

Année 2018/2019

N°

## Thèse

Pour le

### DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

**Hélène GARNOTEL GIBOUT**

Née le 11 Février 1991 à Reims (51)

---

### **RESSENTI DES MEDECINS GENERALISTES SUR LE RECUEIL DE LA SITUATION SOCIALE DES PATIENTS DANS LES DOSSIERS MEDICAUX.**

---

Présentée et soutenue publiquement le 14 novembre 2019 devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Jean-Pierre LEBEAU, Médecine Générale, PU, Faculté de Médecine -Tours

Membres du Jury :

Professeur Emmanuel RUSCH, Épidémiologie, Économie de la santé et prévention, Faculté de Médecine –  
Tours

Professeur Nicolas BALLON, Psychiatrie, Addictologie, Faculté de Médecine – Tours

**Directrice de thèse : Docteur Gladys IBANEZ, Médecine Générale – Paris**

# RESUME

## **RESSENTI DES MEDECINS GENERALISTES SUR LE RECUEIL DE LA SITUATION SOCIALE DES PATIENTS DANS LES DOSSIERS MEDICAUX.**

**INTRODUCTION :** La réduction des inégalités sociales de santé (ISS) est un objectif de la stratégie nationale de santé 2018-2022. Des recommandations récentes ont invité les médecins généralistes à recueillir seize indicateurs sociaux dans les dossiers médicaux informatisés des patients. L'objectif de notre étude était d'analyser le ressenti des médecins généralistes à la suite d'un tel recueil.

**METHODES :** Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés a été menée auprès de 12 médecins généralistes ayant participé à l'étude RECOTEST (Ile de France et Pays de Loire) entre février 2017 et août 2018. Une analyse thématique a été réalisée avec triangulation partielle par deux chercheurs. L'étude a été déclarée au comité d'éthique et à la commission nationale de l'informatique et des libertés.

**RESULTATS :** Le recueil des indicateurs sociaux dans les dossiers médicaux présentait des intérêts permettant d'améliorer les pratiques en soins primaires. Certains indicateurs sociaux ont été considérés comme « très importants » (couverture maladie, profession), d'autres « utiles » selon le contexte. Plusieurs facteurs en limitaient l'intérêt et des difficultés étaient rapportées. Les médecins ont décrit des adaptations possibles en termes d'accès à la santé et dans les domaines de la vie socio-affective du patient ; de sa vie professionnelle et financière et de son habitat.

**CONCLUSION :** Les médecins étaient favorables à un recueil standardisé de données sociales qui leur permettait d'adapter leurs pratiques et possiblement de contribuer à la diminution des ISS. Afin de mieux répondre aux besoins des praticiens, une seconde version des recommandations est en cours d'élaboration.

**MOTS CLES :** Déterminants sociaux de la santé, dossier médical informatisé, médecins généralistes, soins primaires, étude qualitative.

# ABSTRACT

## **FEELING OF GENERAL PRACTITIONERS REGARDING THE RECORDING OF SOCIAL INDICATORS IN MEDICAL HEALTH RECORDS.**

**INTRODUCTION:** Reducing social inequalities in health is an objective of the 2018-2022 National Health Strategy. Recent recommendations have invited general practitioners to collect sixteen social indicators in the electronic health records of their patients. The objective of our study was to analyze the feeling of general practitioners following such recordings.

**METHODS:** A qualitative study based on semi-directed interviews was conducted among twelve general practitioners who participated in the RECOTEST study (Ile de France and Pays de Loire) between February 2017 and August 2018. A thematic content analysis was carried out with a partial triangulation by two researchers. The study was declared to the Ethics Committee and to the French data protection authority, the CNIL.

**RESULTS:** The recording of social indicators showed benefits enabling improvement of care practices. Some social indicators were considered "very important" (health care plan coverage, occupation), others "useful" depending on the context. Several factors limited its interest and difficulties were reported. The practitioners described the possible adaptations to be made in term of access to health care and in the domains of the social-emotional life of the patient; his professional and financial life and his housing conditions.

**CONCLUSION:** Practitioners were favorable to a standardized recording of social indicators enabling a change of practice and possibly contributing to the decrease of social inequalities of health. In order to better meet the need of practitioners, a second version of the recommendations is being developed.

**KEYWORDS:** Social determinants of health, electronic health record, general practitioners, primary care, qualitative study.

# LISTE DES ENSEIGNANTS

UNIVERSITE DE TOURS  
**FACULTE DE MEDECINE DE TOURS**

**DOYEN**

**Pr Patrice DIOT**

**VICE-DOYEN**

Pr Henri MARRET

**ASSESEURS**

Pr Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*

Pr Mathias BUCHLER, *Relations internationales*

Pr Theodora BEJAN-ANGOULVANT, *Moyens – relations avec l'Université*

Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*

Pr François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*

Pr Patrick VOURC'H, *Recherche*

**RESPONSABLE ADMINISTRATIVE**

Mme Fanny BOBLETER

\*\*\*\*\*

**DOYENS HONORAIRES**

Pr Emile ARON (†) – 1962-1966

*Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962*

Pr Georges DESBUQUOIS (†) – 1966-1972

Pr André GOUAZE – 1972-1994

Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014

**PROFESSEURS EMERITES**

Pr Daniel ALISON

Pr Philippe ARBEILLE

Pr Catherine BARTHELEMY

Pr Gilles BODY

Pr Jacques CHANDENIER

Pr Alain CHANTEPIE

Pr Pierre COSNAY

Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL

Pr. Dominique GOGA

Pr Alain GOUDEAU

Pr Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ

Pr Gérard LORETTE

Pr Roland QUENTIN

Pr Elie SALIBA

**PROFESSEURS HONORAIRES**

P. ANTHONIOZ – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – P. BARDOS – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUAZE – J.L. GUILMOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – E. LEMARIE – G. LEROY – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAIN – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – D. ROYERE – A. SAINDELLE – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – B. TOUMIEUX – J. WEILL

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

---

ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis .....	Cardiologie
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique.....	Cardiologie
BAKHOS David.....	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle.....	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe .....	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora.....	Pharmacologie clinique
BERNARD Anne .....	Cardiologie
BERNARD Louis .....	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle .....	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique .....	Physiologie
BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent.....	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....	Urologie
BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
CALAIS Gilles.....	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
COLOMBAT Philippe.....	Hématologie, transfusion
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe .....	Radiologie et imagerie médicale
DE TOFFOL Bertrand.....	Neurologie
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESOUBEAUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe .....	Anatomie
DIOT Patrice.....	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague .....	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
DUMONT Pascal.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan.....	Réanimation
FAUCHIER Laurent .....	Cardiologie
FAVARD Luc.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUGERE Bertrand .....	Gériatrie
FOUQUET Bernard.....	Médecine physique et de réadaptation
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle .....	Anatomie & cytologie pathologiques
GAUDY-GRAFFIN Catherine.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe .....	Rhumatologie
GRUEL Yves.....	Hématologie, transfusion
GUERIF Fabrice.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUYETANT Serge .....	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel.....	Hématologie, transfusion
HAILLOT Olivier.....	Urologie
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HANKARD Régis.....	Pédiatrie
HERAULT Olivier .....	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis .....	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe.....	Biologie cellulaire
LABARTHE François.....	Pédiatrie
LAFFON Marc .....	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert.....	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique.....	Bactériologie-virologie
LAURE Boris .....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry.....	Gastroentérologie, hépatologie
LESCANNE Emmanuel.....	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude .....	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent .....	Dermato-vénérologie
MAILLOT François .....	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain .....	Pneumologie
MARRET Henri .....	Gynécologie-obstétrique



MARUANI Annabel .....	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent .....	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine .....	Pédiatrie
MORINIERE Sylvain .....	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa .....	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis .....	Rhumatologie
ODENT Thierry .....	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi .....	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna .....	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles .....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric .....	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Dominique .....	Réanimation médicale, médecine d'urgence
PERROTIN Franck .....	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean .....	Ophtalmologie
PLANTIER Laurent .....	Physiologie
REMERAND Francis .....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe .....	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe .....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
RUSCH Emmanuel .....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline .....	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem .....	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab .....	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria .....	Biophysique et médecine nucléaire
THOMAS-CASTELNAU Pierre .....	Pédiatrie
TOUTAIN Annick .....	Génétique
VAILLANT Loïc .....	Dermato-vénéréologie
VELUT Stéphane .....	Anatomie
VOURC'H Patrick .....	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé .....	Immunologie

---

#### **PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE**

DIBAO-DINA Clarisse  
LEBEAU Jean-Pierre

---

#### **PROFESSEURS ASSOCIES**

MALLET Donatien ..... Soins palliatifs  
POTIER Alain ..... Médecine Générale  
ROBERT Jean ..... Médecine Générale

---

#### **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS**

BARBIER Louise.....Chirurgie digestive  
BERHOUE Julien.....Chirurgie orthopédique et traumatologique  
BRUNAULT Paul .....Psychiatrie d'adultes, addictologie  
CAILLE Agnès .....Biostat., informatique médical et technologies de communication  
CLEMENTY Nicolas.....Cardiologie  
DENIS Frédéric.....Odontologie  
DOMELIER Anne-Sophie .....Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière  
DUFOUR Diane .....Biophysique et médecine nucléaire  
ELKRIEF Laure.....Hépatologie – gastroentérologie  
FAVRAIS Géraldine .....Pédiatrie  
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie.....Anatomie et cytologie pathologiques  
GATAULT Philippe.....Néphrologie  
GOUILLEUX Valérie.....Immunologie  
GUILLON Antoine.....Réanimation  
GUILLON-GRAMMATICO Leslie.....Epidémiologie, économie de la santé et prévention  
HOARAU Cyrille .....Immunologie  
IVANES Fabrice .....Physiologie  
LE GUELLEC Chantal.....Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique  
LEFORT Bruno.....Pédiatrie  
LEMAIGNEN Adrien .....Maladies infectieuses  
MACHET Marie-Christine .....Anatomie et cytologie pathologiques

MOREL Baptiste.....	Radiologie pédiatrique
PIVER Eric.....	Biochimie et biologie moléculaire
REROLLE Camille.....	Médecine légale
ROUMY Jérôme.....	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET Bénédicte.....	Thérapeutique
TERNANT David.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure.....	Génétique
ZEMMOURA Ilyess.....	Neurochirurgie

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

---

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....	Neurosciences
BOREL Stéphanie.....	Orthophonie
MONJAUZE Cécile.....	Sciences du langage – orthophonie
NICOGLU Antonine.....	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald.....	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile.....	Médecine Générale

## MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

---

RUIZ Christophe.....	Médecine Générale
SAMKO Boris.....	Médecine Générale

## CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRA

---

BOUAKAZ Ayache.....	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
CHALON Sylvie.....	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
COURTY Yves.....	Chargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
DE ROCQUIGNY Hugues.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1259
ESCOFFRE Jean-Michel.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
GILOT Philippe.....	Chargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282
GOUILLEUX Fabrice.....	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7001
GOMOT Marie.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
KORKMAZ Brice.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
LAUMONNIER Frédéric.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
MAZURIER Frédéric.....	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7001
MEUNIER Jean-Christophe.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1259
PAGET Christophe.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
RAOUL William.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7001
SI TAHAR Mustapha.....	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
WARDAK Claire.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253

## CHARGES D'ENSEIGNEMENT

---

### ***Pour l'Ecole d'Orthophonie***

DELORE Claire.....	Orthophoniste
GOUIN Jean-Marie.....	Praticien Hospitalier

### ***Pour l'Ecole d'Orthoptie***

MAJZOUB Samuel.....	Praticien Hospitalier
---------------------	-----------------------

### ***Pour l'Ethique Médicale***

BIRMELE Béatrice.....	Praticien Hospitalier
-----------------------	-----------------------

## SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,  
de mes chers condisciples  
et selon la tradition d'Hippocrate,  
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur  
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,  
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

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

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

Que les hommes m'accordent leur estime  
si je suis fidèle à mes promesses.  
Que je sois couvert d'opprobre  
et méprisé de mes confrères  
si j'y manque.



# REMERCIEMENTS

Au Docteur Gladys IBANEZ, d'avoir accepté d'être ma directrice de thèse avant même de me rencontrer et de m'avoir fait confiance pour mener à bien ce projet commun. Merci pour ta patience, ton optimisme et tes encouragements.

Au Professeur Jean-Pierre LEBEAU, de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse. Merci pour votre implication dans l'enseignement facultaire et pour votre aide dans la constitution de ce jury.

Aux Professeurs Emmanuel RUSCH et Nicolas BALLON, d'avoir accepté d'être membres de ce jury. Veuillez recevoir ma plus sincère reconnaissance.

À tous les médecins qui ont accepté de participer à ce travail. Merci de l'intérêt que vous y avez porté et de l'énergie que vous y avez déployée.

Au groupe de travail à l'origine des recommandations, c'est un honneur pour moi d'avoir pu travailler sur ce sujet, dans la continuité de ce que vous avez entrepris.

À Naïma de m'avoir prise sous ton aile et de m'avoir communiqué ton énergie dans la pratique de la médecine générale. C'est un plaisir pour moi de travailler désormais à tes côtés. Et merci à l'ensemble de la Maison de Santé de l'Argonne à Orléans : votre bonne humeur est communicative et c'est un plaisir de venir travailler avec vous !

À mes parents, d'avoir toujours été présents pour moi, d'avoir supporté mes kilomètres de marche pendant les révisions des concours et d'avoir toujours cru en moi. Merci pour votre soutien et votre bienveillance.

Au reste de la famille, mes frère et sœur et mon grand-père, ainsi qu'à mes amis, merci pour ces instants si précieux qu'on partage ensemble.

À Édouard, pour ton amour, ta bienveillance, ta patience, ton soutien et tes encouragements sans faille. Tu as largement contribué à embellir ces années. Ma vie est belle à tes côtés et c'est un bonheur immense d'en profiter à trois depuis l'arrivée d'Albane. Puisse notre famille continuer à s'agrandir dans les années à venir !

# TABLE DES MATIÈRES

Résumé .....	2
Abstract .....	3
Liste des enseignants .....	4
Serment d’Hippocrate .....	8
Remerciements .....	9
Table des illustrations.....	13
Liste des abréviations .....	14
INTRODUCTION.....	15
CONTEXTE.....	16
1. Généralités sur les inégalités sociales de santé (ISS).....	16
1.1. Définition des ISS.....	16
1.2. Faire la distinction avec la précarité et la pauvreté .....	18
1.2.1. La précarité.....	18
1.2.2. La pauvreté.....	18
1.3. Les déterminants sociaux de santé.....	18
2. ISS et soins primaires .....	21
2.1. Le médecin généraliste : maillon central des soins primaires .....	21
2.2. Les inégalités dans le système de soins .....	22
2.2.1. Les inégalités d’accès primaire .....	22
2.2.2. Les inégalités dans l’accès secondaire aux soins .....	23
2.3. Un principe fort en soins primaires : l’équité en santé .....	24
3. Recueil des déterminants sociaux en soins primaires .....	25
3.1. Intérêt d’un recueil.....	25
3.2. Des outils déjà existants .....	25
3.2.1. Score EPICES .....	25
3.2.2. Recommandations du Collège de la Médecine Générale (CMG) .....	26
3.2.3. Autres outils à l’étranger .....	27
MATÉRIEL ET MÉTHODE .....	29
1. Projet RECOTEST .....	29
2. Population d’étude.....	29
3. Recueil des données .....	30
4. Analyse des données .....	30

5. Autorisations réglementaires .....	30
RÉSULTATS .....	31
1. Caractéristiques et profils des médecins généralistes .....	31
1.1. Caractéristiques de l'échantillon .....	31
1.2. Des profils variés de médecins généralistes .....	33
1.2.1. Les médecins peu sensibilisés aux ISS .....	33
1.2.2. Les médecins sensibilisés aux ISS .....	33
1.2.3. Les médecins proactifs .....	34
2. Ressenti des médecins généralistes et apport du recueil de la situation sociale des patients 35	
2.1. Intérêts et limites du recueil social .....	35
2.1.1. Meilleure connaissance du patient .....	35
2.1.2. Aide à la pratique médicale .....	36
2.1.3. Facteurs limitant l'intérêt du recueil social .....	37
2.2. Ressenti des médecins selon chaque indicateur social .....	39
2.2.1. Accès et parcours de soins .....	39
2.2.2. Vie socio-affective .....	41
2.2.3. Vie professionnelle et financière .....	43
2.2.4. Habitat et environnement physique .....	47
2.3. Et dans les suites de l'étude ? .....	50
2.3.1. Modification des pratiques .....	50
2.3.2. Modification du regard des praticiens .....	51
2.3.3. Une motivation décroissante .....	51
3. Difficultés rencontrées par les médecins généralistes lors du recueil de la situation sociale des patients .....	51
3.1.1. Les difficultés liées au médecin généraliste .....	52
3.1.2. Les difficultés liées à la consultation .....	53
3.1.3. Les difficultés liées à la pratique médicale .....	54
4. Modalités d'action du médecin généraliste dans la diminution des ISS et positionnement éthique .....	55
4.1. Modalités d'action du médecin généraliste dans la diminution des ISS .....	55
4.2. Positionnement éthique des médecins généralistes .....	59
5. Modèle d'interactions .....	61
DISCUSSION .....	62
1. Principaux résultats .....	62
2. Forces et limites de l'étude .....	62

2.1.	Forces.....	62
2.1.1.	Le sujet de l'étude .....	62
2.1.2.	Le type d'étude.....	63
2.1.3.	Validité interne .....	63
2.1.4.	Validité externe .....	63
2.2.	Limites .....	63
2.2.1.	Population d'étude.....	63
2.2.2.	Réalisation des entretiens .....	64
2.2.3.	Un sujet sensible.....	64
3.	Comparaison avec les données de la littérature .....	65
3.1.	Données françaises .....	65
3.1.1.	Étude RECOTEST .....	65
3.1.2.	Accompagnement des patients présentant des difficultés sociales en médecine générale	66
3.1.3.	Recueil de la situation sociale et prise en charge des ISS en médecine générale avant la parution des recommandations .....	66
3.1.4.	Acceptabilité du recueil par les patients .....	67
3.1.5.	Considérations éthiques.....	67
3.2.	Données internationales .....	68
3.2.1.	Concernant le recueil de la situation sociale des patients .....	68
3.2.2.	Concernant le rôle du médecin généraliste face aux ISS .....	68
4.	Perspectives .....	69
	CONCLUSION .....	71
	Bibliographie .....	72
	Annexe 1 : Calcul du score EPICES .....	77
	Annexe 2 : Guide d'entretien .....	78
	Annexe 3 : Autorisations.....	80
	Annexe 4 : Intérêts et limites du recueil social .....	82
	Annexe 5 : Difficultés rencontrées lors du recueil social.....	85
	Annexe 6 : Modalités d'action du médecin généraliste dans la diminution des ISS.....	87
	Annexe 7 : Liste de contrôle COREQ .....	90

# TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 : Évolution de l'espérance de vie à 35 ans par sexe pour les cadres et les ouvriers. Source INSEE. ....	17
Figure 2 : Déterminants sociaux de la santé selon la CDSS .....	19
Figure 3 : Modèle d'interactions .....	61
Tableau 1 : Données liées aux déterminants sociaux de la santé recueillies à partir de trois sources aux États-Unis. ....	28
Tableau 2 : Caractéristiques de l'échantillon et des entretiens .....	32
Tableau 3 : Adaptation des pratiques selon l'indicateur social .....	49



## LISTE DES ABREVIATIONS

AME	Aide Médical d'État
CDSS	Commission des Déterminants Sociaux de la Santé
CMU	Couverture Maladie Universelle
CMG	Collège de la Médecine Générale
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CSP	Catégorie Socio-Professionnelle
ERERC	Espace de Réflexion Ethique de la Région Centre
HCSP	Haut Conseil de Santé Publique
ICIS	Institut Canadien d'Information sur la Santé
INPES	Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
IOM	Institute of Medicine
ISS	Inégalités Sociales de Santé
MDPH	Maisons Départementales des Personnes Handicapées
MG	Médecin Généraliste
MSP	Maison de Santé Pluridisciplinaire
NAM	National Academy of Medicine
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PASS	Permanence d'Accès aux Soins de Santé
SFTG	Société de Formation Thérapeutique du Généraliste
TBS	Tableau de Bord de Suivi
WONCA	World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners

# INTRODUCTION

La santé et l'espérance de vie des populations se sont améliorées en France et dans la plupart des pays développés au cours des dernières décennies (1). Cependant cette amélioration a surtout concerné les personnes les plus socialement favorisées. De fortes inégalités sociales de santé (ISS) existent et traversent toute la population selon un continuum, également appelé « gradient social » (2). Elles sont considérées par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme des injustices systématiques et évitables dans la mesure où elles résultent de circonstances indépendantes de la responsabilité des personnes (3,4).

