



HAL
open science

Les médecins généralistes face aux inégalités sociales de la santé : Étude quantitative sur le recueil de la situation sociale des patients et les pratiques vis-à-vis des inégalités sociales de santé des médecins généralistes toulousains

Mathilde Mantoux

► **To cite this version:**

Mathilde Mantoux. Les médecins généralistes face aux inégalités sociales de la santé : Étude quantitative sur le recueil de la situation sociale des patients et les pratiques vis-à-vis des inégalités sociales de santé des médecins généralistes toulousains. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-02920118

HAL Id: dumas-02920118

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02920118v1>

Submitted on 24 Aug 2020

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 LA REUNION

UFR SANTE

Année : 2020

N° de thèse : 2020LARE026M

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Les médecins généralistes face aux inégalités sociales de la santé

*Etude quantitative sur le recueil de la situation sociale des patients et les
pratiques vis-à-vis des inégalités sociales de santé des médecins
généralistes toulousains*

Présentée et soutenue publiquement à Toulouse

Le 22 juin 2020

Par Mathilde Mantoux

JURY :

Monsieur le Professeur Thierry LANG

Madame la Docteure Nadine HASCHAR-NOE

Madame la Docteure Sidonie RICHARD

Monsieur le Docteur Sébastien LERUSTE

Madame la Docteure Samah CHAABAN

Président du Jury

Assesseure

Assesseure

Rapporteur

Directrice de thèse

CITATIONS

« When chronic conditions are viewed as solely biologic or behavioral malfunction, the diagnosis misses the true causes, and often, misdiagnosis leads to ineffective treatments.[...]Without acknowledging or responding to social structures, clinicians may perpetuate mistreatment, providing ineffective responses to our patients' medical problems. There are aspects of peoples' lives outside medical care that determine whether they get sick and how well or poorly our treatments "fit" them. »

Sir Michael Marmot, NEJM 2020.

« Il s'agit d'abord ici de reconsidérer la valeur généralement péjorative attribuée à la partie « sociale » du travail de praticien. Accompagner et défendre les patients dans leurs démarches d'accès aux droits sociaux, « faire du social » pour reprendre une expression courante, est souvent considéré par les médecins comme une tâche subalterne, ennuyeuse ou déqualifiée. Cet aspect du travail, par exemple simplement connaître les assistantes sociales, leur téléphoner ou leur écrire, pour appuyer la demande d'un patient ou mieux comprendre ses difficultés sociales, est pourtant une pratique parfois plus utile que bon nombre d'actes plus couramment pratiqués, et mériterait d'être à la fois mieux connue et mieux organisée. »

Hector Falcoff

TABLE DES MATIERES

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES	6
LISTE DES ABREVIATIONS	7
INTRODUCTION.....	8
PREMIERE PARTIE : CONTEXTE	10
I. DES DETERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTE AUX INEGALITES SOCIALES DE SANTE	10
A. Histoire et définitions des inégalités sociales de santé	10
1. Historique : théorisation de l’impact du social sur la santé et relativisation de la place du système de soins.	10
a. Du biomédical au bio-psycho-social	10
b. Du modèle bio-psycho-social aux inégalités sociales de santé	11
2. Définitions actuelles retenues dans ce travail :	12
a. Déterminants sociaux de la santé.....	12
b. Inégalités sociales de santé	13
c. ISS versus précarité/pauvreté	15
B. Outils de recueil des DSS et mesure des ISS.....	16
1. En santé publique.....	16
2. En médecine générale : recommandations du CMG de 2014	17
C. Formation des inégalités sociales de santé	17
1. Les déterminants sociaux de la santé : l’impact des inégalités sociales sur la santé. 17	
a. Comportements à risque et facteurs de risque socialement différenciés	18
b. Conditions matérielles de vie et de travail.....	19
c. Un « élément de vulnérabilité supplémentaire » non expliqué.....	20
2. Conséquences des déterminants sociaux de la santé : les inégalités sociales de santé	
21	
a. Des prévalences de nombreuses pathologies socialement différenciées, de la naissance à la vieillesse	21

b.	Plus de maladies chroniques et d'incapacités : multimorbidité et complexité	21
c.	Ecart global de morbi-mortalité, d'incapacité et d'espérance de vie	22
II.	SOINS PRIMAIRES ET INEGALITES SOCIALES DE SANTE	24
A.	Etat des lieux de l'offre de soins primaires et de la protection sociale en France face à l'objectif de réduction des ISS.....	24
1.	Définitions des soins primaires et de leurs rôles : une médecine de l'individu dans son environnement social	24
2.	Offre de soins primaires et protection sociale en France.....	26
3.	Les ISS à Toulouse	28
4.	Limitations et problématiques actuelles : des réponses nécessaires mais fragmentées, qui ne parviennent pas à réduire les ISS	30
B.	Les soins primaires face aux inégalités sociales de santé.....	30
1.	« Faire partie du problème » : les inégalités sociales de soins, ou quand le système de santé aggrave les ISS	31
a.	Inégalités d'accès et de recours aux soins	31
b.	Inégalités de couverture maladie, non-recours aux dispositifs existants et renoncement aux soins.....	31
c.	Aggravation des ISS par les soignants : refus de soins, moindre qualité des soins et discriminations.....	33
2.	« Faire partie de la solution » : les soins primaires comme levier dans la lutte contre les ISS	35
a.	Des rapports et des recommandations qui placent les soins primaires au cœur de la lutte contre les ISS	35
b.	Recommandations de pratiques vis-à-vis des ISS pour les soins primaires : s'enquérir de la situation sociale des patients pour adapter sa pratique	37
	DEUXIEME PARTIE : recueil de la situation sociale des patients et pratiques vis-à-vis des inégalités sociales de sante : enquête auprès des médecins généralistes toulousains.	40
	MATERIEL et METHODE	40
I.	Objectifs de l'étude.....	40

II. Méthode	41
RESULTATS	46
I. Descriptif de la population des répondeurs	47
II. Description des pratiques vis-à-vis des ISS selon les caractéristiques des MG et de leur mode d'exercice	53
III. Analyse des connaissances relatives aux ISS et DSS.....	56
IV. Recueil des informations sur la situation sociale des patients en pratique courante.....	60
V. Description de la perception du rôle dans la réduction des ISS en tant que MG.....	65
VI. Besoin de formation sur les DSS et ISS ressenti par les MG.....	70
DISCUSSION	71
I. Atouts et limites de l'étude	71
A. Limites de l'étude	71
B. Forces de l'étude.....	71
II. Discussion des principaux résultats	72
1. La population étudiée	72
2. Pratiques des MG vis-à-vis des ISS : des pratiques adaptées à la patientèle et au niveau de défavorisation du quartier d'exercice	73
3. Connaissances sur les DSS et ISS et lien avec des pratiques adaptées à leur réduction	75
4. Recueil de la situation sociale des patients en pratique courante : un recueil jugé important.....	78
5. Perception du rôle à jouer en tant que médecin généraliste dans la réduction des inégalités sociales de santé et estimation de sa capacité à répondre aux besoins sociaux des patients.....	81
6. Besoin de formation des MG sur les ISS.....	84
III. Perspectives : comment les médecins généralistes peuvent-ils, au sein des soins primaires, participer à la réduction des inégalités sociales de santé ?.....	84
1. Au niveau des professionnels de soins primaires eux-mêmes :.....	84

2. Outils utilisables en soins primaires : messageries, logiciels, banques de données médicales, DMP.....	86
3. Repenser l'organisation et le rôle des soins primaires : pluriprofessionnalité et travail en équipe, pour une prise en charge globale.....	87
CONCLUSION.....	91
REFERENCES.....	94
ANNEXE 1 : Questionnaire adressé aux médecins généralistes.....	103
ANNEXE 2 : Informations sur la situation sociale à recueillir, d'après les recommandations du CMG.....	109
ANNEXE 3 : Items permettant la construction du score EPICES.....	110
ANNEXE 4 : Caractéristiques des MG et de leur mode d'exercice en lien avec les pratiques vis-à-vis des ISS.....	111
ANNEXE 5: Caractéristiques de MG associées à leur niveau de connaissances sur les DSS.....	113
ANNEXE 6 : Pratiques vis-à-vis des ISS selon le niveau de connaissance des DSS et l'opinion sur le rôle à jouer des soins primaires dans la réduction des ISS.....	114
ANNEXE 7 : Dispositifs permettant l'accès aux soins connus des MG.....	115
ANNEXE 8 : Recueil de la situation sociale en fonction des caractéristiques des MG.....	116
ANNEXE 9 : Recueil de la situation sociale selon le niveau de connaissances déclaré sur les DSS.....	121
ANNEXE 10 : Caractéristiques des MG et de leur mode d'exercice associé à leur opinion sur le rôle à jouer des soins primaires dans la réduction des ISS et à leur capacité à répondre aux besoins sociaux des patients.....	124
ANNEXE 11: Eléments de la pratique contribuant à la réduction des ISS.....	125
ANNEXE 12: Eléments de la pratiques contribuant à la non-réduction des ISS.....	127

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Schémas :

- Schéma 1 : Structure conceptuelle de la CDSS
- Schéma 2 : Indicateurs relatifs à la perception de l'état de santé, au fait d'avoir au moins un problème de santé chronique et une limitation d'activité
- Schéma 3 : Espérance de vie à 35 ans par sexe pour les cadres et les ouvriers
- Schéma 4 : répartition des compétences du médecin généraliste
- Schéma 5 : Répartition des quintiles EDI à Toulouse
- Schéma 6 : Répartition des pourcentages de bénéficiaires de la CMU-C à Toulouse
- Schéma 7 : Niveaux d'informations concernant la situation sociale en fonction de la finalité du recueil
- Schéma 8 : Plages de consultations sans RDV
- Schéma 9 : Pratique du tiers-payant généralisé
- Schéma 10 : Orientation vers des spécialistes en secteur 2
- Schéma 11 : Vérification de la protection maladie avant de prescrire
- Schéma 12 : Connaissance estimée des DSS
- Schéma 13 : Estimation du renoncement aux soins pour raisons financières en France
- Schéma 14 : Recueil des 7 informations indispensables
- Schéma 15 : Recueil des 9 informations utiles
- Schéma 16 : Besoin de formation sur les ISS
- Schéma 17 : Opinion sur le rôle des soins primaires dans la réduction des ISS
- Schéma 18 : Estimation de la participation du mode d'exercice à la réduction des ISS
- Schéma 19 : Besoin de formation sur les ISS

Figure : Flow-chart de l'étude

Tableaux :

- Tableau 1 : Caractéristiques des médecins ayant répondu au questionnaire
- Tableau 2 : Comparaison EDI du quartier d'exercice entre les médecins répondants et les non répondants
- Tableau 3 : Résumé des réponses au questionnaire
- Tableau 4 : différence de prévalence perçue selon la catégorie sociale
- Tableau 5 : Opinion sur l'importance du recueil de la situation sociale des patients en lien avec le niveau de connaissance sur les DSS
- Tableau 6 : Recueil des 7 informations indispensables
- Tableau 7 : Recueil des 9 informations utiles
- Tableau 8 : Eléments aidant ou limitant la prise en charge des besoins sociaux des patients
- Tableau 9 : Estimation de la participation à la réduction des ISS en fonction du mode d'exercice

LISTE DES ABREVIATIONS

ACS : Aide à la complémentaire santé

CDSS : Commission des déterminants sociaux de la santé

CMG : Collège de médecine générale

CMU : Couverture maladie universelle

CMU-C : Couverture maladie universelle complémentaire

CNGE : Collège national des généralistes enseignants

CSS : Complémentaire santé solidaire

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

DSS : Déterminants sociaux de la santé

EDI : Indice écologique de défavorisation

HAS : Haute Autorité de santé

HCSP : Haut conseil de la santé publique

HPST : Hôpital patient santé territoires (loi)

IGAS : Inspection générale des affaires sociales

INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

INSERM : Institut national de santé et de recherche médicale

IRDES : Institut de recherche et documentation en économie de la santé

ISS : Inégalités sociales de santé

MG : Médecin généraliste

MSP : Maison de santé pluridisciplinaire

OMS : Organisation mondiale de la santé

SFMG : Société française de médecine générale

INTRODUCTION

Dès 1946, L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) avait défini dans sa constitution la santé comme telle : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie » (1). Le rôle de l'environnement social est ainsi depuis longtemps inscrit dans la définition de ce qu'est la santé.

En France, si l'espérance de vie figure parmi les plus élevées au monde, il existe de grandes disparités de l'état de santé et de la mortalité à travers la population. Ces différences sont socialement déterminées et appelées inégalités sociales de santé (ISS). (2) (3)

Il s'agit des « différences d'état de santé observées entre les groupes sociaux et leur place dans la hiérarchie sociale, estimée par l'échelle des professions, des revenus ou du niveau d'études » (4). Au-delà du caractère évident de l'impact sur la santé de situations de précarité et d'exclusion, il s'agit d'un gradient, qui affecte la santé de l'ensemble de la population.

Les ISS sont ainsi la traduction des déterminants sociaux de la santé (DSS), définis par la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS en 2008 comme les « circonstances dans lesquelles les individus grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi [que les] systèmes de soins qui leur sont offerts » (5).

En France, malgré un système de santé d'apparence égalitaire et performant, considéré par l'OMS comme l'un des meilleurs au monde, les inégalités sociales de santé et de mortalité sont les plus importantes des pays d'Europe occidentale (6). Elles se traduisent par des écarts de morbidité et de mortalité majeurs. Ainsi, l'espérance de vie à 35 ans des hommes diplômés de l'enseignement supérieur est supérieure de 7,5 ans à celle des hommes non diplômés (7).

Ces inégalités ont tendance à se majorer : d'après le rapport du Haut conseil de la santé publique (HSCP) de 2016, la crise économique qui dure depuis 2008 a eu des conséquences plus importantes sur la santé des personnes les plus précaires, avec un creusement des inégalités sociales de santé (8).

Pour répondre à cela, la Stratégie nationale de santé 2018-2022 place la réduction des inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé au cœur de ses objectifs (9).

La place des soins primaires dans la réduction des inégalités sociales de santé a été affirmée (10) : en tant qu'interface majeure entre la population et le système de soins, les professionnels

de soins primaires sont en effet les premiers témoins des inégalités sociales en matière de santé. De par leur contact répété et leur proximité avec la population, ils ont un réel pouvoir en termes de santé publique.

Dans cette perspective, le Collège de médecine générale (CMG) a publié en 2014 des recommandations pour la pratique qui s'inscrivaient dans la lutte contre les ISS (11). Il est recommandé par le CMG d'enregistrer la situation sociale pour chaque patient suivi en médecine générale, afin de pouvoir adapter sa pratique.

Cependant, plusieurs études qualitatives ont mis en évidence non seulement la difficulté pour les médecins généralistes de recueillir ces données de manière systématique, mais également leurs difficultés à apporter une aide à leurs patients dans les situations dites de « problème social » (13). Si les médecins généralistes s'estiment concernés et pensent avoir un rôle à jouer, il en ressort également qu'ils sont peu formés, manquent de temps et de rémunération pour ces activités en dehors du soin immédiat, et n'ont pas les connaissances pratiques nécessaires à une action de réduction des inégalités sociales de santé qui serait inscrite dans leur pratique quotidienne (14) (15).

Nous nous sommes posé cette question : comment les médecins généralistes de Toulouse intègrent-ils la question des déterminants sociaux de la santé et des inégalités sociales de santé dans leur pratique quotidienne ?

L'objectif principal de ce travail était de décrire le recueil de la situation sociale des patients en pratique courante par les médecins généralistes toulousains, tel que recommandé par le CMG. Les objectifs secondaires étaient de décrire les connaissances et opinions des médecins sur les DSS et ISS, ainsi que l'application de pratiques visant à réduire les ISS dans le cadre des soins primaires ; relier les réponses concernant le recueil des données sociales et les pratiques aux caractéristiques des médecins, de leur mode d'exercice ainsi qu'au contexte socio-économique de leur exercice.

Dans cette optique, nous avons mené une étude descriptive, quantitative, par questionnaires adressés aux médecins généralistes de Toulouse.

PREMIERE PARTIE : CONTEXTE

I. DES DETERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTE AUX INEGALITES SOCIALES DE SANTE

A. Histoire et définitions des inégalités sociales de santé

1. Historique : théorisation de l'impact du social sur la santé et relativisation de la place du système de soins.

a. Du biomédical au bio-psycho-social

Les progrès médicaux et chirurgicaux du dernier siècle ont permis de fragmenter le corps pour analyser toutes ses composantes, de l'anatomie à la biologie moléculaire. Des avancées majeures dans le traitement curatif d'un grand nombre de pathologies ont pu avoir lieu et ont été largement médiatisées. Il en résulte une vision encore largement répandue de la maladie comme étant un dysfonctionnement d'une ou plusieurs composantes du corps humain, organe ou fonction physiologique, que la technologie et l'avancée de la médecine sauront tôt ou tard guérir.

Dès 1977 toutefois, Engel proposait le modèle « bio-psycho-social », en réponse au modèle biomédical (16). Il fallait selon lui « *approcher les aspects personnels, interpersonnels et sociaux de la vie avec la même rigueur et la même acuité critique que celles que l'on applique aux phénomènes biologiques. L'attention à la dimension bio-psycho-sociale devrait faire partie intégrante du raisonnement clinique et, plus largement, du mode de pensée de la médecine.* »

Ce « zoom arrière » a permis de mettre en lumière l'impact de l'environnement sur l'individu et sur la santé.

b. Du modèle bio-psycho-social aux inégalités sociales de santé

En France, L-R Villermé apparaît comme un pionnier de l'épidémiologie sociale : il est en effet le premier en 1830 à s'intéresser et à démontrer la mortalité différentielle, selon l'arrondissement, à Paris (17).

A plus large échelle et plus récemment, les inégalités sociales de mortalité en France sont connues depuis une cinquantaine d'années, par la mise en place en 1954 par l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) d'une enquête longitudinale sur la mortalité différentielle selon la catégorie socio-professionnelle, sur les années 1955 à 1960 (18).

En 1971, Julian Tudor Hart publie dans *The Lancet* un article fondateur pour l'étude des ISS qui exprimait déjà la place en réalité modeste qu'occupe le système de soins dans la morbidité et la mortalité : « *les services médicaux ne sont pas les principaux déterminants de la mortalité ni de la morbidité ; ceux-ci dépendent principalement des standards de nutrition, de logement, d'environnement de travail et d'éducation, et de la présence ou absence de guerre* » (19).

Ivan Illich, en 1975, relativisera également la part du progrès médical dans l'allongement de l'espérance de vie, l'attribuant plus à l'amélioration des conditions de vie et d'hygiène qu'aux thérapeutiques médicales (20).

En Grande-Bretagne, le rapport Black, publié en 1982, a été une étape fondamentale dans l'émergence du concept des inégalités sociales de santé en tant que continuum, ainsi que l'impact, en retour, de l'état de santé sur la position sociale (21). Une des conclusions majeures et fondatrices pour la recherche sur les ISS a été le fait que « *la pauvreté ne suffit pas à expliquer les inégalités sociales de santé, puisque celles-ci ne s'interrompent pas au-delà d'un certain niveau de revenu* » (22).

Puis en 1986, l'OMS, à travers la Charte d'Ottawa, a affirmé l'influence de l'environnement sur la santé et introduit ainsi la notion des inégalités sociales de santé sur la scène politique mondiale : « *Les facteurs économiques, politiques, sociaux, culturels, environnementaux, comportementaux et biologiques peuvent tous intervenir en faveur ou au détriment de la santé. Les conditions et ressources préalables sont, en matière de santé : la paix, un abri, de la nourriture et un revenu. (...) La promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire et exige l'action concertée de tous les intervenants : les gouvernements, le secteur de la santé et les domaines sociaux et économiques, les organismes bénévoles, les autorités régionales et locales, l'industrie et les médias* » (23).

En France, le sujet connaît un intérêt croissant depuis le début des années 2000, avec l'introduction dans la législation de la notion d'inégalités sociales de santé depuis la Loi de Santé Publique de 2004 (24).

Ainsi, le concept des ISS est connu depuis de nombreuses années, mais il a pris un sens nouveau à la lumière des crises économiques récentes, dont les effets sur la santé ont été socialement différenciés au détriment des plus défavorisés, comme le démontre le rapport du HCSP de 2016 (25).

Depuis une quinzaine d'années et comme nous le verrons plus loin, le terme est désormais présent dans des lois et recommandations concernant le système de soins.

2. Définitions actuelles retenues dans ce travail :

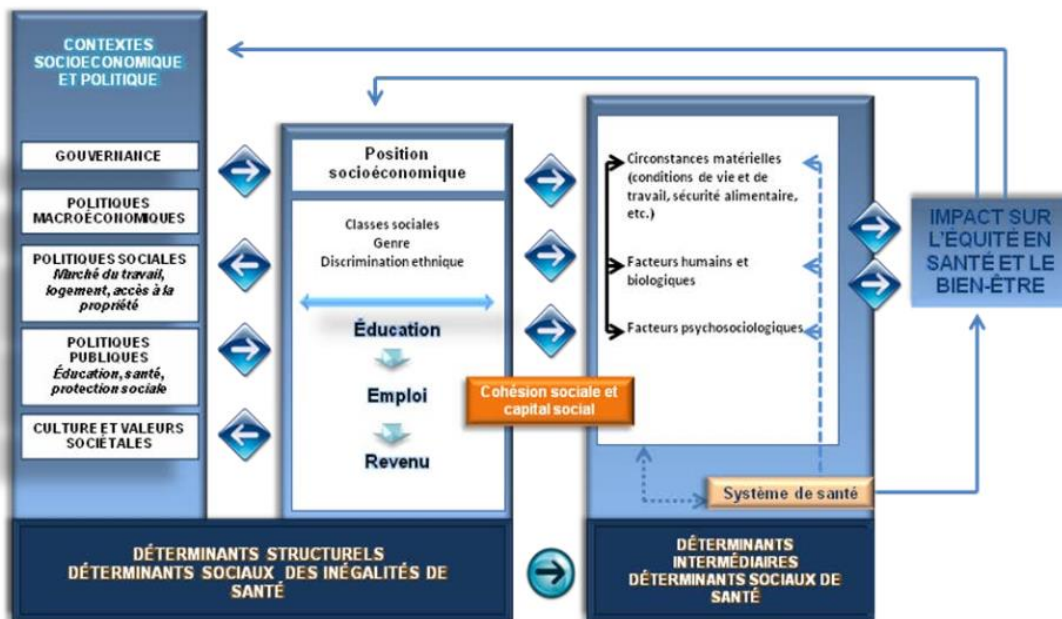
a. Déterminants sociaux de la santé

Les déterminants sociaux de la santé ont été définis par la Commission des déterminants sociaux de la santé (CDSS) de l'OMS en 2008.

Ils sont les « *circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie.* »

Il s'agit ainsi de « *circonstances qui reflètent des choix politiques, dépendent de la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources à tous les niveaux, mondial, national et local* » (26).

Ce continuum de l'impact du social sur le biologique est représenté par ce schéma :



Source : Solar O., Irwin A., 2011, A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health, Social Determinants of Health, Discussion Paper 2 (Policy and practice).

Schéma 1 : Structure conceptuelle de la CDSS

Source : [https://drees.solidarites-](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ouvrage_actes_seminaire_iss_pour_bat_cabinet_-_web.pdf)

[sante.gouv.fr/IMG/pdf/ouvrage_actes_seminaire_iss_pour_bat_cabinet_-_web.pdf](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ouvrage_actes_seminaire_iss_pour_bat_cabinet_-_web.pdf)

Ce schéma montre que le système de soins de santé n'est que le récipiendaire des déterminants sociaux de la santé, intervenant tout à fait en aval des causes de santé ou de maladie d'une population donnée ; mais il illustre également la capacité qu'il peut avoir, tel un rétrocontrôle positif, d'améliorer la santé et par là avoir un impact sur la position sociale des individus.

b. Inégalités sociales de santé

- **Définition générale :**

D'après Santé Publique France, « *Les inégalités sociales de santé correspondent aux différences d'état de santé observées entre des groupes sociaux. Elles font référence aux différences observées dans la relation entre l'état de santé d'un individu et sa position sociale.* »

(27).

Selon un rapport de l'Institut général des affaires sociales (IGAS) de 2011, les ISS « renvoie[nt] au constat que les différences de santé au sein d'une population ne sont pas le produit du hasard ou de la seule biologie. Elles s'expliquent aussi par la catégorie socioprofessionnelle à laquelle appartiennent les individus » (22).

- **Les ISS sont la résultante corporelle des inégalités sociales et forment un gradient :**

Le rapport de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) publié en 2010 apporte une notion supplémentaire, celle de la stratification de l'état de santé et donc l'établissement d'un gradient selon la position sociale.

Cela signifie que chaque « catégorie sociale présente un niveau de mortalité et de morbidité plus faible que le groupe social inférieur ». Le gradient social est défini comme étant une « observation robuste d'une correspondance entre la position sociale des individus et leur état de santé. Un gradient social de santé est observable lorsque la fréquence d'un problème de santé ou d'une exposition à un facteur de risque augmente régulièrement à partir des catégories les plus favorisées vers les catégories les plus défavorisées » (28).

Ainsi, les ISS « reproduisent, dans le domaine sanitaire, les inégalités existantes entre les groupes sociaux ».

- **Les ISS sont injustes et évitables**

Les inégalités sociales de santé sont donc la traduction en santé des inégalités sociales qui traversent la population.

D'après Santé Publique France, « contrairement aux inégalités de santé liées à des facteurs génétiques (sexe, facteurs héréditaires) ou physiologiques (âge), la notion d'ISS appelle à aller au-delà d'une approche purement étiologique en faisant intervenir les notions d'éthique et de justice sociale. »

Cette notion de justice sociale est précisée dans le rapport de l'OMS « combler le fossé en une génération » de 2008 :

« Les différences systématiques d'état de santé qui pourraient être évitées par des mesures judicieuses sont tout bonnement injustes » (29).

c. ISS versus précarité/pauvreté

Ce paragraphe a pour but de définir ce dont on ne parle pas lorsque l'on parle d'inégalités sociales de santé. En effet, les ISS sont souvent ignorées ou méconnues du grand public et des professionnels de santé, au profit de notions de pauvreté et de précarité, qui focalisent sur la « *partie émergée de l'iceberg* », comme le rappellent le CMG et l'INPES (30).

Nous allons définir ici ces termes afin de les différencier de notre sujet d'étude :

- **La précarité** a été définie par Wrezinski en 1987 comme « *un état d'instabilité sociale caractérisé par l'absence d'une ou plusieurs sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux* » (31).
- **La pauvreté** : selon le Conseil européen de décembre 1984, sont considérées comme pauvres « *les personnes dont les ressources (matérielles, culturelles et sociales) sont si faibles qu'elles sont exclues des modes de vie minimaux acceptables dans la société* » (32).

Sans discuter l'importance de l'aller-vers et des mesures prises pour les personnes en situation de précarité ou de pauvreté, se focaliser sur les populations les plus précaires occulte les injustices sociales qui touchent la santé et traversent l'ensemble de la population.

Cela donne une idée fautive d'une division de la population en 2 parties : une majorité de la population qui bénéficierait *grosso modo* des mêmes conditions de vie et d'un accès aux soins similaire d'une part ; une minorité de personnes exclues, en grande précarité d'autre part. Cela donne également l'impression que les conditions socio-économiques n'impacteraient la santé que pour les personnes les plus démunies, ce qui n'est pas le cas.

Ces définitions nous permettent de différencier précarité, pauvreté et la notion d'inégalités sociales de santé.

Ceci est précisé dans l'ouvrage publié par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) : « *[Les inégalités sociales de santé] ne sont pas synonymes de précarité, de pauvreté ou d'exclusion sociale. Elles existent au sein de la société selon un gradient social : la plupart des indicateurs de santé (espérance de vie, espérance de vie en bonne santé, santé perçue, adoption de comportements favorables à la santé, utilisation du système de santé...) se dégradent en allant des catégories sociales les plus favorisées aux plus défavorisées.* » (33).

Ces dernières traversent et donc concernent l'ensemble de la population.

Tout médecin généraliste est de fait confronté à cette réalité ; ce n'est donc pas réservé aux seuls médecins « spécialisés » dans la précarité, militants, ou exerçant en milieu « difficile ».

B. Outils de recueil des DSS et mesure des ISS

Le but de ces outils de mesure est d'objectiver les DSS et ISS pour pouvoir ensuite les prendre en charge.

1. En santé publique

Dans les Centres d'Examens de Santé de l'Assurance Maladie, un score de repérage de la précarité a été construit en 1998 : le score Evaluation de la précarité et des inégalités de santé dans les centres d'examens de santé (EPICES). Il s'agit d'un questionnaire de 11 questions, qui résumant à 90% la précarité pour un individu donné. Chaque question possède une pondération propre dans la construction du score, qui va de 0 (absence de précarité) à 100 (précarité maximale). Le seuil de 30 est considéré comme le seuil de précarité (34).

La longueur de réalisation de ce score et la notion même de « score », semblant cibler la précarité dans une logique de dépistage, rend l'utilisation de ce score plus pertinente dans une perspective de santé publique que dans les soins ambulatoires.

H. Falcoff dans un rapport de l'INPES de 2010 confirmait ainsi l'importance mais aussi la difficulté d'élaborer des recommandations pour la mesure et l'enregistrement de la position sociale des patients en pratique routinière de médecine générale (15).

2. En médecine générale : recommandations du CMG de 2014

En 2014, le Collège de médecine générale a, avec un groupe de travail constitué d'experts, publié des recommandations pour la pratique clinique, invitant les médecins généralistes à recueillir la situation sociale pour chaque patient (11).

Il s'agit d'une liste d'indicateurs ou déterminants sociaux de la santé.

Il y a 7 informations essentielles à recueillir (dites du « groupe A »), de façon systématique et dès la première consultation : la date de naissance, le sexe, l'adresse, le statut par rapport à l'emploi, la profession éventuelle, l'assurance maladie et les capacités de compréhension du langage écrit du patient.

S'ajoutent à cela 9 informations utiles (dites du « groupe B »), à recueillir au fur et à mesure : le fait d'être en couple, le nombre d'enfants à charge, le fait de vivre seul, le pays de naissance, le niveau d'études, la catégorie socioprofessionnelle INSEE, le fait de bénéficier de minima sociaux, les conditions de logement, et la situation financière perçue.

Ces recommandations de recueil des DSS donnaient également lieu à des recommandations d'adaptation de la pratique pour ne pas aggraver les ISS, que nous verrons plus tard.

C. Formation des inégalités sociales de santé

1. Les déterminants sociaux de la santé : l'impact des inégalités sociales sur la santé

Comme nous l'avons vu, les ISS sont caractérisées par un état de santé socialement différencié.

Les inégalités sociales produisent donc des inégalités de santé, et ce à travers plusieurs dimensions, elles-mêmes socialement différenciées.

On pourrait parler de « facteurs de risques sociaux » qui impactent la santé des individus de manière inégale selon les catégories sociales. Florence Jusot dans le chapitre « Les interventions de réduction des ISS en Europe » de l'ouvrage collectif Réduire les inégalités sociales de santé, parle de « *facteurs de risques médiateurs de l'effet de la situation sociale sur la santé* » (35).

a. Comportements à risque et facteurs de risque socialement différenciés

• Comportements et facteurs de risques

Les comportements de santé (c'est-à-dire, des comportements ou habitudes de vie des personnes qui sont connues pour avoir un impact – négatif ou positif- sur la santé) ne sont pas les mêmes selon la catégorie sociale, ils « *ne relèvent pas seulement de la responsabilité individuelle mais dépendent aussi de la catégorie sociale* » (33).

Les deux exemples les plus parlant sont le tabagisme quotidien ainsi que l'obésité, qui sont très socialement différenciés.

Ainsi, le tabagisme quotidien est de 18,9 % chez les cadres vs 37,8 % chez les ouvriers (rapport IGAS 2011) (36). Et ce différentiel a tendance à s'accroître. D'après le Baromètre Santé de 2014, le différentiel de prévalence du tabagisme entre ceux qui n'ont pas de diplômes et ceux avec un niveau d'étude plus élevé (supérieur au baccalauréat) a été multiplié par plus de 3 entre 2000 et 2014. Toutefois, le dernier Baromètre Santé disponible, celui de 2017, enregistrait pour la première fois une diminution du tabagisme chez les populations les plus défavorisées.

Il en est de même pour la prévalence de l'obésité : d'après le rapport de l'Enquête santé européenne- Enquête santé et protection sociale 2014, publiée en 2017 par l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) sur l'état de santé de la population française, à « *âge et sexe comparable, la fréquence de l'obésité chez [les agriculteurs] est plus proche de celle des ménages employés, ouvriers ou artisans, commerçants ou chefs d'entreprise, avec un indice 1,2 à 1,3 fois supérieur à celui de l'ensemble de la population. Les cadres sont les moins concernés, avec un indice de 0,6 fois celui de l'ensemble de la population ainsi que, dans une moindre mesure, les professions intermédiaires (0,8 fois)* » (37).

Le statut vis-à-vis de l'emploi a également un impact : le fait d'être au chômage par exemple est un facteur de risque social pour la consommation d'alcool à risque ou l'usage régulier de cannabis (38).

