cancer Inst.*, 62: 349-355, 1982.
53. Coll P., O'Connor P., Crabtree P. et al. Effects of age, education and physician advice on utilization of screening mammography. *J. Am. Geriatr. Soc.*, 37: 957-962, 1989.
54. Taveras EM, Capra AM, Braveman PA, Jensvold NG, Escobar GJ, Lieu TA. Clinician support and psychosocial risk factors associated with breastfeeding discontinuation. *Pediatrics*. 2003; 112(1 Pt 1):108–115.
55. Ogden CL, Carroll MD, Curtin LR, Lamb MM, Flegal KM. Prevalence of high body mass index in US children and adolescents, 2007–2008. *JAMA*. 2010; 303(3):242–249.
56. Whitaker RC, Wright JA, Pepe MS, Seidel KD, Dietz WH. Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity. *N Engl J Med*. 1997; 337(13): 869-873.



57. Skinner AC, Steiner MJ, Henderson FW, Perrin EM. Multiple markers of inflammation and weight status: cross-sectional analyses throughout childhood. *Pediatrics*. 2010; 125(4):e801–809.
58. Dietz WH. Health consequences of obesity in youth: childhood predictors of adult disease. *Pediatrics*. 1998; 101(3 Pt 2):518–525.
59. Parsons TJ, Power C, Logan S, Summerbell CD. Childhood predictors of adult obesity: a systematic review. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 1999;23 Suppl 8:S1–107.
60. Diaz RG, Esparza-Romero J, Moya-Camarena SY, Robles-Sardin AE, Valencia ME. Lifestyle intervention in primary care settings improves obesity parameters among Mexican youth. *J Am Diet Assoc*. Feb; 110(2):285–290.
61. McCallum Z, Wake M, Gerner B, et al. Outcome data from the LEAP (Live, Eat and Play) trial: a randomized controlled trial of a primary care intervention for childhood overweight/mild obesity. *Int J Obes (Lond)*. Apr; 2007 31(4):630–636.
62. Wagner EH. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? *Eff Clin Pract*. 1998; 1:2–4.
63. Emmons KM, Rollnick S. Motivational interviewing in health care settings. Opportunities and limitations. *Am J Prev Med*. Jan; 2001 20(1):68–74.
64. Rollnick, S.; Miller, WR.; Butler, CC. *Motivational Interviewing in Health Care: Helping Patients Change Behavior*. New York: 2008.
65. Rollnick, S.; Butler, C. *Health Behavior Change: a guide for practitioners*. Edinburgh; Scotland:1999.
66. Tyler DO, Horner SD. Family-centered collaborative negotiation: a model for facilitating behavior change in primary care. *J Am Acad Nurse Pract*. Apr; 2008 20(4):194–203.
67. Lasser KE, Murillo J, Lisboa S, Casimir AN, Valley-Shah L, Emmons KM, et al. Colorectal cancer screening among ethnically diverse, low-income patients: a randomized controlled trial. *Arch Intern Med*. 23 mai 2011;171(10):906-12.
68. American Cancer Society. *Colorectal Cancer Facts & Figures 2014–2016*. Atlanta, GA: American Cancer Society; 2014.

69. US Preventive Services Task Force. Screening for colorectal cancer. *Ann Intern Med.* 2008;149(9):627–637.
70. Zauber AG, Lansdorp-Vogelaar I, Knudsen AB, et al. Evaluating test strategies for colorectal cancer screening: a decision analysis for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 2008;149(9):659–669.
71. US Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion. [en ligne];Healthy People 2020. Disponible sur: <http://www.healthypeople.gov/2020/data-search/Search-the-Data?nid=4054>.
72. Peterson N, Dwyer K, Mulvaney S, et al. The influence of health literacy on colorectal cancer screening knowledge, beliefs and behavior. *J Nat Med Assoc.* 2007;99(10):1105.
73. US Cancer Statistics Working Group. United States Cancer Statistics: 1999–2012 Incidence and Mortality Web-based Report. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention and National Cancer Institute; [en ligne]. Disponible sur: [www.cdc.gov/uscs](http://www.cdc.gov/uscs).
74. Gupta S, Haim E, Rockey D, et al. Comparative effectiveness of fecal immunochemical test outreach, colonoscopy outreach, and usual care for boosting colorectal cancer screening among the underserved: a randomized clinical trial. *JAMA Intern Med.* 2013;173(18):1725–1732.
75. Bandura A. Health promotion by social cognitive means. *Health Educ Behav.* 2004;31(2):143–64.
76. Katz SJ, Hofer TP. Socioeconomic disparities in preventive care persist despite universal coverage. breast and cervical cancer screening in ontario and the United States. *JAMA* 1994, 272: 530-534.
77. Lognos B, Amouyal M, Garcia M, Cheyrézi R, Badin M, Cohen Scali J. Experimentation of a platform dedicated to health care access. *Exercer* 2013;105:20-6.
78. Mackenbach, J. et M. Bakker (2002). *Reducing Inequalities in Health: A European Perspective.* London and New York, Routledge.
79. Marmot M. Fair Society, Healthy Lives: A Strategic Review of Health Inequalities in England Post; 2010.