Les ISS existent dans l'ensemble du monde, mais leur ampleur diffère selon les pays et les indicateurs mesurés. En France, elles sont parmi les plus importantes en Europe (5,6). Selon les derniers chiffres de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), entre 2012 et 2016, l'espérance de vie à la naissance des hommes était de 84,4 ans parmi les 5 % les plus aisés, contre 71,7 ans parmi les 5 % les plus pauvres, soit 13 ans d'écart (7). Les ISS existent à tous les âges, et pour tous les états de santé observés (8,9). Plusieurs pays ont déjà élaboré des stratégies pour réduire les ISS. Dans le domaine des soins, des programmes d'actions ont été élaborés au Royaume-Uni, aux Pays-Bas, en Suède et aux États-Unis (10–12). En France, la réduction des ISS est devenue un des objectifs prioritaires de la stratégie nationale de santé 2018-2022 (13).

Actuellement, les programmes et recommandations de pratiques médicales prennent peu en compte les déterminants sociaux de la santé, aboutissant à perpétuer et accentuer les inégalités sociales de santé (14). Le fonctionnement du système de soin orienté vers les pratiques curatives occulte l'importance des soins préventifs et de la promotion de la santé, leviers importants d'action pour réduire les inégalités sociales de santé (14,15). D'après l'OMS, les systèmes de soins basés sur des soins primaires forts sont ceux qui permettent d'atteindre les meilleures qualité et équité des soins (16). En France, les médecins généralistes réalisent près de 300 millions de consultations par an (17). Deux tiers des patients consultent jusqu'à 5 fois par an leur médecin traitant (18). Ces contacts fréquents et répétés placent les médecins généralistes en situation potentielle de repérage, d'orientation et d'intervention.

Une étude récente a décrit les stratégies d'adaptation possibles des médecins généralistes pour faire face aux difficultés sociales des patients (19). Parmi celles-ci, le recueil des déterminants sociaux de la santé a été une des premières propositions citées. En 2014, le Collège de la Médecine Générale (CMG) a proposé le recueil de 16 indicateurs de situation sociale dans les dossiers médicaux des patients en médecine générale (20). À la suite de ces recommandations, l'étude RECOTEST a évalué l'acceptabilité par les médecins généralistes et la faisabilité d'un tel recueil en pratique courante au travers d'une analyse quantitative (21). Les principaux résultats ont montré que ce recueil était faisable dans le temps (moins de 2 minutes nécessaires au total) et acceptable (plus de 90% des médecins étaient satisfaits). Cette nouvelle étude visait à compléter ces premiers résultats et a eu pour objectif d'analyser le ressenti des médecins généralistes à la suite du recueil systématique de la situation sociale des patients dans les dossiers médicaux.

# CONTEXTE

## 1. Généralités sur les inégalités sociales de santé (ISS)

### 1.1. Définition des ISS

Les inégalités sociales de santé sont les différences d'état de santé entre les groupes sociaux. Elles témoignent de la relation entre l'état de santé d'un individu et sa position sociale. Le Black Report, paru en Angleterre en 1980, fut l'un des premiers à révéler que la position d'un individu dans la structure sociale est étroitement associée à son état de santé (2).

La santé ne ressort pas que d'inégalités naturelles ou génétiques fondées sur une irréductible disparité biologique entre les êtres humains : « *en matière de santé, la nature a créé des différences que la société a transformées en inégalités* ». Nos sociétés présentent une structuration sociale hiérarchisée à l'origine d'inégalités sociales de santé (22).

Ainsi, les ISS traversent l'ensemble de la population française, quel que soit l'âge, selon un gradient qui suit la hiérarchie sociale. On parle alors de « gradient social » : ceux qui sont au sommet de la pyramide sociale jouissent d'une meilleure santé que ceux qui sont directement en dessous d'eux, qui eux-mêmes sont en meilleure santé que ceux qui sont juste en dessous et ainsi de suite jusqu'aux plus démunis. Ce gradient social persiste après avoir pris en compte l'exposition individuelle aux facteurs de risques comportementaux et professionnels (2).

C'est de cette observation qu'est née la notion de « double peine » des ouvriers : le nombre d'années vécues avec ou sans incapacité varie selon la catégorie professionnelle. En 2003, un homme cadre de 35 ans pouvait espérer vivre encore 47 ans, dont 34 indemne de toute incapacité ; un ouvrier, 41 ans, dont 24 ans sans incapacité. Ainsi, au sein d'une vie déjà plus courte que les cadres, les ouvriers vivent plus longtemps qu'eux avec des incapacités et des handicaps (23).

Plus récemment, une étude de l'INSEE, réalisée en 2016, en France, confirme ces différences d'espérance de vie entre cadres et ouvriers. Ainsi, les hommes cadres vivent en moyenne 6 ans de plus que les ouvriers dans les conditions de mortalité de 2009-2013. Chez les femmes, les inégalités sociales sont moins marquées, seuls 3 ans séparent l'espérance de vie des cadres et des ouvrières (24).

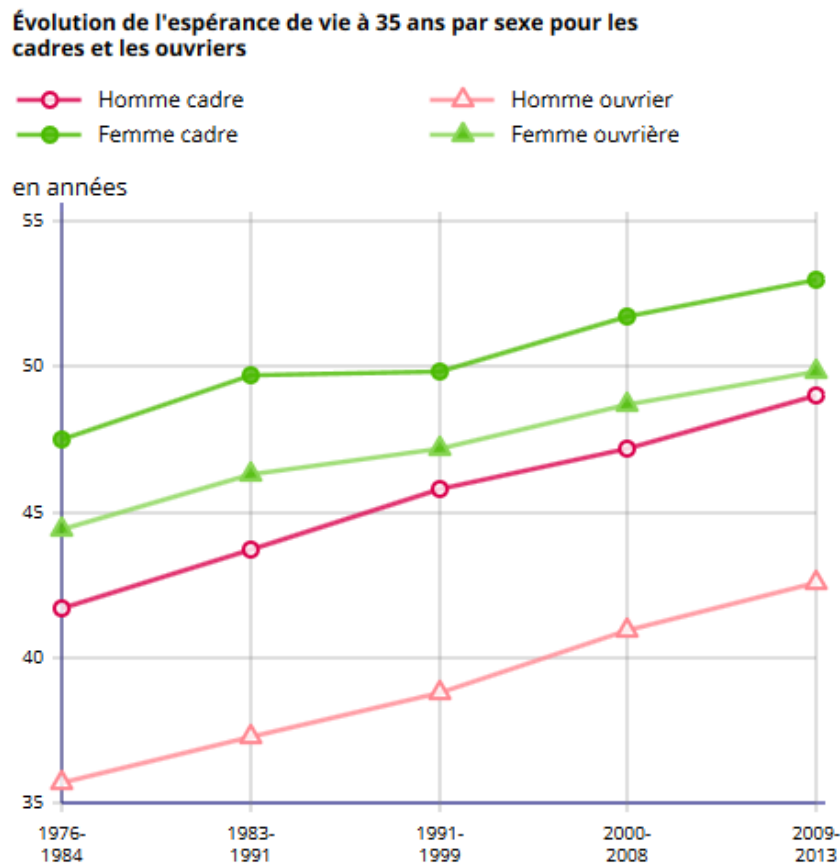


Figure 1 : Évolution de l'espérance de vie à 35 ans par sexe pour les cadres et les ouvriers. Source INSEE.

Les natures mêmes des professions exercées expliquent en partie ces écarts (24,25) :

- Les cadres sont moins soumis aux risques professionnels (accidents, expositions à des produits toxiques) que les ouvriers.
- Les modes de vie des cadres sont plus favorables à une bonne santé : les comportements de santé à risque, les moindres recours et accès aux soins, ou encore l'obésité sont moins fréquents chez les cadres que chez les ouvriers.
- Inversement, l'état de santé peut lui-même influencer l'appartenance à une catégorie sociale : une santé défaillante peut empêcher la poursuite d'études, le maintien en emploi, ou rendre plus difficiles les promotions et l'accès aux emplois les plus qualifiés en cours de carrière.

## **1.2. Faire la distinction avec la précarité et la pauvreté**

La précarité ainsi que la pauvreté ne suffisent pas à expliquer les ISS. Les problèmes de santé des populations les plus pauvres ne représentent que la partie la plus visible de ces inégalités de par un moins bon état de santé et des difficultés d'accès aux soins (22). Ainsi, réduire les inégalités sociales de santé ne peut donc se traduire uniquement par une politique de lutte contre la précarité.

### **1.2.1. La précarité**

La précarité se définit comme l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires (professionnelles, familiales et sociales) et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives (2). De ce fait, elle correspond à l'instabilité et la fragilité des situations de vie et fait référence aux incertitudes et aux aléas qui pèsent sur les individus au-delà même de leurs ressources du moment (22).

De nombreuses études ont montré que la précarité s'accompagnait d'un risque accru de morbidités (notamment en ce qui concerne la santé mentale et les maladies transmissibles comme la tuberculose ou les maladies sexuellement transmissibles), de dépendances aux différents toxiques (alcool, drogues, psychotropes) et d'un faible recours aux soins (26).

### **1.2.2. La pauvreté**

La définition européenne de la pauvreté, adoptée par le Conseil des ministres de l'Union européenne du 19 décembre 1984, considère 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 l'État dans lequel elles vivent ». Cette définition met l'accent sur le caractère multi-dimensionnel de la pauvreté qui ne doit pas se réduire au seul revenu monétaire, mais devant aussi prendre en compte les conditions de vie des ménages pauvres au-delà de la privation matérielle (2).

Selon l'INSEE : "un individu (ou un ménage) est considéré comme pauvre lorsqu'il vit dans un ménage dont le niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté (60% du revenu médian en France)" (27).

## **1.3. Les déterminants sociaux de santé**

L'épidémiologie clinique a permis de faire des progrès dans l'identification de facteurs de risque (alcool, tabac, etc.) responsables de pathologies clairement identifiées comme les premières causes des décès en France (cancer, pathologies cardio-vasculaires, etc.). Cependant, à facteur de risque égal au regard des comportements individuels, d'autres facteurs apparaissent statistiquement liés à l'état de santé. Ces facteurs sont appelés déterminants sociaux de santé (28).



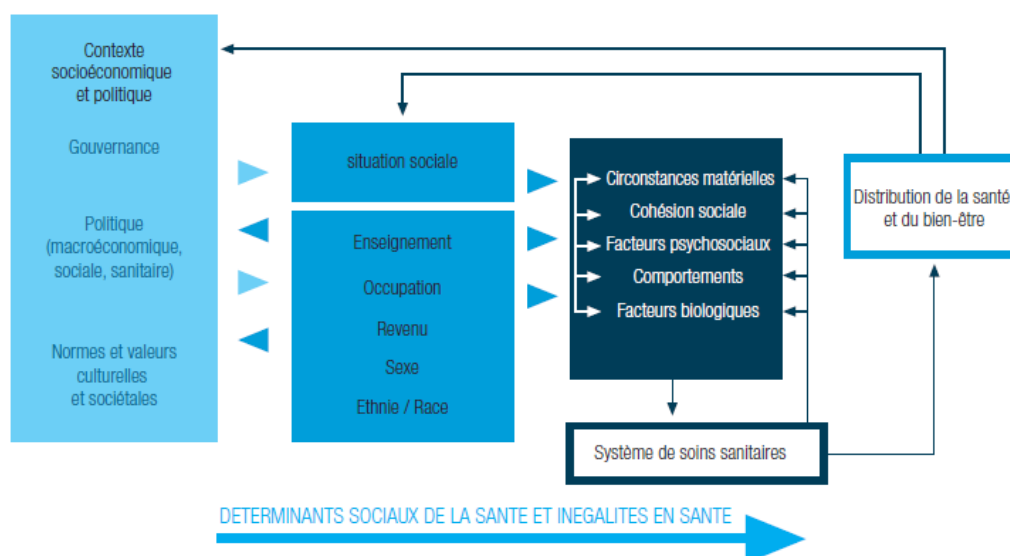
Selon la définition proposée par l'OMS en 2008, les déterminants sociaux de santé sont : « les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes de soins mis en place pour faire face à la maladie » (3). Ces déterminants sont nombreux, ils regroupent :

- L'environnement général : conditions socio-économiques, politiques, culturelles, sociétales et environnementales.
- Les conditions de vie quotidienne des individus : scolarisation et éducation, emploi, habitat, accès aux soins.
- Les comportements et styles de vie : consommation d'alcool et de tabac, exercices physiques, nutrition.

Ainsi, dans la constitution d'un état de santé, la part attribuable aux soins de santé pèserait pour 20%. Le reste étant attribué à la part génétique (jusqu'à 30%), les comportements de santé (30-40 %), les facteurs socio-économiques (15-40 %), et les facteurs environnementaux physiques (5-10 %) (29).

Les ISS sont la résultante d'une répartition inégale des déterminants sociaux de la santé dans la population (30). Il existe divers modèles explicatifs. Certains privilégient le rôle des conditions de naissance et de vie dans la petite enfance tandis que d'autres se fondent sur l'effet cumulatif de déterminants sociaux et économiques défavorables se combinant et interagissant au cours de la vie. Ces courants ne sont pas exclusifs les uns des autres et peuvent être complémentaires. Ils sont présentés dans un document élaboré en 2008 pour les travaux de la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé (CDSS) (31,32).

Nous allons présenter, en exemple, le modèle de la CDSS, élaboré sous l'égide de l'OMS. Il s'agit aujourd'hui du modèle le plus récent et le plus consensuel pour expliquer la genèse des ISS (32). Au travers de ce modèle nous comprenons que le contexte socio-économique et politique d'un pays influence la situation sociale des individus, qui elle-même influence les facteurs matériels, psychosociaux et comportementaux des personnes. La combinaison de ces différents éléments détermine, en partie, la santé et le bien-être de tout être humain.



Source: Tiré et modifié de Solar & Irwin, 2007.

Figure 2 : Déterminants sociaux de la santé selon la CDSS

Ce modèle distingue 3 composants fondamentaux :

### **Le contexte politique et socio-économique**

Il inclut tout le spectre de facteurs sociétaux qui ne peuvent pas être mesurés au niveau individuel :

- la gouvernance du pays
- les politiques macro-économiques
- les politiques sociales (influençant le travail, le logement)
- les politiques publiques (dans les secteurs de l'éducation, de l'eau et l'assainissement et de la santé)
- la culture et les valeurs sociétales

### **Les déterminants structurels**

Ils constituent l'élément central du modèle, les inégalités étant déterminées par la différence de statut socio-économique des individus. Ce dernier résulte de la formation, de l'emploi et du revenu, auxquels se combinent deux autres facteurs : le genre et l'ethnie.

- La formation reflète la transition entre la position socio-économique des parents et la position socio-économique de leur enfant devenu adulte. C'est un fort déterminant de son futur revenu et de sa capacité à trouver un emploi. Sa construction débute dès le plus jeune âge et est influencée par l'accès à l'enseignement primaire et secondaire. Les problèmes vécus lors de l'enfance auront des répercussions négatives sur l'état de santé à l'âge adulte notamment lorsque les individus ont fait moins d'études ou sont issus de milieux sociaux défavorisés (33).
- L'emploi est défini dans une double dimension : il définit la place des individus dans la hiérarchie sociale et il indique l'exposition à des risques professionnels spécifiques. Les mécanismes qui expliquent la corrélation entre emploi et santé sont multiples :
  - Lien avec le revenu et donc les ressources matérielles.
  - Reflet du standing social, pouvant se traduire par un accès différencié à certaines facilités (offre et qualité des soins, qualité du logement).
  - Lien avec le stress professionnel, l'autonomie ou encore le sentiment de contrôle, qui peuvent toucher la santé par le biais de processus psycho-sociaux.
  - Exposition directe à un environnement de travail toxique ou à des tâches très exigeantes sur le plan physique, dommageables sur la santé.
- Le revenu peut influencer sur un large éventail de circonstances matérielles ayant des conséquences directes sur la santé. Il a également un effet cumulatif tout au long de la vie et constitue l'indicateur de position socio-économique qui peut le plus changer à court terme.
- Le genre et l'ethnie ont un rôle plus ou moins important selon les pays, selon qu'ils puissent être une variable discriminante pour l'accès à un emploi, une formation, aux ressources et à la santé.

### **Les déterminants intermédiaires**

Cette catégorie réunit les déterminants qui découlent de la stratification sociale, définie par les déterminants structurels.

- Les conditions matérielles incluent tous les déterminants liés à l'environnement physique de travail et de vie, notamment les moyens financiers pour le logement, l'alimentation et l'habillement.
- Les conditions psycho-sociales ou socio-environnementales incluent :
  - Les facteurs de stress psycho-sociaux (au travail ou dans la vie courante)
  - Les événements personnels négatifs
  - La faiblesse du support social ou familial
  - Les méthodes pour faire face au problème
- Les facteurs comportementaux comprennent le régime alimentaire, l'activité physique ou la dépendance aux toxiques (tabac, alcool...). Ils font référence au style de vie et leur corrélation avec l'état de santé est bien établie, même si seuls, ils ne suffisent pas toujours à expliquer les inégalités de santé.
- Les facteurs biologiques interviennent de façon indirecte. Par exemple, les circonstances matérielles peuvent agir en tant que facteur de stress psychosocial, lequel peut influencer les comportements tels que l'abus de substances et de nourriture, et impacter alors la santé à travers des facteurs biologiques spécifiques.
- Le système de santé : le modèle de l'OMS considère le système de santé en tant que déterminant social à part entière.

## **2. ISS et soins primaires**

Si les ISS sont essentiellement les conséquences de déterminants sociaux plus généraux et si les politiques publiques ont un rôle important à jouer, le système de soins présente sa part de responsabilité et il reste des améliorations à faire dans ce domaine.

### **2.1. Le médecin généraliste : maillon central des soins primaires**

La médecine générale est définie par l'organisation mondiale des médecins généralistes (WONCA) comme « le premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers » et « elle répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle » (34).

Le médecin généraliste est généralement la porte d'entrée dans le système de soins. Par sa position de premier recours, il est le praticien le plus souvent consulté, en particulier par les patients ayant un faible niveau socio-économique. Le recours au médecin spécialiste reste, en

France, fortement dépendant de la position sociale. Selon un sondage IFOP de novembre 2012, 27% des personnes interrogées déclaraient avoir renoncé à des soins chez un médecin généraliste et 42% à des soins chez un médecin spécialiste en raison du coût élevé de la consultation (35). Il existe un consensus sur le fait que les systèmes de santé fondés sur les principes des soins de santé primaires assurent une meilleure santé et une plus grande équité en matière de santé que les systèmes orientés vers les soins spécialisés. Des données récentes montrent que des soins primaires de qualité sont associés à une meilleure santé de la population, à des taux d'hospitalisations injustifiées moins élevés et à des inégalités socio-économiques moins importantes (36).

Les médecins généralistes ont la particularité de pouvoir rencontrer et suivre des populations très variées. En moyenne, les médecins généralistes voient chaque patient quatre fois dans l'année (étude TNS-Sofres 2012). Ces contacts fréquents et répétés placent le secteur des soins primaires, et notamment les médecins généralistes en posture de repérage, d'orientation et d'intervention notamment en ce qui concerne les ISS. Une action auprès d'eux semble donc être un bon moyen pour cibler une population large et avoir un retentissement diffus.