De plus, des comportements de santé tels que l'alimentation et l'activité physique sont également largement socialement déterminés (39).

Enfin, à ces facteurs de risques socialement différenciés individuellement s'ajoute la notion que l'accumulation de comportements à risque pourrait également être socialement différenciée (40).

Ainsi, « *des comportements individuels d'exposition à certains risques et les pathologies qui en découlent s'inscrivent dans un parcours de vie socialement déterminé* » (11).

- **Des facteurs de risques socialement différenciés, qui existent dès l'enfance et se construisent parfois même avant la naissance**

Au-delà de facteurs de risques existant à l'âge adulte, l'état de santé se construit différemment selon la catégorie sociale des individus... dès l'enfance et avant la naissance.

Prématurité, caries, surcharge pondérale sont autant d'indicateurs d'une santé socialement différenciée qui s'installe dès la vie in utero, pour se poursuivre dans l'enfance.

Ainsi, le rapport de l'IGAS de 2011 sur les inégalités sociales de santé dans l'enfance met en évidence des différences marquées socialement lorsqu'on considère la prématurité ainsi que la surcharge pondérale : « *Le taux de prématurité est près de deux fois plus élevé chez les salariées de services aux particuliers que chez les cadres (6,4 % contre 3,9 %). En grande section de maternelle, plus d'un enfant d'ouvrier sur sept (13,9 %) est en surcharge pondérale, contre 8,6 % de ceux dont le père est cadre* » (36).

Un rapport de la DREES montre un autre exemple frappant qui est celui des caries, dont la prévalence varie fortement selon la catégorie sociale des parents, et « *dès 5-6 ans, 31 % des enfants d'ouvriers ont au moins une dent cariée contre 8 % des enfants de cadres* » (41).

b. Conditions matérielles de vie et de travail

- **L'exposition professionnelle différenciée à des facteurs de risques selon la catégorie socio-professionnelle a également une influence dans la construction des ISS**

L'exposition à des facteurs de risque (produits toxiques ou cancérogènes, niveaux sonores dangereux) ainsi qu'au stress et à l'insécurité ressentie vis-à-vis de l'emploi sont aussi différents selon les catégories socio-professionnelles.

A titre d'exemples, le fait d'être exposé à au moins trois produits chimiques concerne 2,7 % des cadres et professions intellectuelles supérieures contre 31,8 % des ouvriers ; un niveau d'exposition sonore supérieur à 85 dB est de 5,5 % chez les cadres supérieurs contre 46,8 % chez les ouvriers (41). Les risques d'accident du travail (y compris d'accidents mortels) et / ou de maladie professionnelle sont également bien plus fréquent chez les ouvriers et employés que chez les cadres supérieurs (41).

- **Conditions de logement**

De même, les conditions de logement (mal-logement, absence de domicile fixe, etc.) ainsi que les conditions de vie insalubres ont une influence sur la santé.

Ainsi, les personnes sans domicile fixe se déclarent moins fréquemment en bonne santé que la population générale : à peine la moitié d'entre elles se déclaraient en bonne ou très bonne santé (contre 69 % de la population générale) selon une enquête de la DREES de 2015 (42).

c. Un « élément de vulnérabilité supplémentaire » non expliqué

Une fois ajusté sur les principaux facteurs de risques connus (tabac, alcool, activité physique etc.), il persiste des différences, non expliquées, selon la catégorie sociale.

« Les facteurs de risque classiques n'expliquent qu'environ la moitié des différences sociales de mortalité : les différences constatées entre les taux de mortalité des différents groupes sociaux persistent à niveau égal d'âge, de consommation de tabac, de pression artérielle, de cholestérolémie, d'indice de masse corporelle, de signes électrocardiographiques d'ischémie ou d'angor » (43).

Il s'agit d'un « élément de vulnérabilité supplémentaire » qu'on ne peut expliquer rationnellement par des facteurs de risques bien connus et étudiés. Certains auteurs suggèrent que le stress lié à des conditions de vie difficiles ou événements de vie adverses pourrait en

partie expliquer ces différences de morbi-mortalité (44). Le rôle de l'inflammation chronique est également évoqué comme médiateur entre la situation sociale et l'état de santé (45).

2. Conséquences des déterminants sociaux de la santé : les inégalités sociales de santé

a. Des prévalences de nombreuses pathologies socialement différenciées, de la naissance à la vieillesse

En résultante des DSS, il existe pour un certain nombre de pathologies des différenciations socialement marquées, et ce dès la naissance, qui persistent jusqu'à un âge avancé.

Cela est vrai et particulièrement mis en évidence pour :

- L'indice de masse corporelle et l'environnement social chez les enfants : la proportion d'enfants en situation d'obésité s'élève à 5,8 % pour les ouvriers contre 1,3 % pour les cadres en grande section de maternelle et 5,5 % contre 1,4 % en CM2 (46).
- Des maladies métaboliques comme l'hypertension artérielle (HTA), le diabète, qui surviennent plus tôt chez les personnes ayant des facteurs de risques sociaux (47).
- La mortalité cardio vasculaire, qui est fortement liée à des déterminants socio-économiques et comportementaux (qui sont eux-mêmes, comme on l'a vu précédemment, socialement déterminés) (48) (49).
- La vitesse de marche chez les personnes âgées (50).

b. Plus de maladies chroniques et d'incapacités : multimorbidité et complexité

Non seulement un certain nombre de pathologies chroniques sont socialement différenciées, mais le cumul de celles-ci l'est aussi.

Ainsi, une étude parue dans le Lancet en 2012 (51) a examiné la distribution de la multimorbidité et de la comorbidité maladie physique-maladie mentale, en relation avec l'âge et la précarité. Cette étude transversale sur plus d'un million de patients montrait que 23.1 % des patients souffraient de multimorbidité (au moins 2 pathologies chroniques), et qu'elle apparaissait 10 à 15 ans plus tôt chez les personnes vivant dans les zones les plus défavorisées,

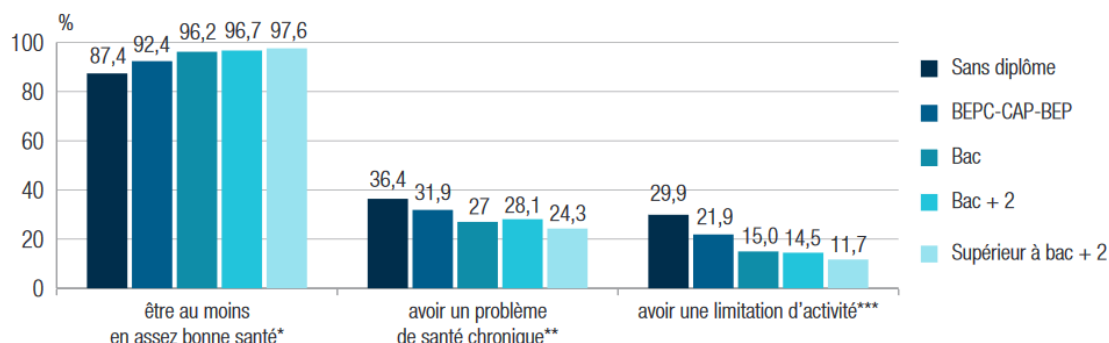
avec une association plus importante de la multimorbidité physique et mentale chez les personnes les plus précaires.

Ce constat est renforcé par une étude de cohorte rétrospective publiée par Anna Cassel et al., en 2018 (52), qui décrivait l'épidémiologie de la multimorbidité en Angleterre, et quantifiait l'association de la multimorbidité avec l'utilisation des services de santé. La prévalence de la multimorbidité était plus importante chez les femmes et chez les personnes ayant un faible statut socio-économique, et était fortement associée à une utilisation plus importante des services de santé.

Ainsi la multimorbidité est liée à des déterminants sociaux, et est associée à une importante utilisation des soins de santé.

c. Ecart global de morbi-mortalité, d'incapacité et d'espérance de vie

Il existe donc plus de risques, pour un individu donné, d'être porteur d'au moins une pathologie chronique, une limitation d'activité, pour les populations les moins diplômées vs. les populations les plus diplômées :



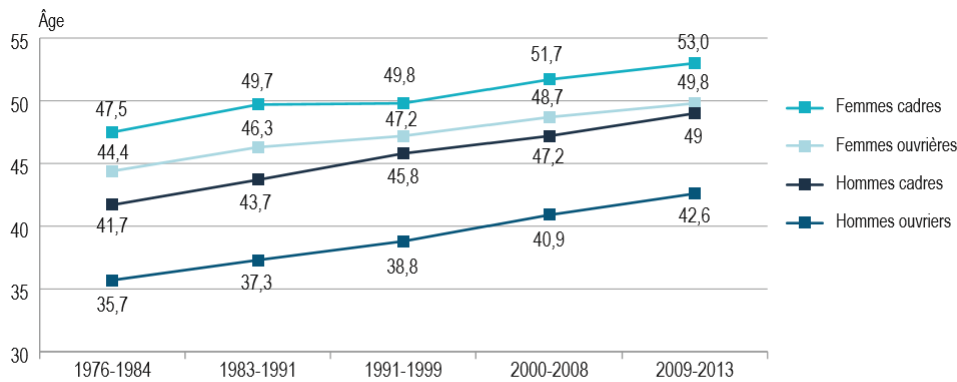
Champ • France métropolitaine, population active vivant en ménage ordinaire, âgée de 16 ans ou plus, standardisation sur l'âge.

Source • Enquête statistique sur les ressources et les conditions de vie SRCV-SILC (Eurostat).

Schéma 2 : Indicateurs relatifs à la perception de l'état de santé, au fait d'avoir au moins un problème de santé chronique et une limitation d'activité

Source : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese-2.pdf>

Les différences sociales dans l'exposition à des facteurs de risques et la prévalence des pathologies ont en définitive un impact sur l'espérance de vie. Le rapport de la DREES de 2017 sur l'état de santé de la population en France montre ainsi qu'il existe une différence d'espérance de vie à 35 ans majeure entre les cadres et les ouvriers, particulièrement marquée chez les hommes :



Lecture • En 2000-2008, l'espérance de vie des femmes cadres de 35 ans est de 51,7 ans.

Champ • France métropolitaine.

Source • Échantillon démographique permanent (INSEE).

Schéma 3 : Espérance de vie à 35 ans par sexe pour les cadres et les ouvriers

Source : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese-2.pdf>

Ainsi malgré une amélioration constante de l'espérance de vie moyenne, la France demeure le pays d'Europe de l'Ouest où les inégalités sociales de santé sont les plus importantes. (6)

Nous avons vu dans ce chapitre quelques définitions nous permettant d'appréhender ce que sont les déterminants sociaux de la santé et les inégalités sociales de santé. Celles-ci sont largement produites en dehors du système de soins. Que se passe-t-il lorsque ces inégalités, qui produisent des pathologies, entrent en contact avec le système de soins ?

Dans la partie qui suit nous nous intéresserons principalement à l'interaction entre ces ISS et le système de soins, et avec les soins primaires. En effet, les soins primaires représentent 90 à 95 % des contacts entre la population et le système de santé. Ils représentent donc un terrain d'études privilégié (53).

Après nous être intéressées à l'interdépendance entre le social et la santé, nous allons maintenant voir pourquoi et comment la médecine générale, si elle veut être efficace et avoir un impact positif sur la santé des individus, doit s'intéresser au contexte social dans lequel les personnes évoluent.

II. SOINS PRIMAIRES ET INEGALITES SOCIALES DE SANTE

A. Etat des lieux de l'offre de soins primaires et de la protection sociale en France face à l'objectif de réduction des ISS

1. Définitions des soins primaires et de leurs rôles : une médecine de l'individu dans son environnement social

A Alma-Ata en 1978, l'OMS a défini les soins primaires comme « *des soins de santé essentiels universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté par des moyens qui leur sont acceptables, avec leur pleine participation et à un coût abordable pour la communauté du pays* » (54).

En 2002, la World organization of family doctors (WONCA) précise les caractéristiques de la médecine générale-médecine de famille, notamment qu'« *elle répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle* » (55).

La prise en charge globale du patient au sein de son environnement est également une notion présente dans le référentiel des compétences du médecin généraliste selon le Collège National des Généralistes Enseignants : il s'agit de la compétence « *Approche globale, Complexité* » (56) :

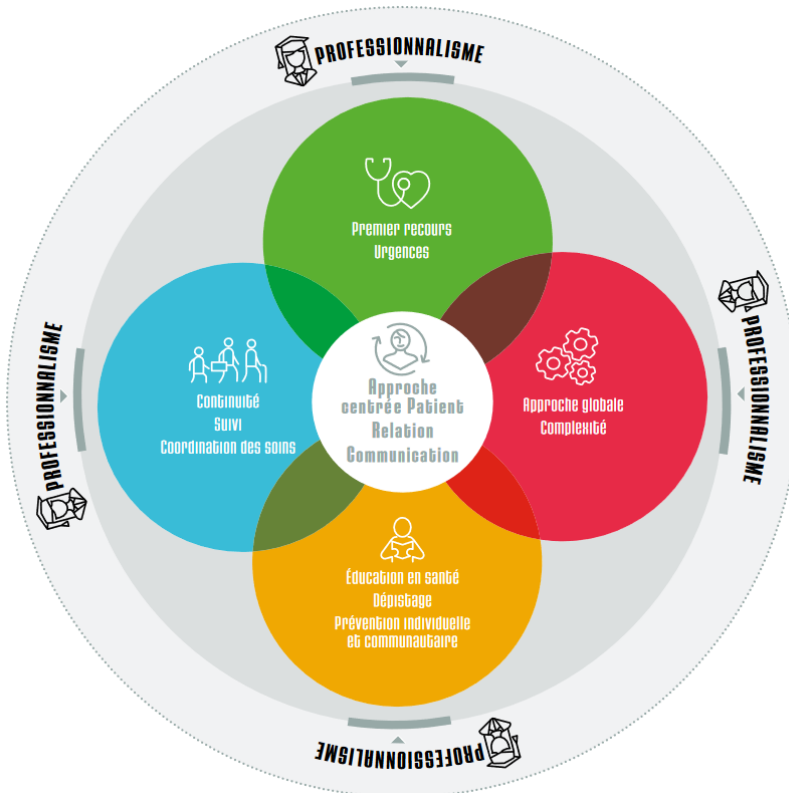


Schéma 4 : marguerite des compétences du médecin généraliste

Source : https://www.cnge.fr/media/docs/cnge_site/cnge/Marguerite_MEDECINE_GENERALE_1909.pdf

La déclaration d'Astana de l'OMS de 2018 précise : « *Nous sommes convaincus que le renforcement des soins de santé primaires est l'approche la plus complète, efficace et économiquement rationnelle pour améliorer la santé physique et mentale des populations, ainsi que leur bien-être social, et que les soins de santé primaires sont la pierre angulaire d'un système de santé durable* » (57).

Ainsi la responsabilité en termes de santé publique de la médecine générale et son approche globale, centrée sur la santé des personnes dans leur dimension socio-environnementale, sont au cœur de la définition de la médecine générale exercée au sein des soins primaires.

La loi Hôpital patients santé et territoires (HPST) de 2018 vient appuyer cette définition des rôles du médecin généraliste et parle plus généralement des « soins de premier recours » :

« *Les soins de premier recours [...] comprennent :*

- *La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ;*
- *la dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ;*

- *l'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ;*
- *l'éducation pour la santé.*
- *L'offre de premier recours est assurée par les professionnels de santé en collaboration ou en coopération avec les établissements et les services de santé, sociaux et médico-sociaux »* (58).

Cette définition plus récente fait apparaître que les soins primaires sont les soins de 1^{ère} ligne, le premier contact de la population avec le système de santé ; ils ont pour rôle de répondre à une majorité de besoins de santé et d'orienter les patients dans le système de soins, de façon régulée : c'est le rôle de « porte d'entrée » ou « *gatekeeper* » des pays anglo-saxons.

Le terme « social » et la notion de collaboration avec des acteurs sociaux apparaît également dans cette définition récente.

Ainsi la médecine générale exercée au sein des soins primaires est une médecine globale, amenée à traiter des patients dans leur globalité, à les envisager sans les dissocier de leur environnement familial, communautaire et social.

2. Offre de soins primaires et protection sociale en France

a. Offre de soins primaires :

Les soins primaires sont organisés selon une organisation « bismarckienne » qui n'intègre pas l'objectif de promotion de la santé dans l'organisation des soins primaires, contrairement à la Suède ou le Royaume Uni (59).

La médecine générale s'organise principalement autour des cabinets libéraux de médecine générale : d'après la DREES, au 1^{er} janvier 2015 il y avait 102 485 médecins généralistes répertoriés en France. Parmi eux, 62 211 libéraux exclusifs, 6 799 mixtes, 17 945 salariés hospitaliers, et 15 530 autres salariés (60).

b. Dispositifs d'accès financier aux soins :

De nombreux dispositifs existent dans le but d'assurer à tous un accès financier aux soins.

Depuis 2000 et la création de la Couverture maladie universelle, le but est que chaque personne ayant des droits à l'Assurance maladie puisse bénéficier d'une prise en charge quels que soient ses revenus. La loi n° 99-641 du 28 juillet 1999, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2000 instituait une couverture maladie universelle (CMU), permettant une protection de base sur le seul critère de résidence et une protection complémentaire, pour les revenus les plus modestes.

A l'heure actuelle, plusieurs dispositifs existent pour permettre l'accès financier à une majorité de soins :

- La Protection universelle maladie (PUMA) entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2016, remplaçant la CMU-base. Les conditions d'accès sont le fait de résider en France de manière régulière (nationalité française, titre de séjour ou démarche de régularisation en cours) et stable (depuis plus de 3 mois).
- La Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et Aide à la complémentaire santé (ACS) devenues la Complémentaire santé solidaire (CSS) au 1^{er} novembre 2019. Les conditions d'accès sont les mêmes que pour la PUMA. Les plafonds de revenus mensuels étaient, au 1^{er} avril 2020, 753 euros pour une personne seule pour la CSS sans participation, et 1 016 euros pour la CSS avec participation financière (61).
- L'Aide médicale d'état (AME) pour les personnes en situation irrégulière, séjournant en France depuis plus de 3 mois.
- Les Affections de longue durée (ALD) pour les pathologies chroniques, permettant la prise en charge à 100 % par l'Assurance Maladie obligatoire de tous les soins liés à la pathologie chronique.

On peut citer également les structures permettant un accès gratuit à des soins préventifs ou curatifs (liste non exhaustive) :

- Des structures de soins gratuites comme les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) permettant un accès à des consultations de médecine générale, des examens et des traitements pour les personnes sans protection maladie ; ou encore les consultations médicales des Centre communal d'action sociale (CCAS).
- Des structures gratuites pour des activités de prévention (Centre de dépistage anonyme et gratuit, Centre départemental de planification familiale, centres de

vaccination hospitaliers ou municipaux, etc), ainsi que les bilans de santé gratuits proposés dans les Centres d'examens de santé (CES) de la Caisse primaire d'assurance maladie.

- Centre de lutte anti tuberculeux (CLAT), Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA).
- Structures des ONG : le Centre d'accueil de soins et d'orientation (CASO) de Médecin du Monde notamment, ou encore l'Accueil santé social-hygiène de la Croix-Rouge.

3. Les ISS à Toulouse

La ville de Toulouse est, en population, la 4^è ville de France. Les inégalités sociales y sont marquées, comme dans un grand nombre de métropoles françaises.

Ces inégalités sociales peuvent s'appréhender à travers la répartition de l'EDI (European Deprivation Index) selon les quartiers à Toulouse :

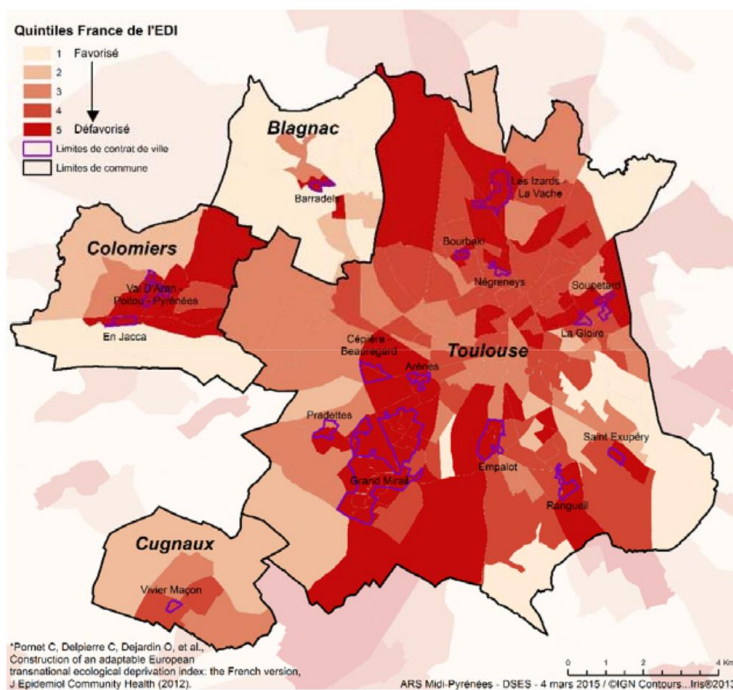


Schéma 5 : Répartition des quintiles EDI à Toulouse
 Source : <https://www.orsmip.org/tlc/TOULOUSEMetropole.pdf>

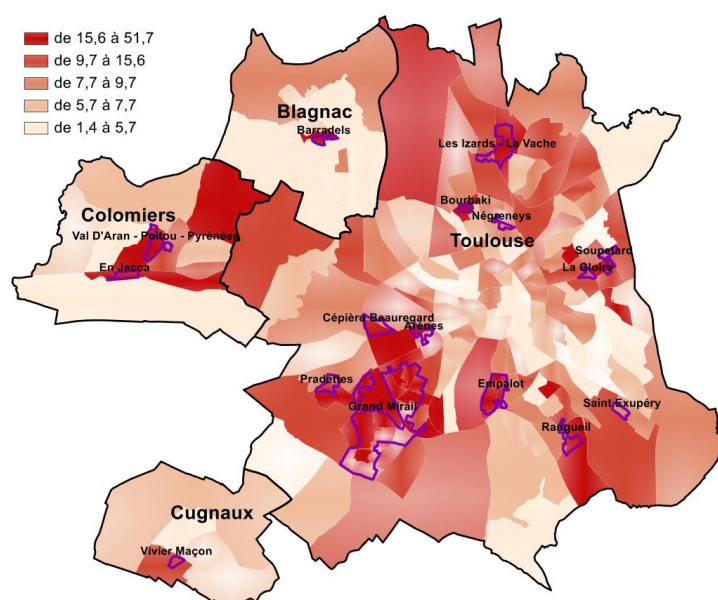
L'EDI est un indice « basé sur une enquête reflétant l'expérience individuelle de défavorisation et la sélection de variables écologiques du recensement qui sont les plus associées à l'indicateur individuel de défavorisation. Il est calculé en tenant compte des variables suivantes : surpeuplement, non accès au chauffage central ou électrique, non propriétaire, chômage, nationalité étrangère, pas d'accès à une voiture, ouvrier non qualifié, ouvrier agricole, ménage d'au moins 6 personnes, faible niveau d'études, famille monoparentale » (62).

Pour chaque unité géographique appelée IRIS (Ilot Regroupé pour l'Information Statistique), un indice d'EDI est attribué selon cette formule :

« Score = 0.11 x "Surpeuplement"+ 0.34 x "Pas d'accès au chauffage central ou électrique"+ 0.55 x "Non propriétaires"+ 0.47 x "Chômage"+ 0.23 x "Nationalité étrangère" + 0.52 x "Pas d'accès à une voiture"+ 0.37 x "Ouvriers non qualifiés-ouvriers agricoles"+ 0.45 x "Ménages avec au moins 6 personnes"+ 0.19 x "Faible niveau d'étude"+ 0.41 x "Familles monoparentales" ».

Les indices sont ensuite répartis en quintiles d'EDI pour chaque IRIS. Cet EDI permet d'appréhender les inégalités sociales sur un plan géographique précis. Dans notre étude, nous nous attacherons à relier les pratiques des médecins généralistes à l'EDI du lieu d'exercice.

Une autre façon d'aborder les inégalités sociales de santé à Toulouse est à travers l'inégale répartition des bénéficiaires CMU-C :



* % sur les bénéficiaires CNAMTS de la CMUc sur la population couverte
Répartition par quintile sur l'ensemble des IRIS des 4 communes
Source : Insee RP2010 – Exploitation ORSMIP

Schéma 6 : Répartition des pourcentages de bénéficiaires de la CMU-C à Toulouse
Source : <https://www.orsmip.org/tlc/TOULOUSEMetropole.pdf>

Les inégalités sociales de santé sont donc bien présentes à Toulouse.

Il existe à Toulouse de nombreuses structures d'accès aux soins, qui sont soit hospitalières, municipales ou départementales. D'autres sont associatives (la Case de Santé), ou dépendent d'ONG, comme la Croix-Rouge ou Médecins du Monde. Nous les avons mentionnées dans le paragraphe précédent.

4. Limitations et problématiques actuelles : des réponses nécessaires mais fragmentées, qui ne parviennent pas à réduire les ISS

La question des ISS a été abordée depuis de nombreuses années dans d'autres pays européens tels les Pays Bas ou la Grande Bretagne, qui ont engagé des réformes majeures depuis 20-30 ans dans l'organisation de leur système de soins afin d'y répondre (59). En France, la question a émergé dans les textes officiels de façon plus récente, avec des lois et textes officiels qui en font mention depuis 2004 seulement.

La question de la réduction des ISS en France est abordée surtout à travers la question de l'accès aux soins, sur le plan financier et territorial. On assiste en conséquence à des réponses fragmentées et orientées vers les patients les plus précaires qui constituent la « partie émergée de l'iceberg » (11).

Bien que cruciaux et représentant des avancées majeures en termes d'accès aux soins pour les populations les plus précaires, ces dispositifs n'ont à ce jour pas permis de réduire les ISS.

B. Les soins primaires face aux inégalités sociales de santé

Les inégalités sociales de santé, nous l'avons vu, sont largement produites par des déterminants qui se situent bien en amont du système de soins.

Cependant, les soins primaires ont un impact non négligeable sur les ISS et peuvent, selon leur organisation et la pratique des professionnels de santé, contribuer à majorer ou réduire les ISS : « *Le potentiel de rattrapage de certaines inégalités de santé par des soins de qualité est*

généralement sous-estimé par les professionnels du soin. Il en résulte de nombreuses pertes de chances, notamment pour les patients en situation de précarité sociale. » (63)

1. « Faire partie du problème » : les inégalités sociales de soins, ou quand le système de santé aggrave les ISS

a. Inégalités d'accès et de recours aux soins

La première façon dont le système de soin peut majorer les ISS est par inégalités sociales d'accès aux soins.

Cela se fait premièrement par mauvaise répartition de l'offre de soins, qui ne répond pas aux besoins de santé d'une population donnée en termes de quantité de médecins généralistes (MG) disponibles, de délais, de temps de trajet, etc. Ces inégalités s'inscrivent dans la théorie de *l'inverse care law* : les zones les plus défavorisées sont aussi les plus sous-dotées, les délais d'obtention de rendez-vous sont plus longs, et le temps de consultation plus court (19) (64).

En conséquence, et ainsi que le résume un article paru en 2009 dans la revue *Exercer*, « *en France, les catégories les plus défavorisées consultent plus tardivement que les autres et, comme dans les 21 pays de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE), consomment moins de soins à égalité d'état de santé* » (65).

On assiste ainsi à un phénomène d'amplification des inégalités sociales de santé à travers l'accès aux soins : des populations statistiquement plus malades vivent en moyenne dans des zones où l'accès aux soins, notamment aux soins primaires, est plus difficile (66).

b. Inégalités de couverture maladie, non-recours aux dispositifs existants et renoncement aux soins

L'absence de complémentaire santé est un barrage majeur dans le recours aux soins, d'autant plus important chez les personnes ayant le moins de ressources financières. On pourrait donc s'attendre à un plus fort taux de couverture maladie « à 100% » chez les personnes les plus défavorisées, notamment en France, où des dispositifs comme la CMU-C et l'ACS (fusionnées

en la CSS) existent justement pour limiter le renoncement aux soins pour des raisons financières. Cependant, c'est plutôt l'inverse qui se produit.

Ainsi, selon l'enquête santé Européenne- Enquête santé et protection sociale (EHIS-ESPS) publiée par la DREES en 2018, le taux de personnes sans complémentaire santé en 2014 était de 5 % sur l'ensemble de la population, mais il est inversement lié au milieu social et aux revenus : parmi les personnes ayant les revenus les plus faibles, ce taux d'absence de complémentaire santé passe à 12 %, et ce malgré l'existence de dispositifs comme la Complémentaire Santé Solidaire (67).

Comment alors expliquer, dans un contexte où il existe ces dispositifs, l'absence de couverture maladie complémentaire à même de garantir un accès effectif aux soins et à limiter le renoncement aux soins pour des raisons financières ?

Il s'agit du phénomène de non-recours. Il est l'objet d'études réalisées notamment dans le cadre du Fonds CMU. Ce non recours est défini par l'Observatoire des non-recours aux droits et services comme suit :

« La question du non-recours renvoie à toute personne qui ne reçoit pas – quelle qu'en soit la raison – une prestation ou un service auquel elle pourrait prétendre. »

- Non recours à la CMU-C : le taux de non-recours en métropole était estimé entre 23 et 36 % en 2014 (68).
- Non recours à l'ACS : il concernait plus de la moitié des personnes potentiellement éligibles d'après le rapport du Fonds CMU de 2017 (69).

Parmi les raisons possibles du non-recours aux différentes aides, ce dernier rapport relève « *la complexité de l'environnement administratif* », qui « *accentue les craintes de personnes en situation de stabilité sociale précaire à engager des démarches complexes, coûteuses en charge mentale pour un bénéfice non assuré* ».

Ceci est appuyé par Yann Bourgueil, pour qui le non-recours à la CMU-C s'explique à travers 3 raisons principales : « une mauvaise connaissance des critères d'éligibilité », « la complexité des démarches », et « la peur d'une stigmatisation associée au bénéfice d'une aide sociale » (59).

En conséquence des inégalités de protection maladie et de non-recours aux dispositifs existants, se produit le phénomène de renoncement aux soins. D'après le baromètre du renoncement aux soins en Languedoc Roussillon de 2015 cité par le rapport du fonds CMU-C dans son enquête

sur le non-recours, « *l'absence de complémentaire santé est la variable qui différencie le plus les renonçants des non renonçants* » (68).

Ainsi les ISS sont entretenues à travers un taux de couverture maladie complémentaire socialement stratifié : des personnes dont le taux de morbidité est plus important ont alors un plus grand risque de renoncement aux soins notamment du fait d'une moindre couverture maladie.

c. Aggravation des ISS par les soignants : refus de soins, moindre qualité des soins et discriminations

Cette aggravation des ISS à travers le système de santé se produit à de multiples niveaux.

- Tout d'abord à travers le refus de soins :

Ainsi, les patients qui bénéficient de la CMU ou de la CMU-C se voient plus souvent que les autres refuser des consultations. Cette thématique a fait l'objet de plusieurs études dites de « testing », qui mettent en évidence le phénomène de refus de soins de la part des médecins généralistes et autres professionnels de soins primaires, qu'il soit clair ou déguisé, et bien qu'illégal (70) (71).

En plus de ce refus de soins *a priori*, il existe aussi un refus de soins *de facto* que soulève la question des médecins qui pratiquent le dépassement d'honoraires, ce qui revient à une exclusion de toute une partie de la population (notamment car les dépassements d'honoraires ne sont pas pris en charge par la CMU-C ou l'AME).

- Via l'interaction soignant-soigné :

De nombreuses études démontrent que certains messages de prévention, des propositions d'actes de prévention (vaccination, dépistage), et l'orientation vers des spécialistes sont moins réalisés lorsque les patients sont plus défavorisés.

A titre d'exemples, les patients les plus défavorisés :

- Bénéficient moins que les autres de conseils hygiéno-diététiques et de prévention. Par exemple, chez des patients hypertendus suivis par leur médecin traitant, une position sociale plus défavorisée est associée à de moindres conseils hygiéno-diététiques (72).
- Sont moins vaccinés que les autres : ainsi l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) de 2012 a montré que l'accès à la vaccination contre le papillomavirus en France était socialement différencié : les jeunes femmes non vaccinées sont celles qui appartiennent aux milieux les plus défavorisés, et ont souvent des mères non dépistées pour le cancer du col de l'utérus (73).
- Bénéficient d'un accès à la contraception moindre (les jeunes filles issues de milieux plus défavorisés ont moins accès à la contraception) (74).

La qualité des soins primaires peut ainsi être moindre pour les patients plus défavorisés. Une thèse publiée en 2013 par Solenne Petitclerc-Roche a pu montrer qu'en consultation de médecine générale, les patients précaires (définis comme ceux bénéficiant de la CMU ou de l'AME) bénéficiaient moins de procédures préventives, d'ordonnances de médicaments, d'analyses de sang, d'exams cliniques et de procédures de communication médecin-patient que lors de consultations avec les personnes non-précaires (75).