80. Tugwell P, Petticrew M, Kristjansson E, Welch V, Ueffing E, et coll. Assessing equity in systematic reviews: realising the recommendations of the Commission on Social Determinants of health. *BMJ* 2010, 341 : c4739.
81. Tsikata S, Robinson V, Petticrew M, Kristjansson E, Moher D, McGowan J. Is health equity considered in systematic reviews of the Cochrane Collaboration? 11th Cochrane Colloquium, Barcelona, Spain; 2003.
82. Sheridan SL, Halpern DJ, Viera AJ, Berkman ND, Donahue KE, Crotty K. Interventions for individuals with low health literacy: a systematic review. *J Health Commun.* 2011;16 Suppl 3:30-54.
83. Darren A. DeWalt and Ashley Hink. Health Literacy and Child Health Outcomes: A Systematic Review of the Literature. *Pediatrics*, 2009;124;S265.
84. Shannon M. Christy, Clement K. Gwede, Steven K. Sutton, Emmanuel Chavarria, Stacy N. Davis, Rania Abdulla, Chitra Ravindra, Ida Schultz, Richard Roetzheim & Cathy D. Meade (2017): Health Literacy among Medically Underserved: The Role of Demographic Factors, Social Influence, and Religious Beliefs, *Journal of Health Communication*.
85. Margat A., Gagnayre, R., Lombrail, P., de Andrade, V. & Azogui-Levy, S. Interventions en littératie en santé et éducation thérapeutique : une revue de la littérature. *Santé Publique*, 2017. vol. 29,(6), 811-820.
86. Lara van Leckwyck. Quelle est la perception de la littératie en santé des patients par les médecins de famille ? Mémoire de Maîtrise en médecine No 306 ; Lausanne, décembre 2011.
87. Delphine Grandjacquot Ravel. Validation française du REALM-R, un outil pour l'évaluation de littératie en santé. [Thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en médecine. DES de Médecine générale]. Nice: Université de Nice Sophia-Antipolis; 2016.
88. Pascale Bergeron, Mélanie Alberto, Alexandra Auclair et Nathalie Sasseville. (Institut national de santé publique du Québec). Agir ensemble pour prévenir les problèmes liés au poids : optimiser nos pratiques, réduire les inégalités sociales de santé et promouvoir le développement durable – Guide pour les intervenants de santé publique; Gouvernement du Québec (2013).

89. Jensen BW, von Kappelgaard LM, Nielsen BM, Husby I, and al. Intervention effects on dietary intake among children by maternal education level: results of the Copenhagen School Child Intervention Study (CoSCIS). *Br J Nutr.* 2015 Mar 28;113(6):963-74.
90. Nyberg G, Norman A, Sundblom E, Zeebari Z, Elinder LS. Effectiveness of a universal parental support programme to promote health behaviours and prevent overweight and obesity in 6-year-old children in disadvantaged areas, the Healthy School Start Study II, a cluster-randomised controlled trial. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2016 Jan 21;13:4.
91. Chen LA, Santos S, Jandorf L, et al. A program to enhance completion of screening colonoscopy among urban minorities. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2008; 6(4):443–450.
92. De Mil R, Guillaume E, Guittet L, Dejardin O, Bouvier V, Pornet C, et al. Cost-Effectiveness Analysis of a Navigation Program for Colorectal Cancer Screening to Reduce Social Health Inequalities: A French Cluster Randomized Controlled Trial. *Value Health J Int Soc Pharmacoeconomics Outcomes Res.* 2018;21(6):685-91.
93. Guillaume E, Dejardin O, Bouvier V, De Mil R, Berchi C, Pornet C, et al. Patient navigation to reduce social inequalities in colorectal cancer screening participation: A cluster randomized controlled trial. *Prev Med.* oct 2017;103:76-83.
94. Blaise, P., Marchal, B., Lefèvre, P. et Kegels, G. (2010). Au-delà des méthodes expérimentales : l'approche réaliste en évaluation. Dans Potvin, L., Moquet, M.-J. et Jones, C. (dir.), Réduire les inégalités sociales en santé. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, coll. Santé en action. Saint-Denis, p. 285-296.
95. Haschar-Noé N, Lang T (Société française de santé publique). Réduire les inégalités sociales de santé. Une approche interdisciplinaire de l'évaluation. Toulouse: Presses Universitaires du MIDI; 2017.