## **2.2. Les inégalités dans le système de soins**

Il existe des inégalités inhérentes au système de soin. Selon différentes sources trois facteurs pourraient aggraver les ISS sur le plan humain :

- La distance sociale et culturelle entre le médecin et son patient et la qualité de communication qui en résulte (25).
- Les idées stéréotypées des médecins généralistes sur les comportements de santé des patients, notamment en termes d'observance, ce qui influence leurs diagnostics et leurs prescriptions (37).
- La perception faussée des médecins généralistes concernant les désirs, le besoin d'information et la capacité à prendre place dans le processus de soin des patients de bas niveau socio-économique. Un cercle vicieux en découle : les médecins préjugent que ces patients ne sont pas intéressés ou ne comprennent pas les informations relatives à leur état de santé et ces patients ont du mal à exprimer leur intérêt. Ainsi, ils reçoivent moins d'informations, ont moins de pouvoir et d'implication dans les décisions thérapeutiques (38).

Deux types d'inégalités ont été définies par P. Lombrail et J. Pascal à la suite d'auteurs anglo-saxons : les inégalités d'« *accès primaire* », c'est-à-dire l'entrée dans le système de soins et les inégalités d'« *accès secondaire* », correspondant à la manière structurellement déterminée dont se déroulent les soins après un premier contact (14).

### **2.2.1. Les inégalités d'accès primaire**

L'expression « accès aux soins » est polysémique et désigne tout autant l'accessibilité (notamment en termes de droits sociaux) que l'usage ou le recours qui en est fait ou pas (14).

Plusieurs explications peuvent être apportées à ces iniquités de l'accès aux soins, par exemple :

- Répartition géographique : la théorie de l'« *inverse care law* » développée par Hart en 1971 (39) développe l'idée que la distribution de l'offre de soins varie de manière inverse aux besoins de soins des populations : les zones abritant les populations les plus défavorisées et requérant le plus de soins sont aussi les zones les moins bien dotées en ressources médicales. Le délai d'accès aux soins est plus élevé pour ces populations, avec un temps de consultation plus court (40).
- Freins financiers notamment via le mode de financement des consultations et l'accès à la couverture complémentaire. Les inégalités de recours aux soins sont les plus fortes dans les pays où le reste à charge des patients est important. Les difficultés matérielles contribuent à reléguer la santé au second plan (25).
- Barrières culturelles : les populations les plus pauvres et les moins éduquées ont tendance à recourir aux soins moins fréquemment ou plus tardivement, en raison d'une moindre connaissance des filières de soins ou d'un rapport différent au corps et à la maladie (25).

### **2.2.2. Les inégalités dans l'accès secondaire aux soins**

Il existe aussi des inégalités sociales de soins au sein même des patientèles des médecins généralistes. Il semble en effet qu'en dehors de la disponibilité effective de l'offre et de l'accès aux soins, le système de soins peut apporter des réponses différentes, à pathologie équivalente, selon les caractéristiques sociales des patients. Ainsi, on distingue :

- Les « *inégalités par construction* », liées à l'absence de prise en compte des inégalités de santé dans l'élaboration de recommandations de pratique médicale.
  - Cela se manifeste dans la conception du système de soins et ses modalités de fonctionnement : en ne prenant pas en compte les déterminants psycho-sociaux des maladies, les attentes des malades, et leur conception de la santé, le système de soins contribue à produire, perpétuer ou accentuer les inégalités.
  - En se focalisant sur le soin curatif plutôt que sur les dispositifs de prévention ou de dépistage, le système de soins pénalise les personnes les plus fragiles.
- Les « *inégalités par omission* », liées à l'inertie d'un système de santé qui méconnaît les inégalités et ne participe donc pas à leur réduction dans son fonctionnement de routine. Elles concernent essentiellement les trajectoires et les interactions entre soignants et soignés, souvent dominées par une orientation curative du soin. Elles ne sont pas intentionnelles, mais relèvent plutôt d'une non-connaissance par les acteurs du soin du rôle de rattrapage qu'ils pourraient jouer s'ils soignaient en ayant conscience de l'existence d'ISS et de leur rôle dans ces inégalités (41). Elles s'expliquent aussi par un manque de moyens (en termes de compétences et temps) dont disposent les professionnels de santé (14).

Ces deux types d'inégalités de soins procèdent de ce que Jonathan Mann appelle la « *socioparésie* », ou incapacité à envisager la dimension sociale des problèmes de santé (42).



### 2.3. Un principe fort en soins primaires : l'équité en santé

La façon dont le médecin généraliste exerce n'est pas neutre. Au quotidien, il doit essayer de s'adapter aux patients et de faire face aux problèmes de santé, souvent plus complexes, des patients précaires. La poursuite de l'équité en santé est aujourd'hui un objectif mondial de santé publique. Elle correspond au principe selon lequel toutes les personnes devraient pouvoir aspirer à un état de santé optimal et ne devraient pas être limitées à cet égard en raison de leur ethnicité, de leur religion, de leur sexe, de leur âge, de leur classe sociale, de leur situation socio-économique ou de tout autre attribut social. Elle « implique la répartition équitable des ressources nécessaires pour assurer la santé, l'accès équitable aux possibilités offertes et le soutien équitable offert en cas de maladie » (43). Ainsi, tout en visant l'amélioration de l'état de santé de toutes les populations, la poursuite de l'équité en santé cherche à réduire le fardeau supplémentaire que subissent les groupes désavantagés sur les plans social et économique (44).

La charte d'Ottawa (1986) pour la promotion de la santé, adoptée par l'OMS-Europe, énonçait une série d'engagements de la part des États signataires, dont la poursuite de l'équité en matière de santé en se fondant d'emblée sur un principe de justice sociale (2). Ses rédacteurs soulignaient que « ses interventions ont pour but de réduire les écarts actuels caractérisant l'état de santé et d'offrir à tous les individus les mêmes ressources et possibilités pour réaliser pleinement leur potentiel santé » (45).

Il importe de rappeler que le vocable d'équité est à distinguer de celui d'égalité. Les études menées sur la mesure de l'équité dans les systèmes de santé ont appliqué les concepts d'équité verticale et d'équité horizontale au système de financement et au système de distribution des soins.

- L'équité verticale requiert que les inégaux soient traités inégalement. C'est-à-dire, si les individus diffèrent selon leur propension à payer, le respect de l'équité verticale suggère que les plus riches contribuent davantage que les plus pauvres. En France, la couverture maladie universelle (CMU) illustre un objectif d'équité verticale dans la propension à payer en favorisant l'accès et le recours aux soins d'une classe de la population ayant de plus faibles moyens financiers.
- L'équité horizontale correspond au principe de justice distributive selon lequel des individus égaux doivent être traités également. Ce principe stipule donc en matière de santé que des individus qui présentent des caractéristiques similaires en termes d'état de santé ou de pathologies reçoivent des prestations de soins similaires et que toute discrimination en fonction d'une autre caractéristique individuelle, quelle qu'elle soit, ne peut être tolérée.

Au travers de l'équité en santé, il ne s'agit pas de chercher une stricte égalité dans l'accès aux soins de santé ou encore dans l'utilisation des services de santé. Il est nécessaire d'introduire d'autres dimensions telles que (46) :

- Le niveau du besoin individuel
- Les caractéristiques socio-économiques
- Les caractéristiques démographiques
- Les caractéristiques de santé individuelles

### **3. Recueil des déterminants sociaux en soins primaires**

#### **3.1. Intérêt d'un recueil**

Les ISS pourraient passer inaperçues si elles n'étaient pas révélées par des chiffres ou des indicateurs de santé. La compréhension et la mesure des inégalités de la consommation de soins sont donc essentielles afin de définir des politiques adaptées (47). En 2009, l'INPES publie un ouvrage intitulé « Réduire les inégalités sociales de santé » (2). D'après H. Falcoff, il existe deux raisons principales pour le médecin de s'intéresser à la position sociale de chaque patient et de la recueillir dans les dossiers médicaux. La première est que cette position exprime un risque social plus ou moins élevé et que la connaissance de ce risque oriente la prise en charge. La seconde raison est que pour réduire les inégalités, il faut d'abord pouvoir les mesurer et cela nécessite un recueil de données sociales.

Par la suite, le Haut Conseil de Santé Publique (HCSP), propose d'inscrire dans la loi de santé publique l'objectif explicite de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé (48,49)

- En réduisant le gradient social et territorial des états de santé
- En agissant sur l'ensemble des déterminants de la santé
- Et en réduisant les obstacles financiers à l'accès aux soins.

Il demande la production systématique d'informations sur l'état des ISS ainsi que sur les déterminants de santé qui permettent d'expliquer leurs évolutions (emploi, travail, éducation, habitat...). Le HCSP souhaite ainsi la mise en place d'une production régulière annuelle de données statistiques en matière d'ISS.

À présent, en France, la réduction des inégalités sociales de santé est un objectif de la stratégie nationale de santé 2018-2022 au travers de quatre axes (13) :

- Promouvoir la santé, en incluant la prévention, dans tous les milieux et tout au long de la vie.
- Lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé.
- Garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge à chaque étape du parcours de santé.
- Innover pour transformer notre système de santé en réaffirmant la place des usagers.

#### **3.2. Des outils déjà existants**

Depuis plusieurs années, différents groupes de réflexion travaillent sur la thématique des ISS et cherchent à définir des indicateurs ou des scores susceptibles de repérer la fragilité socio-économique d'un individu.

##### **3.2.1. Score EPICES**

Le score EPICES a été élaboré en 1998 par un groupe de travail, constitué de membres des centres d'examen de santé et du centre technique d'appui et de formation des centres

d'examens de santé. Il est basé sur onze questions binaires : rencontre avec un travailleur social, assurance maladie complémentaire, vie en couple, propriété du logement, difficultés financières, pratique sportive, fréquentation de spectacles, départ en vacances dans l'année, contacts avec la famille, possibilité de trouver un hébergement ou une aide matérielle auprès de proches en cas de besoin (Annexe 1). La combinaison des réponses et des coefficients associés à chaque question permet de déterminer un score qui varie de 0 (absence de précarité) à 100 (précarité maximale) (50).

L'évaluation du score EPICES a montré sa pertinence pour détecter et quantifier la précarité :

- le score EPICES est lié aux indicateurs de niveau socio-économique, de comportements et de santé.
- le score EPICES est quantitatif et des relations « scores dépendantes » sont observées avec tous les indicateurs.
- le seuil de 30 est considéré comme le seuil de précarité selon EPICES.

Cependant, le score EPICES est difficilement utilisable en pratique courante, il est principalement utilisé dans les études de santé publique.

### **3.2.2. Recommandations du Collège de la Médecine Générale (CMG)**

Un groupe de travail universitaire et professionnel français a travaillé, sous l'égide du CMG, sur l'enregistrement de la situation sociale des patients en médecine générale (20). L'objectif de leur travail était de proposer des recommandations permettant le recueil systématique d'informations sur la situation sociale du patient adulte dans les dossiers. Tenant compte des contraintes de temps des médecins généralistes, ces recommandations se voulaient réalisables pour tout praticien, en consultation, dans sa pratique quotidienne. Elles ont été publiées en mars 2014 et communiquées aux médecins généralistes par une brochure de l'INPES en juillet 2014.

Le groupe a défini 3 niveaux d'exploitation des données sociales pour le médecin généraliste en pratique :

- Niveau 1, à l'échelle du patient : permet de soigner en prenant en compte la situation sociale du patient, il s'agit de données utiles pour la pratique courante.
- Niveau 2, à l'échelle du cabinet médical : permet une meilleure connaissance de sa patientèle et une organisation de sa pratique en conséquence.
- Niveau 3, à l'échelle de la population : permet la production de connaissances utiles en santé publique, pour effectuer de nouveaux travaux de recherches et mettre en place des actions visant à réduire les ISS.

À l'issue de ce travail, 16 informations sur la situation sociale des patients sont retenues et vont être séparées en deux groupes distincts :

- Informations du groupe A, indispensables, elles peuvent être recueillies au cours d'une seule consultation.
  - Date de naissance, sexe, adresse
  - Assurance maladie
  - Statut par rapport à l'emploi et la profession
  - Capacité de compréhension du langage écrit

- Informations du groupe B, complémentaires, elles peuvent faire l'objet d'un recueil au fur et à mesure des consultations successives, car elles nécessitent un investissement supplémentaire de la part du médecin.
- Est en couple, nombre d'enfants à charge
  - Vit seul
  - Pays de naissance
  - Niveau d'étude
  - Catégorie socio-professionnelle
  - Minima sociaux
  - Statut vis-à-vis du logement
  - Situation financière perçue

### **3.2.3. Autres outils à l'étranger**

Au Canada, des « normes relatives au contenu du dossier médical électronique en lien avec les soins de santé primaires » ont été diffusées en 2011. Les données démographiques telles que le sexe, le niveau de scolarité le plus élevé, la situation de logement et la langue maternelle sont amenées à être standardisées selon les recommandations de l'Institut Canadien d'Information sur la Santé (51).

Aux États-Unis, un article récent, publié en 2018 par M. N. Cantor et L. Thorpe, affirme l'importance du recueil de données sociales dans les dossiers médicaux informatisés, permettant ainsi une prise en charge globale du patient et une amélioration de la qualité des soins dispensés. Certains fabricants de logiciels médicaux proposent déjà des options de saisie des données sociales, cependant il persiste des difficultés à les mettre en place du fait de l'absence de consensus dans le remplissage des dossiers médicaux (52). Cette étude a mis en évidence une diversité d'outils existants permettant de recueillir les données sociales dans les dossiers informatisés. Le tableau ci-après résume les différents indicateurs recueillis selon l'outil utilisé.

La National Academy of Medicine (NAM), anciennement appelée l’Institut of Medicine (IOM), recommande le recueil en routine de onze déterminants sociaux de la santé (12,52). De plus, il existe le PRAPARE (Protocol for Responding to and Assessing Patients’ Assets, Risks, and Experiences) créé par l’association nationale de santé communautaire visant à aider les centres de santé et autres professionnels médicaux à collecter les déterminants sociaux de la santé de leurs patients et agir en conséquence. Enfin l’AHCS (Accountable Health Communities Screening), créé par les centres d’innovation Medicaid et Medicare, est un autre outil de recueil des déterminants sociaux de la santé aux États-Unis. L’idée est de repérer si leur prise en compte chez les bénéficiaires de Medicaid et de Medicare a un effet sur les coûts totaux de soins et améliore la qualité des soins et les résultats en matière de santé (52,53).

	IOM	PRAPARE	AHCS
<b>Généralement collectés dans les dossiers médicaux</b>			
Race/ethnie			
Consommation tabac			
Consommation alcool			
Langue maternelle			
Ancien combattant			
Assurance maladie			
Dépression			
Adresse			
<b>Indicateurs de sécurité</b>			
Violences conjugales			
<b>Indicateurs financiers</b>			
Santé financière (incluant insécurité alimentaire)			
Accès au transport			
Accès au logement			
Qualité du logement			
Emploi			
Revenus			
Accès à l'énergie/eau			
<b>Indicateurs comportementaux</b>			
Stress			
Isolement			
Activité physique			
<b>Autres indicateurs démographiques</b>			
Niveau d'études			
Statut de travailleur immigré			
Passif d'incarcération			
Statut de réfugié			
Taille de la famille			

Tableau 1 : Données liées aux déterminants sociaux de la santé recueillies à partir de trois sources aux États-Unis.

# MATÉRIEL ET MÉTHODE

## 1. Projet RECOTEST

L'étude RECOTEST a été lancée par la Société de Formation Thérapeutique du Généraliste (SFTG) en 2014. Cette étude descriptive de cohorte d'une durée de 12 mois avait pour objectifs d'évaluer l'acceptabilité et la faisabilité du recueil de la situation sociale de la patientèle des médecins généralistes au travers d'une analyse quantitative. Des médecins généralistes exerçant en cabinet libéral ont été recrutés (médecins installés ou collaborateurs en Ile de France et Pays de Loire). Ils ont reçu une formation préalable sur l'utilisation d'un tableau de bord de suivi (TBS) qui a été installé sur leur logiciel médical (Eo® ou Almapro®) et le remplissaient librement au cours des consultations. Le TBS regroupait les informations sociales à recueillir selon les recommandations du Collège de la médecine générale. Les données ont été extraites 3, 6 et 12 mois après le démarrage de l'étude. L'analyse a mesuré, pour les patients vus pendant la durée de l'étude, la proportion de dossiers renseignés pour les données sociales et la complétude de ces données, ainsi que le temps qui était nécessaire au recueil des informations. Les résultats concernant les utilisateurs du logiciel Eo® ont été rapportés dans la thèse de M. Pham en octobre 2016.

Notre étude, secondairement à l'étude RECOTEST, venait analyser sur le versant qualitatif le ressenti des médecins généralistes à la suite du recueil de la situation sociale des patients dans les dossiers médicaux.

## 2. Population d'étude

Nous avons réalisé un échantillonnage raisonné, permettant de cibler parmi les médecins ayant participé à l'étude RECOTEST, ceux présentant des caractéristiques variées au niveau de leur âge, sexe, patientèle et de leur lieu d'installation. Les critères d'exclusion étaient l'absence de réponse et le refus de participer à cette nouvelle étude.

Ainsi, sur les 45 médecins généralistes contactés, 12 ont répondu favorablement et ont été interrogés. Il y a eu deux refus de participation par manque de temps et un refus en lien avec un départ à la retraite en 2016. La taille de l'échantillon a été déterminée par la saturation des données.

### **3. Recueil des données**

Une seule investigatrice participait à l'étude, en tant qu'interne en fin de cursus et a bénéficié d'une formation à la recherche qualitative pendant deux jours. Un guide d'entretien semi-structuré a été élaboré avec des questions ouvertes à partir d'une revue de la littérature sur le recueil de la situation sociale des patients en France (Annexe 2). Il a été adapté après discussion au sein du groupe de réflexion sur les ISS du CMG. Au cours des entretiens, des questions de relance ou des reformulations ont pu être utilisées pour permettre d'approfondir quelques idées ou pour s'assurer de la bonne compréhension des réponses. Le canevas d'entretien a été testé lors des deux premiers entretiens, puis ajusté en insistant davantage sur les considérations éthiques des médecins généralistes. Les participants ont été contactés par mail. Il n'y avait aucune connaissance préalable des médecins interrogés. Ils étaient informés qu'il s'agissait d'un travail de thèse en médecine générale et du lien entre cette étude et leur participation à l'étude RECOTEST, sans précision complémentaire. Les entretiens individuels ont été réalisés de février 2017 à août 2018 par téléphone ou au cabinet des médecins généralistes, selon leur souhait et leur disponibilité. Aucune tierce personne n'était présente. Après rappel oral du respect des règles d'anonymat lors de l'analyse, les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone. Il n'y a pas eu de prise de note au cours des entretiens. Une retranscription écrite et anonyme des enregistrements a été effectuée en essayant de rapporter les manifestations non verbales (rires, pauses, hésitations...). Il n'y a pas eu de répétition des entretiens et les retranscriptions et résultats n'ont pas été communiqués aux participants à ce stade.

### **4. Analyse des données**

Une analyse thématique des données a été réalisée. La première étape a consisté à vérifier la précision des transcriptions. Chaque transcription des entretiens individuels a ensuite été lue plusieurs fois puis codée pour identifier les premières unités minimales de signification. Celles-ci ont été classées, regroupées en catégories puis en thèmes. Les thèmes récurrents ont été repérés dans les différentes transcriptions, selon une démarche inductive. Chaque idée a été retranscrite sous forme de texte et illustrée d'un ou plusieurs extraits du verbatim. Une analyse des données par double codage en aveugle a été réalisée avec une autre doctorante pour un tiers des entretiens dans une démarche de triangulation des données à l'aide du tableur Microsoft EXCEL®.

### **5. Autorisations réglementaires**

L'Espace de Réflexion Ethique de la Région Centre (ERERC) ainsi que la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL), avaient préalablement donné un avis favorable au recueil des données (Annexe 3).