Ceci est également retrouvé dans une étude canadienne de 2018, parue dans les *Annals of Family Medicine*, qui montrait que les facteurs de complexité sociale étaient fortement associés à une moindre qualité des soins en soins primaires, au regard de nombreux indicateurs de prévention (dépistages, vaccinations), de gestion des pathologies chroniques, de gériatrie et de nombre de visites ambulatoires (76).

Une des pistes évoquée par Florence Jusot est que « *ces inégalités de traitement s'expliqueraient par la distance sociale et culturelle entre le médecin et son patient, et la qualité de communication qui en résulte, et donc de l'information dont dispose le médecin pour soigner* » (77).

Le système de soins peut donc avoir tendance à augmenter les ISS à travers des inégalités sociales de soins.

2. « Faire partie de la solution » : les soins primaires comme levier dans la lutte contre les ISS

Les soins primaires, notamment à travers les médecins généralistes, pourraient agir contre les ISS à travers 3 rôles potentiels :

- Mesurer les inégalités sociales de santé : se rendre compte, à l'échelle de son cabinet ou de sa structure de soins de premier recours, des ISS qui traversent sa patientèle.
- Mettre en place des actions correctrices au niveau de chaque patient et de sa patientèle : adopter des pratiques recommandées pour réduire (ou du moins ne pas aggraver) les ISS.
- Plaider en faveur de la réduction des ISS : endosser un rôle de plaidoyer auprès des pouvoirs publics, notamment à travers la production de données de santé publique et le témoignage des ISS.

Pour P. Flores et H. Falcoff, dans un article publié dans la Revue du Praticien, « *il s'agit d'abord ici de reconsidérer la valeur généralement péjorative attribuée à la partie « sociale » du travail de praticien. Accompagner et défendre les patients dans leurs démarches d'accès aux droits sociaux, « faire du social » pour reprendre une expression courante, est souvent considéré par les médecins comme une tâche subalterne, ennuyeuse ou déqualifiée. Cet aspect du travail, par exemple simplement connaître les assistantes sociales, leur téléphoner ou leur écrire, pour appuyer la demande d'un patient ou mieux comprendre ses difficultés sociales, est pourtant une pratique parfois plus utile que bon nombre d'actes plus couramment pratiqués, et mériterait d'être à la fois mieux connue et mieux organisée* » (43).

Il s'agit en effet de revoir la façon dont nous exerçons la médecine, afin de ne pas méconnaître des aspects qui ont un réel impact sur la santé de nos patients.

a. Des rapports et des recommandations qui placent les soins primaires au cœur de la lutte contre les ISS

Dans un article publié par l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) en 2012, Yann Bourgueil et al. ont réalisé une revue de la littérature sur la façon dont les soins primaires peuvent contribuer à réduire les ISS, notamment de par leur proximité avec

la population : « *Le système ambulatoire ou de soins primaires, parce qu'il est plus proche des patients et ce, dans tous les groupes sociaux, permet ces relations interindividuelles, et peut donc en théorie contribuer à la réduction des inégalités de santé.* » (78)

Le médecin généraliste a en effet un rôle de « *gatekeeper* », c'est-à-dire un rôle qui le place au centre du système de santé, à la fois comme premier interlocuteur des patients et comme pivot de tout le système de soins. En première ligne, il accueille la majorité des demandes de soins, organise la coordination ville-hôpital, médecin-paramédicaux, et médecin généraliste-médecins spécialistes en ambulatoire.

Les politiques de santé qui mettent l'accent sur les soins primaires seraient en outre les moins inégalitaires : d'après la commission des déterminants sociaux de l'OMS, « *Les systèmes de santé donnent de meilleurs résultats sanitaires s'ils reposent sur le modèle des soins de santé primaires, c'est-à-dire s'ils privilégient une action appropriée au niveau local qui englobe l'ensemble des déterminants sociaux et qui respecte l'équilibre entre la promotion de la santé et la prévention d'une part, et les interventions curatives d'autre part, et s'ils mettent l'accent sur le niveau de soins primaires, avec un bon système d'orientation vers les niveaux de soins plus spécialisés* » (29).

Le rapport de l'OMS insiste sur le fait de former « *les professionnels de la santé aux questions de déterminants sociaux de la santé et investir dans l'action de sensibilisation* » et d'« *inclure les déterminants sociaux de la santé dans la formation des personnels médicaux et des personnels de santé et initier plus largement aux questions de déterminants sociaux de la santé* » (29).

Le projet européen Addressing inequalities intervention in regions (AIR) étudie ainsi la possibilité de réduire les ISS par des actions menées au sein du système de soins, s'appuyant fortement sur les soins primaires (79).

En France, plusieurs lois et textes officiels ont, dans les deux dernières décennies, placé les soins primaires comme acteurs principaux dans une lutte contre les ISS, à travers :

- La loi HPST travers la notion d'« accès de tous à des soins de qualité » (80).
- Les recommandations du CMG de 2014 ainsi que les recommandations de l'Institut national pour l'étude et les statistiques (INPES) (11) (29).
- La loi de modernisation de notre système de santé de 2016 (81).

- La Stratégie nationale de santé 2018-2022, dont c'est un des 4 axes principaux (axe n° 2) (82).

b. Recommandations de pratiques vis-à-vis des ISS pour les soins primaires : s'enquérir de la situation sociale des patients pour adapter sa pratique

La question des ISS en médecine générale est résumée par H. Falcoff et P. Flores : « *elle pose le problème de l'ajustement des soins aux risques encourus dans les différentes catégories sociales.* » (43)

L'INPES et le CMG préconisent ainsi dans un document dédié aux médecins généralistes intitulé « Prendre en compte les inégalités sociales de santé en médecine générale » un certain nombre de mesures, que viennent compléter les recommandations du CMG, que nous avons tenté de résumer ici : (11) (30)

- **Lors des consultations :**

- Recueillir la situation sociale pour mieux cerner les facteurs de risques des différentes pathologies (facteurs de risques sociaux et professionnels).
- Proposer des conseils de prévention adaptés à la situations sociale.
- Ne pas orienter vers des spécialistes exerçant en secteur 2 avec dépassement d'honoraires.
- Prendre en compte le type de couverture maladie avant de prescrire des examens ou des traitements.
- Informer de manière adaptée selon les éventuelles difficultés sociales rencontrées : être capable, pour une situation sociale à risque pour la santé, d'informer le patient sur ses droits, les possibilités d'aides, les services en ligne ou téléphoniques, les démarches à effectuer.
- Orienter le patient correctement au sein du réseau médico-social local : orientation vers des services sociaux, faciliter l'accès aux travailleurs sociaux.

- **Au niveau de l'organisation du cabinet :**

- Pratiquer le tiers payant généralisé.

- Avoir des plages de consultation sans rendez-vous (pour les personnes ayant des difficultés à lire la langue française ou à prendre rendez-vous).
- **A plus large échelle, recueillir les DSS et témoigner des ISS pour s'inscrire dans une démarche de santé publique :**
 - Recueillir les DSS, pour conduire une démarche d'amélioration de la qualité intégrant les critères sociaux (exemple : lorsqu'on souhaite augmenter le taux de réalisation du frottis cervico-utérin dans une patientèle, il y aura des efforts différents à mener selon la situation sociale des patientes pour réduire l'inégalité sociale actuelle).
 - Être en mesure de produire des données concrètes sur les ISS « témoigner auprès des pouvoirs publics de l'importance de la dimension sociale dans les problèmes de santé des patients. »

Il existe ainsi 3 niveaux d'actions possibles pour le généraliste dans la prise en compte des déterminants sociaux de la santé :

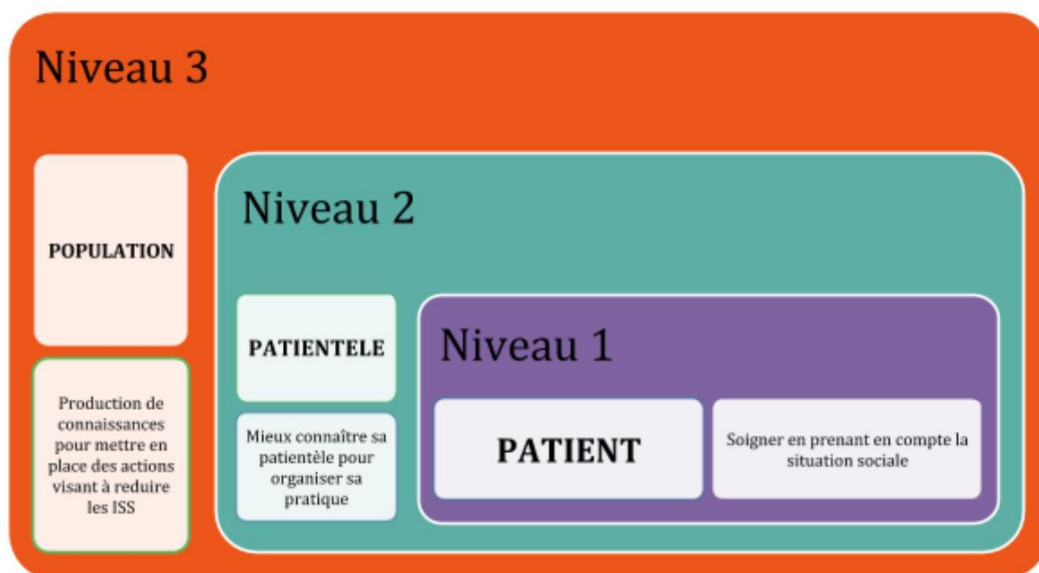


Figure 1 : Définition des niveaux d'informations concernant la situation sociale, en fonction de la finalité du recueil.

Schéma 7 : Niveaux d'informations concernant la situation sociale en fonction de la finalité du recueil
 Source : https://lecmg.fr/wp-content/uploads/2019/02/doc_iss_02_04-1.pdf

L'intérêt de la prise en compte de la situation sociale des patients, en termes de santé publique mais aussi d'amélioration de la qualité et de la pertinence de la prise en charge de chaque patient est désormais reconnu.

Comment, à l'échelle des médecins généralistes, est vécue cette confrontation aux ISS ?

C'est pour répondre à cela que nous avons mené une enquête sur les connaissances et pratiques des médecins généralistes face aux inégalités sociales de santé : sont-ils conscients du problème ? Quel est en pratique leur recueil de la situation sociale des patients qu'ils suivent ? Adoptent-ils, au sein de leur cabinet, des pratiques visant à réduire les inégalités sociales de santé ? Quelles sont leurs opinions et attitudes quant au rôle qu'ils pourraient jouer dans la réduction des inégalités sociales de santé ?

DEUXIEME PARTIE : recueil de la situation sociale des patients et pratiques vis-à-vis des inégalités sociales de sante : enquête auprès des médecins généralistes toulousains.

MATERIEL et METHODE

I. Objectifs de l'étude

L'objectif de ce travail était de décrire les connaissances et les pratiques des médecins généralistes installés à Toulouse vis-à-vis des déterminants sociaux de la santé et des inégalités sociales de santé.

L'objectif principal était :

- Décrire le recueil de la situation sociale des patients en pratique courante par les médecins généralistes toulousains, tel que recommandé par le CMG.

Les objectifs secondaires étaient :

- Décrire l'application par les MG de pratiques visant à réduire les ISS dans le cadre des soins primaires.
- Identifier les connaissances des MG sur les DSS et ISS.
- Connaître l'opinion des MG sur leur rôle face à l'objectif de réduction des ISS : est-ce leur rôle ? Quels sont les facteurs limitant ou au contraire facilitant ce rôle ?
- Relier les réponses concernant le recueil des données sociales et les pratiques aux caractéristiques des MG, de leur mode d'exercice ainsi qu'au contexte socio-économique de leur exercice (catégorie socio-économique de leur patientèle et EDI du quartier d'exercice) : identifier si les médecins exerçant dans les quartiers les plus défavorisés recueillent plus les DSS et ont les pratiques les plus adaptées à leur réduction.

Le critère de jugement principal était la collecte des 16 informations sur la situation sociale des patients en pratique courante, telle que recommandée par le Collège de Médecine Générale.

Les critères de jugement secondaires étaient :

- Les pratiques des MG face à l'objectif de réduction des ISS.
- Les connaissances des MG concernant les DSS et ISS : auto estimation de leurs connaissances, et test sur quelques notions de santé publique.
- L'opinion des MG sur le rôle des soins primaires dans la réduction des ISS, leur capacité à répondre aux besoins sociaux des patients, l'effet de leur pratique sur la réduction des ISS, et leur besoin de formation sur le sujet.

L'hypothèse, en se basant sur notre revue de la littérature, est que les MG sont dans leur majorité sensibilisés à la question des ISS, et pensent que le recueil de la situation sociale des patients est utile, mais que le recueil effectif de la situation sociale des patients est peu réalisé, et que les pratiques des MG sont peu adaptées à l'objectif de réduction des ISS.

II. Méthode

A. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive quantitative par questionnaire auto-administré, adressé aux médecins généralistes toulousains.

B. Population étudiée

La population étudiée était les médecins généralistes installés dans la ville de Toulouse.

Les critères d'inclusion étaient : être médecin généraliste thésé, installé, exerçant en ambulatoire en cabinet (seul ou de groupe), en MSP, ou en centre de santé, conventionné en secteur 1, à Toulouse.

Les critères d'exclusions étaient : les médecins généralistes non thésés, remplaçants, exerçant exclusivement ou quasi exclusivement une activité autre que la médecine générale (acupuncture, homéopathie, par exemple), médecins retraités, médecins généralistes exerçant

en structure non ambulatoire (Hôpital, EHPAD, SSR, etc) ; l'exercice en secteur 2 ou non conventionné.

Nous avons choisi d'exclure les médecins exerçant en secteur 2 ou non conventionnés, partant du principe que le fait de pratiquer des tarifs plus élevés que ceux remboursés par la sécurité sociale favorisait les ISS. Nous avons exclu également les médecins exerçant quasi exclusivement une activité spécifique telle que l'acupuncture, l'homéopathie, car nous souhaitions avoir une population homogène en termes de pratiques (médecins de premier recours).

C. Questionnaire :

Travail préalable :

Le questionnaire a été construit après une recherche bibliographique effectuée entre mai et novembre 2019 principalement sur les moteurs de recherche PubMed, Sudoc, et Dumas, ainsi que sur les sites de la HAS et de Santé Publique France.

Les questions ont été choisies pour suivre les recommandations de l'INPES et du CMG concernant le recueil de la situation sociale des patients suivis en médecine générale ainsi que les recommandations de pratiques visant à réduire ou du moins ne pas aggraver les ISS (11) (30).

Un pré-test a été effectué début novembre 2019 auprès de 3 médecins généralistes hors de Toulouse, n'ayant pas de connaissances particulières sur le sujet et ayant donné leur accord pour participer. Ce pré-test avait pour but de tester la formulation des questions et des réponses, le temps de passation et la pertinence du questionnaire.

Après modification, le questionnaire a été mis en ligne le 18 novembre 2019 et envoyé aux médecins généralistes inclus dans l'étude via *GoogleForm*®.

Le questionnaire : cf. annexe 1

Le questionnaire était composé de 28 questions, réparties en plusieurs parties :

1/ **Description de la population** (questions 1 à 9) : âge, sexe, année de thèse, niveau d'étude du parent le plus diplômé, expériences professionnelles et/ou bénévoles passées, mode d'exercice actuel, formation initiale sur les ISS, catégorie sociale estimée de la patientèle.

2/ **Description des pratiques** en lien avec les recommandations de bonnes pratiques pour réduire les ISS en médecine générale (questions 10 à 13) : plages de consultations sans rendez-vous (RDV), pratique du tiers-payant généralisé, vérification du type de protection maladie avant toute prescription d'examen ou de traitement, le fait d'orienter ou non vers des spécialistes en secteur 2.

3/ **Connaissances** générales sur les DSS et ISS (questions 14 à 19).

4/ **Recueil de la situation sociale des patients selon les recommandations du CMG** (questions 20 à 24) : estimation de l'utilité d'un tel recueil, connaissance des recommandations du CMG, présence d'un onglet dédié dans le logiciel métier, utilisation d'un score pour le recueil des informations sociales. Recueil déclaré des 7 informations indispensables et 9 informations utiles pour chaque patient adulte suivi en médecine générale.

5/ **Estimation par les MG de leurs capacités et rôles à jouer dans la réduction des ISS** (questions 25 à 28). La lutte contre les ISS fait-elle partie du rôle des soins primaires ? Les MG interrogés s'estiment-ils à même de répondre aux besoins sociaux de leurs patients ? Si oui, quel élément leur permet au mieux d'aider leurs patients ? Si non, quel élément limite le plus cette prise en charge ? Estimation par les MG de la contribution ou non de leur mode d'exercice à réduire les ISS.

6/ **Estimation du besoin de formation des MG sur les ISS.**

D. Déroulement de l'étude

Recrutement :

Dans un premier temps : établissement des médecins généralistes inclus en croisant les données issues des Pages Jaunes, du site internet de l'Assurance Maladie, et du site de l'Ordre des Médecins.

Dans un second temps : appel téléphonique de tous les médecins généralistes inclus, avec 2 tours d'appels pour tenter de les joindre directement au téléphone. Ceci afin de vérifier qu'ils entrent dans les critères d'inclusion.

Financement de l'étude :

L'étude s'est déroulée sans financement.

Aspects règlementaires :

Une déclaration a été faite auprès du responsable Règlement général sur la protection des données (RGPD) de l'Université de la Réunion par méthode de référence MR 004.

E. Analyse des données

Le recueil des données s'est fait dans un tableur Excel® via Google Forms®.

Anonymisation des réponses : nous avons anonymisé les résultats lors de l'exploitation des données. Nous avons informé les médecins généralistes, pendant l'enquête, du respect de l'anonymat, en rapport avec la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés qui stipule que chaque individu a un droit à l'information, un droit d'opposition, un droit d'accès et un droit de rectification.

Les caractéristiques socio-démographiques qualitatives ainsi que les variables d'intérêt ont été décrites en termes d'effectifs et de pourcentages. La variable quantitative a été décrite en termes de moyenne et d'écart-type. Afin de comparer les variables qualitatives, un test du Chi2 a été réalisé ou un test exact de Fisher lorsque ce dernier n'était pas applicable (effectifs théoriques inférieurs à 5). Le seuil alpha de signification retenu pour ces tests était de 0,05.

Les analyses statistiques ont été effectuées par le Dr. Cyrille Delpierre, de l'Unité Médicale de Recherche INSERM 1027.

Certaines variables qualitatives ont été recodées pour en permettre l'analyse statistique.

Ainsi les années de thèse des médecins ont été regroupées en 4 tranches d'années équivalentes. Le mode d'exercice a été regroupé en « seul » et « exercice groupé » (cabinet de groupe, MSP, centre de santé). Pour la question 13, les réponses « oui toujours » et « oui la plupart du temps » ont été recodées en « oui » et les réponses « non la plupart du temps » et « non jamais » en « non ». Pour la question 14, les réponses « très bonne » et « bonne » ont été regroupées en « bonne » et les réponses « mauvaise » et « très mauvaises » en « mauvaise ». Les réponses « toujours » et « le plus souvent » ainsi que les réponses « parfois » et « jamais » de la question

24 (recueil des informations sociales d'après les recommandations du CMG) ont été recodées, pour l'analyse statistique en « oui » et « non ». Pour la question 26, les réponses « oui toujours » et « oui la plupart du temps » ont été recodées en « oui » et les réponses « non, la plupart du temps » et « non, jamais » en « non ».

RESULTATS

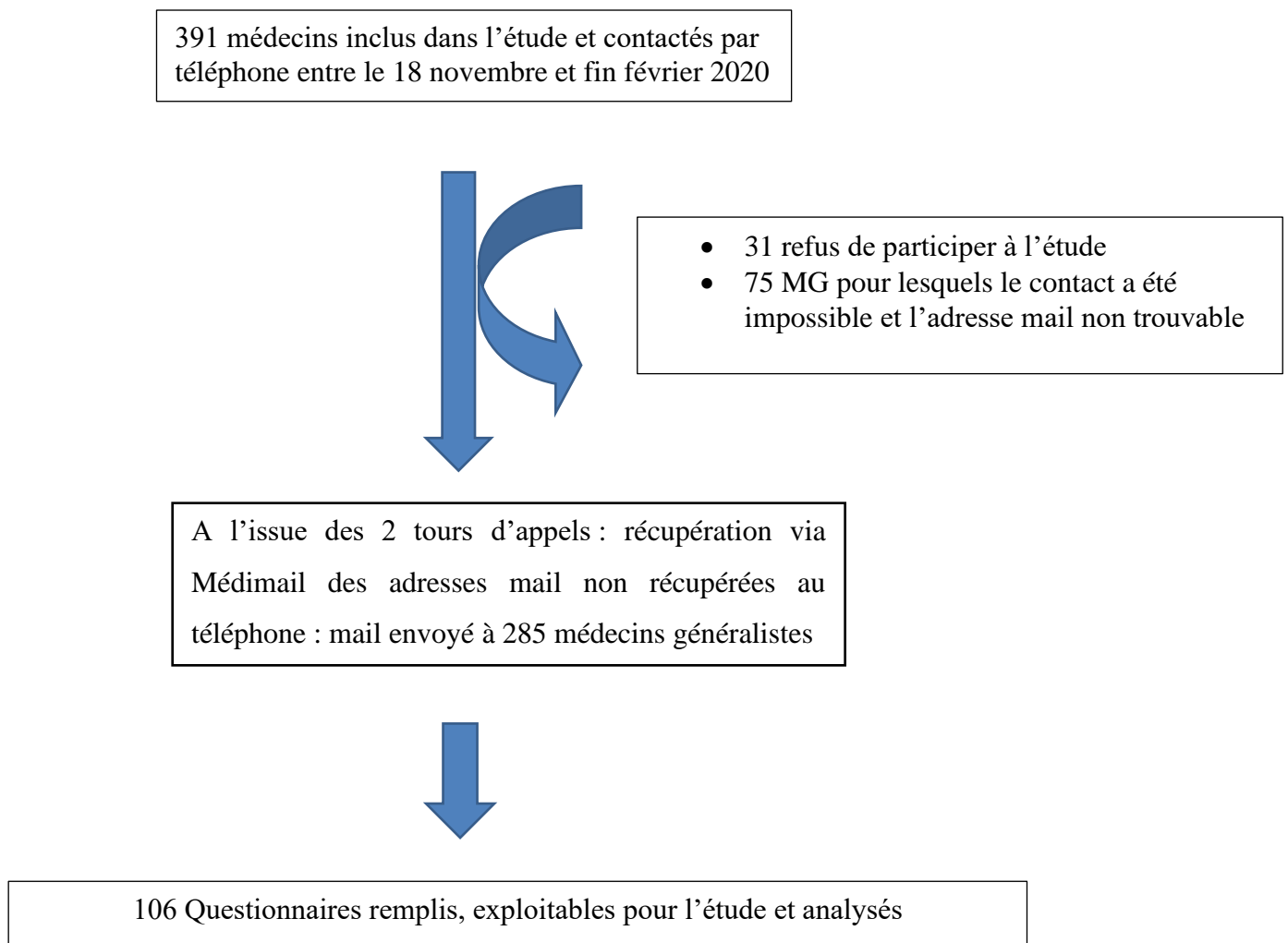
L'enquête a été menée du 18 novembre 2019 au 1^{er} mars 2020.

Deux tours d'appels téléphoniques ont été effectués pour tenter de joindre directement les médecins généralistes : ces appels téléphoniques avaient pour but de vérifier les critères d'inclusion, présenter brièvement le travail et obtenir l'adresse mail et le consentement des médecins afin de pouvoir leur adresser le questionnaire.

A l'issue de ces 2 tours, lorsqu'il n'avait pas été possible de joindre les médecins généralistes au téléphone, leur adresse mail a été cherchée sur Médimail, messagerie sécurisée destinée aux échanges entre professionnels de santé, possédant un annuaire.

1 envoi puis 3 relances par mail ont été effectués. La clôture du recueil de données a été décidée le 2 mars 2020. Au total, 106 questionnaires ont été remplis et analysés.

Figure 1 : Flow-chart de l'étude



I. Descriptif de la population des répondeurs

106 médecins généralistes ont rempli les questionnaires. Il y avait 56.6 % (N= 60) de femmes et 43.4 % (N= 46) d'hommes parmi les 106 questionnaire remplis.

La majorité des répondants avait plus de 45 ans (N= 65, 61.3 %), et la tranche d'âge la plus représentée était celle des plus de 55 ans.

La plupart des médecins interrogés avaient au moins un de leurs parents qui avait fait des études supérieures (N= 62, 58.5 %). La plupart exerçaient en cabinet de groupe (N= 70, 60 %).

Les catégories socio-économiques des patientèles étaient principalement classe populaire (N= 50, 47.2 %) et classe moyenne (N= 49, 46 %).

Les EDI des quartiers d'exercice étaient principalement 4 et 5, soit des quartiers défavorisés.

Le tableau 1 résume les caractéristiques des répondants :

	Effectif N= 106	Pourcentage (%)
Sexe		
Femme	60	56.60
Homme	46	43.40
Age		
25-34 ans	18	16.98
35-44 ans	23	21.70
45-54 ans	18	16.98
55 ans et plus	47	44.34
Année de thèse		
< 1988	26	24,5
1989-1997	25	23,6
1999-2009	26	24,5
>2009	29	27,4
Niveau d'étude du parent le plus qualifié		
Baccalauréat/ Brevet technique ou professionnel	20	18.87
CAP/ BEP/ Collège	13	12.26
Etudes supérieures	62	58.49
Sans diplôme	11	10.38
Un(e) de vos parents exerce-t-il ou elle (ou a exercé) une profession de santé ?		
Non	77	72.64
Oui, profession médicale	21	19.81
Oui, profession paramédicale	8	7.55
Mode d'exercice		
Cabinet de groupe	70	66.04
Cabinet seul	29	27.36
Centre de santé	3	2.83
MSP	4	3.77
Vos expériences professionnelles ou bénévoles passées		
Mission humanitaire	16	15.1
Centre médico-social (PMI, PASS...)	10	9.4
SAMU Social	1	0.9
Dispensaire	16	15.1
ONG ou association	7	6.6

Aucune de celle-ci	59	55.7
Autres	22	20.8
Si centre de santé ou MSP, y a -t-il un(e) ou des acteurs/trices du champ social dans votre équipe (médiateur/trice en santé, assistant-e social-e) ?		
Oui	2	28.57
Non	5	71.43
Formation initiale incluant un enseignement sur les ISS ?		
Non	88	83.02
Oui	18	16.98
Dans quelle catégorie sociale pensez-vous que la majorité de vos patients s'inscrit ?		
Classe moyenne	49	46.23
Classe populaire	50	47.17
Classe supérieure	7	6.60
EDI du quartier d'exercice		
1	9	8.49
2	5	4.72
3	23	21.70
4	34	32.08
5	35	33.02

Tableau 1 : Caractéristiques des médecins ayant répondu au questionnaire

Nous avons comparé le quintile EDI du quartier d'exercice des médecins généralistes ayant répondu au questionnaire avec celui des non réponders et le total des médecins généralistes inclus dans l'étude. Il n'y avait pas de différence significative entre le quintile EDI du quartier d'exercice des médecins réponders et non réponders ($p = 0,7163$).

Quintile EDI	Médecins généralistes non répondeurs N= 285 (%)	Médecins généralistes répondeurs N= 106 (%)	Total médecins généralistes inclus N= 391 (%)	P value
1	24 (8.42)	9 (8.49)	33 (8.44)	0,7163
2	19 (6.67)	5 (4.72)	24 (6.14)	
3	77 (27.02)	23 (21.70)	100 (25.58)	
4	85 (29.82)	34 (32.08)	119 (30.43)	
5	80 (28.07)	35 (33.02)	115 (29.41)	

Tableau 2 : Comparaison EDI du quartier d'exercice entre les médecins répondeurs et les non répondeurs

Le tableau 3 résume les principales réponses aux questions. La réponse à chaque question sera détaillée par la suite.

Question	Intitulé	Effectif	%
Questions sur les pratiques vis à vis des ISS			
Q 10	Avez-vous des plages de consultation sans RDV prévues dans votre emploi du temps ?	Oui Non	60 46 56.6 43.4
Q 11	Pratiquez-vous le tiers-payant généralisé, en dehors des cas obligatoires actuellement prévus par la loi ?	Oui Non	65 41 61.3 38.7
Q 12	Orientez-vous vos patient-e-s vers des spécialistes exerçant en secteur 2 avec dépassement d'honoraires ?	Régulièrement Parfois Jamais	13 81 12 12.3 76.4 11.3
Q 13	Avant de prescrire un examen ou un traitement, vérifiez-vous le type de protection maladie de votre patient-e ?	Oui, toujours Oui la plupart du temps Non la plupart du temps Non, jamais	35 52 16 3 33 49.1 15.1 2.8
Questions sur les connaissances des DSS et ISS			
Q 14	De façon globale, diriez-vous que votre connaissance des déterminants sociaux de la santé est :	Très bonne Bonne Moyenne Mauvaise	6 38 47 14 5.7 35.8 44.3 13.2

		Très mauvaise	1	0.9
Q 15	Selon vous, y a-t-il une différence d'espérance de vie entre un cadre et un ouvrier en France ?	Oui	101	95.3
		Non	1	0.9
		Ne sait pas	4	3.8
Q 15 bis	A combien estimez-vous la différence, en années, d'espérance de vie à 35 ans entre un cadre et un ouvrier en France ?	Moyenne (en années)	8.56	
		Ecart-type (en années)	3.7	
Q 16	Plusieurs études montrent que certaines pathologies ou évènements de vie adverses touchent différemment les personnes selon leur niveau socio-économique. Les pathologies suivantes touchent selon vous :	Cf. tableau 5		
Q 17	Pensez-vous qu'en France certaines personnes renoncent à se soigner pour des raisons financières ?	Oui	99	93.4
		Non	5	4.7
		Ne sait pas	2	1.9
Q 18	Quels sont les dispositifs existants en France pour favoriser l'accès aux soins ? Réponse libre : listez brièvement ceux que vous connaissez.	Cf. annexe 4		
Q 19	Selon vous, quel est le principal effet du tiers payant (non avance des frais par le patient) sur le patient en consultation chez le médecin généraliste ?	Il déresponsabilise le patient	19	17.9
		Il permet aux patients de se soigner facilement	71	67
		Il incite à la surconsommation de soins	7	6.6
		Sans opinion	9	8.5
Evaluation de la pratique vis-à-vis du recueil des DSS et des ISS				
Q 20	Recueillir la situation sociale des patient-e-s en pratique courante est selon vous :	Indispensable	52	59.1
		Utile	53	50
		Peu Utile	1	0.9
		Inutile	0	0
Q 21	Connaissez-vous les recommandations du Collège de Médecine Générale concernant l'enregistrement de la situation sociale de chaque patient adulte ?	Oui	8	7.5
		Non	98	92.5
Q 22	Possédez-vous, dans votre logiciel métier, un onglet ou catégorie dans lequel entrer les informations sur la situation sociale du patient ?	Oui, prévu dans la configuration du logiciel	45	42.5
		Oui, c'est un onglet que j'ai créé	7	6.6
		Non, je case les informations administratives et sociales comme je peux	54	50.9

Q 23	Utilisez-vous un référentiel ou score pour recueillir les informations sociales ?	Oui Non	0 106	0 100
Q 24	Parmi les informations suivantes, vous recueillez de manière écrite, dans le dossier médical informatisé, pour chaque patient adulte :	Cf. tableaux 6 et 7		
Perception du rôle à jouer dans la réduction des ISS				
Q 25	Pensez-vous que la réduction des inégalités sociales de santé fasse partie du rôle des soins primaires ?	Oui Non	84 22	79.2 20.8
Q 26	Lorsque vous repérez des besoins sociaux en santé (c'est-à-dire des situations sociales à même d'impacter la santé) chez vos patient-e-s, vous estimez-vous à même d'y répondre ?	Oui, toujours Oui, la plupart du temps Non, la plupart du temps Non, jamais	2 40 63 2	1.9 37.7 59.4 1.9
Q 26-a	Si oui, Quel est l'élément vous qui vous aide le plus dans cette prise en charge ?	Le travail en équipe Mon réseau Mes connaissances Autre	2 32 4 3	4.9 78 9.8 7.3
Q 26-b	Si non, Quel est l'élément qui limite le plus cette prise en charge ?	Manque de temps Manque de rémunération Ce n'est pas mon rôle Manque de formation Manque de connaissance des ressources sociales pour orienter mes patient-e-s	14 1 15 6 29	21.5 1.5 23.1 9.2 44.6
Q 27	Pensez-vous que votre mode d'exercice favorise la réduction des inégalités sociales de santé ?	Oui Non Ma pratique n'a pas d'impact Je ne sais pas	46 10 23 27	43.4 9.4 21.7 25.5
Q 27-a	En quelques mots, dites-nous comment votre mode d'exercice favorise la réduction des inégalités sociales de santé :	Cf. annexe 9	46	
Q 27-b	En quelques mots, dites-nous en quoi selon vous, votre mode d'exercice ne favorise pas la réduction des inégalités sociales de santé ?	Cf. annexe 10	10	

Q 28	Pensez-vous avoir besoin d'une formation sur les déterminants sociaux de la santé et les inégalités sociales de santé ?	Oui	66	62.3
		Non	40	37.7

Tableau 3 : Résumé des réponses au questionnaire

II. Description des pratiques vis-à-vis des ISS selon les caractéristiques des MG et de leur mode d'exercice

Les caractéristiques des MG et de leur mode d'exercice en relation avec leurs pratiques sont résumées en annexe 4.