## ANNEXE 1

<b>Mots-clefs en français</b>	<b>Mots-clefs en anglais</b>	<b>Termes MESH principaux</b>
Médecine générale	General practice	General practice
Médecin généraliste	General practitioners	General Practitioner General Practice Physician
Médecin de famille	Family physician Family practice	Physicians, family Family practice
Dispensaire	Community health centers	Community Health Center Satellite Centers Neighborhood Health Centers
Soins de santé primaires	Primary health care	Primary Healthcare Primary Care
Médecin de premier recours	Primary care physician	Physicians, primary care
Centre de PMI	Maternal-child health centers	Maternal-child health centers
Programmes de vaccination	Immunization programs Mass vaccination	Immunization programs Vaccination Campaign Vaccination Promotion Vaccination Awareness
Dépistage	Screening	Mass screenings Screenings
Education pour la santé	Health education Healthy people programs Health promotion Child health services Early intervention (education)	Health education Community Health Education Healthy People Program Promotion, Health Promotional Items Wellness Programs Health Campaigns Child Services, Health Infant Health Services Early Interventions (Education) Head Start Program
Médecine préventive	Preventive medicine Preventive health services	Preventive medicine Preventive Care Preventive Health Care Services, Preventive Health Preventive Health Preventive Health Programs
Facteurs socio-économiques	Socio-economic factors	Socioeconomic Factors

		Standard of Living Land Tenure High-Income Population Inequalities
Classe sociale	Social class	Social class Socioeconomic Status Middle Class Population Caste
Pauvreté	Poverty	Poverty Indigents Indigency Low-Income populations
Revenus	Income	Income Income generation programs Savings Income distribution
Emploi	Employment	Employment Termination Labor Forces Precarious Employment Marginal Employment Employment Insecurity Child Labor Employment Status Occupational Status Underemployment
Sans emploi	Unemployment	Unemployment
Profession	Occupation	Occupations Vocation
Niveau d'instruction	Educational status	Educational Achievement Status, Educational Educational Status, Maternal Paternal Educational Status
Littéracie	Literacy	Health literacy Patient medication knowledge Patient Drug Knowledge
Statut marital	Marital status	Marital status
Assurance maladie	Health insurance	Health insurance Health insurance, voluntary Group health insurance

Conditions de logement	Residence characteristics	Characteristic, Residence Domicile Residential Selection Neighborhood Place of Birth Community Living Arrangements
Inégalités sociales de santé	Social inequalities in health	Health status disparities Health equity Healthcare disparities
Groupes ethniques, minorités	Ethnic groups	Ethnic groups Minority Groups Medical indigency
Etude contrôlée-randomisée	Randomized controlled trial	Randomized controlled trial [publication type] Randomized Controlled Trials as Topic
Etude contrôlée	Controlled clinical trial	Controlled Clinical Trial [Publication Type]
Revue de la littérature	Review	Review [publication type] Review, Multicase Review Literature Review, Academic Review, Systematic Review of Reported Cases