# RÉSULTATS

## 1. Caractéristiques et profils des médecins généralistes

### 1.1. Caractéristiques de l'échantillon

Douze entretiens d'une durée de 25 à 58 minutes (durée moyenne  $42 \pm 9$  minutes) ont permis d'atteindre la saturation des données. Les participants, 7 femmes et 5 hommes, étaient âgés de 35 à 68 ans (âge moyen  $53 \pm 12$  ans). Ils étaient installés depuis vingt-quatre ans en moyenne ( $\pm 13$  ans). Un médecin exerçait en secteur 2, tous les autres étaient conventionnés secteur 1. L'ensemble des médecins avaient un mode d'exercice en groupe, pluriprofessionnel ou non. Un médecin avait une activité mixte en étant salarié un jour par semaine. Dix médecins exerçaient en zone urbaine et deux médecins en zone rurale.

Les caractéristiques de chaque médecin généraliste interrogé et des entretiens ont été résumées dans le tableau 2 ci-après.



Entretien	Sexe	Age	Zone d'activité	Secteur	Profil de la patientèle	Durée d'installation (années)	MSU	SFTG	Collège de la médecine générale	Autre	Modalité d'entretien	Durée d'entretien
M1	Féminin	50-60	Urbaine	Secteur 2	Favorisé	32	Oui	Oui	Non	Soins palliatifs	Présentiel	40 min
M2	Masculin	60+	Urbaine	Secteur 1	Favorisé	34	Oui	Oui	Oui		Présentiel	58 min
M3	Féminin	30-40	Rurale	Secteur 1	Favorisé	12	Oui	Non	Non	DUMG	Téléphonique	27 min
M4	Masculin	60+	Urbaine	Secteur 1	Précaire	34	Oui	Non	Oui		Présentiel	48 min
M5	Masculin	60+	Urbaine	Secteur 1	Varié	39	Oui	Non	Non		Présentiel	40 min
M6	Féminin	40-50	Urbaine	Secteur 1	Favorisé	13	Oui	Oui	Non		Présentiel	43 min
M7	Féminin	60+	Urbaine	Secteur 1	Varié	32	Oui	Non	Non	Activité salariée une fois par semaine	Téléphonique	36 min
M8	Féminin	30-40	Urbaine	Secteur 1	Précaire	5	Non	Non	Non		Téléphonique	25 min
M9	Féminin	50-60	Rurale	Secteur 1	Varié	15	Oui	Oui	Non		Téléphonique	52 min
M10	Féminin	50-60	Urbaine	Secteur 1	Varié	27	Non	Non	Non	Médecin du monde, Conseil Territorial de santé	Présentiel	46 min
M11	Masculin	60+	Urbaine	Secteur 1	Précaire	40	Oui	Non	Non		Présentiel	46 min
M12	Masculin	30-40	Urbaine	Secteur 1	Varié	6	Oui	Non	Non		Téléphonique	43 min

Tableau 2 : Caractéristiques de l'échantillon et des entretiens

## 1.2. Des profils variés de médecins généralistes

Notre étude a mis en évidence trois profils distincts de médecins généralistes, en fonction de leur sensibilisation aux ISS et de leur investissement dans la lutte contre les ISS.

### 1.2.1. Les médecins peu sensibilisés aux ISS

Peu sensibilisés aux ISS, ces médecins n'étaient pas habitués à rechercher le contexte social des patients. Ils n'ont jamais cherché à se former sur la thématique des ISS. Ils attribuaient ce manque de sensibilisation à leur patientèle (plutôt favorisée) et leur ancienneté. En pratique, ils éprouvaient parfois une gêne à aborder le contexte social, notamment l'environnement familial, avec la crainte d'être intrusif vis-à-vis du patient.

*M5 « La plupart je les connais tous, je les ai pesés sur la balance ici quand ils étaient petits et maintenant ils m'amènent leurs enfants, donc forcément je suis peut-être moins à la recherche de ça. »*

*M3 « Parfois on n'est pas très à l'aise pour leur demander « vous êtes en couple ? ». Voilà il y a des questions qui sont difficiles à poser de but en blanc. »*

Ils avaient l'impression d'une bonne tenue de leurs dossiers médicaux et d'une bonne connaissance de leur patientèle rendant secondaire un questionnement sur la situation sociale. En effet, ils pensaient pouvoir repérer eux-mêmes les difficultés rencontrées par leurs patients. Ils étaient néanmoins conscients de l'importance du domaine social dans la prise en charge d'un patient et ils étaient habitués à proposer le tiers-payant selon le contexte. Leur recueil au sein de l'étude RECOTEST n'était pas systématique, mais réalisé sur une patientèle ciblée afin de répondre aux besoins de la consultation.

*M3 « Les patients qui sont en difficulté, je pense pouvoir les repérer de toute façon. »*

*M3 « Je l'ai fait plutôt chez des gens pour qui je me disais « il y a un truc que je ne comprends pas » ou « il doit y avoir un souci au niveau social » (...) en gros je faisais l'étude quand ça m'arrangeait et sur une patientèle ciblée. »*

### 1.2.2. Les médecins sensibilisés aux ISS

Ces médecins ont été sensibilisés au travers de leur pratique (lieu d'exercice et patientèle), mais également par la participation à des congrès, groupes de recherche et à des travaux de thèse. Ils étaient attentifs au mode de vie des patients et tentaient de prendre en compte les déterminants sociaux dans leur pratique (notamment couverture maladie, profession, entourage, situation financière). Ils percevaient le rôle de ces déterminants sur la santé et étaient convaincus qu'une bonne connaissance de la patientèle améliorerait la prise en charge du patient.

*M6 « Si on veut s'occuper des gens correctement, mais qu'on ne sait pas qui est en face de nous, c'est idiot de s'imaginer qu'on va faire le mieux pour la personne. On va faire ce qui est le mieux dans les livres, oui, mais pas pour la personne qu'on a devant nous quoi. »*

Cependant ils n'étaient pas dans une démarche de recueil actif, mais plutôt dans une démarche déductive au travers d'éléments indirects ressortant des consultations successives. Cela n'était pas spontané pour eux, ils présentaient des difficultés à appréhender la question des difficultés sociales. Au cours de l'étude RECOTEST il existait un réel désir de questionnement sur les indicateurs sociaux. Dans certains cas le recueil a été fait lors de plusieurs consultations successives.

*M1 « Ça m'a toujours interpellée cette histoire d'inégalités et surtout, enfin, de bien percevoir que je ne sais pas bien les appréhender et que voilà, c'est un vrai souci. »*

*M6 « Je n'ai pas besoin de beaucoup demander. J'ai interrogé quand j'ai inclus dans l'étude, mais je me suis moins senti le besoin de demander à distance, on m'en parle. » (Situation financière)*

### **1.2.3. Les médecins proactifs**

Ces médecins ont également été sensibilisés au travers de leur pratique (lieu d'activité et patientèle) ainsi que par des congrès, groupes de recherche (SFTG), travaux de thèse et groupes de formation médicale continue. Certains se définissaient comme des militants des ISS. Ils étaient convaincus du rôle des déterminants sociaux sur la santé et de l'importance de leur recueil.

*M9 « Moi j'ai toujours milité, pensé qu'en tant que MG on devait pouvoir être accessible à tout le monde, qu'il n'y ait pas de distingo justement de position sociale, de difficultés d'accès parce qu'ils ne peuvent pas payer ou je ne sais pas quoi. »*

*M11 « On ne peut pas soigner les gens si on ne sait pas comment ils vivent. »*

*M12 « Quand on fait du médical c'est difficile de le dissocier du psychologique et du social. C'est médico-psycho-social. Du coup c'est une prise en charge vraiment triptyque pour moi. »*

Pour eux, il était indispensable de bien connaître sa patientèle et d'aller au-devant des renseignements. Il existait une participation active de ces médecins qui soulignaient l'importance des mesures de prévention et d'accompagnement des patients en difficultés sociales. Enfin, ils étaient demandeurs d'une remise en question du rôle du médecin généraliste face aux ISS dans un profond désir d'amélioration de leur pratique.

*M2 « Réfléchir à tout ce qui peut nous rendre plus construit dans notre connaissance de notre patientèle pour permettre de mettre en place un*

*certain nombre d'éléments de prévention me paraît évident dans mon exercice de médecine générale. »*

*M4 « Moi j'ai toujours un temps dans la consultation où je demande aux gens « comment ça va ? » ou « à part ça, ça va bien ? », etc... et là ils ont l'habitude, ils disent volontiers quand il y a des changements de vie, de séparation, etc... qui fait que les choses sont plus ou moins difficiles. »*

## **2. Ressenti des médecins généralistes et apport du recueil de la situation sociale des patients**

Pour beaucoup des médecins généralistes interrogés, le recueil de la situation sociale des patients présentait un intérêt et permettait d'adapter leur pratique au profil de leur patientèle.

### **2.1. Intérêts et limites du recueil social**

L'étude a montré un apport bénéfique du recueil de la situation sociale des patients pour les médecins généralistes selon deux axes distincts : la meilleure connaissance de la patientèle et une aide à la pratique médicale. Cependant, si beaucoup des médecins interrogés affirmaient l'intérêt de réaliser un recueil social, l'apport de ce dernier était variable selon les caractéristiques de la patientèle, l'ancienneté du médecin et le type de pratique. Les intérêts et limites du recueil sont résumés en annexe 4, page 82.

#### **2.1.1. Meilleure connaissance du patient**

Pour l'ensemble des participants, le recueil social a entraîné une réelle prise de conscience de la situation sociale de leurs patients avec parfois la surprise de difficultés sociales moindres par rapport à leur ressenti initial ou, à l'inverse, la découverte de difficultés méconnues auparavant. Cet effet de surprise survenait chez l'ensemble des praticiens, y compris les médecins convaincus d'avoir une bonne connaissance de leur patientèle et ceux avec le plus d'ancienneté.

*M2 « C'était une dame qui était relativement bien habillée avec un bon niveau de présentation. Et puis un jour je la vois et je me dis « tiens je vais faire la saisie », et j'ai découvert qu'elle vivait avec des minima sociaux, qu'elle n'avait pas d'emploi, que la situation économique était extrêmement difficile (...). Peut-être que leur situation est plus difficile que ce que j'imaginais. »*

*M7 « Parfois j'ai eu des surprises quand même, je me suis dit « ah oui quand même, tiens ça je ne savais pas ! ». On a toujours l'impression de savoir, mais en fait on ne sait pas, on ne sait pas tout quoi. »*

De nombreux médecins présentaient des *a priori* envers certains patients et la réalisation du recueil leur permettait d'avoir un regard différent sur la situation et de lever leurs préjugés. Par le recueil social, les médecins généralistes trouvaient des explications aux comportements des patients (par exemple, en cas d'inobservance thérapeutique). La meilleure compréhension des patients permettait une meilleure acceptation de leurs agissements et une prise en charge plus efficace. Ainsi, le recueil permettait d'arrêter de « catégoriser » à tort les patients et constituait pour les médecins l'occasion de clarifier certaines situations en levant les non-dits.

*M1 « Je cataloguais, ça j'en suis sûre, il y en a eu en fait en les interrogeant là-dessus je me suis rendu compte que j'avais vraiment des a priori et des jugements très orientés. »*

*M10 « Des gens qui ne font jamais ce que vous leur demandez, qui n'achètent pas les médicaments et en fait vous apprenez au bout d'un moment qu'ils n'ont pas de complémentaire. »*

*M12 « Je me suis rendu compte que finalement je ne connaissais peut-être pas très bien mes patients et que finalement on les met facilement dans des cases, et ça c'est une des leçons, pour moi, de RECOTEST. »*

Un des éléments intéressants de cet interrogatoire social est qu'il prenait en compte le ressenti et la psychologie du patient, permettant au médecin généraliste d'ajuster sa prise en charge. Enfin, le recueil social permettait de faire une photographie à un instant T de la situation sociale des patients. Il pouvait ainsi servir de référentiel en cas d'évolution d'une situation et permettait la notification de l'historique des situations.

*M1 « Ça m'a apporté un regard différent sur la position des gens et sur leur ressenti, leur vécu de cette position. »*

### **2.1.2. Aide à la pratique médicale**

La réalisation d'un recueil social permettait, au travers de son caractère systématique, de lever les freins à l'interrogatoire (par exemple, pour la compréhension du français, la situation familiale et la situation financière perçue) et de parvenir, ainsi, à un remplissage exhaustif des dossiers médicaux. La notification dans le dossier médical des indicateurs sociaux au travers d'un TBS, permettait aux médecins d'y penser plus facilement et de réaliser des mises à jour du dossier. Cela constituait également un outil de transmission d'informations entre professionnels de santé (confrères et remplaçants) et d'enseignement pour les étudiants en médecine.

*M1 « D'essayer de le faire en systématique est très intéressant, car vraiment du coup ça m'a permis d'oser poser des questions à des gens à qui je ne l'aurai pas fait a priori. »*

*M5 « Pour le dossier il a été concret, car derrière moi il va y avoir quelqu'un d'autre. (...) Je le savais et maintenant c'est écrit. Ça a plus un intérêt pour mon successeur. »*

Grâce à cet outil, les médecins généralistes pouvaient adapter les méthodes de communication au cabinet, avec une vigilance renforcée pour l’affichage en salle d’attente. L’interrogatoire social favorisait une attitude proactive des médecins, au travers d’un repérage des vulnérabilités chez leurs patients ainsi que des freins à la prise en charge. Ils pouvaient également procéder à la sensibilisation de leur patientèle à la fréquence des vulnérabilités sociales.

*M8 « On s’est rendu compte qu’il y a beaucoup de gens qui ne savent ni lire ni écrire, on met les informations à l’écrit à l’accueil au cabinet : évidemment l’information elle ne passe pas. On a changé sur la prévention qu’on fait au cabinet, on essaie de mettre des images. »*

*M8 « On peut voir des gens qui sont peut-être plus précaires que ce que l’on croyait au niveau médical et donc on a un message peut-être différent après : on fait plus de prévention, on accentue plus sur les choses, on vérifie plus de choses quoi. »*

À l’unanimité les médecins constataient un apport relationnel du questionnaire social, avec une ouverture et une richesse des échanges entraînant un renforcement de l’empathie du médecin généraliste et de la relation de confiance avec le patient. Ainsi la relation médecin-malade était plus forte et permettait une alliance thérapeutique efficace.

*M1 « C’est intéressant, ça nourrit l’histoire du patient, ça nourrit notre curiosité et notre prise en charge globale et la relation médecin-malade. »*

*M11 « Et après, il y a plus de facilité à les soigner, ça renforce nos liens. »*

Enfin, pour quelques médecins, la participation à cette étude et le recueil social ont permis une introspection et un regard critique sur leur pratique pouvant entraîner une remise en question personnelle et professionnelle.

*M2 « S’interroger sur d’éventuelles erreurs qu’on aurait pu faire parce qu’on n’avait pas un certain nombre d’éléments. »*

*M5 « L’intérêt ça a été finalement de se dire : on a beau faire le mieux possible, on n’est pas parfait. »*

### **2.1.3. Facteurs limitant l’intérêt du recueil social**

Sans remettre en question l’intérêt de réaliser un recueil de la situation sociale des patients, certains facteurs diminuaient le bénéfice de cet interrogatoire systématisé.

#### **2.1.3.1. Type de patientèle et lieu d’exercice**

Les médecins généralistes définissant leur patientèle comme peu aisée, voire précaire et/ou exerçant dans des quartiers défavorisés étaient pour la plupart déjà sensibilisés aux ISS et avaient l’habitude d’être vigilants à l’environnement social de leurs patients. Dans ce contexte,

la participation à l'étude RECOTEST et la réalisation d'un recueil systématique n'étaient pas, pour eux, d'une grande utilité.

*M4 « Nous, dans la mesure où on est dans un quartier où on est très sensible à ça, je ne suis pas sûr que ça nous apporte plus, quoi. »*

*M9 « Il y a souvent une grosse différence, peut-être ce dont je m'aperçois de plus en plus, entre notre façon de travailler ici, je dirai en campagne, et ce qui se passe par exemple en région parisienne. »*

*M11 « Je ne crois pas que ça modifie ma pratique. Euh... Je pense qu'on fait attention quand on prescrit. Il faut dire qu'ici pour la plupart des gens, je trouve qu'ils ont des conditions de vie modestes donc de mon point de vue je trouvais que ça devait être assez difficile pour beaucoup. Donc, je suis déjà en alerte quoi. »*

#### 2.1.3.2. Ancienneté du médecin généraliste

D'après les médecins généralistes interrogés, il semblait qu'avec l'ancienneté d'installation l'intérêt du recueil social systématique diminuait du fait d'une plus grande expérience et d'une meilleure connaissance de sa patientèle. Cependant, ces médecins avaient pour la plupart une patientèle relativement stable, avec peu de nouveaux patients.

*M4 « Et je suis sensibilisé au problème depuis mon installation, et j'ai rarement trouvé des moments, des situations, où ça m'apportait quelque chose. »*

#### 2.1.3.3. Type de pratique

Les médecins généralistes effectuant des visites à domicile ressentaient un plus faible intérêt de l'interrogatoire social systématique, du fait du nombre considérable d'informations obtenues en immersion dans le cadre de vie du patient. Ainsi, pour eux, ce recueil était en partie redondant avec les informations constatées en pratique. De plus, certains médecins généralistes étaient auparavant déjà très attentifs aux signes indirects évocateurs des difficultés sociales (par exemple, pour la compréhension du français). La réalisation du recueil ne faisait que confirmer des difficultés perçues au préalable.

*M4 « Mais je trouve qu'on a souvent des indicateurs différenciés qui nous permettent d'avoir ça ; sans poser la question. »*

*M9 « Je suis allée en visite chez une dame (...) finalement avec des choses toutes simples j'ai déjà les 2/3 de RECOTEST que je peux remplir en revenant de chez elle quoi. »*

## 2.2. Ressenti des médecins selon chaque indicateur social

Les indicateurs sociaux ont été répartis en quatre domaines de la vie sociale : accès et parcours de soins, vie socio-affective, vie professionnelle et financière, habitat et environnement physique. D'après les médecins généralistes, certains indicateurs ont été perçus comme « très importants » : la couverture maladie, la compréhension du français écrit et la profession. D'autres étaient « utiles » selon le contexte et le motif de consultation : il s'agissait de la vie familiale, du pays de naissance, du niveau d'étude, de la situation financière perçue, des minima sociaux et du logement. Enfin, d'après eux la catégorie socio-professionnelle permettait principalement la réalisation d'études à partir des dossiers médicaux. Des adaptations de pratique ont été décrites pour chaque indicateur. Elles sont résumées dans le tableau 3, page 49.

### 2.2.1. Accès et parcours de soins

#### 2.2.1.1. Couverture maladie

À l'unanimité les médecins généralistes trouvaient indispensable la connaissance de la couverture maladie des patients et cet indicateur était très souvent rempli dans les dossiers médicaux avant la participation à l'étude RECOTEST. Les médecins n'avaient pas de difficulté pour son recueil, d'autant qu'elle pouvait être obtenue de diverses façons : par l'interrogatoire du patient ou grâce à la carte vitale sur le site AméliPro.

Ce qui leur semblait le plus important était l'existence ou non d'une complémentaire santé afin d'évaluer le niveau de prise en charge du patient. La plupart des praticiens adaptaient leurs prescriptions selon le niveau de couverture maladie : en favorisant le moins coûteux et en hiérarchisant les ordonnances (notamment les prescriptions d'exams complémentaires) selon leur importance. En cas de difficultés perçues, ils vérifiaient auprès des patients la possibilité de financer les exams.

*M4 « La vraie question c'est « qu'est-ce que les gens payent ? » »*

*M10 « Si jamais je demande un bilan important : un bilan sanguin c'est 60% sécu / 40% complémentaire, bah ils vont avoir un problème pour payer. Donc je vais leur demander : « est-ce que vous allez pouvoir financer ce que je vous demande ? ». »*

L'un des médecins expliquait avoir recourt à des arrangements financiers, notamment lorsqu'il existait une ALD, en faisant passer par excès des ordonnances à 100% afin d'obtenir une meilleure prise en charge pour le patient. Tous les médecins adaptaient le tarif de leur consultation, en appliquant les tarifs secteur 1 et/ou en proposant le tiers-payant. De plus, ils choisissaient l'orientation des patients vers un spécialiste ou pour des exams complémentaires en fonction du niveau de prise en charge. En cas d'absence de complémentaire, ils évitaient les confrères appliquant des dépassements d'honoraires et favorisaient le secteur public.