- **Plages de consultation sans rendez-vous**

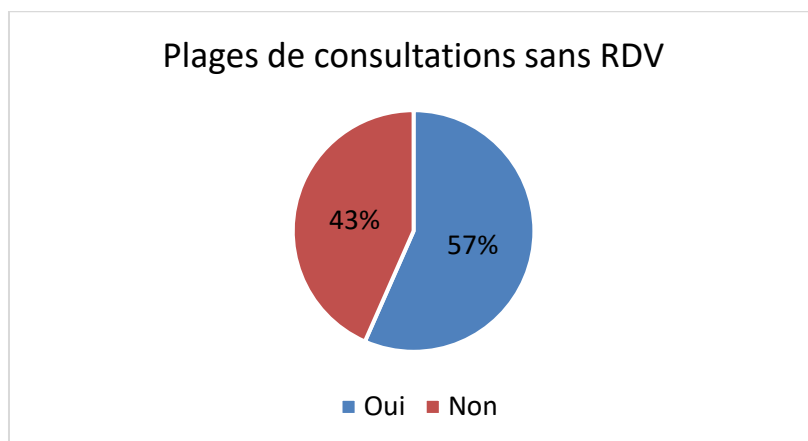


Schéma 8 : Plages de consultations sans RDV

56.6 % (N= 60) des MG interrogés avaient dans leur emploi du temps des plages de consultations sans RDV, et 46 (43.4 %) n'en avaient pas. Les hommes ont plus souvent déclaré avoir des plages de consultation sans RDV que les femmes (71.7 % vs. 45 %, $p = 0.0059$).

Les médecins identifiant leur patientèle comme « classe supérieure » avaient moins souvent des plages de consultation sans RDV à l'inverse des médecins ayant une patientèle identifiée comme « classe populaire » (28.6 % vs. 68 %, $p = 0.0574$).

- **Pratique du tiers-payant généralisé en dehors des cas actuellement prévus par la loi**

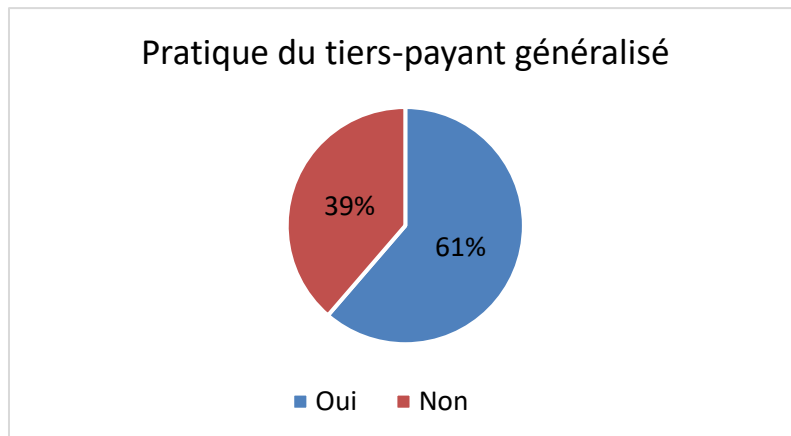


Schéma 9 : Pratique du tiers-payant généralisé

61,3 % (N= 65) des médecins déclaraient pratiquer le tiers-payant généralisé, en dehors des cas actuellement prévus par la loi, et 38,7 % (N= 41) déclaraient ne pas le pratiquer.

La pratique du tiers payant généralisé était plus fréquente quand la catégorie socio-économique de la patientèle était identifiée comme populaire ($p = 0.0031$). Cela est confirmé par l'analyse selon l'EDI du quartier d'exercice : la pratique du tiers payant généralisé était plus fréquente quand le cabinet est en zone défavorisée (EDI 4 et 5, $p = 0.0030$).

Le fait d'avoir un parent issu du milieu médical semblait avoir une influence sur la pratique du tiers payant ($p = 0.0063$).

- **Orientation vers des spécialistes en secteur 2 avec dépassement d'honoraires**

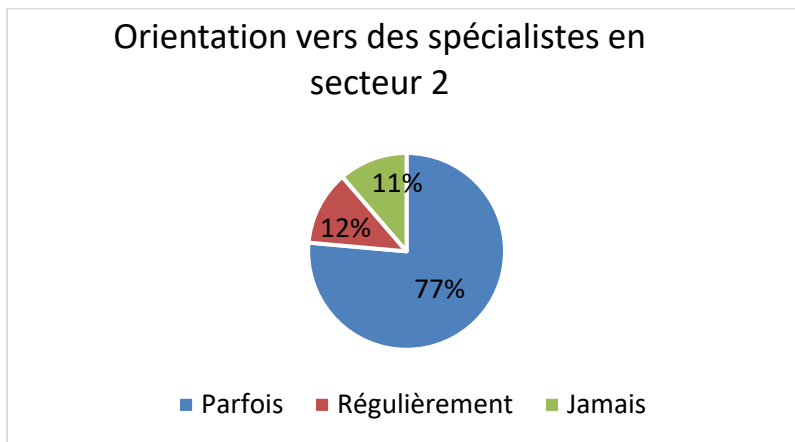


Schéma 10 : Orientation vers des spécialistes en secteur 2

Une grande majorité des médecins interrogés orientaient parfois (N= 81, 76 %) voire régulièrement (N= 13, 12 %) leurs patients vers des spécialistes du secteur 2. Il n’y avait pas de différences statistiquement significatives selon les caractéristiques de la population étudiée.

- **Vérification de la protection maladie du patient avant de prescrire des examens ou des traitements**

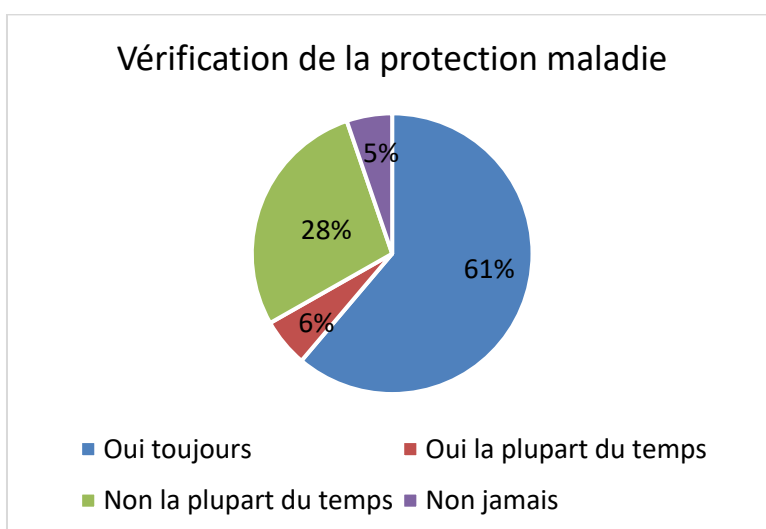


Schéma 11 : Vérification de la protection maladie avant de prescrire

82 % (N= 87) des médecins déclarent vérifier le type de protection maladie de leur patient avant de prescrire. 33 % (N= 35) déclarent la vérifier toujours, 49 % (N= 52) la plupart du temps. 15 % (N= 16) déclarent ne pas la vérifier la plupart du temps et 2,8 % (N= 3) déclarent ne jamais vérifier la protection maladie.

III. Analyse des connaissances relatives aux ISS et DSS

- Des MG qui se déclarent moyennement voire mal informés sur les DSS

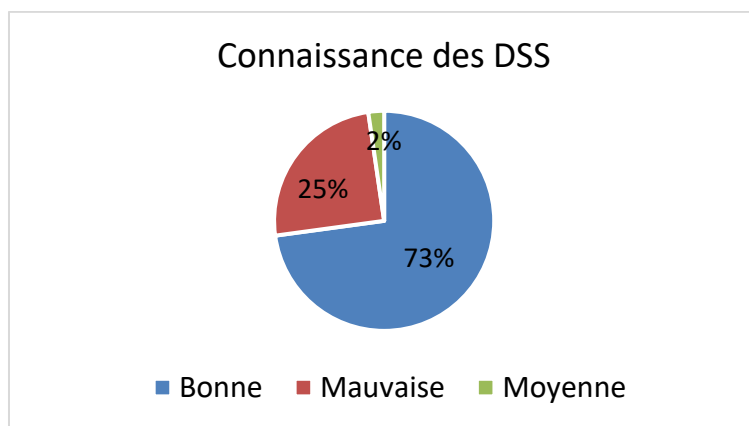


Schéma 12 : Connaissance estimée des DSS

41.5 % (N= 44) des médecins interrogés considéraient avoir de bonnes connaissances des DSS, mais 44.3 % (N= 47) considéraient leur connaissance du sujet moyenne et 14.2 % (N= 15) comme mauvaise.

Nous avons analysé les caractéristiques des médecins et de leur mode d'exercice en relation avec leur niveau de connaissance déclaré sur les DSS (tableau complet des résultats en annexe 5). La proportion de médecins qui déclaraient avoir une bonne connaissance sur les DSS était plus élevée chez les médecins exerçant en groupe (cabinet de groupe/ MSP/ centre de santé), $p = 0.0265$. Elle était également plus élevée chez ceux qui travaillent dans les quartiers les plus défavorisés (EDI 4 et 5) ($p = 0.0507$).

On observe une tendance à déclarer plus souvent avoir de bonnes connaissances sur les DSS quand les parents sont moins diplômés, presque significative ($p = 0.1049$).

- **Lien entre connaissances déclarées sur les ISS et pratiques vis-à-vis des ISS**

On a pu observer un lien statistiquement significatif entre le niveau de connaissances déclaré sur les ISS des médecins et leurs pratiques.

Les médecins déclarant un bon niveau de connaissances sur les ISS avaient plus souvent des plages de consultation sans RDV prévues ($p = 0.0046$).

On observe également une tendance à orienter plus fréquemment en secteur 2 chez les médecins déclarant un niveau de connaissances moyen ($p = 0.0965$).

Les médecins déclarant une mauvaise connaissance des ISS vérifiaient moins fréquemment la protection maladie avant de prescrire des examens et/ou traitements ($p = 0.0008$).

Les résultats complets sont présentés en annexe 6.

- **Différence perçue d'espérance de vie entre un cadre et un ouvrier**

95.3 % des MG interrogés (N= 101) pensaient qu'il y a une différence d'espérance de vie entre un cadre et un ouvrier en France. 5 praticiens sur les 106 interrogés ne savaient pas, ou se trompaient (4.7 %), sur la différence d'espérance de vie entre cadre et ouvrier. L'estimation d'écart d'espérance de vie ne différait pas selon les caractéristiques des MG pour les 101 médecins qui estimaient qu'il y avait une différence. En moyenne, l'écart d'espérance de vie entre un cadre et un ouvrier était estimé à 8,56 années (+/- 3,54 ans).

- **Perception de la différence de prévalence de morbidité selon les catégories sociales**

Pour le diabète, 80 % des MG estimaient qu'il touche plutôt les personnes ayant un bas niveau socio-économique, 18.9 % pensaient qu'il touche de manière égale toutes les catégories socio-économiques. Pour le cancer du col de l'utérus, 34.9 % pensaient qu'il touche de manière égale toutes les catégories sociales. Pour le cancer du sein, la majorité (65.1 %, N= 69) pensaient qu'il touche toutes les catégories, 13.2 % (N= 14) plutôt les catégories défavorisées et 15.1 % (N= 16) plutôt les catégories aisées. Le cancer colo-rectal était déclaré comme touchant également toutes les catégories dans 53.8 % (N= 57) tandis que 10.4 % (N= 11) ne savaient

pas, 28.3 % (N= 30) estimaient qu'il touchait plutôt les personnes ayant un faible niveau socio-économique et 7.6 % (N= 8) un haut niveau socio-économique. Concernant les maladies cardiovasculaires, 64.2 % (N= 68) s'accordaient à dire qu'elles touchent plutôt les personnes défavorisées, mais 29.3 % (N= 31) pensaient qu'elles touchent de manière égale toutes les catégories socio-économiques. Les violences intra-familiales étaient majoritairement (52.8 %, N= 56) considérées comme étant plus fréquentes chez les personnes ayant un bas niveau socio-économique.

Différence de prévalence perçue selon les catégories sociales	Diabète N (%)	Cancer du col de l'utérus N (%)	Cancer du sein N (%)	Cancer colo-rectal N (%)	Maladies cardio-vasculaires N (%)	Violences intra-familiales N (%)
Ne sait pas	1 (0.94)	9 (8.49)	7 (6.60)	11 (10.38)	2 (1.89)	3 (2.83)
Plutôt bas niveau socio-économique	85 (80.19)	56 (52.83)	14 (13.21)	30 (28.30)	68 (64.15)	56(52.83)
Plutôt haut niveau socio-économique	0 (0.00)	4 (3.77)	16 (15.09)	8 (7.55)	5 (4.72)	1(0.94)
Touche également toutes les catégories socio-économiques	20 (18.87)	37 (34.91)	69 (65.09)	57 (53.77)	31 (29.25)	46 (43.39)

Tableau 4 : différence de prévalence perçue selon la catégorie sociale

- **Estimation du renoncement aux soins pour raisons financières en France**

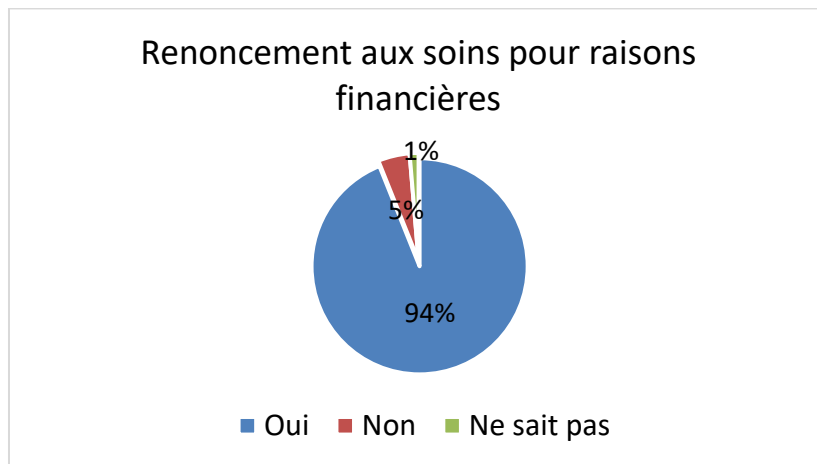


Schéma 13 : Estimation du renoncement aux soins pour raisons financières en France

93.4 % (N= 99) des MG interrogés estimaient que des personnes renoncent à se soigner en France pour des raisons financières, 4.7 % (N= 5) ne pensaient pas que des personnes renoncent à se soigner pour des raisons financières et 2 médecins (1.9 %) ne savaient pas.

- **Principaux dispositifs existants en France pour favoriser l'accès aux soins**

Il s'agissait d'une réponse libre. Nous avons ici regroupé par thème les principales réponses des médecins :

La majorité des MG interrogés identifiaient au moins un dispositif d'accès à la protection maladie type AME, CMU, CMU-C, ACS ou CSS (N= 76, 71.7 %).

Le second dispositif le plus cité étaient les structures d'accès aux soins ne nécessitant pas de protection maladie comme les PASS, les structures gratuites ou les dispensaires (N= 36).

Les dispositifs gratuits de prévention étaient également fortement cités (N= 19).

La permanence des soins (maison médicale de garde, urgences, hôpital) était également fréquemment citée (N= 12).

Le centre de santé associatif toulousain La Case de Santé était également identifié comme dispositif favorisant l'accès aux soins (cité 12 fois) (cf. annexe 7).

- **Opinion sur le principal effet du tiers payant sur le patient en consultation de médecine générale**

Si plus des deux-tiers des MG interrogés (N= 71, 67 %) estimaient que le principal effet du tiers payant sur le patient en consultation chez le médecin généraliste est de permettre aux patients de se soigner facilement, on constate que 22,5 % (N= 26) des MG interrogés avaient une opinion négative, estimant que le tiers payant en consultation chez le MG incite à la surconsommation de soins (N= 7, 6.6 %) ou déresponsabilise (N= 19, 17.8 %) le patient. Seuls 8.5 % (N= 9) étaient sans opinion sur cette question.

IV. Recueil des informations sur la situation sociale des patients en pratique courante

- **Opinion sur l'importance du recueil de la situation sociale des patients**

La quasi-totalité des MG interrogés estimaient que le recueil de la situation sociale des patients est utile (N= 53, 50 %) ou indispensable (N= 52, 49 %). Un seul médecin interrogé (0.9 %) estimait que c'est peu utile. Les médecins ayant déclaré un bon niveau de connaissances sur les DSS jugeaient plus souvent que le recueil de la situation sociale des patients est indispensable ($p = 0.0066$).

Opinion sur le recueil de la situation sociale des patients en pratique courante				
Connaissances déclarées sur les DSS	Indispensable N= 52 (%)	Peu utile N= 1 (%)	Utile N= 53 (%)	<i>p value</i>
Bon	28 (63.64)	0 (0.00)	16 (36.36)	0.0066
Mauvais	3 (20.00)	1 (6.67)	11 (73.33)	
Moyen	21 (44.68)	0 (0.00)	26 (55.32)	

Tableau 5 : Opinion sur l'importance du recueil de la situation sociale des patients en lien avec le niveau de connaissance sur les DSS

- **Connaissance des recommandations du CMG sur le recueil de la situation sociale des patients en pratique courante**

Les recommandations du CMG concernant le recueil de la situation sociale des patients étaient très peu connues (7.55 %, N= 8) des MG interrogés.

- **Fait de posséder un onglet dans le logiciel métier pour entrer ces informations**

Une petite majorité de MG (50.9 %, N= 54) n'avait pas d'onglet dédié à la collecte des informations sociale, et entraient les informations où ils le peuvent.

Les MG qui avaient un onglet dédié (N= 52) avaient le plus souvent un onglet prévu pour dans la configuration de leur logiciel métier (N= 45, 42.5 %), les autres l'ayant créé (N= 7, 6.6 %).

- **Utilisation d'un score ou référentiel pour les informations sociales**

Aucun MG interrogé ne déclarait utiliser un score ou référentiel pour recueillir les informations sur la situation sociale.

- **Recueil des informations sur la situation sociale des patients**

Recueil des 7 informations indispensables :

6 des 7 informations dites « indispensables » par le CMG étaient déclarées par une majorité de MG comme étant recueillies toujours ou le plus souvent.

La dernière information, la « capacité de compréhension du langage écrit » était beaucoup moins recueillie, avec près de la moitié des MG interrogés déclarant ne jamais la recueillir.

	Jamais	Parfois	Le plus souvent	Toujours
Informations indispensables	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Sexe	1 (0.94)	0 (0.00)	0 (0.00)	105 (99.06)
Date de naissance	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	106 (100.00)
Adresse	3 (2.83)	11 (10.38)	25 (23.58)	67 (63.21)
Assurance maladie	8 (7.55)	8 (7.55)	23 (21.70)	67 (63.21)
Profession	3 (2.83)	16 (15.09)	34 (32.08)	53 (50.00)
Statut vis-à-vis de l'emploi	6 (5.66)	18 (16.98)	39 (36.79)	43 (40.57)
Capacités de compréhension du langage écrit	49 (46.23)	21 (19.81)	28 (26.42)	8 (7.55)

Tableau 6 : Recueil des 7 informations indispensables

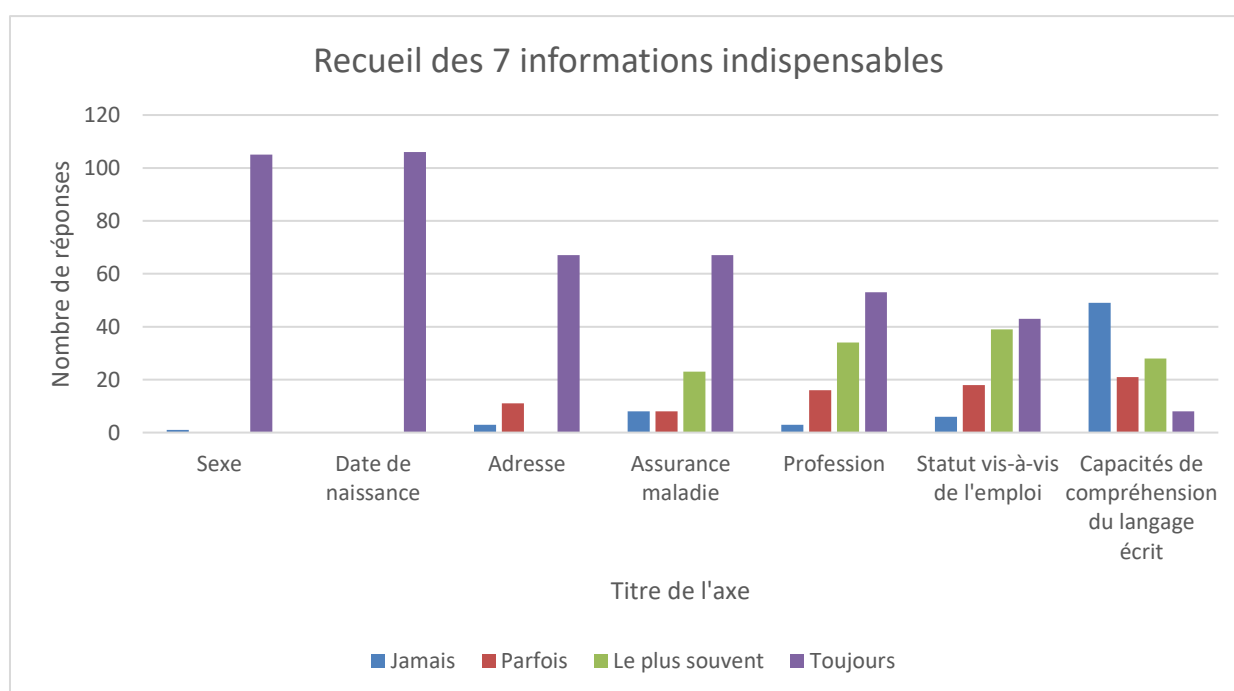


Schéma 14 : Recueil des 7 informations indispensables

Recueil des 9 informations utiles :

Ces 9 informations jugées utiles, étaient assez peu recueillies par les MG interrogés.

6 d'entre elles sont déclarées comme « jamais » ou « parfois » enregistrées par les médecins.

	Jamais	Parfois	Le plus souvent	Toujours
Informations utiles	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Statut marital	18 (16.98)	35 (33.02)	44 (41.51)	9 (8.49)
Nombre d'enfants	13 (12.26)	28 (26.42)	39 (36.79)	26 (24.53)
Fait de vivre seul ou non	15 (14.15)	33 (31.13)	39 (36.79)	19 (17.92)
Pays de naissance	18 (16.98)	40 (37.74)	30 (28.30)	18 (16.98)
Niveau d'études	41 (38.68)	45 (42.45)	13 (12.26)	7 (6.60)
CSP selon INSEE	57 (53.77)	24 (22.64)	13 (12.26)	12 (11.32)
Fait de bénéficier de minima sociaux	25 (23.58)	41 (38.68)	26 (24.53)	14 (13.21)
Statut vis-à-vis du logement	30 (28.30)	35 (33.02)	26 (24.53)	15 (14.15)
Situation financière perçue	56 (52.83)	33 (31.13)	13 (12.26)	4 (3.77)

Tableau 7 : Recueil des 9 informations utiles

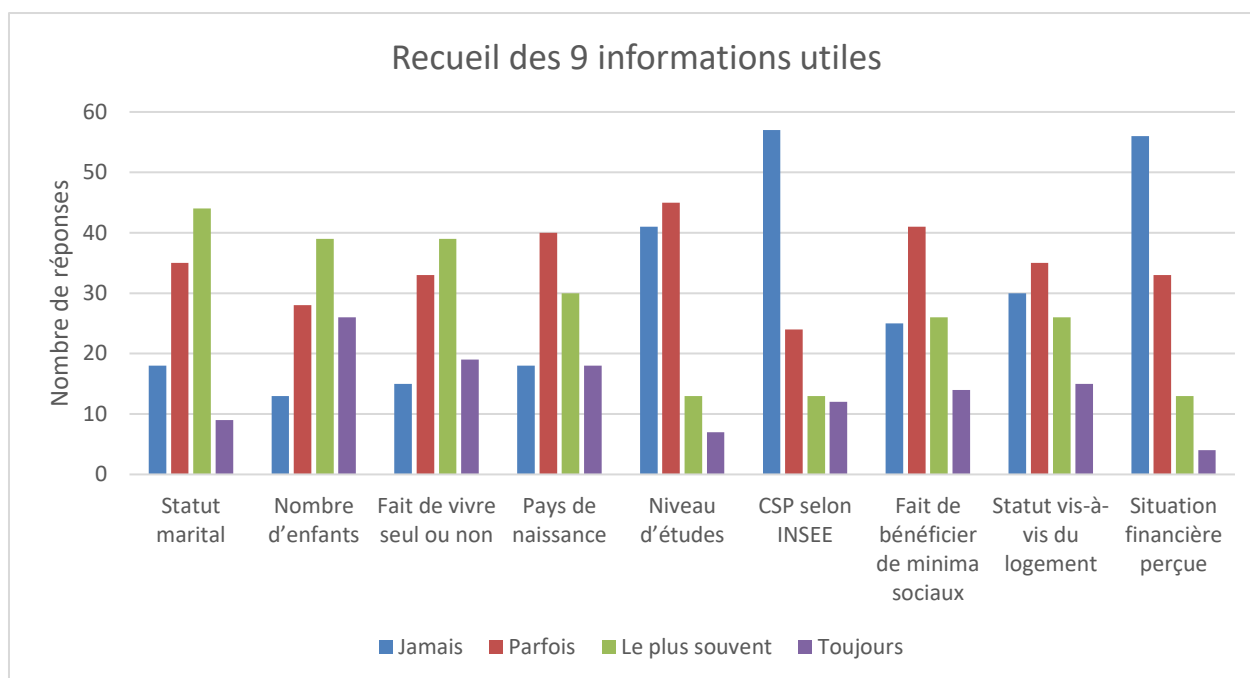


Schéma 15 : Recueil des 9 informations utiles

Les données concernant la fréquence du recueil de la situation sociale des patients ont été croisées avec :

- Les caractéristiques des MG, de leur mode d'exercice et de leur contexte d'exercice : il n'y avait pas de différence significative du taux de recueil de la plupart des informations sociales associée à ces caractéristiques (cf. annexe 7).
- Le niveau de connaissances déclaré sur les ISS (bon, mauvais, moyen) : bien que les différences soient non significatives, la proportion du recueil des infos sociales était souvent supérieure chez ceux déclarant un bon niveau de connaissance sur les ISS (cf. annexe 8).
- Sans qu'il n'y ait de différence significative, les 8 personnes qui connaissaient les recommandations du collège des MG déclaraient recueillir toujours ou le plus souvent les informations sociales en dehors de la catégorie socio-professionnelle.

Bien que les différences soient non significatives statistiquement, la proportion du recueil des informations sociales était souvent supérieure chez ceux déclarant un bon niveau de connaissance sur les ISS.

V. Description de la perception du rôle dans la réduction des ISS en tant que MG

- Perception du rôle des soins primaires dans la lutte contre les inégalités sociales de santé

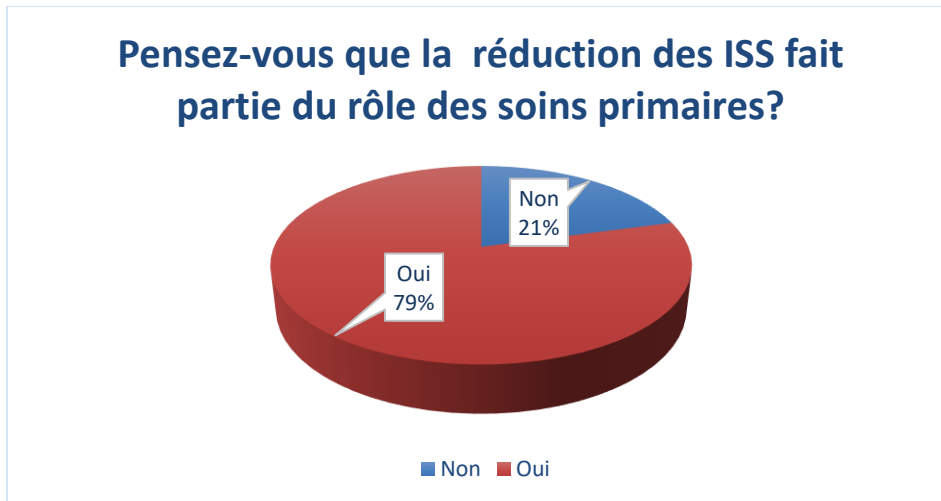


Schéma 16 : Opinion sur le rôle des soins primaires dans la réduction des ISS

Environ 80 % des MG (N= 84, 79.25 %) estimaient que la lutte contre les ISS fait partie du rôle des soins primaires.

- **Caractéristiques des MG associées au fait d'estimer que la réduction des ISS fait ou non partie du rôle des soins primaires**

Les femmes considéraient plus souvent que les hommes que la réduction des ISS fait partie du rôle des soins primaires ($p = 0.0517$). Les autres caractéristiques des MG (notamment leur mode et contexte d'exercice) interrogés n'avaient pas d'influence statistiquement significative pour cette question (cf. annexe 10).

- **Lien entre estimation du rôle des soins primaires dans la réduction des ISS et pratiques**

Les médecins pour qui la réduction des ISS fait partie du rôle des soins primaires pratiquaient plus souvent le tiers-payant que ceux qui pensaient que la réduction des ISS ne fait pas partie du rôle des soins primaires (86 % vs. 13 %, $p = 0.047$). On observait également une tendance à ne pas orienter vers des spécialistes en secteur 2 ainsi qu'à vérifier la protection maladie plus souvent et proposer plus souvent des plages de consultation sans RDV chez les médecins estimant que la réduction des ISS fait partie du rôle des soins primaires, bien que pour ces variables la différence ne soit pas significative (cf. annexe 6).

- **Estimation de la capacité à répondre aux besoins sociaux en santé des patients**

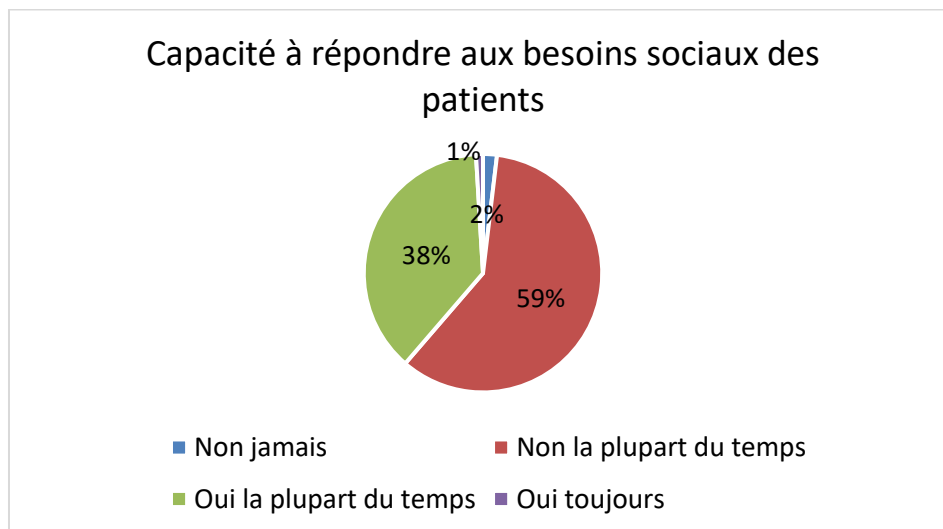


Schéma 17 : Estimation de la capacité à répondre aux besoins sociaux en santé des patients

En revanche, les MG interrogés s'estiment en majorité incapables de répondre à des besoins sociaux qu'ils auraient repéré chez leurs patients (N= 65, 61.32 %).

Il n'y avait pas de lien statistique entre le mode d'exercice des MG interrogés, la catégorie socio-économique de leur patientèle, l'EDI du quartier d'exercice, et le fait de se penser à même ou non de répondre aux besoins sociaux des patients (cf. annexe 10).

Il n'y avait pas non plus de lien retrouvé entre l'opinion concernant le rôle à jouer des soins primaires dans la réduction des ISS et la réponse à cette question ($p = 0.3254$).

Les raisons invoquées sont principalement un manque de connaissance des ressources sociales pour aider leurs patients, ainsi que l'opinion que ce n'est pas leur rôle. La rémunération ou la formation avaient peu d'influence.

Chez ceux qui affirment se sentir à même de répondre aux besoins sociaux des patients, c'est en 1^{er} lieu le réseau (« connaissance personnelle des structures sociales et médico-sociales environnantes, je sais à qui m'adresser ») qui les aide le plus (78 % des réponses).