## **ANNEXE 2**

### Equation de recherche

((("General Practitioners"[Majr:NoExp] OR "General Practice"[Majr:NoExp] OR "Family Practice"[Majr:NoExp] OR "Physicians, Family"[Majr:NoExp] OR "Community Health Centers"[Majr:NoExp] OR "Physicians, Primary Care"[Majr:NoExp] OR "Primary Health Care"[Majr:NoExp] OR "Maternal-Child Health Centers"[Majr:NoExp] OR "Immunization Programs"[Majr:NoExp] OR "Mass Vaccination"[Majr:NoExp] OR "Mass Screening"[Majr:NoExp] OR "Health Education"[Majr:NoExp] OR "Health Promotion"[Majr:NoExp] OR "Healthy People Programs"[Majr:NoExp] OR "Weight Reduction Programs"[Majr:NoExp] OR "Child Health Services"[Majr:NoExp] OR "Early Intervention (Education)"[Majr:NoExp] OR "Preventive Medicine"[Majr:NoExp] OR "Preventive Health Services"[Majr:NoExp]))
<b>AND</b>
("Income"[Majr:NoExp] OR "Socioeconomic Factors"[Majr:NoExp] OR "Social Class"[Majr:NoExp] OR "Poverty"[Majr:NoExp] OR "Employment"[Majr:NoExp] OR "Unemployment"[Majr:NoExp] OR "Occupations"[Majr:NoExp] OR "Educational Status"[Majr:NoExp] OR "Health Literacy"[Majr:NoExp] OR "Patient Medication Knowledge"[Majr:NoExp] OR "Marital Status"[Majr] OR "Insurance, Health"[Majr:NoExp] OR "Residence Characteristics"[Majr:NoExp] OR "Health Status Disparities"[Majr:NoExp] OR "Health Equity"[Majr:NoExp] OR "Healthcare Disparities"[Majr:NoExp] OR "Ethnic Groups"[Majr:NoExp] OR "Minority Groups"[Majr:NoExp] OR "Medical Indigency"[Majr:NoExp])
<b>AND</b>
("Randomized Controlled Trials as Topic"[Mesh:NoExp] OR "Randomized Controlled Trial" [Publication Type:NoExp] OR "Controlled Clinical Trial" [Publication Type:NoExp] OR "Review" [Publication Type:NoExp])
<b>NOT</b>
("Developing Countries"[Majr:NoExp]))
<b>LIMITS</b> controlled clinical trial, meta-analysis, randomized controlled trial, systematic reviews, abstract, published at most ten years ago, about humans, in english or french

Le symbole [Majr] signifie que le mot clé est majeur dans les articles recherchés, et le symbole [NoExp], que la recherche ne tient pas compte des termes MeSH indexés en aval du terme principal de l'arborescence MeSH.

## SERMENT D'HIPPOCRATE



« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés.

Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque. »

## RESUME

### Réduction des Inégalités Sociales de Santé en soins primaires : Revue de la littérature

**Introduction :** Les Inégalités Sociales de Santé (ISS) reflètent les écarts de morbidité et de mortalité entre groupes sociaux et traversent la population selon un gradient social. L'objectif de l'étude est de lister les interventions efficaces et reproductibles réalisables en soins primaires permettant la réduction du gradient social de santé.

**Méthodes :** Les mots clefs en rapport avec les soins primaires et le statut social des patients ont permis d'interroger la base de données MEDLINE et de parcourir la littérature grise.

**Résultats :** 9 articles sur 544 ont été retenus. Les interventions pluriprofessionnelles, ainsi que celles s'appuyant sur des démarches d'éducation à la santé et de coaching, de prévention et d'éducation thérapeutique et visant l'amélioration de la communication et de la collaboration inter professionnelle sont efficaces.

**Discussion :** Pour optimiser les interventions de lutte contre les ISS, il serait important de développer le concept d' « universalisme proportionné » et de préciser leur méthode d'évaluation.

**Conclusion :** Le médecin généraliste dont le rôle est central dans la réduction des ISS, doit être mieux formé et avoir les moyens d'agir.

**Mots clefs :** réduction des inégalités sociales de santé ; soins primaires ; statut social ; interventions efficaces ; gradient social ; revue de la littérature.

### Reduction of health status disparities in primary care: Systematic review

**Introduction:** Social Inequalities in Health (SIH) reflect the differences in morbidity and mortality between social groups and across the population on a social gradient. The objective of the study is to list the effective and reproducible interventions feasible in primary care for the reduction of the social gradient of health.

**Methods:** Key words in relation to primary care and the social status of patients have allowed the MEDLINE database to be interrogated and go through the grey literature.

**Results:** 9 Articles on 544 were retained. The multi-professional interventions, health education and coaching methods, prevention and therapeutic education and those aimed at increased communication and inter-professional collaboration are effective.

**Discussion:** To optimize anti-SIH interventions, it would be important to develop the concept of "Proportionate universalism" and specify their method of assessment.

**Conclusion:** The General Practitioner whose role is central in the reduction of SIH, must be better trained and have the means to act.

**Key words:** reducing social inequalities in health; primary Care; social status; effective interventions; social gradient; literature review.