*M3 « Je vais essayer de plutôt conseiller à un patient qui a besoin d'une prise de sang et qui n'a pas de mutuelle d'aller faire les examens à l'hôpital ou de le positionner un peu différemment dans le système de soin ou d'adapter le parcours de soin. »*

*M6 « Ma patiente qui a un cancer qui est à 100% et finalement je découvre qu'elle avait abandonné la mutuelle. (...) Ça change tout après. D'abord, on triche plus, il faut le dire, la dame déjà elle est en chimio, en radio, machin... Je ne vais pas en plus lui faire payer je ne sais pas quoi ! Par exemple une biologie, allez hop tout passe en ALD ! »*

Enfin, l'interrogatoire sur la couverture maladie pouvait permettre de faire le point sur les droits du patient et de l'orienter, si nécessaire, vers les travailleurs sociaux ou vers la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS).

*M7 « Le fait de le noter et de reposer la question et bien c'était aussi une occasion de redire l'importance et de redonner les moyens d'aller voir la dame de la sécu, d'avoir la CMU, d'essayer d'avoir l'ACS... »*

*M11 « On a une PASS en ambulatoire, donc on peut leur demander de le prendre en charge, la coordinatrice sociale va lui indiquer comment faire pour obtenir des droits. »*

#### 2.2.1.2. Capacité de compréhension du langage écrit

À nouveau, à l'unanimité les médecins saluaient l'importance de cet indicateur. Cette question n'était jamais posée par les médecins avant l'étude RECOTEST et a provoqué beaucoup de surprises. Ces derniers s'appuyaient sur des facteurs indirects (remplissage du chèque par le médecin, difficultés du patient à s'exprimer en français, questionnement sur le destinataire des différentes ordonnances voire l'accompagnement systématique d'une tierce personne). Ainsi les médecins prenaient conscience qu'ils sous-estimaient le nombre de patients présentant des difficultés de compréhension du français écrit (barrière de langue ou cécité).

*M6 « Mais ça me paraît indispensable pour les ordonnances quoi. On écrit des trucs aux gens. C'est comme nos mamies qui ne voient plus clair. C'est exactement le même problème avec les personnes qui ne savent pas lire ou qui n'arrivent plus à lire. »*

*M8 « Ça, c'était bien, on sous-estimait largement le nombre de gens qui ne savaient ni lire ni écrire en français. »*

Avec cette information, les médecins renforçaient leurs efforts de pédagogie, en portant une attention particulière à l'éducation thérapeutique (par exemple : aide au repérage des boîtes de médicaments). Dans certains cas, un travail en collaboration avec le pharmacien pouvait être mené. De plus, il existait une vigilance accrue dans la réalisation des ordonnances avec une tendance à la limitation des prescriptions. Cela permettait d'éviter une surcharge d'informations et le risque d'erreur dans la prise des traitements.

*M1 « On écrit au pharmacien qu'il ne doit pas changer de générique, mais en fait on travaille ensemble. Pour eux, on ne peut pas changer le médicament, ou alors on vérifie avec le pharmacien. »*

*M8 « Je leur explique bien l'ordonnance que je leur donne avec les médicaments, les examens à faire... je détaille beaucoup plus ; déjà pour que le message oral il passe mieux. »*

Puis, les médecins développaient des outils d'aide à la compréhension (par exemple : utilisation d'un code couleur ou de schémas) et s'assuraient en fin de consultation de la bonne compréhension des ordonnances. Ils pouvaient également avoir recours à l'aide d'une tierce personne (interprète), relai entre le cabinet et le domicile, assurant ainsi une sécurité complémentaire quant au devenir de l'ordonnance.

*M9 « Ça m'arrive quelques fois d'écrire si les gens ne comprennent pas : ça c'est le truc bleu, ça c'est le truc rouge... et de leur dire quoi. C'est une façon de vérifier qu'ils peuvent comprendre ce qu'on leur propose. (...) Je trouve qu'une ordonnance ne sert pas à grand-chose si on n'a pas vérifié qu'ils étaient capables de la comprendre et de la lire. »*

## **2.2.2. Vie socio-affective**

### **2.2.2.1. Vit seul ou en couple/enfants à charge**

D'une manière générale, les médecins interrogés trouvaient utile de poser cette question à leurs patients, car ces informations n'étaient pas forcément évoquées spontanément et cela pouvait engendrer des surprises. Pour de nombreux médecins, cette question était simple à poser, notamment par leur proximité avec les patients du fait de leur statut de « médecin de famille ».

*M1 « Il y a des gens que je pensais vivre en couple, mais cela faisait très longtemps qu'ils n'étaient plus en couple et je n'étais pas au courant, mais je ne leur avais pas demandé. Ils ne me l'ont pas dit et je n'ai pas demandé. »*

*M12 « Je n'ai pas eu des difficultés à la poser, car c'est quand même une question qu'on pose assez souvent de notre côté. Dans la création de dossiers, on demande souvent s'il y a des enfants. J'avoue que souvent on suit aussi les enfants, en MG on suit des familles entières. Donc je n'ai pas eu tellement de difficultés à poser la question. »*

Grâce à cet indicateur, les médecins comprenaient davantage le comportement de certains patients et une symptomatologie pouvant être en lien avec une somatisation. L'un des médecins évoquait la banalité de cet indicateur apparaissant de façon réflexe lors de quelques consultations, notamment en gériatrie et gynécologie.

*M3 « Le fait d'être en couple et d'avoir des enfants à charge ça modifie un peu la pratique surtout quand on va interroger sur telle plainte ou symptôme*

*psychosomatique. On sent quelqu'un qui va être fragile émotionnellement parce que c'est compliqué pour la vie de famille, s'il y a une séparation, etc. »*

*M10 « Ça fait partie de la consultation : une personne âgée, si vous tombez : « est-ce qu'il y a quelqu'un pour vous relever ? », ça, c'est notre quotidien. Après quand je vois une femme jeune qui vient pour une contraception, là je vais demander si elle vit en couple, si elle a des enfants... voilà, ça c'est un peu banal. »*

Ensuite, les médecins hospitalisaient plus facilement les patients isolés ou avec un entourage familial précaire afin d'assurer la sécurité des soins et du suivi médical, tout particulièrement en gériatrie. Une vigilance était observée envers les « ruptures » de situation (par exemple, les séparations ou décès), celles-ci étant considérées comme une source de fragilité pour le patient. Un des médecins, adoptait une attitude paternaliste face à des situations d'isolement.

*M1 « Quand ils ont besoin d'aide, si je les sens en détresse, oui, savoir s'il y a un entourage ou pas et qu'on peut y faire référence, oui ça modifie ma pratique. S'il y a besoin d'une hospitalisation, s'ils sont seuls, il y aura une décision différente. »*

*M4 « Ça allume des clignotants, probablement. Je repense à des situations comme ça ou je me dis que j'ai plus tendance à être paternaliste, ce n'est pas tout à fait le mot, mais quelque chose comme ça. De leur dire : « si vous avez besoin n'hésitez pas à téléphoner, à demander à ma secrétaire un coup de main pour remplir un papier, etc. » Je pense que je suis plus à disposition. »*

#### 2.2.2.2. Pays de naissance

Il existait une controverse chez les médecins concernant l'intérêt de cet indicateur, l'un des médecins ayant une patientèle précaire affirmait même l'absence de corrélation entre le pays de naissance et les difficultés sociales. De plus certains médecins avaient des difficultés à aborder cette question et avaient tendance à n'interroger que des patients ciblés, quel que soit le niveau social de leur patientèle.

*M4 « Il y a plein de gens qui sont nés à l'étranger et qui vont bien et des gens qui sont nés en France qui ont des soucis. Mais je l'avais dit d'emblée que ce n'était pas un bon indicateur pour moi, ça ne change rien. »*

Les médecins convaincus de son utilité affirmaient l'importance de prendre en compte la culture du patient et ses représentations de la maladie pour une prise en charge optimale. Cela permettait également aux médecins d'informer les patients sur le système de santé français et de comprendre certains comportements inhérents au système de soins de leur pays d'origine. Un médecin recherchait, au travers de cet indicateur, l'historique migratoire des patients et l'existence d'éventuels traumatismes anciens (exemples des guerres, séparations).

*M6 « Dans d'autres pays, ça ne fonctionne pas pareil donc on est bon pour expliquer comment ça fonctionne chez nous, s'ils ne savent pas. »*

*M7 « Ça permet de comprendre comment les gens prennent les choses, interprètent... euh... je pense que culturellement c'est intéressant de savoir comment les gens voient les choses. »*

*M10 « Ça apporte beaucoup que les gens aient des parcours migratoires, c'est une vie qui peut être plus difficile, plus compliquée, plus riche aussi si on parle plusieurs langues. »*

De plus, la connaissance du pays de naissance permettait aux médecins d'évoquer l'éventualité de pathologies endémiques (exemple des parasitoses) et de penser à la prévention des pathologies du voyageur, notamment au travers de la vaccination internationale. Enfin, pour certains médecins, cette question permettait de renforcer les échanges et le lien médecin-malade.

*M9 « Techniquement, hormis des pathologies spécifiques qui pourraient naître de l'arrivée des personnes si elles arrivent tout juste, ou je n'en sais rien, un retour de vacances, ou de séjour au pays où il pourrait y avoir telle ou telle pathologie, à part cela... À la limite je peux toujours poser la question le moment venu. Ça peut servir par exemple : des parents qui repartent avec leurs enfants en Afrique équatoriale ou autre, de leur dire « il faut peut-être penser que le vaccin soit fait avant que vous partiez ». »*

### **2.2.3. Vie professionnelle et financière**

#### **2.2.3.1. Statut par rapport à l'emploi et la profession**

L'ensemble des médecins interrogés s'accordaient pour dire qu'il était indispensable de connaître la profession des patients. Cela permettait, dans un premier temps, une prise en charge globale et de renforcer le lien médecin-malade au travers des échanges qui en découlaient. Un grand intérêt était retrouvé dans l'interrogation des retraités sur leur profession antérieure, souvent mise de côté avant l'étude RECOTEST. L'activité professionnelle et le statut par rapport à l'emploi pouvaient être amenés à varier au cours de la vie, il était capital de notifier l'historique des professions dans le dossier médical.

*M1 « Ça a permis d'ouvrir sur l'histoire des patients parce qu'autant les jeunes, enfin, les non-retraités, je demande toujours le métier donc je sais à peu près s'ils sont au chômage ou pas, ou s'ils travaillent ou pas, etc... Autant quand on prend en charge des gens qui sont retraités ou qu'on pense retraités, on ne s'y intéresse pas forcément. »*

*M3 « Les gens changent énormément de travail. Ils ont une maladie professionnelle, mais finalement c'est lié au fait que 10 ans avant ils avaient un autre emploi avec des mouvements répétitifs. »*

La profession permettait aux médecins d'avoir connaissance d'expositions à risque et d'adopter des attitudes de prévention vis-à-vis des accidents du travail et des maladies professionnelles

notamment les troubles musculosquelettiques. Dans certains cas, cela facilitait la compréhension de la symptomatologie du patient et constituait une aide dans l'évaluation de la nécessité ou non d'un arrêt de travail.

*M9 « La partie « actif, chômeur, retraité », ça me donne une idée de leur niveau de risque par exemple ; la nature de la profession ça peut m'inciter dans ma pratique, selon le contexte, en pensant aux maladies professionnelles, en pensant à certains risques professionnels. »*

*M12 « Ça aurait pu changer un peu de me dire « attention » lui par exemple, il peut être en difficulté de burn out, de problèmes de dos, d'allergies ou je ne sais quoi ou de stress. Ça peut être très intéressant de se dire « attention lui il est plus à risque de tout ce que je viens de citer là ». »*

Les praticiens adaptaient spontanément les explications au profil du patient. De plus, dans les situations de fragilité telle la perte d'emploi et le chômage, un des médecins adoptait une attitude bienveillante et d'accompagnement du patient. Les médecins pouvaient également proposer plus volontiers le tiers-payant à leurs patients afin de s'adapter au mieux à leur situation financière.

*M4 « Ce qui est intéressant ce n'est pas la profession, c'est l'emploi. D'abord je leur dis à peu près systématiquement quand ils ont des difficultés comme ça, quand il y a des changements, que c'est un risque d'accident de la route et d'être prudent au volant. Ça leur fait tout drôle, mais c'est une réalité, il y a plus d'accidents (le double) quand il y a une situation de fragilité donc je les incite à prendre soin d'eux et ça renvoie un truc intéressant. ». C'est un signe de fragilité, ça, c'est clair. »*

Dans une perspective d'amélioration du remplissage des dossiers médicaux, l'un des médecins suggérait la possibilité de compléter la notion de précarité de l'emploi en spécifiant la nature du contrat de travail (CDD/CDI).

*M4 « Mais il manque un élément c'est la précarité de l'emploi. Alors c'est compliqué, car l'impression c'est que c'est trop dense et en même temps il y a des éléments qu'il faudrait rajouter. Peut-être que sur cet aspect-là il faudrait rajouter quelque chose sur la notion CDD/CDI quoi. »*

#### 2.2.3.2. Niveau d'étude

L'intérêt d'effectuer le recueil du niveau d'étude des patients était très discuté par les médecins généralistes. Pour certains d'entre eux, il présentait une utilité, car il permettait la compréhension du parcours de vie des patients. Les médecins adaptaient les informations dispensées au patient avec une vigilance accrue pour l'éducation thérapeutique et la réalisation de l'ordonnance pour les patients au plus faible niveau d'étude.

*M2 « Quand il y a un niveau d'étude qui est resté au niveau du primaire par exemple ou que les gens ne savent pas lire ou écrire, je vais peut-être quand*

*même faire un effort de pédagogie, d'explications renforcées autour de la compréhension de l'ordonnance. »*

*M3 « Je me souviens avoir été surprise par des patients qui étaient par exemple femme au foyer, mais qui avaient en fait un niveau d'étude plus haut que ce que je pensais, donc ce qui expliquait aussi parfois certaines discussions un peu différentes par rapport à leur santé. Ça, je trouve que c'est intéressant d'avoir une idée. »*

Pour d'autres, l'intérêt en pratique était nul, car il n'existait pas systématiquement de corrélation entre le niveau d'étude et le devenir des individus. Le niveau d'étude était considéré comme une donnée sociologique pour la réalisation d'études scientifiques. Cet indicateur était souvent perçu comme redondant, par rapport aux informations obtenues avec la profession et la compréhension du français.

*M1 « J'ai découvert des gens qui ont arrêté de bonne heure leurs études et qui du coup se sont faits tout seuls et qui finalement sont « arrivés dans la vie » donc les études ne font pas tout. »*

*M10 « Quand on fait des études, c'est quand même important... De savoir le nombre de frottis en fonction du niveau d'étude. Si je n'ai pas le niveau d'étude, on ne peut pas utiliser mon dossier pour de la recherche... en fait c'est une question de recherche. Mais ce n'est pas une question de pratique. »*

#### 2.2.3.3. Catégorie socio-professionnelle

À l'unanimité, pour les médecins interrogés, le recueil de la catégorie socio-professionnelle (CSP) ne présentait pas d'intérêt pour leur pratique. Il s'agissait d'un élément redondant avec la profession et le niveau d'étude. Ils y voyaient une utilité pour la recherche et la réalisation d'études à partir des dossiers médicaux.

*M3 « Ça revenait au même que la profession pour moi, ça ne m'apporte pas grand-chose de plus. »*

*M5 « Je me demande si ce n'est pas seulement administratif, ça n'a pas forcément un intérêt pour le médecin ni pour le patient, mais ça peut avoir un intérêt pour la recherche. »*

#### 2.2.3.4. Situation financière perçue

Pour la plupart des médecins généralistes, le questionnement sur la situation financière perçue était utile à la pratique médicale. Dans un premier temps il permettait de renforcer la connaissance des patients au travers d'échanges sur leur vie quotidienne et, par cette proximité, de faire grandir la relation médecin-malade. De nombreux médecins étaient surpris des réponses apportées par leurs patients, il existait des discordances entre le ressenti du patient sur sa situation et ce qu'imaginait le médecin avant l'interrogatoire social.

*M1 « Parfois on tombe des nues, et puis en même temps c'est un moment de discussion (...) et puis du coup, en fait ça dérive sur les événements de la vie, les événements de la société à ce moment-là et comment ils se placent par rapport aux événements de la vie. »*

*M12 « Bah en fait il y a quand même beaucoup de patients qui ont l'air d'aller bien et d'avoir une situation financière à l'aise, et en fait ce n'est pas le cas. Finalement il y a une précarité financière malgré un emploi, malgré un niveau d'étude, malgré un entourage... voilà, donc ça m'a alerté là-dessus de manière générale. »*

Il était utile pour les médecins d'apprécier le ressenti des patients sur leur situation financière et malgré la subjectivité des réponses cela constituait une aide à la pratique. En effet, les médecins faisaient davantage attention à leurs prescriptions en favorisant les traitements remboursés par la sécurité sociale. De plus, il existait une vigilance particulière à l'orientation des patients, en favorisant la collaboration avec des confrères exerçant en secteur 1, afin d'éviter tout dépassement d'honoraires. Enfin, les médecins proposaient systématiquement le tiers-payant face à des difficultés financières et pouvaient réaliser un paiement différé sur demande du patient.

#### 2.2.3.5. Minima sociaux

D'une manière générale les médecins généralistes étaient intéressés par l'existence ou non de minima sociaux. Tout comme la situation financière perçue, cela permettait une plus grande vigilance dans la rédaction des ordonnances (médicaments remboursés), dans l'orientation du patient vers un confrère (secteur 1) ainsi que dans la proposition du tiers-payant lors du règlement de la consultation.

*M12 « Quand j'apprends qu'il y a certains minima sociaux chez certains patients dont je ne m'y attendais pas, ça veut dire de facto qu'il y a des difficultés financières de base et du coup ce sont des patients pour lesquels il va falloir être plus attentif quoi. »*

L'existence de minima sociaux permettait de mieux comprendre le patient en distinguant l'existence de difficultés financières et/ou d'un handicap. De plus, la prise de conscience de l'existence de minima sociaux ou de leur indication donnait la possibilité aux médecins d'orienter les patients vers les travailleurs sociaux afin de les informer de leurs droits ou de les mettre à jour. Dans certains cas les médecins généralistes pouvaient eux-mêmes avancer quelques démarches administratives (par exemple : remplissage du dossier MDPH). Afin d'améliorer l'interrogatoire social, l'un des médecins suggérait l'importance de notifier l'existence d'un référent social et ses coordonnées facilement accessibles dans le dossier médical.

*M9 « C'est l'occasion quelquefois de leur dire « mais attendez si vous êtes en difficulté ça serait bien de faire une demande de CMU, ou aller donc faire ci ou ça ». Donc moi je pense que c'est important de le savoir pour pouvoir*

*orienter les patients, leur permettre d'avoir correctement leurs droits et de pouvoir être bien pris en charge. »*

*M4 « Il manque un truc sur l'environnement psycho-social. Pour les gens en difficulté, est-ce qu'ils ont une référente sociale, est-ce que c'est toujours la même ? Cette notion-là n'apparaît pas du premier coup par les marqueurs et à mon avis elle serait plus utile. »*

Enfin, pour l'un d'entre eux, l'existence d'un minima social était l'occasion de renforcer sa vigilance en termes de prévention.

*M10 « Quelqu'un qui vient avec le RSA, il ne vit vraiment avec rien. Donc s'il a la CMUc au niveau des soins c'est bien, mais je dois être très attentive à la prévention par exemple. On sait qu'il est à risque de cancer par exemple. Il y a un risque de cancer plus important chez les plus précaires. Donc ça va modifier ma pratique et mon attention envers lui de savoir qu'il bénéficie de minima sociaux. »*

## **2.2.4. Habitat et environnement physique**

### **2.2.4.1. Situation vis-à-vis du logement**

La plupart des médecins interrogés trouvaient un intérêt à recueillir le statut vis-à-vis du logement qui permettait de connaître le mode de vie des patients. Pour l'un des médecins, plus que le statut du logement il s'agissait de comprendre le fonctionnement du patient afin de lui proposer une prise en charge optimale. La connaissance du logement pouvait mettre en avant des situations d'insécurité et de fragilité. Les médecins généralistes évoquaient une vigilance renforcée en cas de logement insalubre, avec notamment la recherche de maladies en lien avec les difficultés sanitaires.