Tableau 8 : Eléments aidant ou limitant la prise en charge des besoins sociaux des patients

Si oui : quel est l'élément qui vous aide le plus ?	Effectif (%) N= 41	Si non, quel est l'élément qui limite le plus la prise en charge des besoins sociaux de vos patients ?	Effectif (%) N= 65
Travail en équipe	2 (4.88)	Ce n'est pas mon rôle	15 (23.08)
Mes connaissances	4 (9.76)	Manque de connaissance des ressources sociales pour orienter	29 (44.62)
Mon réseau	32 (78.05)	Manque de formation	6 (9.23)
Autre	3 (7.32)	Manque de rémunération	1 (1.54)
		Manque de temps	14 (21.54)

- **Opinion des MG sur la participation de leur mode d'exercice à la réduction des ISS**

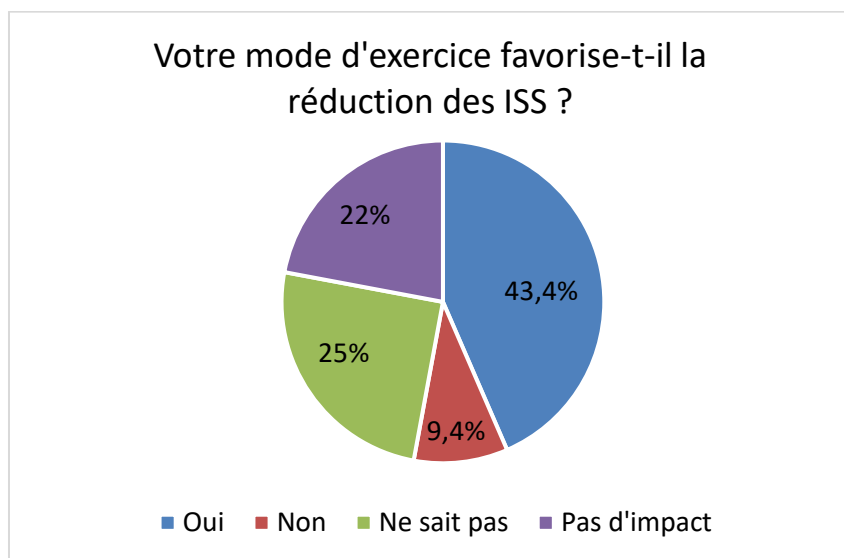


Schéma 18 : Estimation de la participation du mode d'exercice à la réduction des ISS

Seuls 43.4 % (N= 46) des MG interrogés estimaient que leur mode d'exercice participe à la réduction des ISS. 47 % ne savaient pas ou pensaient qu'elle n'a pas d'impact (N= 27, 25 % et N= 23, 22 % respectivement), et 9.4 % (N= 10) pensaient qu'elle ne participe pas à la réduction des ISS.

En analysant le lien entre la réponse à cette question et le mode d'exercice (en groupe vs. isolé des MG interrogés), il y avait une tendance, presque significative, à considérer que son mode d'exercice favorise la réduction des ISS chez les MG exerçant en groupe ($p = 0.0963$).

Mode d'exercice	Votre mode d'exercice participe-t-il à la réduction des ISS ?				<i>p value</i>
	Je ne sais pas N= 27 (%)	Pas d'impact N= 23 (%)	Non N= 10 (%)	Oui N= 46 (%)	
En groupe	20 (25.97)	13 (16.88)	6 (7.79)	38 (49.35)	0.0963
Seul	7 (24.14)	10 (34.48)	4 (13.79)	8 (27.59)	

Tableau 9 : Estimation de la participation à la réduction des ISS en fonction du mode d'exercice

- **En quoi votre mode d'exercice participe à la réduction des ISS ?**

L'analyse des verbatims des 46 médecins ayant répondu que leur mode d'exercice participe à la réduction des ISS est en annexe 11.

Les principaux thèmes dégagés de cette question à réponse libre étaient :

- La non avance des frais par le patient (que ce soit pratique du tiers-payant, actes gratuits ou paiement différé en fonction des capacités du patient. N= 23, 30 % des répondants).
- L'accueil inconditionnel (N=14, 18 % des répondants).
- L'accès facilité au MG (à travers des plages de consultation sans RDV, des horaires d'ouverture larges ou encore être joignable au téléphone directement. N= 13, 17 %).

Les autres thèmes évoqués étaient

- Le fait d'avoir une patientèle défavorisée (N= 10).
- Travailler en lien ou en réseau avec des travailleurs sociaux (N= 8).
- Connaître et être en mesure d'aider les patients dans les démarches
- La possibilité de recevoir des patients non francophones (N= 5).

- **En quoi votre mode d'exercice ne favorise pas la réduction des ISS ?**

L'isolement (N= 3) et le manque de temps (N= 3) étaient les principales raisons évoquées, suivies du mode d'exercice libéral et du mode d'organisation avec des consultations principalement sur RDV.

L'analyse de ces verbatims est en annexe 12.

VI. Besoin de formation sur les DSS et ISS ressenti par les MG

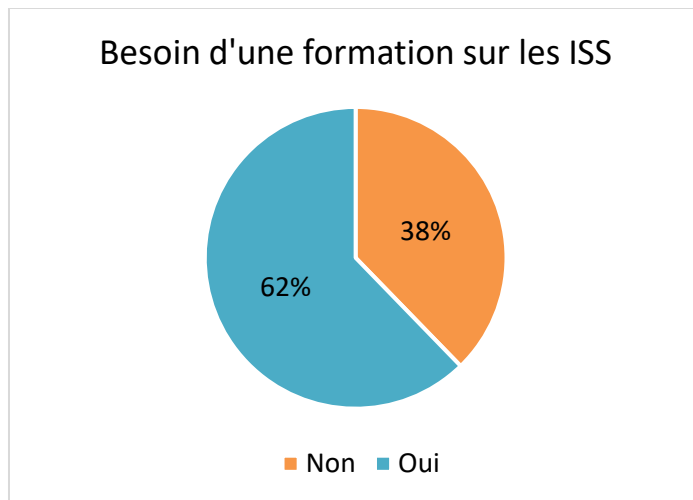


Schéma 19 : Besoin de formation sur les ISS

Parmi les médecins interrogés, 62 % d'entre eux (N= 66) estimaient avoir besoin de formation sur les déterminants sociaux de la santé et sur les inégalités sociales de santé.

DISCUSSION

I. Atouts et limites de l'étude

A. Limites de l'étude

Il s'agissait d'une étude descriptive déclarative, d'un niveau de preuve scientifique faible.

La taille de l'échantillon était également faible avec 106 questionnaires remplis, il existe donc un biais de sélection important.

Le questionnaire était assez long, ce qui a pu limiter le nombre de réponses.

La formulation de certaines questions n'a pas permis de réponses satisfaisantes, comme la question sur l'orientation des patients vers des spécialistes en secteur 2. Il s'agissait du premier questionnaire construit par la chercheuse, des maladresses de formulations ou de modalités de réponses à certaines variables pourraient limiter l'analyse de ces réponses.

Le questionnaire étant auto-administré, il existe de fait un biais de déclaration, ainsi qu'un biais de mémorisation et un biais de classement.

Enfin, le sujet en lui-même a pu sélectionner des médecins en fonction de l'intérêt et des connaissances qu'ils portent au sujet, avec un risque d'avoir des réponses provenant en majorité de médecins engagés ou militants. Le choix d'exclure les MG exerçant en secteur 2 a pu renforcer cela.

B. Forces de l'étude

La principale force de l'étude réside dans l'originalité du sujet et du questionnaire adressé aux médecins généralistes : cette enquête descriptive peut permettre de dresser un premier état des lieux des pratiques des médecins généralistes de Toulouse et mettre en évidence leurs difficultés vis-à-vis des inégalités sociales de santé.

Le taux de réponse de 27 % peut par ailleurs être considéré comme satisfaisant.

II. Discussion des principaux résultats

1. La population étudiée

Démographie :

Il y avait 56.6 % de femmes parmi les répondants, ce qui est un pourcentage plus élevé que la moyenne retrouvée en Midi Pyrénées (63 % des MG d'Occitanie étaient des hommes en 2015). Cela peut en partie s'expliquer par le fait que la population étudiée était plus jeune (55.6 % avaient moins de 55 ans), or la profession s'est féminisée de manière récente (83).

Les MG interrogés étaient plutôt issus de catégories sociales supérieures, ayant dans 58.5 % des cas au moins un des 2 parents ayant fait des études supérieures. Plusieurs études sur le milieu d'origine des médecins montrent qu'ils sont plutôt issus de catégories favorisées (84) (85). Toutefois ces études ne mentionnaient pas le niveau d'études des parents mais leur profession ; seulement 10 % des étudiants en médecine avaient un parent ouvrier. Or dans notre étude on retrouve 22.6 % de personnes dont le parent le plus qualifié était soit sans diplôme, soit avait un niveau CAP/ Brevet. Il est possible que notre population soit plus issue de classes populaires et ne soit pas représentative de la population générale des médecins généralistes.

Contexte d'exercice :

Les MG interrogés ayant répondu au questionnaire exerçaient dans des quartiers d'EDI comparable à l'ensemble des MG inclus n'ayant pas répondu ($p = 0,7163$). On peut en conclure que notre population est comparable aux médecins de Toulouse en termes de contexte social d'exercice. Cela peut éviter l'écueil de réponses qui émaneraient uniquement de médecins exerçant en milieu défavorisé.

On retrouvait plutôt moins de médecins exerçant seuls qu'en moyenne dans la Haute-Garonne selon les derniers chiffres de 2015 (27.36% dans notre étude vs. 41.2 %) (86).

2. Pratiques des MG vis-à-vis des ISS : des pratiques adaptées à la patientèle et au niveau de défavorisation du quartier d'exercice

- Consultations sans RDV :

Les MG interrogés avaient des plages de consultation sans RDV dans 60 cas sur 106 (56.6 %).

Les hommes avaient plutôt tendance à avoir plus souvent des plages de consultation sans RDV dans leur emploi du temps ($p = 0.0059$), mais il peut s'agir là d'un effet âge, les MG hommes interrogés étant plus souvent plus âgés.

En effet, le fait de consulter exclusivement sur RDV est peut-être une pratique plus récente, liée au développement du télésecrétariat et de sites de prise de RDV en ligne (type Doctolib), sans que nous n'ayons pu trouver d'étude le démontrant.

Ce paramètre est important dans la lutte contre les ISS. En effet, le fait d'avoir des plages horaires où les patients peuvent consulter sans RDV peut être un moyen de rendre les consultations accessibles à tous, y compris les personnes n'ayant pas la possibilité, pour quelque raison que ce soit (barrière de langue, illettrisme, difficultés d'accès à un téléphone, etc.), de prendre RDV (86). En outre, cela pourrait permettre d'éviter des consultations inutiles aux urgences : une étude menée dans un centre de soins sans RDV a montré que 50 % des patients y consultant seraient allés aux urgences s'il n'y avait pas eu de possibilité de consultation sans RDV, la raison évoquée étant majoritairement la difficulté à obtenir un RDV avec son médecin traitant rapidement ; à l'inverse, une autre étude réalisée aux urgences montre que 58 % des patients estiment que leur problème de santé aurait pu être géré par un généraliste (87) (88).

- Pratique du tiers-payant :

61.3 % (N= 65) des MG interrogés pratiquaient le tiers-payant (TP) généralisé en dehors des cas obligatoires prévus par la loi. Il y avait un lien significatif entre la défavorisation du quartier d'exercice et ces résultats ($p = 0.0031$), ce que l'on peut interpréter comme une adaptation des médecins aux capacités financières de leurs patients, avec une volonté de ne pas faire faire l'avance des frais. Cela concorde avec une étude réalisée en Midi-Pyrénées en 2016, où les médecins déclaraient pratiquer le TP en dehors des cas obligatoires pour des patients en difficultés financières dans 72 % des cas (« tiers-payant social »).

La pratique du tiers-payant en dehors des cas obligatoires était plutôt plus faible que dans cette étude (où le taux était de 94 %), mais cela peut venir du fait que depuis cette étude, les cas de TP obligatoire ont été étendus aux personnes en ALD et bénéficiant de la CSS notamment (89).

Le fait de pratiquer le tiers-payant est un des leviers qui permet de lutter contre le renoncement aux soins pour raisons financières (11), bien qu'il soit relativement peu fréquent pour des consultations de médecine générale (90).

- Orientation en secteur 2 avec dépassement d'honoraires :

Les MG interrogés orientaient régulièrement ou parfois leurs patients vers des spécialistes en secteurs 2. Cette question était toutefois peu informative, la réponse « parfois » pouvant signifier à la fois « de manière exceptionnelle, lorsqu'il n'existe pas d'alternative » mais pouvant également signifier que les MG interrogés avaient interprété la réponse « régulièrement » comme « souvent ».

Il n'y avait pas d'association significative avec les variables des MG et de leur mode d'exercice.

Cette question aurait probablement dû être formulée différemment pour être significative.

La question de l'orientation vers des spécialistes en secteur 2 pouvant pratiquer le dépassement d'honoraires pose la question du creusement des inégalités d'accès aux soins. Les MG pourraient orienter vers ce secteur prioritairement des patients « solvables », (les spécialistes en secteur 2 restreignant de fait l'accessibilité à leur consultation par leurs tarifs), laissant une majorité de patients moins fortunés être orientés vers des spécialistes en secteur 1.

Or ces derniers sont de moins en moins nombreux ; d'après une enquête de la DREES, la proportion de spécialistes en secteur 2 a tendance à augmenter : « fin 2014, en France métropolitaine, c'est le cas de 43 % des spécialistes en activité contre 38 % dix ans plus tôt » (91).

Le risque est alors de voir de plus en plus une médecine à deux vitesses, où les patients les plus défavorisés seraient de moins en moins orientés vers des spécialistes, pour des raisons d'accessibilité financière.

- Vérification du type de protection maladie avant de prescrire un examen ou un traitement :

87 MG (82 %) déclaraient vérifier toujours ou le plus souvent le type de protection maladie de leur patient avant de prescrire un examen ou traitement. La seule association retrouvée était avec l'âge des MG, les plus jeunes et thésés plus récemment étant plus à même de vérifier la protection maladie ($p = 0.0297$ et $p = 0.0070$ respectivement).

Il nous paraissait pertinent de poser cette question, car soigner ne se limite pas à la prescription en elle-même : il s'agit de s'assurer que la prescription pourra être réalisée, dans ses aspects pratiques et financiers. D'après les recommandations du CMG, « *de nombreux cas de renoncements aux soins, de problèmes d'observance ou de non suivi des préconisations trouvent leur origine dans le remboursement partiel des frais engagés* » (11).

En outre, la proportion de patients sans protection maladie complémentaire augmente au fur et à mesure de la défavorisation, et l'absence de complémentaire est alors la variable qui explique le plus le renoncement aux soins (66).

Dans la thèse de Céline Ernst-Toulouse et Charlotte Nollet, étude qualitative portant sur le recueil de la situation sociale en médecine générale et qui suivait le canevas des recommandations du CMG, les MG interrogés semblaient la recueillir de manière « passive », et peu notaient l'existence ou non d'une mutuelle (92).

Notre étude semble mettre en évidence une plus grande attention quant à la vérification de l'assurance maladie.

3. Connaissances sur les DSS et ISS et lien avec des pratiques adaptées à leur réduction

Il s'agissait dans cette partie du questionnaire d'évaluer le niveau de connaissances des médecins généralistes quant aux DSS et ISS.

Les MG interrogés avaient globalement une répartition équilibrée de leur estimation de niveau de connaissance sur les DSS. Il y avait un lien entre le niveau déclaré de connaissances sur le sujet et le fait d'avoir des pratiques adaptées : le fait de consulter sans RDV et de vérifier la protection maladie étaient par exemple associés de manière significative à un bon niveau de connaissances ($p = 0.0046$ et $p = 0.0008$, respectivement, cf. annexe 5).

On peut postuler que les MG déclarant un bon niveau de connaissances sont sensibilisés sur le sujet et adoptent une attitude pro-active pour réduire les ISS à l'échelle de leur cabinet, à l'instar de ce qu'avaient retrouvé Céline Ernst-Toulouse et Charlotte Nolet dans leur étude : au travers d'une typologie des médecins interrogés, il ressortait plusieurs catégories de médecins : les « réticents » à recueillir les informations sociales étaient en général peu sensibilisés à la question des DSS et ISS (92).

Cela renforce l'idée que « la connaissance est un préalable à l'action ». En effet, il ne paraît pas possible de vouloir réduire les ISS en soins primaires si les praticiens n'ont pas les connaissances nécessaires sur le sujet.

Cela appuie également la nécessité d'un enseignement des inégalités sociales de santé dès les premiers cycles des études médicales, ainsi que plus de propositions de formations de développement professionnel continu (DPC) sur le sujet.

- Différence perçue d'espérance de vie entre un cadre et un ouvrier :

Les MG interrogés étaient largement conscients de la différence d'espérance de vie, puisque 95.3 % d'entre eux (N= 101) répondaient oui à cette question.

En revanche, la différence était surestimée, puisque celle-ci est de 6 ans et non de 8,6 ans (moyenne des réponses des 101 MG ayant répondu) (3).

- Estimation de l'impact différencié du statut socio-économique sur la prévalence de certaines pathologies :

Pour le diabète, 80 % des MG interrogés répondaient qu'il touche plutôt les personnes ayant un bas niveau socio-économique, ce qui était la réponse attendue. En revanche, il est étonnant de constater que 20 MG (18.9 %) répondaient que cela touche de manière égale toutes les catégories socio-économiques.

Le même constat est fait pour le cancer du col de l'utérus : près de 35 % des MG interrogés pensent qu'il touche de manière égale toutes les catégories. Or les populations les plus défavorisées sont aussi les moins dépistées, d'où potentiellement une prévalence plus importante de ce cancer dans ces catégories socio-économiques (93).

La réponse à la question des violences intra-familiales interpelle : 46 médecins, soit 43.4 % d'entre eux pensent que cela touche de manière égale toutes les catégories socio-économiques. Or si ces violences peuvent se produire dans toutes les catégories, la probabilité de se déclarer victime de violences augmente avec la défavorisation (94).

Globalement, les réponses à cette question interrogent sur les connaissances des médecins généralistes sur les déterminants sociaux de pathologies ou événements de vie adverses pourtant extrêmement fréquents en médecine générale et pour lesquels ils sont en première ligne. Cela confirme l'idée que les connaissances des MG au sujet des ISS sont encore « intuitives et fragmentaires », comme le soulignait le rapport du CMG (11).

Ainsi que l'expliquent Sir Michael Marmot et al., la méconnaissance ou connaissance partielle des déterminants sociaux de certaines pathologies peut conduire à un effort insuffisant de prévention, voire à un sous-diagnostic et donc à des pertes de chances pour les patients (95).

- Estimation de l'existence d'un renoncement aux soins pour raisons financières en France :

Les MG interrogés étaient à 93.4 % (N= 99) conscients de l'existence de ce phénomène.

Ce fort taux de réponse peut s'expliquer à travers le fait que la question des ISS est en France largement abordée dans le débat public à travers la question de l'accessibilité financière aux soins et des mesures mise en place pour l'améliorer, notamment depuis le début des années 2000 à travers la création de la CMU.

- Dispositifs existants en France pour favoriser l'accès aux soins :

Cette question était une question à réponse libre. L'analyse des verbatims a permis de mettre en évidence que la question a largement été lue à travers la question de l'accès financier aux soins : c'est principalement les dispositifs comme la CMU, la CSS ou encore l'AME qui ont été cités la plupart du temps (N= 76).

Il est intéressant de noter que bien que l'on ait questionné l'accès aux soins en France, le centre de santé associatif Toulousain « La Case de Santé » a été cité 12 fois. En effet, les centres de santé ont, dans leurs principes, l'accès aux soins pour tous, notamment à travers la pratique du tiers-payant intégral et des consultations sans RDV en journée continue, limitant ainsi le

renoncement aux soins pour raisons d'impossibilité d'avance des frais ou impossibilité de prendre RDV. La présence de travailleurs sociaux au sein de l'équipe est également peut-être une raison qui a mené les MG interrogés à identifier ce centre de santé comme lieu favorisant l'accès aux soins.

- Opinion sur le principal effet du tiers-payant sur le patient en consultation chez le médecin généraliste :

Cette question était une question à choix unique, il s'agissait de donner son avis sur le principal effet du TP, ne permettant pas de recueillir de manière fine l'opinion des MG sur le sujet.

Les deux-tiers (N= 71, 66.9 %) des MG interrogés estimaient que le principal effet est celui de l'accessibilité financière aux soins « il permet aux patients de se soigner facilement », mais 6.6 % estimaient qu'il « incite à la surconsommation de soins » et près de 18 % (N= 19, 17.9 %) qu'il déresponsabilise le patient. Ces opinions n'avaient pas de lien statistiquement significatif retrouvé avec les caractéristiques des MG interrogés.

L'avantage en termes d'accès aux soins mais aussi la crainte d'une surconsommation de soins rejoignent des problématiques déjà soulevées par des MG interrogés sur le sujet du tiers-payant dans une thèse qualitative de 2016 (96).

Les opinions négatives sur l'effet du tiers-payant sur le patient nous paraissent d'autant plus étonnantes que 93.4 % avaient conscience du phénomène de renoncement aux soins. Il est possible que pour ces MG, le renoncement aux soins ne concerne pas la médecine générale (et plutôt les soins optiques ou dentaires, comme cela a pu être montré effectivement (90)). Leur opinion négative peut également venir de leurs réticences à l'appliquer, pour des raisons de surcharge de travail administratif par la suite (89).

4. Recueil de la situation sociale des patients en pratique courante : un recueil jugé important

Le recueil de la situation sociale des patients était globalement jugé important, surtout chez les MG ayant de bonnes connaissances sur les ISS. Les MG n'avaient cependant pas connaissance

des recommandations du CMG, aucun n'utilisait de score, et le recueil informatisé était peu adapté.

- Opinion sur l'importance du recueil de la situation sociale des patients :

Tous les médecins interrogés sauf un considéraient que le recueil de la situation sociale des patients est utile ou indispensable (N= 53.5 % et N= 52, 49.1 % respectivement). Cela diffère de la thèse de Céline Ernst-Toulouse et Charlotte Nollet (bien que qualitative, sur les 25 médecins interrogés plusieurs étaient réticents à l'idée d'un recueil systématique) (92).

Les médecins qui avaient déclaré un bon niveau de connaissances sur le sujet des DSS jugeaient plus souvent que ce recueil est indispensable ($p = 0.0066$). Il peut s'agir en effet de médecins « pro-actifs », voire militants, que le sujet intéresse et qui ne remettent pas en cause l'importance d'un tel recueil, comme cela était retrouvé dans plusieurs thèses qualitatives (14) (13).

- Connaissance des recommandations du CMG :

Par cette question nous avons souhaité évaluer la connaissance, par les médecins généralistes que nous interrogeons, des recommandations du CMG de 2014, 5 ans après leur diffusion.

Seuls 8 médecins avaient connaissance de telles recommandations. Cela peut sans doute s'expliquer par le mode de diffusion de ces recommandations, le temps écoulé depuis leur parution (biais de mémorisation).

- Fait de posséder un onglet dédié dans le logiciel métier pour entrer les informations sur la situation sociale :

Cette question était issue des recommandations du CMG, qui émettaient également des recommandations à l'égard des éditeurs de logiciels métiers : (11)

« Chaque praticien devra pouvoir :

- Renseigner facilement les 16 informations utiles dans son dossier informatisé
- Retrouver l'évolution de ces informations dans le temps
- Réaliser un recueil standardisé de ces informations

- Extraire ces données pour pouvoir les analyser ».

Nous avons souhaité savoir si, par un onglet dédié, il était possible pour chaque praticien de renseigner facilement les informations et avoir une forme de standardisation (données disponibles au même endroit pour tous les patients).

Or notre étude montre qu'il n'y a d'onglet prévu dans la configuration de leur logiciel que pour 42.5 % d'entre eux. Pour les autres MG interrogés, c'est dans 6.6 % des cas un onglet créé par le MG, et le reste du temps, pour la majorité des MG (50.1 %, N= 54), les informations sont « casées » où c'est possible. Cette répartition souvent peu systématisée des informations sur la situation sociale des patients était déjà évoquée par les médecins interviewés dans une étude qualitative (97). L'intérêt d'améliorer les logiciels et les modalités de saisies y était mentionné.

En effet, comment rendre le recueil actif, formalisé et pertinent, en l'absence de lieu informatique dédié ?

- Utilisation d'un score ou référentiel :

Cette question se pose d'autant plus avec l'absence totale d'utilisation de score ou référentiel.

Les médecins recueillent donc probablement les informations intuitivement, selon ce qui leur paraît pertinent. Cela concorde avec plusieurs études menées sur le sujet (12) (98). On peut supposer cependant que ce recueil « intuitif » a des limites, posées justement par les connaissances des praticiens sur le sujet.

- Recueil des informations sur la situation sociale des patients :

Recueil des sept informations indispensables :

Six des sept informations indispensables étaient déclarées être recueillies le plus souvent ou toujours. La « compétence en santé » était peu recueillie, cela peut venir du fait que ce concept est peut-être peu connu des MG, et sa définition floue.

Concernant les neuf informations utiles d'après le CMG, six d'entre elles ne sont que « parfois » voire « jamais » recueillies dans plus de la moitié des cas.

Le taux de recueil des différentes informations est influencé par le niveau de connaissance déclaré sur les DSS, bien que ce ne soit pas statistiquement significatif. Les huit MG ayant déclaré connaître les recommandations ont déclaré majoritairement recueillir toujours / le plus souvent les informations sociales, dont 100 % d'entre eux pour quatre variables. Bien que ce lien ne fût pas statistiquement significatif, on peut supposer un effet « connaissance des recommandations » sur le recueil effectif.

Nous avons cherché à savoir, à travers des analyses bivariées, s'il existait un lien entre les caractéristiques des MG interrogés, leurs réponses à certaines questions préalables et le taux de recueil des différentes informations sociales : nous n'avons pas retrouvé d'associations significatives pour chaque information sociale.

Ces résultats rejoignent ceux de la thèse de Sibylle le Cour-Grandmaison, qui avait effectué une étude observationnelle en cabinet de médecine générale : si les informations jugées « indispensables » par le collège de médecine générale étaient le plus souvent recueillies, les 9 informations « utiles » l'étaient assez peu (92).

5. Perception du rôle à jouer en tant que médecin généraliste dans la réduction des inégalités sociales de santé et estimation de sa capacité à répondre aux besoins sociaux des patients

- Opinion sur le rôle à jouer des soins primaires dans la réduction des ISS

Une grande majorité des MG interrogés (79.25 %, N= 84) estimaient que la réduction des ISS fait partie du rôle des soins primaires. Cela rejoint la thèse de Christine Lemaire : dans son étude, les MG interviewés estimaient tous sauf un avoir un rôle à jouer dans la réduction des ISS (99).

Les MG qui estimaient que la réduction des ISS fait partie du rôle des soins primaires avaient tendance plus que les autres à adopter des pratiques permettant cette réduction, bien que cela ne soit significatif que pour le tiers-payant ($p = 0.047$).

Il y avait également un lien entre le fait de penser que la réduction des ISS fait partie du rôle des soins primaires et le recueil de certaines informations sociales, parfois significatif (pour le fait d'être en couple ou non, le fait de vivre seul ou non, et la profession). Cela rejoint les résultats de la thèse d'Aurélié David-Meslin, sur le repérage des situations de précarité des

patients par des médecins généralistes de Loire-Atlantique : les MG se sentaient globalement concernés, mais la démarche était plus active chez ceux qui considéraient que cela faisait partie de leur rôle (98).

En revanche, les MG interrogés, s'ils pensaient en majorité que la réduction des ISS soit en partie du ressort des soins primaires, ne se sentaient pour autant pas à même de répondre aux besoins sociaux des patients (« jamais » ou « la plupart du temps » N= 65, 61.3 %).

Le manque de connaissances des ressources sociales environnantes pour orienter leurs patients arrivait en tête des raisons évoquées comme limitant cette prise en charge. A l'inverse, c'est le réseau (« connaissance personnelle des structures sociales et médico-sociales environnantes, je sais à qui m'adresser ») qui était le plus cité comme étant l'élément clé chez les médecins ayant répondu se sentir à même de répondre aux besoins sociaux de leurs patients.

On peut mettre ces résultats en parallèle avec les difficultés énoncées par les médecins face aux problématiques sociales de leurs patients dans la thèse qualitative d'Annie de Oliveira : « *les médecins exprimaient leur manque de formation aux questions sociales, leur mauvaise connaissance des aides existantes et leur difficulté à aiguiller les patients vers les bonnes structures* », et les stratégies d'adaptations se trouvaient notamment dans le recours à d'autres professionnels de leur réseau « *ils faisaient volontiers appel aux centres d'action sociale de proximité* » (14).

Cette capacité à répondre aux besoins sociaux des patients, à l'échelle des soins primaires, est cruciale tant pour la qualité des soins que pour le bien-être des soignants.

En effet, une étude menée aux Etats-Unis a pu montrer une association significative entre la perception des médecins de leur capacité à répondre aux besoins sociaux des patients et un moindre risque de symptômes de burn-out (De Marchis et al., J Am Board Fam Med., 2019) (100). Une autre étude mettait en évidence l'association entre la capacité perçue à répondre aux besoins sociaux des patients et la perception d'une plus grande qualité des soins dispensés (Pantell et al., Ann Fam Med 2019) (101).

Dans notre étude, il n'y avait en revanche pas de lien retrouvé entre le mode d'exercice, la catégorie socio-économique de la patientèle, l'EDI du quartier d'exercice et le fait de se penser à même ou non de répondre aux besoins sociaux des patients. On peut à la fois y voir le fait que les médecins exerçant dans les zones les plus défavorisées ne sont pas « précaritologues », mais

également un signe d'« *inverse care law* », où les médecins qui sont le plus confrontés à des problématiques sociales ne sont pas mieux à même d'y répondre.

- Opinion des MG sur la participation de leur mode d'exercice à la réduction des ISS

43.4 % (N= 46) des MG interrogés estimaient que leur mode d'exercice contribuait à la réduction des ISS. Les réponses libres à la question associée (« en quoi votre mode d'exercice participe à la réduction des ISS ? ») mettaient en évidence que c'était surtout à travers la question de la non avance des frais par le patient que les médecins pensaient lutter contre les ISS : tiers-payant, actes gratuits, ajustement aux capacités de paiement du patient étaient évoqués par 30% des répondants ; tandis que l'accessibilité au MG était également évoquée, à travers le fait d'avoir des plages de consultation sans RDV ou d'être joignable directement au téléphone.

Ces réponses rejoignent les recommandations : en effet, la pratique du tiers-payant généralisé et le fait de proposer des consultations sans RDV sont recommandés pour réduire les ISS dans le cadre des soins primaires (11).

A l'inverse, 10 médecins ont répondu que selon eux, leur mode d'exercice ne favorisait pas la réduction des ISS (une des réponses n'a pu être exploitée, car il s'agissait d'une réponse à la question « en quoi votre mode d'exercice participe à la réduction des ISS », mise au mauvais endroit sans doute). Sur les 9 réponses analysées, les raisons évoquées étaient principalement l'isolement (N= 3) et le manque de temps (N= 3). Il est intéressant de noter également que 2 d'entre eux mentionnaient le mode d'exercice libéral comme obstacle à des actions de réduction des ISS dans leur pratique, ainsi que l'organisation sur RDV uniquement. En effet, la rémunération à l'acte, ne prenant pas en compte le temps passé hors-soin (notamment pour les actions de coordination, d'aide aux démarches administratives, etc), a déjà été mentionnée comme un obstacle dans certaines études qualitatives (14).

Enfin, 25 % des MG interrogés n'avaient pas d'opinion sur l'impact de leur mode d'exercice sur les ISS et 22 % d'entre eux pensaient avoir un impact neutre (pas d'impact). Ces réponses montrent peut-être un intérêt faible pour la question ou tout du moins l'absence d'évaluation de sa propre pratique au regard des ISS.

6. Besoin de formation des MG sur les ISS

Nous avons souhaité connaître à travers cette question, le besoin de formation des médecins quant aux ISS. Le fait de poser cette question en toute fin de questionnaire permettait aux médecins de juger leur besoin de formation à la lumière des questions posées précédemment.

62 % (N= 66) d'entre eux estimaient avoir besoin d'une formation.

Cela concorde avec les connaissances déclarées sur les ISS, puisque seuls 41.5 % (N= 44) des MG avaient une bonne connaissance du sujet. A l'heure actuelle, les praticiens interrogés n'avaient dans 83 % (N= 88) des cas pas reçu de formation initiale sur le sujet. En effet, l'introduction du sujet dans les programmes des étudiants en médecine est récente mais abordée à travers la question de la précarité, notamment avec l'item 57 « Sujets en situation de précarité ». Il existe également un Diplôme Universitaire « Santé/Précarité » proposé par des facultés de médecine. Toutefois cela représente un écueil qu'avaient déjà repéré Ségolène Esnst et Irène Mériaux en 2014 : il s'agit d'un enseignement facultatif, qui gagnerait à être plus présent dans l'enseignement commun des 3 cycles des études médicales (102).