*M11 « On ne peut pas soigner les gens si on ne sait pas comment ils vivent, dans le logement. »*

*M12 « J'en n'ai pas eu d'application directe sur la pratique (...) sauf s'il y a une difficulté sanitaire majeure. C'est-à-dire si un des enfants tombe tout le temps malade. Ah si ! Dans le suivi des enfants on demande s'il y a des risques de saturnisme, dans le suivi des enfants à 2, 3, 4 ans, voilà on pose toujours cette question-là. »*

Enfin cela leur permettait d'adapter leurs prescriptions et d'organiser, selon les besoins, le passage d'infirmières ou d'aide à domicile pour faciliter l'observance thérapeutique et le suivi.

*M9 « Ça m'éclaire sur certaines choses quand ils viennent. Je me dis tiens cette personne je vais plutôt la prendre en charge comme ça. Je vais plus facilement prescrire l'infirmière parce que je me dis « hum, ça va être un peu juste autrement », quoi. »*



*M11 « Ceux qui ont des maladies importantes, quelqu'un qui est sans abris, c'est un vrai problème. Vous lui donnez un lecteur de glycémie, c'est sûr ça va être paumé. Les papiers, ça va être paumé, volé, etc... Le logement c'est un gros souci. »*

Tableau 3 : Adaptation des pratiques selon l'indicateur social

Domaines de la vie sociale	Indicateurs concernés	Intérêts et adaptation des pratiques
Accès et parcours de soins	Couverture maladie	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Adaptation des prescriptions selon le niveau de prise en charge (hiérarchisation des examens, limitation des prescriptions...)</li> <li>▪ Proposition du tiers-payant</li> <li>▪ Choix de l'orientation (secteur 1, public)</li> <li>▪ Mise en relation avec un travailleur social</li> </ul>
	Capacité de compréhension du langage écrit	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pédagogie renforcée, vigilance accrue dans l'éducation thérapeutique</li> <li>▪ Limitation des prescriptions</li> <li>▪ Collaboration avec le pharmacien</li> <li>▪ Outils d'aide à la compréhension (couleurs, schémas...)</li> <li>▪ Aide d'un interprète</li> </ul>
Vie socio-affective	Vit seul ou en couple Nombre d'enfants à charge	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Meilleure compréhension d'une somatisation</li> <li>▪ Choix de l'orientation selon le degré d'isolement</li> <li>▪ Attitude paternaliste en cas d'isolement, vigilance renforcée</li> </ul>
	Pays de naissance	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Prise en compte de la culture et de la représentation de la maladie</li> <li>▪ Éducation sur le système de soin français</li> <li>▪ Aide à penser aux pathologies endémiques</li> <li>▪ Prévention des pathologies du voyageur</li> </ul>
Vie professionnelle et financière	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Statut par rapport à l'emploi et la profession</li> <li>▪ Niveau d'étude</li> <li>▪ CSP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Prise en charge globale</li> <li>▪ Renforcement de la relation médecin-malade</li> <li>▪ Attitude de prévention devant des expositions à risque</li> <li>▪ Adaptation des explications au profil du patient</li> <li>▪ Proposition du tiers-payant et/ou paiement différé</li> <li>▪ Attitude paternaliste et bienveillante (exemple : si perte d'emploi)</li> <li>▪ Utilité dans les travaux de recherches</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Situation financière perçue</li> <li>▪ Minima sociaux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Adaptation des prescriptions selon le niveau de prise en charge (hiérarchisation des examens, limitation des prescriptions, médicaments remboursés...)</li> <li>▪ Proposition du tiers-payant</li> <li>▪ Choix de l'orientation (secteur 1, public)</li> <li>▪ Mise en relation avec un travailleur social</li> <li>▪ Vigilance accrue sur la prévention</li> </ul>
Habitat et environnement physique	Situation vis-à-vis du logement	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Connaissance du mode de vie</li> <li>▪ Prise en charge adaptée (traitement, passage IDE à domicile...)</li> <li>▪ Recherche de pathologies en lien avec les difficultés sanitaires (saturnisme, asthme allergique...)</li> </ul>

## 2.3. Et dans les suites de l'étude ?

L'étude RECOTEST n'a pas laissé indifférents les participants et a occasionné, à distance, un certain nombre d'adaptations dans leur pratique médicale. Cependant, le recueil était de moins en moins réalisé de façon systématique pour l'ensemble des participants.

### 2.3.1. Modification des pratiques

La plupart des médecins interrogés décrivaient l'acquisition de réflexes, en lien avec l'interrogatoire social et pensaient plus facilement à questionner les patients sur leur profession (notamment pour les retraités), leur entourage et la compréhension du français écrit. À distance de l'étude, d'autres indicateurs, en revanche, n'étaient demandés qu'en fonction des besoins de la consultation (niveau d'étude et situation financière perçue).

*M2 : « Maintenant j'interroge la chose. Je l'interroge de façon systématique, mais je le ré-interroge quand quelqu'un me tend un chèque, quelqu'un que je connais depuis un certain temps et donc pour lequel je n'ai pas fait tout le questionnaire. » (Compréhension du français écrit)*

*M12 « Je ne la pose plus systématiquement du tout. Mais si je sens que ça peut être compliqué je peux être amené à la poser, je l'ai déjà reposée plusieurs fois depuis la fin de RECOTEST, mais voilà potentiellement j'ai ancré le fait que tous mes patients pouvaient être en difficulté. » (Situation financière perçue)*

Pour les médecins généralistes, le fait de « franchir le pas » du recueil de la situation sociale leur permettait d'ouvrir plus facilement le champ de l'interrogatoire, avec des questions sur les violences conjugales ou la consommation de produits toxiques.

*M2 : « À présent, lorsque je fais des nouveaux dossiers, ça me permet d'être un peu plus éclectique dans les questions que je pose et probablement ça me facilite la possibilité de poser quelques autres questions quand je crée un dossier. Des choses que je faisais peut-être moins systématiquement et que je mets dans mon champ d'interrogation sur d'autres domaines : « est-ce que vous avez subi des violences ? » (...) D'interroger sur diverses consommations, donc de ré-étroffer un interrogatoire de départ de création de dossier de patient. »*

Face à la prise de conscience du nombre important de patients présentant des difficultés de compréhension du français écrit (barrière de langue, niveau d'étude, cécité...), les médecins gardaient l'habitude de renforcer leurs efforts de pédagogie : en consultation via l'explication de l'ordonnance et au cabinet via les outils de communication en salle d'attente par exemple (affichage, messages de prévention).

### 2.3.2. Modification du regard des praticiens

Conscients des surprises qui ont été occasionnées par le recueil de la situation sociale des patients (compréhension du français, entourage, ressenti de la situation financière), les médecins généralistes avaient globalement changé de regard sur leur patientèle : ils avaient moins d'idées reçues et tentaient d'arrêter de « catégoriser » les patients.

*M1 « Ça m'a apporté un regard différent sur la position des gens et sur leur ressenti, leur vécu de cette position. »*

*M12 « Finalement il y a une précarité financière malgré un emploi, malgré un niveau d'étude, malgré un entourage... voilà, donc ça m'a alerté là-dessus de manière générale. Maintenant je sais que je ne peux plus me baser que sur mon ressenti. Ce n'était déjà pas bien de le faire, mais encore plus depuis. »*

### 2.3.3. Une motivation décroissante

Malgré un enthousiasme et un intérêt manifesté pour le recueil social, la motivation des praticiens était décroissante au fil du temps et dans les suites de l'étude. Pour tous les praticiens, le recueil n'était plus fait de façon systématique à distance de l'étude. Les principales raisons qui ont été évoquées sont le manque de temps, les difficultés d'accès au TBS, et l'absence de valorisation des données recueillies.

*M5 « Aujourd'hui à distance de l'étude, c'est toujours, d'actualité, mais c'est encore moins systématique et je sais que si je l'ouvre c'est que j'ai le temps derrière de m'en occuper, sinon c'est compliqué. (...) Je ne me vois pas le faire systématiquement dans toutes mes consultations. »*

*M10 « J'ai trouvé ça génial pendant que j'ai fait l'étude. Alors vous me direz pourquoi je ne continue pas ? Mais à cause du temps... »*

*M12 « Au début j'avais la motivation de l'étude et puis après ça s'est un peu essoufflé et je trouvais ça un peu pénible de le remplir. »*

## 3. Difficultés rencontrées par les médecins généralistes lors du recueil de la situation sociale des patients

Quel que soit le profil des médecins généralistes, un certain nombre de difficultés étaient rapportées concernant le questionnement sur la situation sociale des patients. Celles-ci constituaient un frein au recueil social systématique pendant l'étude RECOTEST et expliquaient la diminution de motivation générale observée au fil du temps. Les difficultés pouvaient être organisées selon 3 champs : le médecin généraliste, la consultation et la pratique médicale. Elles sont résumées dans le tableau en annexe 5, page 85.

### 3.1.1. Les difficultés liées au médecin généraliste

L'ensemble des participants mettait en avant des difficultés en lien avec le facteur humain, directement liées à la personnalité du médecin généraliste. Ainsi, il pouvait exister une gêne lors de l'interrogatoire social, certains indicateurs pouvaient être considérés comme des sujets « tabous », polémiques voire stigmatisants pour le patient (exemples, la situation financière perçue, le pays de naissance, la compréhension du français écrit, le niveau d'étude). Le médecin se sentait alors dans l'obligation de justifier l'utilité du recueil social pour sa pratique. Ainsi, malgré le questionnaire standardisé utilisé lors de l'étude RECOTEST, certains médecins présentaient des difficultés de formulation des questions portant sur ces indicateurs. Leurs principaux freins étaient l'anticipation de la réaction du patient et la peur d'un vécu intrusif dans la vie privée des patients. Cela pouvait entraîner un questionnement sur la place du médecin généraliste et les limites à ne pas dépasser.

*M1 « J'avais l'impression qu'en leur posant ce genre de questions ils allaient interpréter cela comme un jugement de valeur et que je risquais de les heurter. » / « J'avais peur, oui j'avais peur, d'un racisme ou d'une interprétation comme cela. »*

*M2 « Au début où j'ai commencé à faire le recueil j'ai assez souvent justifié le pourquoi je faisais cette demande, sur un sentiment de question raciste, question exclusive, de question qui peut déclencher aussi des remarques autour d'être français de sol. »*

Pour quelques médecins le recueil de la situation sociale n'était pas spontané et demandait un effort important. Cela incitait les professionnels à se dépasser pour aller au-delà de leur interrogatoire habituel et de leur zone de confort. En dehors des consultations avec des nouveaux patients, les médecins rencontraient également des difficultés du fait de leur ancienneté et de leur connaissance de la patientèle. Devant une relation médecin-malade préalablement établie, certains médecins avaient tendance à l'« auto-remplissage » du questionnaire social avec l'intime conviction de connaître la réponse et semblaient gênés d'avoir à poser certaines questions à des patients connus de longue date.

*M1 « Je devais me faire violence pour leur poser les questions. »*

*M4 « Reprendre ce genre d'informations a posteriori sur des gens qu'on suit depuis 10 ans, je ne sais pas faire. »*

Enfin, un des médecins évoquait une charge émotionnelle importante pour le médecin généraliste, liée aux confidences et à la lourdeur que pouvaient représenter les difficultés sociales des patients. Le praticien devait faire la part des choses et prendre du recul afin d'éviter le surinvestissement.

*M8 « J'étais attristée dans les réponses de certaines personnes, c'était plus ça en fait... ça a un côté plus dramatique parfois. »*

### 3.1.2. Les difficultés liées à la consultation

Chaque médecin généraliste présentait ses propres habitudes de consultation, avec, pour certains, un « déroulé type » de consultation. Pour la plupart d'entre eux, la réalisation du questionnaire social n'était pas un réflexe et demandait un changement d'organisation. Cela n'était pas évident, le praticien pris dans son rythme habituel oubliait souvent le recueil de la situation sociale des patients.

*M4 « Ce qui est difficile c'est l'aspect « il faut y penser au bon moment quand c'est un peu la bourre... » »*

À l'unanimité, les médecins généralistes ont évoqué une surcharge de travail pour le praticien et un questionnaire chronophage, avec la difficulté de l'intégrer dans la temporalité d'une consultation habituelle. En effet, le temps passé à recueillir la situation sociale des patients ne devait pas compromettre le motif de consultation initial ni le temps dédié à l'examen clinique du patient. Les situations des patients étant amenées à évoluer, l'intérêt du recueil résidait également dans la possibilité de réaliser un historique des indicateurs sociaux. Cela demandait de reprendre le questionnaire à distance et constituait un effort supplémentaire, à nouveau chronophage, pour le praticien. Un faible nombre d'entre eux pensait à mettre à jour le recueil social.

*M5 « Je pense que c'est un des problèmes qu'on peut avoir nous les médecins, c'est que le systématique nous prend un temps qu'on n'a pas forcément quoi. » / « Un, ça me renseigne, mais deux, ça me bouffe du temps. »*

*M10 « Si on remplit tous les TBS on ne fait plus que remplir des TBS en consultation et en fin de consultation les gens disent : « au fait je suis venu parce que... j'avais mal à la gorge ! » Et on a oublié de les examiner, mais on a rempli le TBS. Donc ça, c'est un vrai souci. »*

La réalisation du recueil social demandait de l'attention et de la bienveillance. Ainsi pour les médecins généralistes cela constituait l'ouverture de la « boîte de Pandore ». Le patient trouvait un lieu d'écoute et se laissait aller à des confidences, mais le praticien ne savait pas où les réponses allaient le mener aussi bien en termes de temporalité que de demandes de prise en charge. Les médecins généralistes évoquaient les difficultés à faire face à ce flot d'informations, notamment dans les situations où le planning est chargé, que le médecin est en retard ou que la consultation a déjà fait l'objet de motifs multiples.

*M4 « Il y a cet aspect d'insérer des problèmes dans la consultation qu'on n'arrive pas à régler. »*

*M6 « En soi remplir le truc c'est 15 secondes, mais quand on commence à se lancer là-dedans on part sur 20 min de papotage avec la personne. Sinon ça ne sert à rien, et c'est là aussi où bah... ça ne colle pas toujours avec ce qu'on avait prévu de faire. Quand on ouvre les vannes, après c'est parti ! »*

### 3.1.3. Les difficultés liées à la pratique médicale

#### 3.1.3.1. Difficultés intrinsèques au recueil

Malgré l'adaptation des logiciels médicaux Eo® et Almapro®, beaucoup de médecins rencontraient des difficultés pour le remplissage du tableau de bord dans le dossier médical et avaient tendance à garder les informations en mémoire plutôt que de les notifier à l'écrit. De même, dans les suites de l'étude le TBS n'apparaissait plus automatiquement dans le dossier médical, compliquant son accès et diminuant son taux de remplissage par les praticiens.

*M3 « Moi je trouve ça pas très pratique, mais c'est un problème de logiciel. »*

La plupart d'entre eux présentaient des difficultés dans le remplissage du niveau d'étude ainsi que la CSP, parfois difficiles à cerner autant pour le médecin que pour le patient lui-même. La barrière de langue était également un frein au remplissage du TBS social.

*M5 « Il y a des personnes je ne pouvais pas leur poser la question, car elles ne comprenaient pas ce que je disais. »*

*M9 « Quelques fois ce qui était un peu compliqué, c'est par rapport aux gens d'un certain âge, de retrouver avec les changements de diplômes... » (niveau d'étude) / « La catégorie socio-professionnelle est proposée par les impôts et elle n'est pas forcément simple pour nous, à part pour 2-3 métiers. C'est toujours un peu le casse-tête ce truc. »*

Deux participants évoquaient des difficultés en lien avec un manque de formation des professionnels de santé. Cette problématique est intervenue sur deux champs distincts : la communication avec le patient et le domaine social. Ces formations permettraient aux médecins généralistes d'être plus à l'aise avec l'interrogatoire social et favoriseraient son utilisation en pratique courante.

*M4 « Je trouve que c'est difficile et ce qui m'a manqué ce sont quasiment les mots pour le dire, enfin peut être qu'il y aurait besoin d'une formation à « comment on demande à quelqu'un ses difficultés financières, sans le blesser » et je n'arrive pas bien encore. »*

*M6 « Je ne suis pas très forte non plus. Il faudrait qu'on ait des topos de remise à niveau, parce que je suis sûre que j'en oublie la moitié (...) moi il y a des fois je mélange un peu, je leur dis « à faire vérifier ce que je dis ». » (Minima sociaux)*

#### 3.1.3.2. Difficultés d'utilisation des données issues du recueil

Quelques médecins s'inquiétaient de la désertification médicale et de leur sentiment d'isolement. Convaincus de l'importance du recueil social, ils évoquaient leurs difficultés à orienter les patients vers les personnes compétentes au vu du manque de professionnels médicaux, paramédicaux et travailleurs sociaux.

*M4 « On est assez pauvre en services sociaux ici, paradoxalement, donc dire « vous pouvez vous adresser à » ce n'est pas si facile que ça parce que les services sociaux ne sont pas dispos, ou alors ils mettent 10 ans. »*

Enfin, il était encore difficile pour certains médecins généralistes de comprendre comment optimiser et utiliser le recueil de la situation sociale des patients dans leur pratique quotidienne.

*M3 « J'ai l'impression d'avoir recueilli des choses, mais de ne pas vraiment m'en servir. »*

## **4. Modalités d'action du médecin généraliste dans la diminution des ISS et positionnement éthique**

### **4.1. Modalités d'action du médecin généraliste dans la diminution des ISS**

Les participants ont évoqué la possibilité, pour le médecin généraliste, d'agir sur les ISS selon trois niveaux distincts : au niveau individuel, du cabinet et du territoire. Les principales actions des médecins généralistes qui ont été envisagées dans la diminution des ISS sont regroupées dans le tableau en annexe 6, page 87.

#### **4.1.1.1. Au niveau individuel**

Les praticiens interrogés évoquaient la nécessité pour le médecin généraliste de prendre le temps de comprendre chaque patient ainsi que son comportement (notamment les situations d'inobservance thérapeutique, d'examens complémentaires non réalisés ou de rendez-vous manqués). Pour cela il pouvait adopter une attitude proactive, en questionnant le patient à la recherche de déterminants sociaux de la santé non évoqués spontanément et en les notifiant dans le dossier médical. Une bonne connaissance du patient permettait une meilleure prise en charge. De même, ils ont soulevé l'importance d'adapter la durée de consultation aux besoins des patients, par exemple, en accordant un temps d'échange plus important à un patient qui ne va pas bien, lui permettant ainsi d'exprimer ses difficultés. Il était également important de prendre en compte l'évolution des situations.

*M1 « Il faut aller au-devant d'eux pour essayer de les aider. Voilà ce n'est pas parce qu'ils ne viennent pas au rendez-vous qu'ils en sont incapables, c'est parce qu'il y a d'autres considérations qui font qu'ils ne vont pas venir. »*

*M5 « La meilleure connaissance des difficultés potentielles du patient peut nous amener à modifier la prise en charge : on l'a vu sur l'intervention d'un tiers pour les ordonnances, ou l'application du tiers payant ou une orientation plus adaptée. »*



Pour rendre cela envisageable, des propositions d'amélioration du recueil social ont été faites spontanément par les médecins généralistes afin d'optimiser et de faciliter son utilisation au quotidien. Trois points clés ont émergé :

- Adapter les logiciels informatiques afin de voir apparaître automatiquement le TBS social à l'ouverture du logiciel médical. Celui-ci constituait un outil de rappel indispensable.

*M10 « Au moment de l'étude, il apparaissait le TBS. Et je vais peut-être demander à Eo qu'il réapparaisse. Que tout le monde ait le TBS qui apparaisse initialement. »*

- Faciliter le recueil en raccourcissant le nombre d'indicateurs ou en permettant un remplissage partagé (avec les secrétaires, les professionnels paramédicaux, les travailleurs sociaux, voire le patient lui-même).