III. Perspectives : comment les médecins généralistes peuvent-ils, au sein des soins primaires, participer à la réduction des inégalités sociales de santé ?

Les soins primaires peuvent contribuer à réduire les inégalités sociales de santé, ou tout du moins ne pas les aggraver, à travers plusieurs aspects :

1. Au niveau des professionnels de soins primaires eux-mêmes :

- **Former les MG aux inégalités sociales de santé**

La formation initiale des médecins pourrait inclure des notions de sociologie, d'économie et de santé publique, avec une formation aux DSS à la fois théorique et pratique, dès le premier cycle

des études médicales (103). En effet la notion de gradient social de l'état de santé, ou la prévalence socialement différenciée de pathologies chroniques courantes, sont encore floues pour de nombreux médecins. L'importance de cette question, son implication en termes de morbidité et de mortalité est telle qu'il paraît invraisemblable qu'elle ne soit pas abordée.

A cela on pourrait ajouter la formation continue théorique et pratique pour les médecins qui exercent déjà : une formation théorique aux ISS couplée à une formation pratique sur le recueil des DSS, à la production de données de santé publique, mais aussi une formation au travail en lien avec les professionnels du milieu sanitaire et social, ainsi qu'une formation à l'aide aux démarches.

- **Inciter les MG à recueillir les DSS et adopter des pratiques qui n'aggravent pas les ISS**

L'incitation à ce recueil et à cette pratique devrait se faire au-delà du militantisme individuel, notamment à travers l'incitation à l'adoption de pratiques qui n'aggravent pas les ISS : tiers payant généralisé, plages de consultation sans rendez-vous, interprétariat téléphonique généralisé à tous les cabinets, ne pas orienter vers spécialistes en secteur 2, attention portée à la couverture maladie, etc. Cette incitation généralisée au recueil et à la prise en compte de la situation sociale devrait se faire au-delà d'un militantisme individuel. En effet, d'après la thèse d' Irène Mériaux et Ségolène Ernst, « *cela peut engendrer deux types de dysfonctionnements : soit la problématique sociale du patient est ignorée et complètement détachée de sa problématique de santé, le médecin ne s'en occupe pas ; soit le médecin identifie la problématique sociale, se rend compte de son incapacité à la prendre en charge et propose alors le recours à des dispositifs identifiés comme « accueillants » voire « spécifiquement adaptés à la situation » (association, PASS, Urgences hospitalières) »*. (102)

Comme le suggérait le CMG, le nouveau mode de rémunération sur objectif de santé publique (ROSP) pourrait permettre valoriser financièrement l'enregistrement de la situation sociale des patients et le fait de chercher des solutions. En effet les problématiques d'ordre « social » sont souvent coûteuses en temps (11).

Or, s'intéresser au contexte social d'un patient prend plus de temps que de prescrire un hypertenseur, mais pourrait s'avérer plus utile (104).

2. Outils utilisables en soins primaires : messageries, logiciels, banques de données médicales, DMP

Pour s'attaquer à un problème il faut être en mesure de le connaître, de le mesurer et de communiquer.

- Recueillir les DSS en pratique courante grâce à des logiciels métiers adaptés

D'après la thèse de Maryline Pham, la faisabilité du recueil des DSS en médecine générale en France est bonne, mais elle soulignait la nécessité d'adapter les logiciels métier (105).

Les recommandations du CMG allaient également dans ce sens et mettaient en avant la nécessité d'un recueil rigoureux, standardisé, horodaté (la situation sociale étant évolutive), afin que les données soient extractibles et puissent être partagées facilement (11).

- Logiciels, applications, sites internet

Les médecins généralistes se sentent souvent démunis face aux problématiques sociales de leurs patients. On pourrait imaginer la mise en place de sites internet, applications ou logiciels de soutien aux médecins généralistes, par exemple un « social-clic » (sur le modèle d'Antibioclic / Gestaclic, etc.), qui serait adapté à chaque département ou ville. Ceci pourrait permettre de guider les médecins généralistes et savoir à qui s'adresser une fois des difficultés sociales mises en évidence chez leur patient.

- Faciliter les échanges avec les professionnels du médico-social : messageries, échanges professionnels

A l'heure actuelle, les secteurs médicaux et sociaux sont encore très cloisonnés. Pour remédier à cela dès à présent, il pourrait être intéressant de mettre en place des échanges pluriprofessionnels via des messageries ou un « carnet d'adresses » que mettraient à disposition les mairies pour tout cabinet de médecine générale. Ainsi que le souligne un article du British Journal of General Practice, les médecins généralistes, pour prendre en charge les DSS, ont besoin de ressources, telles que des systèmes d'information partagés et des bases de données (106).

3. Repenser l'organisation et le rôle des soins primaires : pluriprofessionnalité et travail en équipe, pour une prise en charge globale

Au-delà d'outils utilisables de manière individuelle par chaque médecin, se pose la question de l'organisation des soins.

Une des pistes évoquée par de nombreux auteurs est de favoriser le travail en équipe pluridisciplinaire incluant des membres non-médicaux, notamment des travailleurs sociaux (assistant(e) social(e), éducateur/trice spécialisé(e)...), des médiateurs/trices en santé, animateurs/trices de prévention par exemple, pour permettre une prise en charge intégrée (107) (108).

La prise en charge globale est amenée à faire partie du rôle des soins primaires pour plusieurs raisons. D'une part parce que le contact avec les soins primaires peut être l'occasion de faire le point sur la situation sociale des personnes et de réduire les inégalités sociales de santé par l'information et l'aide à l'accès aux droits existants. D'autre part, parce que cela peut permettre de répondre aux besoins non médicaux, ce qui répond au concept de besoins sociaux en santé (107). Si l'on veut prendre en compte les déterminants sociaux de la santé, difficile en effet d'imaginer ne prendre en charge les personnes uniquement sur un plan clinico-biologique.

Il s'agit ainsi de repenser l'activité et l'organisation des soins primaires : moins d'isolement, un travail en équipe pluridisciplinaire, salarié et non à l'acte, en intégrant d'autres professions (médiateurs/trices en santé, travailleurs sociaux, infirmier(e)s d'éducation thérapeutique, etc.) ; sortir de la vision médecin-centrée des soins primaires pourraient permettre une prise en charge des déterminants sociaux de la santé.

En France, plusieurs modes d'exercice semblent tendre vers cette collaboration pluriprofessionnelle : les réseaux de soins, les MSP, les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ou encore les centres de santé communautaires.

La loi HPST encourage ces regroupements, et d'après la loi Ma Santé 2022 l'exercice isolé doit devenir une exception (109).

En effet, la complexité croissante des besoins des patients (notamment de par la transition épidémiologique, avec des proportions de plus en plus importantes de patients multimorbides) appelle une plus grande diversité de compétences.

De plus, la réduction des ISS à travers les soins primaires, qui sont les témoins et bénéficiaires finaux de ces inégalités ne semble pas pouvoir se faire par les médecins généralistes seuls.

Les bénéfices attendus du travail en équipe sont pluriels, comme le suggèrent plusieurs études : il peut être une solution au burn-out (110), et peut permettre d'améliorer la qualité des soins primaires (101) (111).

Le schéma régional de santé dans le cadre du Projet régional de santé 2022 Occitanie appuie cela : « *L'évolution des modes d'exercice et des pratiques annonce la fin de l'exercice isolé pour les professionnels de santé libéraux. Les jeunes professionnels de santé revendiquent un exercice coordonné pluriprofessionnel leur permettant de travailler dans de bonnes conditions* » (112).

Les centres de santé pluriprofessionnels peuvent constituer une réponse : d'après le rapport IGAS de 2013, « *les centres de santé présentent pour les pouvoirs publics une contribution intéressante pour relever les défis de la transition épidémiologique, des enjeux de santé publique, de la permanence des soins et, peut-être, de la maîtrise des dépenses de soins.* » (113). En effet, les centres de santé pluriprofessionnels, notamment le modèle des centres de santé communautaires peut être une réponse grâce à la présence dans un même lieu, agissant de manière coordonnée, de membres d'une équipe pluridisciplinaires. Ceci peut permettre d'améliorer l'efficacité des soins.

Les centres de santé communautaires constituent un modèle de soins de premier recours émergent, avec l'ouverture récente de plusieurs d'entre eux :

Le Château en Santé à Marseille, ouvert en 2018 : « *Le centre de santé est porté par une association à but non lucratif [...] Il propose des consultations de médecine générale, des entretiens sociaux ou infirmiers, un suivi orthophonique dans la limite des places disponibles. Ce lieu est aussi un espace de rencontre autour d'un café, d'échanges sur la santé, sur le « prendre soin », de réflexions collectives, avec les habitants et les professionnels du territoire sur les besoins en santé du territoire, sur le fonctionnement d'une telle structure, sur les moyens de favoriser l'accès aux soins et de lutter contre les inégalités sociales de santé.* »

Le Village 2 Santé à Echirolles, ouvert en 2016 : « *Le village 2 santé est un lieu de soin et un lieu de vie organisé autour de services et d'activités à destination des habitant-e-s des quartiers de Village 2 à Échirolles, de Grand Galet à Pont-de-Claix et des alentours, ainsi que de celles et ceux qui y travaillent. Il cherche à permettre un meilleur accès à une bonne santé par la mise en place d'un accueil inconditionnel, de soins primaires médicaux et paramédicaux de qualité,*

d'activités de promotion de la santé, de soutien à l'accès aux droits, et de lutte contre les inégalités sociales, contre les discriminations, contre le racisme et le sexisme, qui tuent plus que les maladies. »

La Place Santé à Saint-Denis, ouvert en 2011 : *« Quand les problématiques sociales, économiques et médicales s'imbriquent, il est indispensable d'inventer des modèles de prise en charge moins centrés sur le soin et pluri acteurs. Il faut aussi savoir s'appuyer sur les savoirs des personnes accompagnées. L'approche que nous proposons est particulièrement adaptée à des contextes marqués par les inégalités sociales de santé mais pas uniquement. Dans une approche de santé globale, elle est particulièrement pertinente pour s'attaquer à toutes les formes de vulnérabilités. »*

La Case de Santé, ouvert en 2006 : *« La Case de Santé est un centre de santé associatif (statut association loi 1901) ayant pour but d'assurer un accès le meilleur possible pour tous aux soins et à la prévention en santé. »* L'association se réfère pour ses actions aux principes de santé communautaire, notamment à la Charte d'Ottawa (OMS – 1996). Il s'agit d'un lieu de santé ouvert à tous, sans discrimination, où se côtoient étudiants, salariés ou précaires, avec une approche spécifique autour de certaines problématiques (migrants, prisons, toxicomanie, violences faites aux femmes...) « sans en avoir l'air » pour éviter toute stigmatisation. L'association poursuit quatre objectifs :

- Participer au développement d'un échelon de santé primaire de qualité : actions de soin et de prévention pratiquées de façon validée et indépendante à un coût raisonnable.
- Prendre en compte des inégalités de santé, au travers de programmes et de protocoles spécifiques orientés vers des publics vulnérables et touchés par ces inégalités.
- Permettre la participation des usagers aux enjeux de santé aussi bien au niveau individuel que collectif (santé communautaire).
- Rendre compte de la situation de santé d'un territoire donné selon une approche globale (relevé de paramètres médico-sociaux) en créant un « observatoire local de santé ».

D'autres sont en cours de construction, à Lorient et Vaux-en-Velin par exemple.

Ces centres de santé fonctionnent en équipes pluriprofessionnelles composées de personnel médical et paramédical (médecins, sages-femmes, infirmiers, kinésithérapeutes, etc) mais aussi de professionnels tels que des médiateurs/trices en santé, des travailleurs sociaux, des accueillants, etc. Ils tendent à un mode d'organisation non-hiérarchique et les décisions se font

en équipe. Les usagers de ces centres de santé participent à leur gouvernance et à la prise de décisions.

Généraliser ce type de structure permettrait :

- D'éviter la création de structures « spécialisées dans la précarité » où seraient adressées les personnes présentant une ou plusieurs difficultés sociales, par manque de savoir ou de savoir faire des médecins généralistes. La capacité à prendre en compte les déterminants sociaux de la santé et à ne pas aggraver les ISS devrait en effet relever du droit commun et ne pas être reléguée à des associations, ONG, ou centres de santé identifiés comme « militants », comme cela semble être le cas dans notre étude.
- De changer la dynamique du premier recours, en limitant des prises en charges éclatées sur le territoire.
- De favoriser la réappropriation des parcours de soin par les personnes concernées à travers des actions communautaires.

Ces modes d'exercice pluriprofessionnels, centrés sur les patients dans leur globalité, permettraient alors des actions sur les 3 niveaux recommandés par le CMG : adapter la pratique à la situation sociale des personnes, connaître la patientèle et mettre en œuvre des pratiques adaptées ; produire des connaissances et mettre en œuvre, à l'échelle communautaire, des actions de réduction des inégalités sociales de santé.

CONCLUSION

Les inégalités sociales de santé sont une réalité à présent bien connue en France. Elles se construisent largement en dehors du système de soins. La réduction des ISS passe principalement par le fait de l'intégrer comme principe de base des décisions à tous les niveaux (logement, politique locale, urbanisme, emploi, retraites, etc.). En effet le système de soins n'est que le récipiendaire final des ISS, et son action sur celles-ci ne peut être que modérée car elles sont produites bien en amont.

Pour autant, la place des soins primaires et du médecin généraliste dans la réduction de celles-ci est reconnue. Un système de santé organisé autour des soins primaires est un modèle qui semble lutter efficacement contre les ISS. Mais pour cela, il est nécessaire que les professionnels de santé soient formés à la question des inégalités sociales de santé et qu'ils aient les moyens théoriques et pratiques d'y apporter une réponse : s'enquérir de la situation sociale des patients et adapter sa pratique peut être une première étape. A l'échelle du médecin généraliste, des recommandations ont été éditées pour inciter les médecins à recueillir les informations sur la situation sociale des patients et adopter des pratiques qui n'aggravent pas les ISS (11) (30).

Notre enquête nous a permis de dresser un premier état des lieux sur les connaissances et attitudes des médecins généralistes de Toulouse en la matière, notamment sur le recueil de la situation sociale des patients et sur les pratiques vis-à-vis des inégalités sociales de santé.

Il ressort de notre étude que les médecins généralistes sont conscients des inégalités sociales de santé puisque la quasi-totalité d'entre eux connaissent la réalité de l'espérance de vie socialement différenciée ainsi que le phénomène de renoncement aux soins. Concernant l'accès aux soins, les dispositifs d'accès financiers aux soins comme la CMU ou l'AME étaient bien connus. Il semble toutefois que les détails de ces ISS soient connus de manière plus aléatoire, notamment sur la prévalence socialement différenciée de certaines pathologies. En outre, si le tiers-payant était principalement vu comme un moyen pour les patients de se soigner facilement, près d'un quart pense qu'il déresponsabilise ou incite à la surconsommation de soins.

Des pratiques recommandées pour lutter contre les ISS à l'échelle du cabinet étaient adoptées par une majorité d'entre eux, et ce d'autant plus que leurs connaissances des déterminants sociaux de la santé étaient bonnes et qu'ils pensaient que la réduction des ISS fait partie du rôle des soins primaires.

La quasi-totalité des MG interrogés estimait également que le recueil de la situation sociale des patients est indispensable ou utile, mais très peu connaissaient les recommandations du CMG à ce sujet et aucun n'utilisait de référentiel ou score pour recueillir ces informations.

Concernant la réalité de ce recueil, si six des sept informations « indispensables » étaient majoritairement recueillies, la tendance s'inversait pour les neuf informations « utiles » qui étaient peu recueillies. On observait des différences significatives pour plusieurs items lorsque les médecins estimaient que la réduction des ISS fait partie du rôle des soins primaires. Les caractéristiques des MG et leur mode d'exercice, ainsi que leur niveau de connaissance des DSS avaient peu d'influence sur le recueil.

Si la grande majorité (79.2 %) des MG interrogés étaient convaincus du rôle à jouer des soins primaires dans la réduction des ISS, seuls 38.6 % d'entre eux s'estimaient à même de répondre aux besoins sociaux en santé de leurs patients, la raison évoquée étant principalement le manque de connaissance des ressources sociales pour orienter les patients. A l'inverse, les médecins s'estimant à même de répondre aux besoins sociaux de leurs patients évoquaient en premier lieu leur réseau, le fait de connaître les ressources sociales environnantes et de savoir à qui s'adresser.

Enfin, la majorité des MG interrogés estimaient avoir besoin d'une formation sur le sujet des inégalités sociales de santé.

Cependant, le milieu d'origine de la population de notre étude pose la question de l'extrapolation des résultats à l'ensemble des médecins généralistes de Toulouse. Une proportion importante avait des parents n'ayant pas fait d'études supérieures, ce qui est en contradiction avec les faits connus sur le milieu d'origine des médecins.

Notre étude vient néanmoins appuyer des pistes connues pour permettre une meilleure participation des médecins généralistes à la réduction des ISS à l'échelle des soins primaires : former les professionnels de santé dès les premières années de leurs études, repenser le mode de rémunération et d'organisation pour leur permettre de consacrer du temps aux problématiques « non-médicales », et travailler en lien avec des acteurs du secteur social (114).

A l'heure actuelle, les dispositifs mis en place dans pour la réduction des ISS via les soins primaires sont éclatés, et souvent axés sur la précarité et sur l'accès aux soins. Or, nous l'avons vu, les déterminants sociaux de la santé concernent l'ensemble de la population et dépassent

largement les questions d'accès aux soins. Il existe ainsi des « besoins sociaux en santé », qu'il s'agit de repérer et auxquels les soins primaires pourraient apporter une réponse.

La santé est en effet « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » et représente « l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soit sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale ». Cette définition, inscrite au préambule de la constitution de l'OMS en 1946, n'a pas été modifiée depuis. Elle implique la satisfaction de tous les besoins fondamentaux de la personne, qu'ils soient sanitaires, nutritionnels, sociaux ou culturels.

Dans cette optique, les centres de santé communautaires nous paraissent une solution intéressante pour participer à la réduction des ISS par le biais des soins primaires. La santé communautaire se base en effet « sur un repérage collectif des problèmes, des besoins et des ressources ». Cela permet une vision globale des facteurs influençant la santé et une réponse pluridimensionnelle aux besoins de santé des personnes.

Plus d'études sont alors nécessaires. Des études comparatives pourraient notamment être menées entre les différents modèles de soins de premier recours sur leur efficacité dans la réduction des ISS, afin de mieux comprendre ce qui est efficace à l'échelle des soins primaires.

REFERENCES

1. OMS, Organisation Mondiale de la Santé. Constitution [Internet]. [cité 20 juin 2019]. Disponible sur: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/FR/constitution-fr.pdf?ua=1>
2. Santé publique France - L'état de santé de la population en France : publication du rapport 2017 [Internet]. [cité 23 mai 2019]. Disponible sur: <http://www.santepubliquefrance.fr/Accueil-Presse/Tous-les-communiqués/L-etat-de-sante-de-la-population-en-France-publication-du-rapport-2017>
3. Les hommes cadres vivent toujours 6 ans de plus que les hommes ouvriers - Insee Première - 1584 [Internet]. [cité 1 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1908110>
4. DREES, Les inégalités sociales de santé, Actes du séminaire de recherche 2015-2016 [Internet]. [cité 1 juill 2019]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ouvrage_actes_seminaire_iss_pour_bat_cabinet_-_web.pdf
5. WHO, World Health Organization [Internet]. [cité 1 juill 2019]. Disponible sur: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69831/WHO_IER_CSDH_08.1_fre.pdf?sequence=1
6. Aïach P, Fassin D. L'origine et les fondements des inégalités sociales de santé [Internet]. [cité 18 sept 2019]. Disponible sur: https://www.inegalites.fr/IMG/pdf/rdp20-aiach_-2221-7.pdf
7. INSEE, Les hommes cadres vivent toujours 6 ans de plus que les hommes ouvriers - Insee Première - 1584 [Internet]. [cité 1 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1908110>
8. HCSP. Crise économique, santé et inégalités sociales de santé [Internet]. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2016 févr [cité 20 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=570>
9. Ministère des solidarités et de la santé. Stratégie Nationale de Santé 2018-2022 [Internet]. [cité 20 mai 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdefpost-consult.pdf
10. Bourgueil et al., 2012 - Comment les soins primaires peuvent-ils contribuer à réduire les inégalités sociales de santé ? [Internet]. [cité 1 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.irdes.fr/Publications/2012/Qes179.pdf>
11. CMG, Collège de Médecine Générale. doc_iss_02_04.pdf [Internet]. [cité 13 mai 2019]. Disponible sur: http://lecmg.fr/wp-content/uploads/2018/12/doc_iss_02_04.pdf
12. Toulouse - DES de MÉDECINE GÉNÉRALE.pdf [Internet]. [cité 18 avr 2019]. Disponible sur: https://www.santepaysdelaloire.com/ors/sites/ors/files/PagesORS/pdl_2014_prix_ors_2015_ernst_nollet.pdf

13. 5204F.pdf [Internet]. [cité 22 juill 2019]. Disponible sur: <http://dune.univ-angers.fr/fichiers/20030469/2016MCEM5204/fichier/5204F.pdf>
14. De Oliveira, A. Accompagnement des patients présentant des difficultés sociales en médecine générale. Thèse d'exercice [Internet]. [cité 10 mai 2019]. Disponible sur: <http://www.cmge-upmc.org/IMG/pdf/de-oliveira-these.pdf>
15. Lesoin, C - Représentations des médecins généralistes sur les inégalités sociales de santé. Thèse d'exercice [Internet]. [cité 1 juill 2019]. Disponible sur: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/file/index/docid/747831/filename/2012GRE15106_lemaire_lesoin_christine_1_D_.pdf
16. Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry*. mai 1980;137(5):535-44.
17. Julia C, Valleron A-J. Louis-René Villermé (1782–1863), a pioneer in social epidemiology: re-analysis of his data on comparative mortality in Paris in the early 19th century. *J Epidemiol Community Health* [Internet]. 1 août 2011 [cité 17 mars 2020];65(8):666-70. Disponible sur: <https://jech.bmj.com/content/65/8/666>
18. Calot G, Febway M. La mortalité différentielle suivant le milieu social — Présentation d'une méthode expérimentée en France sur la période 1955-1960. *Econ Stat* [Internet]. 1965 [cité 1 avr 2020];20(11):75-159. Disponible sur: https://www.persee.fr/doc/estat_0423-5681_1965_num_20_11_10278
19. Tudor Hart J. THE INVERSE CARE LAW. *The Lancet* [Internet]. 27 févr 1971 [cité 17 sept 2019];297(7696):405-12. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S014067367192410X>
20. Illich I. *Medical nemesis: the expropriation of health*. New York: Pantheon Books; 1982. 294 p.
21. rdp20-aiach_-2221-7.pdf [Internet]. [cité 1 juill 2019]. Disponible sur: https://www.inegalites.fr/IMG/pdf/rdp20-aiach_-2221-7.pdf
22. 114000580.pdf [Internet]. [cité 16 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000580.pdf>
23. PROMOTION DE LA SANTE - Charte d'OTTAWA. :6.
24. LOI n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. 2004-806 août 9, 2004.
25. Rapport HCSP [Internet]. [cité 20 mai 2019]. Disponible sur: https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspr20160204_Criseecosanteinegalisocdesante.pdf
26. OMS | Déterminants sociaux de la santé [Internet]. WHO. [cité 3 juill 2019]. Disponible sur: https://www.who.int/social_determinants/fr/
27. INPES - ISS: Définition et concepts du champ [Internet]. [cité 3 juill 2019]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/ISS/definition.asp>

28. 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.
29. WHO_IER_CSDH_08.1_fre.pdf [Internet]. [cité 24 sept 2019]. Disponible sur: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69831/WHO_IER_CSDH_08.1_fre.pdf?sequence=1
30. CMG et INPES. Repères pour votre pratique. Prendre en compte les inégalités sociales de santé en médecine générale [Internet]. [cité 13 mai 2019]. Disponible sur: <http://lecmg.fr/wp-content/uploads/2018/12/reperespourvotreprat.pdf>
31. Rapport-WRESINSKI.pdf [Internet]. [cité 17 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.joseph-wresinski.org/wp-content/uploads/sites/2/2016/07/Rapport-WRESINSKI.pdf>
32. Définitions de la pauvreté - Le site du CNLE [Internet]. [cité 28 mars 2020]. Disponible sur: <http://www.cnle.gouv.fr/Definitions-de-la-pauvrete.html#nb2-1>
33. DREES ouvrage_actes_seminaire_iss_pour_bat_cabinet_-_web.pdf [Internet]. [cité 28 mars 2020]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ouvrage_actes_seminaire_iss_pour_bat_cabinet_-_web.pdf
34. Labbé É, Moulin JJ, Guéguen R, Sass C, Chatain C, Gerbaud L. Un indicateur de mesure de la précarité et de la « santé sociale » : le score EPICES. Rev Ires [Internet]. 2007 [cité 25 mars 2020];n° 53(1):3-49. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-de-l-ires-2007-1-page-3.htm>
35. Jusot F. Les interventions de réduction des inégalités sociales de santé en Europe. :16.
36. 114000581.pdf [Internet]. [cité 17 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000581.pdf>
37. Pisarik J, Rochereau T, Célant N. Etat de santé des Français et facteurs de risque. Premiers résultats de l'Enquête santé européenne-Enquête santé et protection sociale 2014. 2014;8.
38. Guignard R. Usage de substances psychoactives des chômeurs et des actifs occupés et facteurs associés : une analyse secondaire du Baromètre santé 2010. :9.
39. INSERM expcol_2014_inegalites-sociales_fascicule.pdf [Internet]. [cité 31 mars 2020]. Disponible sur: http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/6523/expcol_2014_inegalites-sociales_fascicule.pdf?sequence=3
40. Thebault J-L, Ringa V, Panjo H, Bloy G, Falcoff H, Rigal L. Accumulation of unhealthy behaviors: Marked social inequalities in men and women. Prev Med Rep [Internet]. déc 2018 [cité 24 sept 2019];12:1-5. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2211335518301219>
41. synthese-2.pdf [Internet]. [cité 26 mars 2020]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese-2.pdf>

42. er_sante_des_sd-v4-0409.pdf [Internet]. [cité 31 mars 2020]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er_sante_des_sd-v4-0409.pdf
43. RDP_2004_20_2263.pdf [Internet]. [cité 15 nov 2019]. Disponible sur: http://solr.gmsante.fr/RDP/2004/20/RDP_2004_20_2263.pdf
44. Danese A, Moffitt TE, Harrington H, Milne BJ, Polanczyk G, Pariante CM, et al. Adverse Childhood Experiences and Adult Risk Factors for Age-Related Disease. *Arch Pediatr Adolesc Med* [Internet]. déc 2009 [cité 14 avr 2020];163(12):1135-43. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3560401/>
45. Berger E, Castagné R, Chadeau-Hyam M, Bochud M, d'Errico A, Gandini M, et al. Multi-cohort study identifies social determinants of systemic inflammation over the life course. *Nat Commun* [Internet]. 15 févr 2019 [cité 14 avr 2020];10. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6377676/>
46. Fantin R, Delpierre C, Dimeglio C, Lamy S, Barboza Solís C, Charles M-A, et al. Disentangling the respective roles of the early environment and parental BMI on BMI change across childhood: A counterfactual analysis using the Millennium Cohort Study. *Prev Med* [Internet]. 1 août 2016 [cité 24 sept 2019];89:146-53. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0091743516301116>
47. Pantell MS, Prather AA, Downing JM, Gordon NP, Adler NE. Association of Social and Behavioral Risk Factors With Earlier Onset of Adult Hypertension and Diabetes. *JAMA Netw Open*. 3 mai 2019;2(5):e193933.
48. Kamphuis CB, Turrell G, Giskes K, Mackenbach JP, van Lenthe FJ. Socioeconomic inequalities in cardiovascular mortality and the role of childhood socioeconomic conditions and adulthood risk factors: a prospective cohort study with 17-years of follow up. *BMC Public Health* [Internet]. 5 déc 2012 [cité 12 sept 2019];12:1045. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3539932/>
49. Stringhini S, Zaninotto P, Kumari M, Kivimäki M, Lassale C, Batty GD. Socio-economic trajectories and cardiovascular disease mortality in older people: the English Longitudinal Study of Ageing. *Int J Epidemiol* [Internet]. févr 2018 [cité 17 sept 2019];47(1):36-46. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5837467/>
50. Stringhini S, Carmeli C, Jokela M, Avendaño M, McCrory C, d'Errico A, et al. Socioeconomic status, non-communicable disease risk factors, and walking speed in older adults: multi-cohort population based study. *The BMJ* [Internet]. 23 mars 2018 [cité 24 sept 2019];360. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5865179/>
51. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study - *The Lancet* [Internet]. [cité 1 avr 2019]. Disponible sur: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)60240-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)60240-2/fulltext)
52. PubMed entry [Internet]. [cité 2 avr 2019]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29530918>
53. 1538.pdf [Internet]. [cité 18 avr 2019]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1538.pdf>

54. Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978. Development [Internet]. juin 2004 [cité 18 avr 2019];47(2):159-61. Disponible sur: <http://link.springer.com/10.1057/palgrave.development.1100047>
55. Allen DJ, Heyrman PJ. préparé par la WONCA EUROPE (Société Européenne de médecine générale - médecine de famille) 2002. :52.
56. CNGE, Collège national des généralistes enseignants. Marguerite_MEDECINE_GENERALE_1909.pdf [Internet]. [cité 13 avr 2020]. Disponible sur: https://www.cnge.fr/media/docs/cnge_site/cnge/Marguerite_MEDECINE_GENERALE_1909.pdf
57. gcphc-declaration-fr.pdf [Internet]. [cité 6 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-fr.pdf>
58. En ligne.
59. Bourgueil Y, Jusot F, Leleu H. Comment les soins primaires peuvent-ils contribuer à réduire les inégalités de santé ? Revue de littérature. 2012;8.
60. rpps_medecins_-_synthese_des_effectifs_au_1er_jan2015.pdf [Internet]. [cité 6 avr 2020]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rpps_medecins_-_synthese_des_effectifs_au_1er_jan2015.pdf
61. 2020_04_01_CSS_Plafonds.pdf [Internet]. [cité 6 avr 2020]. Disponible sur: https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/fichier-utilisateur/fichiers/2020_04_01_CSS_Plafonds.pdf
62. Pornet C, Delpierre C, Dejardin O, Launay L, Guittet I, Lang t, et al. Construction d'un indice écologique de défavorisation à vocation européenne : the French EDI. :16.
63. Pascal J, Lombrail P, Agard C, Quélier C, Nguyen J-M. Identification de la vulnérabilité sociale des usagers des consultations de l'hôpital public. :7.
64. er1089.pdf [Internet]. [cité 31 mars 2020]. Disponible sur: <http://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/83893/1/er1089.pdf>
65. Denantes M, Chevillard M, Renard J-F, Flores P. Accès aux soins et inégalités sociales de santé en médecine générale. 20:5.
66. Article - Bulletin épidémiologique hebdomadaire [Internet]. [cité 14 avr 2020]. Disponible sur: http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2016/1/2016_1_1.html
67. er1048.pdf [Internet]. [cité 12 sept 2019]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1048.pdf>
68. Le non-recours à la Couverture maladie universelle Complémentaire. 2016;66.

69. 2017_06_Synthese_CREDOC_caracterisation_pop_ACS.pdf [Internet]. [cité 17 sept 2019]. Disponible sur: http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/2017_06_Synthese_CREDOC_caracterisation_pop_ACS.pdf
70. Desprès C. Une étude par testing auprès d'un échantillon représentatif de médecins (omnipraticiens, gynécologues, ophtalmologues, radiologues) et de dentistes parisiens. :99.
71. ArticleL1110-3CSP.pdf [Internet]. [cité 15 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/fichier-utilisateur/fichiers/ArticleL1110-3CSP.pdf>
72. Rigal L, Falcoff H, Rahy Z, Flores P, Saurel-Cubizolles M-J, Ringa V. Absence de conseils hygiéno-diététiques donnés aux hypertendus et caractéristiques des patients et de leur médecin généraliste. *Glob Health Promot* [Internet]. 1 juin 2013 [cité 31 mars 2020];20(2_suppl):33-42. Disponible sur: <https://doi.org/10.1177/1757975913483342>
73. Article - Bulletin épidémiologique hebdomadaire [Internet]. [cité 10 sept 2019]. Disponible sur: http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2016/16-17/2016_16-17_3.html
74. Homsy C. Inégalités sociales de santé et accès à la contraception: une étude auprès de 258 lycéennes [Thèse d'exercice]. [France]: Université Pierre et Marie Curie (Paris). UFR de médecine Pierre et Marie Curie; 2014.
75. Archive du Service Commun de la Documentation de l'Université de Nantes [Internet]. [cité 31 mars 2020]. Disponible sur: <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=d6bd5ded-4194-4f7c-8cc2-7c799593eed2>
76. PubMed Central Full Text PDF [Internet]. [cité 29 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5951250/pdf/0160217.pdf>
77. Jusot F. Les inégalités sociales de santé : quel constat ? Quels leviers d'action ? :4.
78. Bourgueil Y, Jusot F, Leleu H. Comment les soins primaires peuvent-ils contribuer à réduire les inégalités de santé ? *Revue de littérature*. 2012;8.
79. Salmi L-R, Barsanti S, Bourgueil Y, Daponte A, Piznal E, Ménival S. Interventions addressing health inequalities in European regions: The AIR project. *Health Promot Int*. 28 oct 2015;32.
80. Loi Hôpital Patients Santé et Territoires. 2018;45.
81. Ministère des solidarités et de la santé. Loi de Santé. 280116_dp_loi-de-sante.pdf [Internet]. [cité 31 mars 2020]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/280116_dp_loi-de-sante.pdf
82. Ministère des solidarités et de la santé. Stratégie Nationale de Santé, la synthèse. [Internet]. [cité 31 mars 2020]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_synthesev6-10p.pdf
83. Francione R, Bissonnier C. Avec la participation de : :75.