*M10 « Dans un monde idéal de médecine générale, je pense que ce tableau il devrait être rempli par un médiateur santé si on en avait. Il faudrait que tout le monde le remplisse, les infirmières le remplissent un peu, le pharmacien...mais ça c'est un monde idéal où on aurait le même outil... »*

*M11 « Après on peut imaginer que peut-être, dans un temps futur, il y aura des moyens pour que les patients puissent remplir cette partie de leur dossier. Donc ça pourrait être intéressant. »*

*M12 « Peut-être qu'il faudrait l'alléger. Moi c'est ce que j'ai un peu fait de façon naturelle en créant les dossiers. »*

- Développer un code couleur pour aider à repérer les profils à risque d'ISS.

*M10 « Ce qu'il faudrait c'est que le résultat du TBS ça soit une couleur rouge, verte ou orange et que si c'est vert, ça va je me prends moins la tête sur la prévention, si c'est rouge, alors attention : « est-ce qu'elle a eu son frottis ? » Ça, je le fais normalement pour tous mes patients. Mais nos patients précaires... c'est être plus attentif, prendre plus de temps, donner plus, car il y a plus de risques. »*

De plus, les médecins interrogés évoquaient la nécessité d'adapter le parcours de soin à la singularité du patient, y compris dans le choix d'une collaboration avec d'autres professionnels (médecins spécialistes, paramédicaux, travailleurs sociaux). Cela correspondait au principe de l'équité en santé : le médecin généraliste était amené à s'impliquer davantage pour le patient en plus grande difficulté afin d'arriver au même résultat final.

*M1 « Oui, il a un rôle dans la mesure où il doit essayer, pour tous les patients quels qu'ils soient de leur donner les mêmes possibilités d'être soignés dans les meilleures conditions et les meilleures chances. (...) Vous ne faites pas pareil pour quelqu'un qui a tous les copains qui peuvent l'aider et celui qui n'a aucune aide. Donc c'est ce qu'on appelle faire la discrimination positive.*

*C'est-à-dire, il faut en faire plus pour les gens qu'on sent fragiles ou en difficulté, etc.. »*

*M6 « À notre échelle, en soignant mieux les gens, mais pas forcément de façon équitable, parce qu'en France on imagine que l'égalité c'est ça la justesse. Ce qui est égal pour tout le monde est juste. C'est totalement faux. Il ne faut surtout pas être égal avec les gens, il faut au contraire être plus ou moins en fonction de la personne qu'on a devant soi et il faut savoir s'adapter en fonction des besoins en face. »*

#### 4.1.1.2. Au niveau du cabinet

Les participants s'accordaient à penser que le médecin généraliste pouvait favoriser l'accès au soin et diminuer les ISS via le fonctionnement de son cabinet. Pour ce faire, il était indispensable de prendre en compte les freins à la consultation, notamment les consultations sur rendez-vous, la barrière de langue et la tarification à l'acte. Les médecins pouvaient travailler sur ces barrières, par exemple en proposant des créneaux de consultation sans rendez-vous, en adaptant leurs modes de communication (schémas, termes simples, documents écrits en différentes langues...) ou en prenant l'habitude de proposer le tiers-payant. Les médecins généralistes mettaient en avant des points positifs dans le système de santé français favorisant une diminution des ISS, tel que le maintien de l'accès aux soins des plus précaires via la CMUc et l'AME, ou encore la mise en place de la mutuelle obligatoire pour les salariés en 2016. Il existait également une tendance à développer des centres de santé favorisant l'accès au soin en écartant le frein lié au coût de la consultation.

*M3 « Je crois qu'on a un rôle important sur ces questions de tiers-payant et pour l'accès aux soins qui me paraît fondamental et d'actualité. »*

*M7 « D'avoir des rendez-vous ça peut être un frein, le financement, ça peut être un frein... On a probablement des freins à travailler. Par exemple, la langue c'est aussi à travailler. »*

De plus, ils ont évoqué la nécessité d'adopter une attitude proactive au sein du cabinet, en renforçant la vigilance dans les messages de prévention. Cela survenait notamment en sensibilisant les patients sur les dépistages existants et en appliquant les recommandations de façon rigoureuse, quelle que soit la classe sociale du patient.

*M6 « Mais il faut qu'on bosse. Ce n'est pas normal que les femmes de milieux défavorisés elles n'aient pas de frottis marqué dans le dossier quoi. C'est la loose, car c'est les plus à risque et c'est elles qui n'ont pas de frottis. »*

*M8 « Eux ils viennent pour des sujets pas graves en général, genre le rhume, la grippe, mais en fait ils oublient tout le dépistage et notamment la gynéco chez les femmes (...). Les hommes ils vont complètement mettre de côté s'ils commencent à avoir un diabète ou de la tension. C'est des choses qu'ils commencent à mettre de côté, car c'est des choses qu'ils ont du mal à*

*comprendre et à verbaliser en fait. Donc il faut essayer d'aller vers eux pour des choses comme ça, parce que sinon on passe à côté. »*

Il existait un travail majeur à faire sur l'éducation du patient. Il était indispensable de continuer l'évolution de la pratique en intégrant activement le patient dans le soin. Le cabinet médical pouvait servir d'outil de transmission via l'affichage en salle d'attente ou des ateliers d'éducation, notamment dans les maisons de santé.

*M11 « Si on aide les gens en leur expliquant, en leur demandant de prendre part à la prise en charge de leur santé, oui je crois que c'est ça aussi lutter contre les ISS. »*

Force est de constater que la prise en compte des déterminants sociaux dans la pratique médicale représentait un investissement de la part des médecins. Ainsi, quelques-uns étaient demandeurs d'une reconnaissance financière devant la surcharge de travail occasionnée. L'un des médecins suggérait une tarification des consultations selon la complexité sociale, trop peu prise en compte à ce jour.

*M4 « Il y a une solution toute simple pour les médecins généralistes, le tarif de la consultation serait inversement proportionnel aux difficultés sociales du patient par exemple. C'est-à-dire quand je pointe sur une échelle de 1 à 10 que son risque d'ISS est à 8 et bien je fais payer 46 euros plutôt que 23 et c'est un élément qu'on pourrait changer. Parce que plus les gens sont en difficulté plus il nous faut du temps pour nous occuper d'eux. Pour moi, je ne vois pas d'autre critère qui soit performant. Pour avoir du temps, ça veut dire avoir une rémunération en face sinon c'est du bénévolat. »*

#### 4.1.1.3. Au niveau du territoire

Le médecin généraliste était un représentant du terrain, il pouvait ainsi repérer les ISS et avoir un rôle de porte-parole. Il pouvait décrire les difficultés et l'état de santé de la population permettant d'adapter l'offre de soins et avait la possibilité d'alerter les autorités compétentes en cas de risque sanitaire. Les médecins ont également évoqué un rôle de communication sur les ISS et d'information du grand public.

*M2 « Pour le médecin, d'avoir connaissance d'un certain nombre de choses, lui permet de communiquer et de ne pas juste faire sa fonction de « je répare, point ça s'arrête là ». Ça compte dans une société de pouvoir faire remonter des informations, de les partager avec d'autres. »*

*M4 « En tant que représentant du terrain, en disant « si vous voulez modifier l'état de santé de la population alors il serait nécessaire de faire ça ». Il faudrait faire apparaître les difficultés sociales et les faire reconnaître comme étant un élément de la prise en compte des individus. »*

Enfin, les participants faisaient remarquer le rôle non négligeable du médecin généraliste dans la diminution des ISS. Cependant son pouvoir était limité. Le domaine des ISS étant très vaste

et complexe, le praticien avait besoin d'être aidé et de collaborer avec les acteurs de santé publique et les élus.

*M6 « Mais bon...Il n'y a pas que nous, c'est illusoire de s'imaginer qu'il n'y a que dans les cabinets médicaux que les gens souffrent de leurs inégalités, évidemment que non. C'est sûr que non. »*

*M11 « Je pense que le problème c'est le logement, le travail et les choses sont transformées dans la vie. (...) Je suis conscient que peut être lutter contre les ISS c'est aussi le jour où on va élire le Président de la République et les députés (...) c'est essayer de leur obtenir un logement, essayer d'obtenir des droits, vous voyez tout ça c'est important. ; quand vous avez une mauvaise condition sociale, une vie familiale un peu triste vous n'êtes pas très motivé pour vous soigner et continuez à souffrir... ».*

#### **4.2. Positionnement éthique des médecins généralistes**

Pour l'ensemble des médecins généralistes interrogés, la réalisation du recueil de la situation sociale des patients paraissait éthique dans la mesure où la prise en compte du patient dans sa globalité (médico-psycho-sociale) fait partie intégrante du rôle du médecin généraliste. Il existait un intérêt immédiat de ce recueil en pratique : le médecin était ainsi en mesure de prendre les meilleures décisions pour ses patients.

*M5 « Puisque c'est pour mieux connaître le patient donc pour mieux le prendre en charge, oui, ça ne pose pas de soucis. Pas de soucis, éthique. »*

*M6 « Je trouve ça hyper normal, voir même ça devrait être obligatoire. » / « Ça ne peut pas ne pas être éthique, pour moi. C'est du soin. »*

Cependant, certains médecins ont modéré ce propos et le recueil a soulevé quelques questionnements chez les praticiens, y compris les médecins sensibilisés aux ISS. Cela a fait l'objet d'une réflexion sur le rôle du médecin généraliste et les limites à ne pas dépasser. Pour certains, des indicateurs pouvaient être vécus comme intrusifs par le patient (par exemple, situation financière perçue et situation vis-à-vis du logement). Ainsi, le respect de certaines conditions était nécessaire afin de préserver le caractère éthique du recueil de la situation sociale des patients.

Pour l'ensemble des médecins, il était indispensable d'informer le patient sur l'intérêt de ce recueil et sur le devenir des réponses. Le respect du secret professionnel était une condition soulevée à l'unanimité : les informations ne devaient pas être divulguées sans l'accord préalable du patient. L'acceptation du recueil par le patient était primordiale. Le médecin devait respecter la réaction du patient et suivre son choix de poursuivre ou non le questionnaire.

*M2 « De ma place de praticien quand je suis dans mon cabinet, si je trouve les éléments pour expliquer à quelqu'un qui me dit « mais de quelle place vous me parlez ? » et « pourquoi vous m'interrogez là-dessus ? » au niveau éthique ça me paraît faisable et cohérent. »*

*M5 « C'est éthique à partir du moment où c'est établi par le médecin et que ça reste dans le dossier médical, sauf à visée de recherche, mais il faut être très prudent. Éthique, mais en étant prudent sur la diffusion. »*

*M8 « On leur demande s'ils veulent ou ils ne veulent pas répondre. Moi je leur demandais à chaque fois. « Est-ce que vous voulez bien faire ça ? » Je ne leur impose pas le truc. Je ne l'intègre pas aux antécédents médicaux, quoi. »*

À plusieurs reprises les médecins évoquaient l'importance de la temporalité dans la réalisation du recueil social, avec la nécessité de suivre le rythme du patient : trouver le moment opportun et laisser la possibilité au patient de s'exprimer et d'être écouté. Pour quelques participants, un recueil systématique était le garant de l'éthique en stoppant toute idée reçue sur le patient et en laissant les mêmes chances à chacun d'exprimer des difficultés parfois insoupçonnées par le praticien. Pour d'autres, il était préférable d'utiliser le recueil selon le contexte et le motif de la consultation de façon à ne pas surprendre le patient. Enfin, certains préféraient réaliser le recueil au cours d'une seule consultation en justifiant leur démarche auprès du patient. Pour d'autres, il était nécessaire de prendre son temps pour une meilleure acceptation du patient et la réalisation du recueil nécessitait plusieurs consultations successives.

*M6 « La dernière fois que j'ai voulu le faire sans prendre vraiment le temps, la dame elle était fâchée. Elle allait très mal cette dame. Elle était très très seule. Heureusement que je lui ai posé les questions d'ailleurs. Donc forcément j'entends qu'elle l'ait mal pris, elle s'est vexée et fâchée, car j'ai voulu faire court. (...) Il faut vraiment prendre le temps. »*

## 5. Modèle d'interactions

Malgré trois profils variés, les médecins généralistes ont exprimé un intérêt pour le recueil social réalisé en consultation, qui a occasionné des adaptations de leur pratique. Pour les médecins ce recueil paraissait éthique, mais sous certaines conditions indispensables (d'information, de respect, de temporalité). Devant quelques facteurs limitants et des difficultés rencontrées, il semble qu'il soit nécessaire de repenser les recommandations par l'intermédiaire d'une seconde version simplifiée.

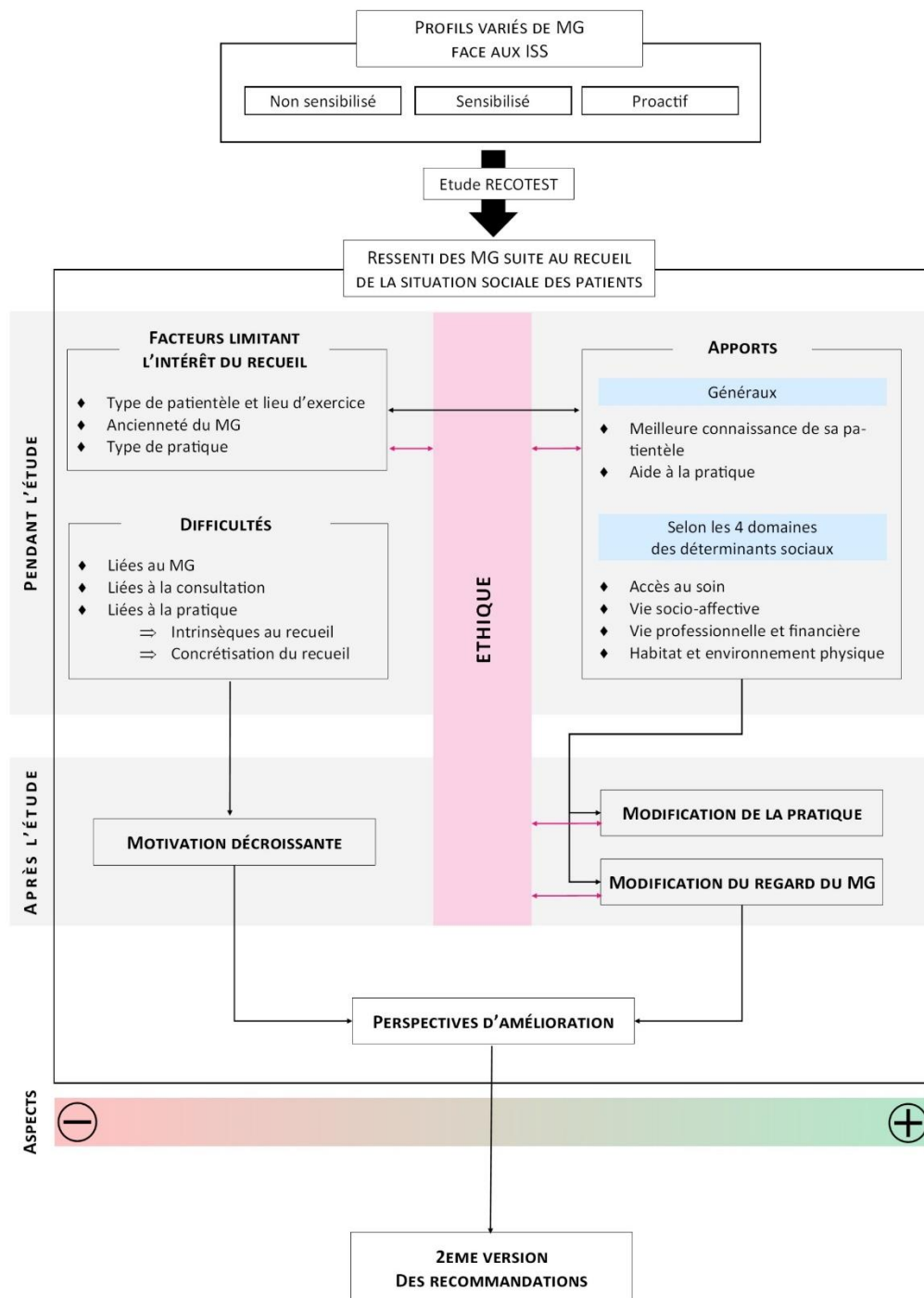


Figure 3 : Modèle d'interactions

# DISCUSSION

## 1. Principaux résultats

Dans l'ensemble, les médecins généralistes interrogés ont trouvé un intérêt au recueil de la situation sociale des patients dans les dossiers médicaux, avec une hiérarchisation de leur importance. Certains indicateurs sociaux ont été considérés comme « très importants » (couverture maladie, compréhension du français écrit, profession), d'autres « utiles » selon le contexte (exemples : situation familiale, logement, situation financière perçue). Trois facteurs limitaient l'intérêt du recueil : le type de patientèle et le lieu d'exercice, l'ancienneté du médecin et le type de pratique. Des difficultés rapportées par les médecins généralistes constituaient un frein au recueil systématique de la situation sociale des patients et permettaient de comprendre la diminution de motivation observée au fil du temps. Elles pouvaient être liées au médecin généraliste, aux habitudes de consultation ou à la pratique médicale. Cependant, le recueil de la situation sociale permettait une meilleure connaissance des patients et constituait une aide à la pratique. Les médecins ont décrit des adaptations possibles en consultation en termes d'accès à la santé, mais aussi dans les domaines de la vie socio-affective du patient ; de sa vie professionnelle et financière et de son habitat. L'ensemble des participants estimait que le médecin généraliste détenait un rôle, même si limité, dans la diminution des ISS. En tant que maillon central de la chaîne des soins primaires, celui-ci pouvait agir au niveau individuel, du cabinet voire du territoire afin de contribuer à la diminution des ISS.

## 2. Forces et limites de l'étude

### 2.1. Forces

#### 2.1.1. Le sujet de l'étude

Bien qu'il existe une prise de conscience tardive par rapport à d'autres pays européens, la France montre un intérêt grandissant pour les ISS. À présent, en France, la stratégie nationale de santé 2018-2022 présente comme un de ses principaux objectifs de réduire les inégalités en matière de santé. Cette étude a débuté à la suite de la publication des recommandations sur l'enregistrement de la situation sociale des patients en médecine générale réalisées sous l'égide du Collège de médecine générale en 2014 et a évolué en parallèle de l'élaboration d'une seconde version des recommandations.

### **2.1.2. Le type d'étude**

Nous avons choisi d'utiliser la méthode qualitative par raisonnement inductif, qui nous semblait la plus appropriée pour répondre à notre objectif. En effet, cette méthode a une approche compréhensive, permettant d'explorer les différentes pratiques médicales. Elle n'a pas pour objectif d'avoir une évaluation chiffrée du recueil effectif des médecins, mais permet un retour d'expérience des médecins généralistes ; en détaillant leur ressenti notamment sur l'intérêt du recueil en pratique et les difficultés rencontrées. Ils ont également pu soumettre des suggestions d'amélioration.

Afin d'explorer le ressenti des médecins généralistes, nous leur avons posé des questions ouvertes concernant les différents indicateurs proposés par les recommandations, les laissant libres de leurs réponses. Cela permet à l'interviewé de rebondir à sa convenance sur certains points et de soulever de nouvelles problématiques.

Nous avons choisi d'utiliser des entretiens individuels pour leur capacité à aborder des sujets plus sensibles et permettant de décrire au mieux la pratique des médecins généralistes dans leur intimité. Ainsi, cela permettait de limiter les biais rencontrés dans les focus groups tels que la présence d'un leader d'opinion pouvant orienter les réponses de l'ensemble du groupe ou la gêne à répondre librement en présence d'autres confrères. Cependant, la réalisation d'un focus group aurait pu être une approche complémentaire à notre travail en apportant un autre type de données via une réflexion conjointe et dynamique des participants.

### **2.1.3. Validité interne**

Afin de respecter le principe de triangulation des chercheurs, lors de l'analyse, un codage en double aveugle d'un tiers des entretiens a été effectué pour augmenter la validité interne de l'étude et limiter le biais de subjectivité de l'enquêteur.