84. er927.pdf [Internet]. [cité 10 avr 2020]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er927.pdf>
85. Breuil-Genier S. L'origine sociale des professionnels de santé. 2006;8.
86. Batsch E. Profils socio-démographiques et motivations des patients venant avec et sans rendez-vous en consultation de médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]: Université Pierre et Marie Curie (Paris). UFR de médecine Pierre et Marie Curie; 2013.
87. e2013c33-b569-455c-b199-722a27e15ec2.pdf [Internet]. [cité 11 avr 2020]. Disponible sur: <http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/e2013c33-b569-455c-b199-722a27e15ec2>
88. Hoerth G. Des centres de soins sans rendez-vous sont-ils une solution appropriée pour diminuer l'engorgement des urgences et améliorer l'accès aux soins en zone sous-médicalisée?: une étude transversale multicentrique [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers; 2015.
89. Albarede P, Conté P, Murat P, Manelfe P, Louvet P, Sarramon P, et al. M. ARNE JL M. ESCOURROU J. M. FOURTANIER G. M. LAGARRIGUE J. M. PESSEY JJ. M. CHAVOIN JP M. GERAUD G. M. PLANTE P. M. MAGNAVAL JF. :66.
90. Rapport_Cetaf_FCMU_Renoncement_soins_2011.pdf [Internet]. [cité 14 avr 2020]. Disponible sur: https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/fichier-utilisateur/fichiers/Rapport_Cetaf_FCMU_Renoncement_soins_2011.pdf
91. er_1022.pdf [Internet]. [cité 11 avr 2020]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er_1022.pdf
92. Archive du Service Commun de la Documentation de l'Université de Nantes [Internet]. [cité 6 mai 2019]. Disponible sur: <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=586e0436-40b9-4212-8a72-4d26a8959793>
93. Darquy S, Moutel G, Jullian O, Barré S, Duchange N. Towards equity in organised cancer screening: the case of cervical cancer screening in France. BMC Womens Health [Internet]. 26 nov 2018 [cité 12 sept 2019];18. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6258288/>
94. Beck F, Cavalin C, Maillochon F, France, Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques. Violences et santé en France: état des lieux. Paris: Documentation française; 2010.
95. Holmes SM, Hansen H, Jenks A, Stonington SD, Morse M, Greene JA, et al. Misdiagnosis, Mistreatment, and Harm - When Medical Care Ignores Social Forces. N Engl J Med [Internet]. 1 mars 2020 [cité 16 avr 2020];382(12):1083-6. Disponible sur: https://escholarship.org/uc/item/4cb9z781#article_main
96. document.pdf [Internet]. [cité 14 avr 2020]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01403957/document>

97. Archive du Service Commun de la Documentation de l'Université de Nantes [Internet]. [cité 6 mai 2019]. Disponible sur: <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=586e0436-40b9-4212-8a72-4d26a8959793>
98. Archive du Service Commun de la Documentation de l'Université de Nantes [Internet]. [cité 26 mars 2020]. Disponible sur: <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=4dcd5a83-09ac-48b2-9249-3b04d344b152>
99. Lesoin CL. Représentations des médecins généralistes sur les inégalités sociales de santé: étude qualitative réalisée chez quinze médecins généralistes de la région avignonnaise. :74.
100. De Marchis E, Knox M, Hessler D, Willard-Grace R, Olayiwola JN, Peterson LE, et al. Physician Burnout and Higher Clinic Capacity to Address Patients' Social Needs. *J Am Board Fam Med* [Internet]. janv 2019 [cité 12 avr 2020];32(1):69-78. Disponible sur: <http://www.jabfm.org/lookup/doi/10.3122/jabfm.2019.01.180104>
101. Pantell MS, De Marchis E, Bueno A, Gottlieb LM. Practice Capacity to Address Patients' Social Needs and Physician Satisfaction and Perceived Quality of Care. *Ann Fam Med* [Internet]. janv 2019 [cité 12 avr 2020];17(1):42-5. Disponible sur: <http://www.annfam.org/lookup/doi/10.1370/afm.2334>
102. Mériaux I, Ernst S. Les internes de médecine générale face aux inégalités sociales de santé: faire partie du problème ou contribuer à la solution? [Thèse d'exercice]. [2012-, France]: Aix-Marseille Université. Faculté de médecine; 2013.
103. O'Toole JK, Solan LG, Burkhardt MC, Klein MD. Watch and learn: an innovative video trigger curriculum to increase resident screening for social determinants of health. *Clin Pediatr (Phila)*. avr 2013;52(4):344-50.
104. The Relative Contribution of Multiple Determinants to Health | Health Affairs [Internet]. [cité 17 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hpb20140821.404487/full/>
105. Pham M. Etude Recotest: acceptabilité et faisabilité du recueil de la situation social des patients en médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]: Université Pierre et Marie Curie (Paris). UFR de médecine Pierre et Marie Curie; 2016.
106. Allen LN, Barry E, Gilbert C, Honney R, Turner-Moss E. How to move from managing sick individuals to creating healthy communities. *Br J Gen Pract* [Internet]. janv 2019 [cité 17 avr 2020];69(678):8-9. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6301354/>
107. Rowe JM, Rizzo VM, Vail MR, Kang S-Y, Golden R. The role of social workers in addressing nonmedical needs in primary health care. *Soc Work Health Care*. 2017;56(6):435-49.
108. Keefe B, Geron SM, Enguidanos S. Integrating social workers into primary care: physician and nurse perceptions of roles, benefits, and challenges. *Soc Work Health Care*. 2009;48(6):579-96.
109. Santé M. Créer un collectif de soins au service des patients. :4.

110. Willard-Grace R, Hessler D, Rogers E, Dubé K, Bodenheimer T, Grumbach K. Team Structure and Culture Are Associated With Lower Burnout in Primary Care. *J Am Board Fam Med* [Internet]. 1 mars 2014 [cité 3 avr 2019];27(2):229-38. Disponible sur: <https://www.jabfm.org/content/27/2/229>
111. Baum FE, Legge DG, Freeman T, Lawless A, Labonté R, Jolley GM. The potential for multi-disciplinary primary health care services to take action on the social determinants of health: actions and constraints. *BMC Public Health* [Internet]. 10 mai 2013 [cité 16 avr 2019];13:460. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3660265/>
112. Le Projet Régional de Santé Occitanie est adopté [Internet]. PRS Occitanie. [cité 17 sept 2019]. Disponible sur: <https://prs.occitanie-sante.fr/publication/le-projet-regional-de-sante-soumis-a-consultation-2/>
113. RM2013-119P-Centres_de_sante.pdf [Internet]. [cité 17 sept 2019]. Disponible sur: http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2013-119P-Centres_de_sante.pdf
114. Andermann A. Taking action on the social determinants of health in clinical practice: a framework for health professionals. *CMAJ Can Med Assoc J* [Internet]. 6 déc 2016 [cité 17 avr 2020];188(17-18):E474-83. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5135524/>

ANNEXE 1 : Questionnaire adressé aux médecins généralistes

Recueil de la situation sociale des patients et pratiques vis-à-vis des inégalités sociales de santé : enquête auprès des médecins généralistes toulousains.

Première partie : vous et votre mode d'exercice

1/ Vous êtes * Une seule réponse possible.

Femme

Homme

Autre

2/ Votre âge * Une seule réponse possible.

25-34 ans

35-44 ans

45-54 ans

55 ans et plus

3/ Votre année de thèse *

4/ Quel est le niveau d'étude de vos parents ? Indiquer le diplôme le plus haut obtenu par l'un des 2 parents * Une seule réponse possible.

Sans diplôme

CAP/ BEP/ Collège

Baccalauréat/ Brevet technique ou professionnel

Etudes supérieures

5/ L'un de vos parents exerce-t-il ou a-t-il exercé une profession du milieu de la santé? * Une seule réponse possible.

Oui, profession médicale

Oui, profession paramédicale

Non

6/ Vos expériences professionnelles ou bénévoles passées (plusieurs réponses possibles) *

Plusieurs réponses possibles.

Mission Humanitaire

Centre médico-social (PMI, PASS)

SAMU SOCIAL

Dispensaire

ONG (Médecin du monde, MSF, ...), association à but humanitaire

Aucune de celles-ci

Autres

7/ Quel est votre principal mode d'exercice actuel ? (Un seul choix possible) * Une seule réponse possible.

Cabinet seul

Passer à la question 7bis
Cabinet de groupe
Passer à la question 7bis
Maison de Santé Pluridisciplinaire
Centre de Santé
Section sans titre

7 bis/ Y a-t-il un-e ou des acteurs/trices du champ social (médiateur/ trice en santé, assistant-e social-e) dans votre équipe ? * Une seule réponse possible.

Oui
Non

8/ Avez-vous reçu, au cours de votre formation médicale initiale (de la première année à la fin de votre internat), une formation sur les déterminants sociaux de la santé et les inégalités sociales de santé (cours, séminaire, atelier...) ? *Une seule réponse possible.

Oui
Non

9/ Dans quel catégorie sociale pensez-vous que la majorité de vos patient-e-s s'inscrit ? (Un seul choix possible) * Une seule réponse possible.

Classe populaire
Classe moyenne
Classe supérieure

10/ Avez-vous des plages de consultation sans RDV prévues dans votre emploi du temps ? * Une seule réponse possible.

Oui
Non

11/ Pratiquez-vous le tiers-payant généralisé, en dehors des cas obligatoires actuellement prévus par la loi ? Une seule réponse possible.

Oui
Non

12/ Orientez-vous vos patient-e-s vers des spécialistes exerçant en secteur 2 avec dépassement d'honoraires ? Une seule réponse possible.

Régulièrement
Parfois
Jamais

13/ Avant de prescrire un examen ou un traitement, vérifiez-vous le type de protection maladie de votre patient-e ? Une seule réponse possible.

Oui, toujours

Oui la plupart du temps
Non, la plupart du temps
Non, jamais

2ème partie : évaluation de vos connaissances sur les déterminants sociaux de la santé et les inégalités sociales de santé.

14/ De façon globale, diriez-vous que votre connaissance des déterminants sociaux de la santé est: * Une seule réponse possible.

Très bonne
Bonne
Moyenne
Mauvaise
Très mauvaise

15/ Selon vous, y a-t-il une différence d'espérance de vie entre un cadre et un ouvrier en France ? * Une seule réponse possible.

Oui → passer à la question 15 bis.
Non, il n'y a pas de différence
Ne sait pas

15 bis/ A combien estimez-vous la différence, en années, d'espérance de vie à 35 ans entre un cadre et un ouvrier en France? *

16/ Plusieurs études montrent que certaines pathologies ou évènements de vie adverses touchent différemment les personnes selon leur niveau socio-économique. Les pathologies suivantes touchent selon vous: *

Une seule réponse possible par ligne.
Plutôt bas niveau socio-économique
Plutôt haut niveau socio-économique
Touche également toutes les catégories
Ne sait pas
Diabète
Cancer du col de l'utérus
Cancer du sein
Cancer colo-rectal
Maladies cardio-vasculaires
Violences familiales
Diabète
Cancer du col de l'utérus
Cancer du sein
Cancer colo-rectal
Maladies cardio-vasculaires
Violences familiales

17/ Pensez-vous qu'en France certaines personnes renoncent à se soigner pour des raisons financières? (une seule réponse possible) *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Ne sait pas

18/ Quels sont les dispositifs existants en France pour favoriser l'accès aux soins ? Réponse libre: listez brièvement ceux que vous connaissez. *

19/ Selon vous, quel est le principal effet du tiers payant (non avance des frais par le patient) sur le patient en consultation chez le médecin généraliste ? (un seul choix possible) *
Une seule réponse possible.

- Il déresponsabilise le patient
- Il permet aux patients de se soigner facilement
- Il incite à la surconsommation de soins

3ème partie: évaluation de votre pratique vis-à-vis du recueil des déterminants sociaux de la santé et des inégalités sociales de santé.

20/ Recueillir la situation sociale des patient-e-s en pratique courante est selon vous: *
Une seule réponse possible.

- Indispensable
- Utile
- Peu utile
- Inutile

21/ Connaissez-vous les recommandations du Collège de Médecine Générale concernant l'enregistrement de la situation sociale de chaque patient adulte? *
Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

22/ Possédez-vous, dans votre logiciel métier, un onglet ou catégorie dans lequel entrer les informations sur la situation sociale du patient ? *
Une seule réponse possible.

- Oui, c'est prévu dans la configuration du logiciel
- Oui, c'est un onglet que j'ai créé
- Non, je case les informations administratives et sociales comme je peux

23/ Utilisez-vous un référentiel ou score pour recueillir les informations sociales ? *
Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

24/ Parmi les informations suivantes, vous recueillez de manière écrite, dans le dossier médical informatisé, pour chaque patient adulte : *
Une seule réponse possible par ligne.

Toujours
Le plus souvent
Parfois
Jamais

Le sexe
La date de naissance
L'adresse
L'assurance maladie (AMO, AMC, CMU, CMUc)
La profession (en cours ou dernière exercée)
Le statut vis-à-vis de l'emploi (chômeur/ formation/ retraité/ invalidité etc)
Les compétences en langage écrit ou health literacy (capacités de compréhension de votre ordonnance ou des documents médicaux remis au patient)

Toujours
Le plus souvent
Parfois
Jamais

Le fait d'être en couple ou non
Le nombre d'enfants à charge
Le fait de vivre seul ou non
Le pays de naissance
Niveau d'études (primaire, secondaire, études supérieures)
La catégorie socio-professionnelle INSEE
Le fait de bénéficier de minima sociaux (RSA, APA, AAH par exemple)
Le statut vis-à-vis du logement (SDF, hébergé-e, logement social, propriétaire)
La situation financière perçue par le/la patient-e

25/ Pensez-vous que la réduction des inégalités sociales de santé fasse partie du rôle des soins primaires? *
Une seule réponse possible.

Oui
Non

26/ Lorsque vous repérez des besoins sociaux en santé (c'est-à-dire des situations sociales à même d'impacter la santé) chez vos patient-e-s, vous estimez-vous à même d'y répondre ? (un seul choix possible) *
Une seule réponse possible.

Oui, toujours : Passer à la question 26-a
Oui, la plupart du temps : Passer à la question 26-a
Non, la plupart du temps : Passer à la question 26-b
Non, jamais : Passer à la question 26-b

26-a/ Quel est l'élément vous qui vous aide le plus dans cette prise en charge ? (un seul choix possible) *

Une seule réponse possible.

Le travail en équipe: présence d'un ou plusieurs acteurs/trices du champs social dans mon cabinet/MSP/ Centre de santé

Mon réseau: connaissance personnelle des structures sociales et médico-sociales environnantes, je sais à qui m'adresser

Mes connaissances: je connais les démarches à effectuer et je suis capable d'aider personnellement les patient-e-s à effectuer les démarches

Autre :

26-b/ Quel est l'élément qui limite le plus cette prise en charge ? * Une seule réponse possible.

Manque de temps

Manque de rémunération pour cette activité

Ce n'est pas mon rôle

Manque de formation sur le sujet

Manque de connaissance des ressources sociales pour orienter mes patient-es

27/ Pensez-vous que votre mode d'exercice favorise la réduction des inégalités sociales de santé ? *

Une seule réponse possible.

Oui

Non

Ma pratique n'a pas d'impact sur les inégalités sociales de santé

Je ne sais pas

27-a/ En quelques mots, dites-nous comment votre mode d'exercice favorise la réduction des inégalités sociales de santé: *

27-b/ En quelques mots, dites-nous en quoi selon vous, votre mode d'exercice ne favorise pas la réduction des inégalités sociales de santé? *

28/ Pensez-vous avoir besoin d'une formation sur les déterminants sociaux de la santé et les inégalités sociales de santé? * Une seule réponse possible.

Oui

Non

Merci d'avoir rempli ce questionnaire!

Souhaiterez-vous connaître les résultats de cette étude ? Une seule réponse possible.

Oui: les résultats vous seront envoyés par mail à l'issue de l'étude.

Non: les résultats ne vous seront pas envoyés.

ANNEXE 2 : Informations sur la situation sociale à recueillir, d'après les recommandations du CMG

Groupe B Indicateurs utiles	Groupe A Indicateurs indispensables	Intitulé
	X	Date de naissance
	X	Sexe
	X	Adresse
	X	Assurance maladie
	X	Statut par rapport à l'emploi
	X	Profession
	X	Capacités de compréhension du langage écrit
X		Est en couple
X		Nombre d'enfants à charge
X		Vit seul (e)
X		Pays de naissance
X		Niveau d'études
X		Catégorie socioprofessionnelle INSEE
X		Bénéficie de minima sociaux
X		Statut vis à vis du logement
X		Situation financière perçue

Source : https://lecmg.fr/wp-content/uploads/2019/02/doc_iss_02_04-1.pdf

ANNEXE 3 : Items permettant la construction du score EPICES

- Age, sexe, niveau d'étude
- Nationalité
- Situation professionnelle
- Problèmes d'argent dans la famille pendant l'enfance
- Evènements familiaux graves de l'enfance (décès, divorce, séparation, mésentente, maladie, handicap...)
- Statut marital, vie en couple, nombre et âge des enfants
- Logement (propriétaire/locataire, secteur privé, logements sociaux, meublé, hébergements famille ou en foyer, squat, sans abri,...)
- Problèmes pour le paiement de factures, de loyer...
- Problèmes pour acheter de la nourriture
- Utilisation de centres d'hébergement d'urgence
- Assurance maladie, mutuelle santé
- Niveau de revenu
- Loisirs (sport, vacances, spectacle, participation associations, lecture)
- Contacts avec famille, amis, proches...
- En cas de « coup dur » : possibilité d'hébergement, d'aide financière, de soutien moral...
- Rencontre avec un travailleur social
- Recours au médecin, au dentiste
- Suivi gynécologique
- Etat de santé perçue

Source : <https://www.cairn.info/revue-de-l-ires-2007-1-page-3.htm#s2n6>

ANNEXE 4 : Caractéristiques des MG et de leur mode d'exercice en lien avec les pratiques vis-à-vis des ISS

		Plages de consultation sans RDV		<i>P value</i>	TP généralisé en dehors des cas prévus par la loi		<i>P value</i>
		NON (N= 46)	OUI (N= 60)		NON (N= 41)	OUI (N=65)	
Caractéristiques des MG et de leur mode d'exercice		N (%)	N (%)		N (%)	N (%)	
Sexe	Homme	13 (28.26)	33 (71.74)	0.0059	20 (43.48)	26 (56.52)	0.4241
	Femme	33 (55.00)	27 (45.00)		21(35)	39 (65)	
Age	25-34 ans	8 (44.44)	10 (55.56)	0.5171	8 (44.44)	10 (55.56)	0.5791
	35-44 ans	11 (47.83)	12 (52.17)		7 (30.43)	16 (69.57)	
	45-54 ans	10 (55.56)	8 (44.44)		9 (50)	9 (50)	
	>55 ans	17 (36.17)	30 (63.83)		17 (36.17)	30 (63.83)	
Année de thèse	<1988	7 (26.92)	19 (73.08)	0.0412	9 (34.62)	17 (65.38)	0.9576
	1988-1997	11 (44.00)	14 (56.00)		10 (40)	15 (60)	
	1998-2009	17 (37.93)	9(34.62)		11(42.31)	15 (57.69)	
	>2009	11 (37.93)	18 (62.07)		11(37.93)	18 (62.07)	
Niveau d'études du parent le plus qualifié	Bac/ brevet technique ou professionnel	9 (45)	11 (55)	0.8077	8(40)	12(60)	0.4746
	CAP/BEP/collège	4 (30.77)	9 (69.23)		3(23.08)	10(76.92)	
	Etudes supérieures	28 (45.16)	34 (54.84)		24(38.71)	38(61.29)	
	Sans diplôme	5 (45.45)	6 (54.55)		6(54.55)	5(45.45)	
Milieu médical ou paramédical ?	Non	35 (45.45)	42 (54.55)	0.6386	33(42.86)	44(57.14)	0.1118
	Médicale	7 (33.33)	14 (66.67)		4(19.05)	17(80.95)	
	Paramédicale	4 (50)	4(50)		4(50)	4(50)	
Mode d'exercice	Cabinet seul	11 (37.93)	18 (62.07)	0.5179	9 (31.03)	20 (68.97)	0.3760
	Exercice groupé *	35 (45.45)	42 (54.55)		32 (41.56)	54 (58.44)	
Catégorie socio-économique patientèle	Moyenne	25(51.02)	24(48.98)	0.0574	26(53.06)	23(46.94)	0.0031
	Populaire	16(32)	34(68)		11(22.00)	39(78.00)	
	Supérieure	5(71.43)	2(28.57)		4(57.14)	3(42.86)	
EDI du quartier d'exercice	1	3 (33.33)	6(66.67)	0.0095	5(55.56)	4(44.44)	0.0030
	2	1(20)	4(80)		2(40.00)	3(60.00)	
	3	16(69.57)	7(30.43)		15(65.22)	8(34.78)	
	4	17(50)	17(50)		13(38.24)	21(61.76)	
	5	9(25.71)	26(74.29)		6(17.14)	29(82.86)	

Caractéristiques des MG		Orientation vers des spécialistes en secteur 2 avec dépassement d'honoraires			p	Vérification du type de protection maladie avant de prescrire		p
		Jamais	Parfois	Régulièrement		NON N=19	OUI N= 87	
		N (%)	N (%)	N (%)		N (%)	N (%)	
Sexe	Homme	5 (10.87)	35 (76.09)	6 (13.04)	1.0000	10 (21.74)	36 (78.26)	0.4467
	Femme	7 (11.67)	46 (76.67)	7 (11.67)		9 (15.00)	51 (85.00)	
Age	25-34 ans	3 (16.67)	12 (66.67)	3 (16.67)	0.6924	0 (0.00)	18 (100.0)	0.0297
	35-44 ans	1 (4.35)	20 (86.96)	2 (8.70)		6 (26.09)	17 (73.91)	
	45-54 ans	3 (16.67)	14 (77.78)	1 (5.56)		6 (33.33)	12 (66.67)	
	>55 ans	5 (10.64)	35 (74.47)	7 (14.89)		7 (14.89)	40 (85.11)	
Année de thèse	<1988	4 (15.38)	18 (69.23)	4 (15.38)	0.9578	3 (11.54)	23 (88.46)	0.0070
	1988-1997	2 (8.00)	20 (80.00)	3 (12.00)		5 (20.00)	20 (80.00)	
	1998-2009	3 (11.54)	21 (80.77)	2 (7.69)		10 (38.46)	16 (61.54)	
	>2009	3 (10.34)	22 (75.86)	4 (13.79)		1 (3.45)	28 (96.55)	
Niveau d'études du parent le plus qualifié	Bac/brevet technique, professionnel	3 (15.00)	14 (70.00)	3 (15.00)	0.4605	2 (10.00)	18 (90.00)	0.4754
	CAP/BEP/collège	2 (15.38)	8 (61.54)	3 (23.08)		1 (7.69)	12 (92.31)	
	Etudes supérieures	7 (11.29)	48 (77.42)	7 (11.29)		13 (20.97)	49 (79.03)	
	Sans diplôme	0 (0.00)	11 (100.00)	0 (0.00)		3 (27.27)	8 (72.73)	
Profession du milieu médical ?	Non	9 (11.69)	57 (74.03)	11 (14.29)	0.2052	15 (19.48)	62 (80.52)	0.4749
	Médical	2 (9.52)	19 (90.48)	0 (0.00)		2 (9.52)	19 (90.48)	
	Paramédical	1 (12.50)	5 (62.50)	2 (25.00)		2 (25.00)	6 (75.00)	
Mode d'exercice	Cabinet seul	2 (6.90)	24 (82.76)	3 (10.34)	0.7038	7 (24.14)	22 (75.86)	0.3942
	Exercice groupé *	10 (12.99)	57 (74.03)	10 (12.99)		12 (15.58)	65 (84.42)	
Catégorie socio-économique patientèle	Moyenne	5 (10.20)	36 (73.47)	8 (16.33)	0.2530	7 (14.29)	42 (85.71)	0.4838
	Populaire	7 (14.00)	40 (80.00)	3 (6.00)		10 (20.00)	40 (80.00)	
	Supérieure	0 (0.00)	5 (71.43)	2 (28.57)		2 (28.57)	5 (71.43)	
EDI du quartier d'exercice	1	1 (11.11)	7 (77.78)	1 (11.11)	0.7551	0 (0.00)	9 (100.00)	0.1066
	2	0 (0.00)	5 (100.00)	0 (0.00)		0 (0.00)	5 (100.00)	
	3	3 (13.04)	15 (65.22)	5 (21.74)		8 (34.78)	15 (65.22)	
	4	3 (8.82)	26 (76.47)	5 (14.71)		4 (11.76)	30 (88.24)	
	5	5 (14.29)	28 (80.00)	2 (5.71)		7 (20.00)	28 (80.00)	

ANNEXE 5: Caractéristiques de MG associées à leur niveau de connaissances sur les DSS

		Niveau de connaissance sur les DSS			<i>p value</i>
		Bon	Mauvais	Moyen	
Caractéristiques des MG		N= 44 (%)	N= 15 (%)	N=47 (%)	
Sexe	Homme	22 (47.83)	6 (13.04)	18 (39.13)	0.5107
	Femme	22 (36.67)	9 (15.00)	29 (48.33)	
Age	25-34 ans	7 (38.89)	1 (5.56)	10 (55.56)	0.6810
	35-44 ans	10 (43.48)	3 (13.04)	10 (43.48)	
	45-54 ans	7 (38.89)	5 (27.78)	6 (33.33)	
	>55 ans	20 (42.55)	6 (12.77)	21 (44.68)	
Année de thèse	<1988	14 (53.85)	2 (7.69)	10 (38.46)	0.3045
	1988-1997	8 (32.00)	7 (28.00)	10 (40.00)	
	1998-2009	11 (42.31)	4 (15.38)	11 (42.31)	
	>2009	11 (37.93)	2 (6.90)	16 (55.17)	
Niveau d'études du parent le plus qualifié	Bac/brevet technique, professionnel	6 (30.00)	3 (15.00)	11 (55.00)	0.1049
	CAP/BEP/collège	6 (46.15)	3 (23.08)	4 (30.77)	
	Etudes supérieures	24 (38.71)	7 (11.29)	31 (50.00)	
	Sans diplôme	8 (72.73)	2 (18.18)	1 (9.09)	
Profession du milieu médical ?	Non	30 (38.96)	13 (16.88)	34 (44.16)	0.6410
	Médical	11 (52.38)	1 (4.76)	9 (42.86)	
	Paramédical	3 (37.50)	1 (12.50)	4 (50.00)	
Mode d'exercice	Cabinet seul	13 (44.83)	8 (27.59)	8 (27.59)	0.0265
	Exercice groupé *	31 (40.26)	7 (9.09)	39 (50.65)	
Catégorie socio-économique patientèle	Moyenne	15 (30.61)	8 (16.33)	26 (53.06)	0.1452
	Populaire	26 (52.00)	5 (10.00)	19 (38.00)	
	Supérieure	3 (42.86)	2 (28.57)	2 (28.57)	
EDI du quartier d'exercice	1	2 (22.22)	2 (22.22)	5 (55.56)	0.0507
	2	0 (0.00)	1 (20.00)	4 (80.00)	
	3	9 (39.13)	4 (17.39)	10 (43.48)	
	4	11 (32.35)	4 (11.76)	19 (55.88)	
	5	22 (62.86)	4 (11.43)	9 (25.71)	

ANNEXE 6 : Pratiques vis-à-vis des ISS selon le niveau de connaissance des DSS et l'opinion sur le rôle à jouer des soins primaires dans la réduction des ISS

		Plages de consultation sans RDV			<i>P value</i>	Pratique du tiers payant généralisé		
		Non N= 46 (%)	Oui N= 60 (%)			Non N= 41 (%)	Oui N= 65 (%)	<i>P value</i>
Niveau de connaissance déclaré sur les DSS	Bon	13(29.55)	31(70.45)	0.0467	0.2311	13 (29.55)	31(70.45)	
	Mauvais	9(60.00)	6(40.00)			6(40.00)	9(60.00)	
	Moyen	24(51.06)	23(48.94)			22(46.81)	25(53.19)	
Réduction des ISS fait partie du rôle des soins primaires ?	Non	12(54.55)	10(45.45)	0.3340	0.0473	13 (59.09)	9(40.91)	
	Oui	34(40.48)	50(59.52)			28(33.33)	56(66.67)	

		Orientation vers des spécialistes en secteur 2 avec dépassement d'honoraires			<i>P value</i>	Vérification du type de protection maladie avant de prescrire		
		Jamais N= 12 (%)	Parfois N= 81 (%)	Régulière -ment N= 13 (%)		Non N= 19 (%)	Oui N= 87 (%)	<i>P value</i>
Niveau de connaissance déclaré sur les DSS	Bon	7 (15.91)	35 (79.55)	2 (4.55)	0.0965	0.0017	6 (13.64)	38(86.36)
	Mauvais	2 (13.33)	12 (80.00)	1 (6.67)			8(53.33)	7(46.67)
	Moyen	3 (6.38)	34 (72.34)	10 (21.28)			5(10.64)	42(89.36)
Réduction des ISS fait partie du rôle des soins primaires ?	Non	1(4.55)	17(77.27)	4(18.18)	0.3500	0.2187	6(27.27)	16(72.73)
	Oui	11(13.10)	64(76.19)	9(10.71)			13(15.48)	71(84.52)

ANNEXE 7 : Dispositifs permettant l'accès aux soins connus des MG

Thème	Fréquence
Protection maladie CMU, ACS, CMU-C, CSS ALD	N= 76
Accès aux soins sans protection maladie : « PASS » (x30), « dispensaires » (x4), « structures gratuites »(x1)	N= 36
Permanence des soins : CHU, hôpital, urgences, maison médicale de garde.	N= 12
Dispositifs de prévention : Bilan de santé gratuit de la CPAM, dépistages organisés des cancers, centres de vaccinations, Planning familial, PMI, CDAG, CDPEF, CEGGID...	N= 19
Associations et ONG : « Croix rouge », « Médecins du monde », « Médecins sans frontière », « associations caritatives », « Caso »	N= 13
Mode de facturation : « tiers payant »	N= 8
Assistants sociaux : « AS de la sécurité sociale », « travailleurs sociaux », « Ligne Urgence Précarité », « CCAS », « Maison des Solidarités ».	N= 9
Structures proposant un hébergement : « Halte Santé », hôpital public, « un chez soi d'abord »	N=7
Mode d'organisation : « sans RDV »	N=2
Centre de santé : « centre de santé » (x4), « la case de santé » (x 12)	N= 15
Accès aux soins sans protection maladie : « PASS », « dispensaires »	N= 36
Structures médico-sociales : PMI, CMP, CCAS, CLAT 31, CSAPA	N= 19

ANNEXE 8 : Recueil de la situation sociale en fonction des caractéristiques des MG

		Adresse	Assurance maladie	Profession
Caractéristiques des MG		Non= 14 (%) /Oui= 92(%), p	Non = 16 (%) / Oui= 90 (%), p	Non(N=19) / Oui(N=87), p
Sexe	Homme	3(6.52)/ 43(93.48) 0.0892	8(17.39)/38(82.61) 0.8033	9(19.57)/37(80.43)
	Femme	11(18.33)/ 49(81.67)	8(13.33)/52(86.67)	10(16.67)/50(83.33)0.8000
Age	25-34 ans	6(33.33)/ 12(66.67)	0(0.00)/18(100.00)	2(11.11)/16(88.89)
	35-44 ans	3(13.04)/ 20(86.96) 0.0020	1(4.35)/22(95.65) 0.0256	5(21.14)/18(78.26) 0.7711
	45-54 ans	4(22.22)/ 14 (77.78)	4(22.22)/14(77.78)	4(22.22)/14(77.78)
	>55 ans	1(2.13)/ 46 (97.87)	11(23.40)/36(76.60)	8(17.02)/39(82.98)
Année de thèse	<1988	1(3.85) / 25 (96.15)	6(23.08)/20(76.92)	4(15.38)/22(84.62)
	1988-1997	2(8.00)/23(92.00) 0.1347	5(20.00)/20(80.00) 0.1395	5(20.00)/20(80.00) 0.8320
	1998-2009	4(15.38)/22(84.62)	4(15.38)/22(84.62)	6(23.08)/20(76.92)
	>2009	7(24.14)/22(75.86)	1(3.45)/28(96.55)	4(13.79)/25(86.21)
Niveau d'études du parent le plus qualifié	Bac/brevet technique, professionnel	2(10.00)/18(90.00)	2(10.00)/18(90.00)	0(0.00)/20(100.00)
	CAP/BEP/collège	1(7.69)/12(92.31) 0.8785	2(15.38)/11(84.62) 0.6523	3(23.08)/10(76.92)
	Etudes supérieures	9(14.52)/53(85.48)	9(14.52)/53(85.48)	13(20.97)/49(79.03)
	Sans diplôme	2(18.18)/9(81.82)	3(27.27)/8(72.73)	3(27.27)/8(72.73)
Profession du milieu médical ?	Non	11(14.26)/66(85.71)	12(15.58)/65(84.42)	12(15.58)/65(84.42)
	Médical	2(9.52)/19(90.48) 0.8896	3(14.29)/18(85.71) 1.000	6(28.57)/15(71.43) 0.3496
	Paramédical	1(12.50)/7(87.50)	1(12.50)/7(87.50)	1(12.50)/7(87.50)
Mode d'exercice	Exercice groupé *	10(12.99)/67(87.01) 1.000	10(12.99)/67(87.01)	17(22.08)/60(77.92) 0.09
	Cabinet seul	4(13.79)/ 25(86.21)	6(20.69)/23(79.31) 0.3660	2(6.90)/27(93.10)
Catégorie socio- économique patientèle	Moyenne	6 (12.24)/43(87.76)	8(16.33)/41(83.67)	7(14.29)/42(85.71) 0.6729
	Populaire	7(14.00)/43(86.00) 1.000	8(16.00)/42(84.00)	11(22.00)/39(78.00)
	Supérieure	1(14.29)/6(85.71)	0(0.00)/7(100.00) 0.7604	1(14.29)/6(85.71)
EDI du quartier d'exercice	1	3(33.33)/6(66.67)	1(11.11)/8(88.89)	1(11.11)/8(88.89)
	2	0(0.00)/5 (100.00)	1(20.00)/4(80.00)	2(40.00)/3(60.00)
	3	4(17.39)/ 19(82.61) 0.3132	3(13.04)/20(86.96) 0.8142	6(26.09)/17(73.91) 0.2355
	4	4(11.76)/30(88.24)	7(20.59)/27(79.41)	3(8.82)/31(91.18)
	5	3(8.57)/32(91.43)	4(11.43)/31(88.57)	7(20.00)/28(80.00)

		Statut vis-à-vis de l'emploi	Littéracie en santé
Caractéristiques des MG		Non (N=24) /Oui (N=82), (%), p	Non(N=70) /Oui(N=36), (%), p
Sexe	Homme	14(30.43)/32(69.57)	31(67.39)/15(32.61)
	Femme	10(16.67)/50(83.33), 0.1063	39(65.00)/21(35.00) 0.8384
Age	25-34 ans	2(11.11)/16(88.89)	14(77.78)/4(22.22)
	35-44 ans	5(21.74)/18(78.26), 0.5842	18(78.26)/5(21.74)
	45-54 ans	4(22.22)/14(77.78)	10(55.56)/8(44.44)
	>55 ans	13(27.66)/34(72.34)	28(59.57)/19(40.43) 0.2413
Année de thèse	<1988	8(30.77)/18(69.23)	14(53.85)/12(46.15)
	1988-1997	6(24.00)/19(76.00)	18(72.00)/7(28.00) 0.1653
	1998-2009	6(23.08)/20(76.92) 0.5158	15(57.69)/11(42.31)
	>2009	4(13.79)/25(86.21)	23(79.31)/6(20.69)
Niveau d'études du parent le plus qualifié	Bac/brevet technique, professionnel	2(10.00)/18(90.00)	15(75.00)/5(25.00)
	CAP/BEP/collège	4(30.77)/9(69.23) 0.2355	7(53.85)/6(46.15) 0.2723
	Etudes supérieures	15(24.19)/47(75.81)	43(69.35)/19(30.65)
	Sans diplôme	3(27.27)/8(72.73)	5(45.45)/6(54.55)
Profession du milieu médical ?	Non	15(19.48)/62(80.52)	49(63.64)/28(36.36)
	Médical	7(33.33)/14(66.67) 0.3829	16(76.19)/5(23.81)
	Paramédical	2(25.00)/6(75.00)	5(62.50)/3(37.50) 0.5761
Mode d'exercice	Exercice groupé *	17(22.08)/60(77.92)	54(70.13)/23(29.87)
	Cabinet seul	7(24.14)/22(75.86) 0.8001	16(55.17)/13(44.83) 0.1713
Catégorie socio-économique patientèle	Moyenne	10(20.41)/39(79.59)	35(71.43)/14(28.57)
	Populaire	13(26.00)/37(74.00)	30(60.00)/20(40.00)
	Supérieure	1(14.29)/6(85.71) 0.7615	5(71.43)/2(28.57) 0.4972
EDI du quartier d'exercice	1	2(22.22)/7(77.78)	7(77.78)/2(22.22)
	2	2(40.00)/3(60.00)	5(100.00)/0(0.00)
	3	7(30.43)/16(69.57) 0.1213	17(73.91)/6(26.09) 0.2396
	4	3(8.82)/31(91.18)	22(64.71)/12(35.29)
	5	10(28.57)/25(71.43)	19(54.29)/16(45.71)

		Couple ou non	Nbre d'enfants à charge	Fait de vivre seul ou non
Caractéristiques des MG		Non N= 53 (%) /Oui N=53 (%) , p	Non N=41(%) /Oui N=65 (%) , p	Non N=48 (%) / Oui N=58 (%) , p
Sexe	Homme	24(51.17)/22(47.83)	19(41.30)/27(58.70)	24(52.17)/22(47.83)
	Femme	29(48.33)/31(51.67) 0.8448	22(36.67)/38(63.33) 0.6895	24(40.00)/36(60.00)0.2413
Age	25-34 ans	8(44.44)/10(55.56)	7(38.89)/11(61.11)	6(33.33)/12(66.67)
	35-44 ans	12(52.17)/11(47.83)	9(39.13)/14(60.87)	13(56.52)/10(43.48)
	45-54 ans	6(33.33)/12(66.67) 0.3368	6(33.33)/12(66.67)	7(38.89)/11(61.11)
	>55 ans	27(57.45)/2(42.55)	19(40.43)/28(59.57) 0.9826	22(46.81)/25(53.19)0.4796
Année de thèse	<1988	14(53.85)/12(46.15)	9(34.62)/17(65.38)	11(42.31)/15(57.69)
	1988-1997	14(56.00)/11(44.00) 0.8230	10(40.00)/15(60.00)	13(52.00)/12(48.00)
	1998-2009	12(46.15)/14(53.85)	10(38.46)/16(61.54)	12(46.15)/14(53.85)
	>2009	13(44.83)/16(55.17)	12(41.38)/17(58.62) 0.9712	12(41.38)/17(58.62)0.8696
Niveau d'études du parent le plus qualifié	Bac/brevet technique, professionnel	13(65.00)/7(35.00)	8(40.00)/12(60.00)	11(55.00)/9(45.00)
	CAP/BEP/ collège	5(38.46)/8(61.54) 0.4641	5(38.46)/8(61.54)	5(38.46)/8(61.54)
	Etudes supérieures	30(48.39)/31(51.61)	26(41.94)/36(58.06)	26(41.94)/36(58.06)
	Sans diplôme	5(45.45)/6(54.55)	2(18.18)/9(81.82) 0.5513	6(54.44)/5(45.45) 0.6754
Profession du milieu médical ?	Non	40(51.95)/37(48.05)	25(32.47)/52(67.53)	36(46.75)/41(53.25)
	Médical	9(42.86)/12(57.14)	12(57.14)/9(42.86)	8(38.10)/13(61.90)
	Paramédical	4(50.00)/4(50.00) 0.8072	4(50.00)/4(50.00) 0.0933	4(50.00)/4(50.00) 0.7973
Mode d'exercice	Exercice groupé *	39(50.65)/38(49.35)	34(44.16)/43(55.84)	35(45.45)/42(54.55)
	Cabinet seul	14(48.28)/15(51.72) 1.00	7(24.14)/22(75.86) 0.0746	13(44.83)/16(55.17) 1.000
Catégorie socio-économique patientèle	Moyenne	24(48.98)/25(51.02)	19(38.78)/30(61.22)	21(42.86)/28(57.14)
	Populaire	27(54.00)/23(46.00)	20(40.00)/30(60.00)	25(50.00)/25(50.00)
	Supérieure	2(28.57)/5(71.43) 0.4656	2(28.57)/5(71.43) 0.9058	2(28.57)/5(71.43) 0.5024
EDI du quartier d'exercice	1	5(55.56)/4(44.44)	3(33.33)/6(66.67)	3(33.33)/6(66.67)
	2	3(60.00)/2(40.00)	3(60.00)/2(40.00)	2(40.00)/3(60.00)
	3	10(43.48)/13(56.52)	10(43.48)/13(56.52)	10(43.48)/13(56.52)
	4	15(44.12)/19(55.88)	11(32.35)/23(67.65)	15(44.12)/19(55.88)
	5	20(57.14)/15(42.86) 0.7791	14(40.00)/21(60.00) 0.7558	18(51.43)/17(48.57)0.8954

		Pays de naissance	Niveau d'études	Recueil CSP
Caractéristiques des MG		Non N=58 (%) / Oui N=48 (%) , p	Non N=86 (%) / Oui N=20 (%) , p	Non N=81 (%) /Oui N=25 (%) , p
Sexe	Homme	24(52.17)/22(47.83)	36(78.26)/10(21.74) 0.6181	33(71.74)/13(28.26)
	Femme	34(56.67)/26(43.33) 0.6964	50(83.33)/10(16.67)	48(80.00)/12(20.00)0.3614
Age	25-34 ans	11(61.11)/7(38.89)	16(88.89)/2(11.11)	15(83.33)/3(16.67) 0.2591
	35-44 ans	14(60.87)/9(39.13)	20(86.96)/3(13.04)	20(86.96)/3(13.04)
	45-54 ans	10(55.56)/8(44.44)	13(72.22)/5(27.78)	11(61.11)/7(38.89)
	>55 ans	23(48.94)/24(51.06) 0.7560	37(78.72)/10(21.28) 0.5470	35(74.47)/12(25.53)
Année de thèse	<1988	12(46.15)/14(53.85)	20(76.92)/6(23.08)	19(73.08)/7(26.92)
	1988-1997	13(52.00)/12(48.00)	22(88.00)/3(12.00)	20(80.00)/5(20.00)
	1998-2009	14(53.85)/12(46.15)	19(73.08)/7(26.92)	17(65.38)/9(34.62)
	>2009	19(65.52)/10(34.48) 0.5335	25(86.21)/4(13.79) 0.4589	25(86.21)/4(13.79) 0.3122
Niveau d'études du parent le plus qualifié	Bac/brevet technique, professionnel	15(75.00)/5(25.00)	16(80.00)/4(20.00)	14(70.00)/6(30.00)
	CAP/BEP/ collège	7(53.85)/6(46.15)	11(84.62)/2(15.38)	10(76.92)/3(23.08)
	Etudes supérieures	30(48.39)/32(51.61)	50(80.65)/12(19.35)	49(79.03)/13(20.97)
	Sans diplôme	6(54.55)/5(45.45) 0.2224	9(81.82)/2(18.18) 1.000	8(72.73)/3(27.27) 0.8113
Profession du milieu médical ?	Non	43(55.84)/34(44.16)	60(77.92)/17(22.08)	54(70.13)/23(29.87)
	Médical	10(47.62)/11(52.38)	20(95.24)/1(4.76)	21(100.00)/0(0.00)
	Paramédical	5(62.50)/3(37.50) 0.7550	6(75.00)/2(25.00) 0.1429	6(75.00)/2(25.00) 0.0060
Mode d'exercice	Exercice groupé *	45(58.44)/32(41.56)	63(81.82)/14(18.18)	60(77.92)/17(22.08)
	Cabinet seul	13(44.83)/16(55.17) 0.2744	23(79.31)/6(20.69) 0.7846	21(72.41)/8(27.59) 0.6106
Catégorie socio-économique patientèle	Moyenne	29(59.18)/20(40.82)	37(75.51)/12(24.49)	38(77.55)/11(22.45)
	Populaire	28(56.00)/22(44.00)	45(90.00)/5(10.00)	39(78.00)/11(22.00)
	Supérieure	1(14.29)/6(85.71) 0.0933	4(57.14)/3(42.86) 0.0309	4(57.14)/3(42.86) 0.5082
EDI du quartier d'exercice	1	5(55.56)/4(44.44)	8(88.89)/1(11.11)	8(88.89)/1(11.11)
	2	5(100.00)/0(0.00)	5(100.00)/0(0.00)	5(100.00)/0(0.00)
	3	14(60.87)/9(39.13)	18(78.26)/5(21.74)	15(65.22)/8(34.78)
	4	17(50.00)/17(50.00)	26(76.47)/8(23.53)	24(70.59)/10(29.41)
	5	17(48.57)/18(51.43) 0.2641	29(82.86)/6(17.14) 0.8393	29(82.86)/6(17.14) 0.3178

		Recueil des minima sociaux	Logement	Situation financière perçue
Caractéristiques des MG		Non N=66 (%) / Oui N=40 (%), p	Non N=65 (%) / Oui N=41 (%), p	Non N= 89 (%) / Oui N=17 (%), p
Sexe	Homme	29(63.04)/17(36.96) 1.0000	30(65.22)/16(34.78)	39(84.78)/7(15.22) 1.0000
	Femme	37(61.67)/23(38.33)	35(58.33)/25(41.67) 0.5480	50(83.33)/10(16.67)
Age	25-34 ans	11(61.11)/7(38.89)	9(50.00)/9(50.00)	13(72.22)/5(27.78)
	35-44 ans	17(73.91)/6(26.09)	17(73.91)/6(26.09)	21(91.30)/2(8.70)
	45-54 ans	12(66.67)/6(33.33)	6(33.33)/12(66.67)	14(77.78)/4(22.22)
	>55 ans	26(55.32)/21(44.68) 0.4943	33(70.21)/14(29.79) 0.0202	41(87.23)/6(12.77) 0.3006
Année de thèse	<1988	16(61.54)/10(38.46)	17(65.38)/9(34.62)	21(80.77)/5(19.23)
	1988-1997	13(52.00)/12(48.00)	17(68.00)/8(32.00)	23(92.00)/2(8.00)
	1998-2009	17(65.38)/9(34.62)	15(57.69)/11(42.31)	23(88.46)/3(11.54)
	>2009	20(68.97)/9(31.03) 0.6508	16(55.17)/13(44.83) 0.7518	22(75.86)/7(24.14) 0.3898
Niveau d'études du parent le plus qualifié	Bac/brevet technique, professionnel	14(70.00)/6(30.00)	17(85.00)/3(15.00)	20(100.00)/0(0.00)
	CAP/BEP/ collège	5(38.46)/8(61.54)	8(61.54)/ 5(38.46)	10(76.92)/3(23.08)
	Etudes supérieures	40(64.52)/22(35.48)	35(56.45)/27(43.55)	52(83.87)/10(16.13)
	Sans diplôme	7(63.64)/4(36.36) 0.3063	5(45.45)/6(54.55) 0.0781	7(63.64)/4(36.36) 0.0270
Profession du milieu médical ?	Non	45(58.44)/32(41.56)	47(61.04)/ 30(38.96)	65(84.42)/12(15.58)
	Médical	15(71.43)/6(28.57)	13(61.90)/8(38.10)	17(80.95)/4(19.05)
	Paramédical	6(75.00)/2(25.00) 0.4566	5(62.50)/3(37.50) 1.0000	7(87.50)/1(12.50) 0.8999
Mode d'exercice	Exercice groupé *	49(63.64)/28(36.36)	48 (62.34)/29(37.66)	64(83.12)/13(16.88)
	Cabinet seul	17(58.62)/12(41.38) 0.6584	17(58.62)/12(41.38) 0.8238	25(86.21)/4(13.79) 1.0000
Catégorie socio-économique patientèle	Moyenne	32(65.31)/17(34.69)	32(65.31)/17(34.69)	45(91.84)/4(8.16)
	Populaire	32(64.00)/18(36.00)	30(60.00)/20(40.00)	40(80.00)/10(20.00)
	Supérieure	2(28.57)/5(71.43) 0.1850	3(42.86)/4(57.14) 0.5428	4(57.14)/3(42.86) 0.0412
EDI du quartier d'exercice	1	7(77.78)/2(22.22)	7(77.78)/2(22.22)	9(100.00)/0(0.00) 0.0639
	2	4(80.00)/1(20.00)	5(100.00)/0(0.00)	5(100.00)/0(0.00)
	3	16(69.57)/7(30.43)	14(60.87)/9(39.13)	20(86.96)/3(13.04)
	4	22(64.71)/12(35.29)	22(64.71)/12(35.29)	31(91.18)/3(8.82)
	5	17(48.57)/18(51.43) 0.3255	17(48.57)/18(51.43) 0.1676	24(68.57)/11(31.43)

ANNEXE 9 : Recueil de la situation sociale selon le niveau de connaissances déclaré sur les DSS

Niveau de connaissance des DSS	Adresse		<i>p value</i>	Protection maladie		<i>p value</i>	Profession		<i>p value</i>
	Non N= 14	Oui N= 92		Non N= 16	Oui N= 90		Non N= 19 (17.9%)	Oui N= 87 (82.01%)	
Bon	3 (6.82)	41 (93.18)	0.2070	4 (9.09)	40 (90.91)	0.3190	9 (20.45)	35 (79.55)	0.7345
Mauvais	3 (20.00)	12 (80.00)		3 (20.00)	12 (80.00)		3 (20.00)	12 (80.00)	
Moyen	8 (17.02)	39 (82.98)		9 (19.15)	38 (80.85)		7 (14.89)	40 (85.11)	
La réduction des ISS fait-elle partie du rôle des soins primaires ?									
Non	5 (22.73)	17 (77.27)	0.1612	4 (18.18)	18 (81.82)	0.7386	7 (31.82)	15 (68.18)	0.0675
Oui	9 (10.71)	75 (89.29)		12 (14.29)	72 (85.71)		12 (14.29)	72 (85.71)	

Niveau de connaissance des DSS	Situation vis-à-vis de l'emploi		<i>p value</i>	Littératie en santé		<i>p value</i>	Fait d'être en couple ou non		<i>p value</i>
	Non N= 24 (22.6%)	Oui N= 82 (77.4%)		Non N= 70 (66%)	Oui N= 36 (34%)		Non N= 53 (50%)	Oui N= 53 (50%)	
Bon	10(22.73)	34(77.27)	0.4831	26(59.09)	18(40.91)	0.4490	16 (36.36)	28(63.64)	0.0680
Mauvais	5(33.33)	10(66.67)		11(73.33)	4(26.67)		9(60.00)	6(40.00)	
Moyen	9(19.15)	38(80.85)		33(70.21)	14(29.79)		28(59.57)	19(40.43)	
La réduction des ISS fait-elle partie du rôle des soins primaires ?									
Non	9 (40.91)	13 (59.09)	0.0415	18 (81.82)	4 (18.18)	0.1276	16 (72.73)	6 (27.27)	0.0296
Oui	15 (17.86)	69 (82.14)		52 (61.90)	32 (38.10)		37 (44.05)	47 (55.95)	

Niveau de connaissance des DSS	Nombre d'enfants à charge		<i>p value</i>	Fait de vivre seul ou non		<i>p value</i>	Pays de naissance		<i>p value</i>
	Non N=41 (38.7%)	Oui N=65 (61.3%)		Non N= 48 (45.3%)	Oui N= 58 (54.7%)		Non N= 58 (54.7%)	Oui N=48 (45.3%)	
Bon	15 (34.09)	29 (65.91)	0.5406	16 (36.36)	28 (63.64)	0.2749	20(45.45)	24(54.55)	0.2851
Mauvais	5 (33.33)	10 (66.67)		7 (46.67)	8 (53.33)		9(60.00)	6(40.00)	
Moyen	21 (44.68)	26 (55.32)		25 (53.19)	22 (46.81)		29(61.70)	18(38.30)	
La réduction des ISS fait-elle partie du rôle des soins primaires ?									
Non	11 (50.0)	11 (50.0)	0.2307	16 (72.73)	6 (27.27)	0.0072	12 (54.55)	10 (45.45)	1.0000
Oui	30 (35.71)	54 (64.29)		32 (38.10)	52 (61.90)		46 (54.76)	38 (45.24)	

Niveau de connaissance des DSS	Niveau d'études		<i>p value</i>	Catégorie socio-professionnelle		<i>p value</i>	Fait de bénéficier de minima sociaux		<i>p value</i>
	Non N= 86 (81.1%)	Oui N= 20 (18.9%)		Non N= 81 (76.4%)	Oui N= 25 (23.6%)		Non N= 66 (62.3%)	Oui N= 40 (37.7%)	
Bon	36 (81.82)	8 (18.18)	0.8392	35(79.55)	9(20.45)	0.7386	25(56.82)	19(43.18)	0.5377
Mauvais	13 (86.67)	2 (13.33)		12(80.00)	3(20.00)		9(60.00)	6(40.00)	
Moyen	37 (78.72)	10 (21.28)		34(72.34)	13(27.66)		32(68.09)	15(31.91)	
La réduction des ISS fait-elle partie du rôle des soins primaires ?									
Non	19 (86.36)	3 (13.64)	0.7598	18 (81.82)	4 (18.18)	0.5849	17 (77.27)	5 (22.73)	0.1392
Oui	67 (79.76)	17 (20.24)		63 (75.00)	21 (25.00)		49 (58.33)	35 (41.67)	

Niveau de connaissance des DSS	Situation vis-à-vis du logement		<i>p value</i>	Situation financière perçue		<i>p value</i>
	Non N=65 (%)	Oui N=41 (%)		Non N= 89 (83.9%)	Oui N= 17 (16.1%)	
Bon	24(54.55)	20(45.45)	0.3663	33(75.00)	11(25.00)	0.1192
Mauvais	11(73.33)	4(26.67)		14(93.33)	1(6.67)	
Moyen	30(63.83)	17(36.17)		42(89.36)	5(10.64)	
La réduction des ISS fait-elle partie du rôle des soins primaires ?						
Non	17 (77.27)	5 (22.73)	0.0928	20 (90.91)	2 (0.09)	0.5152
Oui	48 (57.14)	36 (42.86)		69 (82.14)	15 (17.86)	

ANNEXE 10 : Caractéristiques des MG et de leur mode d'exercice associé à leur opinion sur le rôle à jouer des soins primaires dans la réduction des ISS et à leur capacité à répondre aux besoins sociaux des patients

Caractéristiques des MG		La réduction des ISS fait-elle partie du rôle des soins primaires ?			Vous sentez-vous à même de répondre aux besoins sociaux de vos patients ?		
		Non N= 22 (%)	Oui N= 84 (%)	P value	Non N=65 (%)	Oui= 41 (%)	P value
Sexe	Homme	14 (30.43)	32 (69.57)	0.0517	30 (65.22)	16 (34.78)	0.5480
	Femme	8 (13.33)	52 (86.67)		35 (58.33)	25 (41.67)	
Age	25-34 ans	4 (22.22)	14(77.78)	0.8941	9 (50.00)	9(50.00)	0.2031
	35-44 ans	6(26.09)	17(73.91)		18 (78.26)	5 (21.74)	
	45-54 ans	3(16.67)	15(83.33)		12 (66.67)	6 (33.33)	
	>55 ans	9(19.15)	38(80.95)		26 (55.32)	21 (44.68)	
Année de thèse	<1988	6 (23.08)	20 (76.92)	0.4322	14 (53.85)	12 (46.15)	0.7307
	1988-1997	4 (16.00)	21 (84.00)		15 (60.00)	10 (40.00)	
	1998-2009	8 (30.77)	18 (69.23)		18 (69.23)	8 (30.77)	
	>2009	4 (13.79)	25 (86.21)		18 (62.07)	11 (37.93)	
Niveau d'études du parent le plus qualifié	Bac/brevet technique, professionnel	4 (20.00)	16 (80.00)	0.5978	11 (55.00)	9 (45.00)	0.6476
	CAP/BEP/collège	2 (15.38)	11 (84.62)		10 (76.92)	3 (23.08)	
	Etudes supérieures	12 (19.35)	50 (80.65)		37 (59.68)	25 (40.32)	
	Sans diplôme	4 (36.36)	7 (63.64)		7 (63.64)	4 (36.36)	
Profession du milieu médical ?	Non	15 (19.48)	62 (80.52)	0.7769	50 (64.94)	27 (35.06)	0.4599
	Médical	5 (23.81)	16 (76.19)		11 (52.38)	10 (47.62)	
	Paramédical	2 (25.00)	6 (75.00)		4 (50.00)	4 (50.00)	
Mode d'exercice	Cabinet seul	7 (24.14)	22 (75.86)	0.5996	16 (55.17)	13 (44.83)	0.5038
	Exercice groupé	15 (19.48)	62 (80.52)		49 (63.64)	28 (36.36)	
Catégorie socio-économique patientèle	Moyenne	9 (18.37)	40 (81.63)	0.3547	28 (57.14)	21 (42.86)	0.3793
	Populaire	10 (20.00)	40 (80.00)		31 (62.00)	19 (38.00)	
	Supérieure	3 (42.86)	4 (57.14)		6 (85.71)	1 (14.29)	
EDI du quartier d'exercice	1	1 (11.11)	8 (88.89)	0.8703	4 (44.44)	5 (55.56)	0.7271
	2	1 (20.00)	4 (80.00)		3 (60.00)	2 (40.00)	
	3	5 (21.74)	18 (78.26)		14 (60.87)	9 (39.13)	
	4	9 (26.47)	25 (73.53)		20 (58.82)	14 (41.18)	
	5	6 (17.14)	29 (82.86)		24 (68.57)	11 (31.43)	

ANNEXE 11: Eléments de la pratique contribuant à la réduction des ISS

Thème	Fréquence N total= 76
Accueil inconditionnel : « accueil non discriminant » (x1), « consultation ouverte à tous » (x1), « accueil inconditionnel » (x1), « tolérance sur les RDV non honorés » (x1), « pas de sélection du patient » (x1), « accueil de tout patient » (x1), « soins sans discrimination » (x1), « disponible pour toute personne » (x1), « jamais on n'a refusé un patient » (x1), « soigner sans distinction toute classe sociale » (x1), « respect de la personne » (x1).	N= 14
Patientèle défavorisée : « patients CMU/ AME », « expérience fréquente des patients défavorisés ou précaires, SDF », « quartier populaire », « quartier défavorisé »	N=10
Non avance des frais par le patient : « tiers payant » (x 19), actes gratuits (x11), ne pas faire payer si les personnes ne peuvent pas, facilités de paiement	N= 23
Accessibilité du MG : disponibilité et organisation des consultations pour faciliter l'accès : « sans RDV », « horaires larges » (x1), « non programmée », « ouverte de 8h à 20h », « consultations longues », « disponible au téléphone », « permanence de soins 9h-19h sans RDV tous les jours, réponse au tel tous les jours en direct »	N= 13
Réseau/ lien avec travailleurs sociaux : « travail coordonné avec travailleurs sociaux » (x1), « mise en contact avec travailleurs sociaux » (x1) « sollicitation assistante sociale » (x1), « adressage vers structures sociales pour démarches » (x1), « orientation structures pro du secteur social » (x1), « collaboration étroite avec travailleurs sociaux » (x1), « coordination avec assistants sociaux » (x1), « connaissance d'acteurs sociaux » (x1)	N= 8
Connaissance, information et aide aux patients dans les démarches administratives/ sociales : « temps accordé aux difficultés administratives » (, « information sur le droit à la santé et le recours effectif » (x1) « je donne les démarches à suivre » (x1), « guide pour les démarches si non couvert » (x1) « professionnels de santé formés à l'accès aux soins et aux droits » (x1)	N= 4
Prévention : « pratique d'actes de prévention et dépistage » (X1), « conseils de prévention et de règles hygiéno-diététiques à tous » (X1), « prendre le temps pour la prévention » (x1)	N=3
Attention portée au remboursement des prescriptions et à l'orientation en secteur 1 : « orientation des patients à moins fort revenu vers spécialiste hospitalier ou secteur 1 » (x1), « secteur 1 » (x1) , « patient adressé au secteur de soin qu'il peut payer » (X1) , « pas de prescription inutile non remboursée » (X1) , « prescription adaptées au niveau de remboursement des patients » (x1),	N= 5
Attention portée à la situation sociale : « recueil patient et détaillé de la situation sociale me permet d'aider au mieux »	N= 1

Capacité à accueillir des patients non francophones : « langues étrangères parlées » (x1) , « interprétariat » (x 4)	N= 5
Temps : « temps accordé aux difficultés administratives », « consultations longues »	N= 2
Travail en équipe pluridisciplinaire :	N= 2
Relation d'aide : « aide à la prise de RDV » « soutien dans le parcours », « prise de rdv chez le spécialiste si aide nécessaire », « aider au mieux le patient » « guide pour les démarches »	N= 5

ANNEXE 12: Eléments de la pratiques contribuant à la non-réduction des ISS

Thème	Fréquence N total= 9
Consultation sur RDV : « consultation sur RDV principalement », « choix de consulter sur RDV » X 2	N= 2
Manque de temps : « situations chronophages », « manque de temps », « pas assez de temps »	N= 3
Isolement : « manque de lien avec services sociaux, cloisonnement », « manque de relation directe avec les intervenants sociaux », « trop isolé » (x1)	N= 3
Manque de connaissances : « Méconnaissance des recours » (x1), « manque d'information sur les réseaux possibles » (x1)	N= 2
Mode d'exercice libéral : « le mode libéral, par sa rémunération à l'acte, ne favorise pas la prise en charge des patients les plus fragiles » (x1) « cabinet libéral privé » (x1)	N= 2
Difficultés de recours aux services sociaux : « difficultés pour mobiliser les services sociaux » (x1).	N= 1

Les médecins généralistes face aux inégalités sociales de santé : *étude quantitative sur le recueil de la situation sociale des patients et les pratiques vis-à-vis des inégalités sociales de santé des médecins généralistes toulousains*

Introduction : Le médecin généraliste (MG) a un rôle-clé dans la réduction des inégalités sociales de santé (ISS). Le Collège de médecine générale a édité des recommandations incitant les MG à recueillir sept informations « indispensables » et neuf « utiles » sur la situation sociale des patients et à adapter leurs pratiques. Peu d'études quantitatives ont évalué ce recueil et les pratiques vis-à-vis des ISS. L'objectif principal était de décrire le recueil des informations sociales des patients suivis en médecine générale. Les objectifs secondaires étaient de décrire les connaissances, pratiques et attitudes vis-à-vis des ISS. Méthode : Nous avons mené une étude quantitative observationnelle descriptive auprès des MG de Toulouse par questionnaire auto-administré. Résultats : 391 MG ont été inclus. 106 questionnaires ont été remplis. Les MG n'avaient pas reçu de formation initiale sur les ISS. Ils estimaient ce recueil utile voire indispensable. Six des sept informations « indispensables » étaient majoritairement recueillies contre trois des neufs informations « utiles ». Penser que la réduction des ISS fait partie du rôle des soins primaires était associé à un meilleur recueil pour certains items. La plupart des MG avaient des plages de consultations sans rendez-vous, pratiquaient le tiers-payant généralisé, et vérifiaient la protection maladie. Une bonne connaissance des ISS et la perception du rôle des soins primaires dans leur réduction influent sur ces pratiques. Les MG ne se sentaient pas à même de répondre aux besoins sociaux de leurs patients. Conclusion : Une meilleure formation est nécessaire ainsi qu'un mode d'exercice adapté à la prise en charge des ISS.

Discipline : Médecine Générale

Mots-Clés : disparités de l'état de santé ; déterminants sociaux de la santé ; soins primaires ; médecine générale

General practitioners confronted with social inequalities in health: *a quantitative study of the collection of patients' social situation and the practices of general practitioners in Toulouse with regard to social inequalities in health.*

Background : The general practitioner (GP) has a key role in reducing health status disparities (HSDs). The College of General Medicine has issued recommendations encouraging GPs to collect seven "indispensable" and nine "useful" pieces of information on the social situation of patients and to adapt their practices. Few quantitative studies have evaluated this collection and practices with regard to HSDs. The main objective was to describe the collection of social information from patients followed in general practice. The secondary objectives were to describe knowledge, practices and attitudes towards HSDs. Method : We carried out a descriptive quantitative observational study among GPs in Toulouse using a self-administered questionnaire. Results : 391 GPs were included. 106 questionnaires were completed. The GPs had not received any initial training on HSDs. They considered this collection to be useful and even indispensable. Six of the seven "indispensable" items of information were mostly collected as opposed to three of the nine "useful" items of information. The idea that reducing SIHs is part of the role of primary care was associated with a more effective collection for some items. Most GPs had walk-in clinics, practiced generalized third-party payment, and checked for health insurance. Awareness of HSDs and the perceived role of primary care in reducing them had a key impact on their approach. However, GPs did not feel equipped to meet the social needs of their patients. Conclusion : Better training is called for, as well as an appropriate work practice to address HSDs.

Discipline : General Medicine

Keywords : health status disparities ; social determinants of health ; primary care ; general practice.