### **2.1.4. Validité externe**

Le recrutement de médecins généralistes pour de nouveaux entretiens a été réalisé jusqu'à saturation des données, au travers de critères variés notamment d'âge, de type de patientèle et de lieu d'exercice. La diversité des participants a permis de recueillir des points de vue parfois divergents enrichissant les résultats de l'étude.

Afin de renforcer la validité de notre étude, nous avons veillé à respecter la majorité des 32 critères de la liste de contrôle COREQ concernant les analyses qualitatives (Annexe 7) (54).

## **2.2. Limites**

### **2.2.1. Population d'étude**

L'intégralité des médecins interrogés avait participé à l'étude RECOTEST. Ainsi, la population étudiée participait pour la deuxième fois consécutive à une étude portant sur les ISS ce qui peut



montrer un intérêt spécifique de ces médecins pour cette thématique, pouvant orienter les réponses apportées en faveur du recueil de la situation sociale des patients.

Les médecins ont été recrutés dans 2 régions (Ile de France et Pays de Loire), bien que nous ayons essayé de varier l'échantillonnage des médecins (via l'âge, le sexe, le lieu d'exercice en zone urbaine ou rurale, le type de patientèle), on remarque que la plupart d'entre eux sont des maîtres de stage universitaires ou des membres de la SFTG, pouvant expliquer aussi leur engouement pour les études et pour la thématique des ISS. Cependant, les réponses aux questions variaient malgré ces profils assez proches.

### **2.2.2. Réalisation des entretiens**

Cette étude et la réalisation d'entretiens semi-directifs étaient une première expérience de recherche qualitative pour l'investigatrice ce qui a pu influencer les réponses des médecins de façon inconsciente. De plus certaines questions maladroitement posées ont pu écarter le médecin d'un thème qu'il aurait spontanément développé.

À la suite de questionnements plus généraux, nous avons tenu à interroger les médecins sur chacun des indicateurs afin d'obtenir un recueil exhaustif de données. Cependant, cela a entraîné une certaine redondance dans la formulation des questions, avec parfois des difficultés de la part des participants pour varier les réponses.

Plus de la moitié des entretiens ont été réalisés en présentiel. Nous avons dû réaliser des entretiens téléphoniques principalement avec les médecins éloignés géographiquement ou selon leur convenance personnelle. Il existe une différence de durée entre les entretiens réalisés en présentiel (en moyenne 45 min) et ceux réalisés par téléphone (en moyenne 35 min). Cependant, il est difficile d'estimer l'impact du mode d'entretien sur le contenu des réponses.

### **2.2.3. Un sujet sensible**

Le thème des ISS et de la place du médecin généraliste dans ces inégalités est un sujet sensible. Il peut être difficile pour les médecins d'assumer leurs opinions ou leur conception du soin de manière générale ; pouvant entraîner un biais dans les réponses apportées. À noter également que ce travail réalisé en parallèle de recommandations pour la médecine générale peut être considéré par les médecins interrogés comme une représentation de la pratique médicale « optimale » et pourrait occasionner une gêne lors de l'entretien.

La difficulté d'exprimer son avis pour le participant peut aussi être la conséquence d'un manque de neutralité de la part de l'investigateur. En ayant conscience de ce biais, nous avons constamment veillé à adopter une attitude compréhensive sans jugement afin que chaque médecin se sente libre d'exprimer son point de vue.

### **3. Comparaison avec les données de la littérature**

#### **3.1. Données françaises**

Cette partie présente les études françaises antérieures à notre travail. Tout d'abord, l'étude RECOTEST, analyse quantitative, que nos résultats viennent compléter sur le versant qualitatif. Puis des travaux qualitatifs ayant décrit l'accompagnement des patients présentant des difficultés sociales en médecine générale, le recueil de la situation sociale des patients en médecine générale avant la parution des recommandations du CMG et l'acceptabilité du recueil par les patients. Ces derniers sont indépendants de l'étude RECOTEST. Nous décrirons également un ensemble de réflexions concernant les considérations éthiques des médecins.

##### **3.1.1. Étude RECOTEST**

Dans sa thèse, réalisée auprès des utilisateurs du logiciel Eo® de l'étude RECOTEST lancée en 2014, M. Pham a montré que le recueil d'informations sociales dans les dossiers médicaux semblait faisable, peu chronophage et apprécié par les médecins généralistes, avec quelques disparités selon le sexe, le lieu et le mode d'exercice (21). Chaque information du TBS social était remplie dans 42.1% à 51.0% des dossiers médicaux à la fin de l'étude. La durée moyenne de saisie était de 144.5 secondes au bout de 12 mois. Pour l'ensemble des éléments, l'information a essentiellement été remplie au cours du premier trimestre de l'étude.

Il existait un lien significatif entre le sexe du médecin et le remplissage de l'exonération du ticket modérateur, du fait d'être en couple, de vivre seul, du nombre d'enfants à charge, des minima sociaux. Les médecins femmes remplissaient davantage ces informations que les hommes. De même, les médecins exerçant en milieu rural remplissaient davantage le TBS social, sauf pour l'information « vit seul », plus remplie par les médecins exerçant en milieu urbain. Enfin, les médecins exerçant en maison de santé le remplissaient davantage que ceux en cabinet seul ou de groupe.

Le remplissage du TBS social s'effectuait principalement par le médecin (92.3%). Les médecins généralistes s'accordaient à dire que ces informations étaient utiles pour leur pratique (97.4%). La situation financière perçue et la compréhension du français écrit étaient les deux informations qui les avaient le plus surpris lors du recueil (33.3% et 17.9%). Les trois indicateurs les plus difficiles à remplir étaient, par ordre décroissant, la catégorie socio-professionnelle, la situation financière perçue et le niveau d'études. Le ressenti des médecins généralistes, au travers de notre analyse qualitative, était concordant avec les éléments de cette thèse.

Enfin, pour 59% d'entre eux, la prise en compte de ces informations sociales avait permis d'adapter leur pratique, et une majorité pensait continuer à utiliser le TBS au-delà de l'étude (87.1%). Dans notre étude, on constatait en effet qu'il persistait une adaptation des pratiques dans les suites de RECOTEST. Cependant la motivation des praticiens était décroissante et avec le recul de plusieurs années le TBS n'était plus utilisé de façon systématique en pratique courante.

Une seconde thèse quantitative, réalisée auprès des utilisateurs du logiciel AlmaPro® de l'étude RECOTEST fait l'objet d'une thèse qui sera prochainement soutenue. Il semble que les indicateurs les mieux renseignés dans les dossiers médicaux soient la profession (75.3%) et la couverture maladie (exonération du ticket modérateur 21,3% et assurance maladie obligatoire 13.3%). Les autres indicateurs n'étaient que faiblement renseignés dans les dossiers.

### **3.1.2. Accompagnement des patients présentant des difficultés sociales en médecine générale**

Au travers de sa thèse qualitative réalisée en 2015, A. De Oliveira mettait en avant les difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans la prise en charge des patients en situation sociale complexe (55). Face à ces difficultés, trois niveaux d'adaptation ont été identifiés : médical (prescriptions, approche pluriprofessionnelle), psycho-social (soutien, appui pour les démarches administratives) et communicationnel (relation médecin-malade). Cependant, ces stratégies d'adaptation étaient bien souvent aussi ressenties comme une contrainte par les médecins généralistes. Plusieurs médecins interrogés estimaient faire face à des situations à chaque fois différentes qui exigeaient une approche au cas par cas, chronophage et difficile à modéliser. Un article issu de cette thèse va bientôt paraître dans la revue Family Medicine & Community Health (19) .

### **3.1.3. Recueil de la situation sociale et prise en charge des ISS en médecine générale avant la parution des recommandations**

Dans leur thèse, réalisée en 2014, C. Ernst Toulouse et C. Nollet étudiaient le recueil de la situation sociale des patients et la prise en charge des inégalités sociales de santé en médecine générale ; avant la parution des recommandations du Collège de la médecine générale (56). Il s'agissait d'une étude qualitative par entretiens semi-dirigés de 25 médecins généralistes de Loire-Atlantique et de Vendée.

Les données reconnues par les médecins comme ayant un retentissement sur la santé ou sur leur prise en charge quotidienne étaient bien recueillies. À l'inverse, lorsque le médecin n'était pas sensibilisé au rôle d'un déterminant sur la santé du patient ou pensait que le recueil de ce critère n'avait pas d'impact sur sa pratique, celui-ci était peu recueilli. Ainsi, trois critères étaient recueillis systématiquement par tous les médecins, et cela de manière évidente : le sexe, la date de naissance et l'adresse. La profession et le statut par rapport à l'emploi étaient également recueillis par la quasi-totalité des médecins. Certains critères étaient en revanche peu recueillis par les médecins : la situation financière, la capacité de compréhension du langage écrit et la CSP. Aucun médecin ne recueillait la situation financière perçue, et très peu questionnaient sur l'existence de minima sociaux. D'une manière générale, ils s'interrogeaient souvent sur la pertinence de ce recueil ou la façon d'aborder la question. Enfin, d'autres critères n'étaient recueillis qu'en fonction de la situation : situation familiale, pays de naissance et niveau d'étude.

Comme dans notre étude, l'intérêt de ce recueil pour la prise en charge du patient était reconnu par la plupart des médecins, même si cela variait selon les indicateurs et les médecins interrogés.

### **3.1.4. Acceptabilité du recueil par les patients**

L'acceptabilité par les patients du recueil de leur position sociale par le médecin généraliste a été étudiée dans une thèse réalisée en 2015 par L. Sekula Cabrol (57). Il s'agissait d'une étude qualitative par entretiens semi-dirigés, réalisés auprès de 24 patients d'Île-de-France.

La plupart des patients ont mentionné un intérêt médical bienveillant, notamment dans l'adaptation des soins. Certains ont vu un « rôle d'alerte » du médecin généraliste à travers le repérage des patients en difficultés ou en situation de fragilité sociale. Le médecin était alors identifié comme l'unique interlocuteur en mesure de recueillir l'ensemble des informations sociales issues des recommandations. Ce recueil devait être fait de façon progressive, en instaurant un climat de confiance, et devait être réévalué au fil du temps. Cependant, pour d'autres, seul un travailleur social pouvait recueillir ces informations qui ne correspondent pas au domaine médical.

Le recueil des informations concernant les données administratives, l'assurance maladie, les situations familiale et professionnelle, était bien accepté. Les avis divergeaient concernant le recueil du pays de naissance, de la compréhension du langage écrit et du niveau d'études. Plusieurs patients attendaient que le médecin généraliste leur explique l'intérêt de recueillir le statut vis-à-vis du logement, le fait de bénéficier de minima sociaux et la situation financière perçue. L'acceptabilité par les patients de ce dernier critère dépendait de la qualité d'écoute du médecin et de leur niveau de précarité.

Ainsi, on constate que les indicateurs les moins bien acceptés par les patients sont également ceux pour lesquels les médecins rencontrent le plus de difficulté en pratique, étant considérés par les médecins de notre étude comme des indicateurs pouvant être gênants voir stigmatisants (situation financière perçue, pays de naissance, logement).

### **3.1.5. Considérations éthiques**

Comme nous l'avons décrit dans cette étude et au travers de différentes références bibliographiques, le recueil de la situation sociale des patients en consultation soulevait beaucoup de points positifs et était globalement bien accepté par les médecins comme par les patients. Cependant, en 2018, des mises en garde concernant le respect de l'éthique ont pu être discutées lors des rencontres avec les professionnels à l'origine des recommandations ; notamment à l'occasion de l'intervention de C. Despres, chercheuse en sciences sociales. Avec la connaissance du statut social des patients, il était nécessaire d'être vigilant à ne pas entrer dans la stigmatisation des populations sociales les plus défavorisées, notamment avec le risque de créer de nouveaux stéréotypes et préjugés (exemple : patient CMU = patient fraudeur, toujours en retard, etc.). De plus, contrairement à l'objectif recherché le recueil social pouvait créer une discrimination sociale par anticipation négative (exemple : existence d'un stress lié à la précarité donc ce n'est pas le moment pour envisager le sevrage tabagique). Pour finir, il était important de respecter une temporalité dans la réalisation de ce recueil. En effet, l'ensemble de l'interrogatoire social pouvait être réalisé sur plusieurs consultations successives. Cela était facilement envisageable en médecine générale du fait de la répétition des consultations dans l'année. Il n'y avait pas de caractère urgent au recueil social. Respecter une temporalité permettait l'instauration d'un climat de confiance indispensable à l'acceptation du recueil par le patient comme par le praticien.

## **3.2. Données internationales**

### **3.2.1. Concernant le recueil de la situation sociale des patients**

De plus en plus d'études montrent l'intérêt de l'enregistrement systématique des données socio-démographiques dans les dossiers médicaux. Au Royaume-Uni, le sexe et l'âge sont systématiquement enregistrés dans les dossiers des patients, mais l'enregistrement d'autres informations sur l'origine ethnique, la langue, l'invalidité et le statut socio-économique est très variable (58). Dans son article publié en 2013, C. Tarrant décrit les difficultés rencontrées par les médecins dans le recueil de l'ethnicité du patient. Ainsi, outre le défi que représentent le temps et les ressources matérielles nécessaires, six obstacles supplémentaires sont évoqués : la réticence du médecin à demander certaines données de peur d'outrepasser ses droits, la réticence des patients à répondre, la barrière linguistique, la difficulté à obtenir une classification précise du groupe ethnique, l'absence d'incitations significatives à collecter ou à fournir des données et un manque de compréhension quant à la manière dont les données peuvent être utilisées. D'après elle, il est probable que la collecte d'autres données relatives aux inégalités, en particulier le statut socio-économique, le handicap, la sexualité et la religion, soit soumise à des défis similaires. Cependant, elle rappelle l'importance de la collecte et de l'enregistrement des données sociales. D'après elle, il est nécessaire d'avoir un questionnaire standardisé utilisable de manière récurrente.

Des travaux réalisés en 2009 (révisés en 2012), en Écosse, ont tenté de résoudre ces difficultés, en produisant une brochure intitulée « Happy to ask, happy to tell (Heureux de demander, heureux de raconter) », qui vise à engager les professionnels médicaux et paramédicaux et à les aider à communiquer avec les patients afin de faciliter le processus de collecte des informations personnelles. (59)

Une étude menée au Canada par A. Pinto, en 2016 (60), a montré que le recueil des déterminants sociaux de la santé était faisable et acceptable du point de vue des patients. Quatre organismes de santé à Toronto ont collaboré pour identifier 14 questions qui couvraient un panel de déterminants sociaux de la santé. Celles-ci ont été traduites en 13 langues. Les patients répondaient aux questions à l'aide d'une tablette électronique, dans la salle d'attente de la clinique de soins primaires. Sur 407 patients interrogés, le taux de réponse pour chaque question allait de 84% à 100%. Plus de 95% des participants étaient disposés à répondre aux questions concernant l'année de naissance, l'orientation sexuelle, la religion, le logement, l'origine, le sexe et les compétences linguistiques. Les questions qui posaient le plus de difficultés concernaient la situation financière, notamment le revenu et le nombre de personnes à charge.

### **3.2.2. Concernant le rôle du médecin généraliste face aux ISS**

Dans son article paru en 2016, A. Andermann rappelle le sentiment d'impuissance et de frustration des médecins généralistes face aux difficultés sociales de leurs patients (61). Bien que les médecins reconnaissent généralement que les déterminants sociaux influent sur la santé de leurs patients, beaucoup ne savent pas comment ils peuvent intervenir.

Ainsi, ces derniers ont tendance à éviter l'interrogatoire social préférant se concentrer sur une prise en charge médicale plus simple et rapide à mettre en place. A. Andermann propose un cadre pour les professionnels de santé afin d'agir sur les déterminants sociaux de la santé. Ils peuvent intervenir à trois niveaux :

- Au niveau du patient : par un interrogatoire sur les difficultés sociales réalisé de manière empathique et attentionnée, puis en orientant le patient vers les travailleurs sociaux ou associations adéquates.
- Au niveau de la pratique : en améliorant l'accès et la qualité des soins pour les patients en difficultés sociales (moyen de transport vers le cabinet, garde d'enfants, facilitation de la prise des RDV, interprète...) et en intégrant le soutien social du patient dans les soins primaires.
- Au niveau de la communauté : en proposant un engagement du professionnel de santé dans la vie politique ou associative locale, dans une optique de santé publique, en plaidant pour un environnement plus favorable à la santé (exemples : garderie à faible coût, sensibilisation à la violence dans les écoles, augmentation du nombre d'espaces verts...).

## 4. Perspectives

Il est de plus en plus reconnu que pour améliorer la santé de la population, l'équité en santé doit devenir une priorité et des mesures visant à réduire les disparités doivent être intégrées dans les programmes de santé. À la suite des différents échanges avec les médecins, nous avons réfléchi à des propositions qui permettraient d'aider les médecins généralistes dans la lutte contre les ISS, tout en facilitant l'accompagnement des patients en difficulté sociale. Celles-ci ne seront pas développées dans ce travail, mais pourraient faire l'objet d'études complémentaires.

- Tout d'abord, cela pourrait consister en une adaptation de la formation des médecins généralistes, trop peu sensibilisés aux ISS à ce jour. L'approche des questions médico-sociales apparaît tardivement dans le cursus et la plupart du temps les médecins se forment sur le terrain. Cela serait intéressant d'aborder cette thématique dès le début des études de médecine, lors de la formation théorique comme de la formation pratique des futurs praticiens et de la proposer aux médecins en exercice au travers des formations médicales continues.
- Puis, il semble nécessaire de développer de nouvelles stratégies de gestion des soins. Il est indispensable de continuer à lutter contre les obstacles d'ordre financier à l'accès aux soins (via la CMUc, l'AME, les mutuelles, la PASS...). Probablement que la généralisation du tiers-payant serait un autre levier. De plus, le mode de rémunération des médecins pourrait être amené à évoluer, avec la prise en compte des difficultés sociales de la patientèle. Certains sont demandeurs d'une tarification en fonction de la complexité sociale de la consultation.

- Pour ce faire il est nécessaire de pouvoir décrire sa patientèle. Une adaptation des logiciels médicaux permettant une saisie rapide et une visibilité sur la situation sociale des patients viendrait en aide à la pratique. Il semble qu'une standardisation de la collecte des déterminants sociaux de la santé dans les dossiers médicaux informatisés soit nécessaire afin de mieux intégrer ces données dans la prise de décision clinique. Cela permettrait de mieux décrire la population soignée en médecine générale et occasionnerait des répercussions notables en santé publique.
- Enfin, il semble que l'avenir de la médecine soit dans le travail pluriprofessionnel facilitant une prise en charge globale (médico-psycho-sociale) du patient. Cela permettrait de libérer du temps aux praticiens pour la prévention et la coordination des soins.

À partir de ce travail, des études qualitatives complémentaires sur un plus grand nombre de médecins pourraient avoir lieu afin de détailler les facteurs facilitants et les obstacles au recueil de la situation sociale en médecine générale. On pourrait également mettre en place des entretiens collectifs, via des focus groups, regroupant des médecins et des patients afin de recueillir le positionnement de chacun et de permettre des échanges dynamiques entre soignants et soignés.

## CONCLUSION

Les ISS traversent l'ensemble de la population française, quel que soit l'âge. Les objectifs de la stratégie nationale de santé 2018-2022 contribuent à la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé. Les médecins généralistes sont les premiers maillons de la chaîne des soins et ont la particularité d'agir à tous les âges et tous les stades de la maladie (prévention, dépistage, traitement, soins palliatifs...). Ainsi, leur prise en considération des ISS permettrait de les diminuer ou tout du moins de ne pas les accentuer et d'améliorer l'état de santé des populations.

La généralisation d'un recueil de données sociales serait un levier important afin de mettre en évidence les ISS sur notre territoire et de savoir quelles actions mettre en place de façon à les réduire. L'étude RECOTEST, lancée en 2014 a montré que l'enregistrement de la situation sociale des patients dans les dossiers médicaux était faisable et acceptable par les médecins généralistes.

Notre étude a montré que les médecins généralistes étaient favorables à un recueil de la situation sociale des patients. Ce dernier a amené des adaptations de leur pratique. Il existait une hiérarchisation des indicateurs, avec une importance unanime de la couverture maladie, de la compréhension du français écrit et de la profession. Ce recueil demandait une participation active du médecin généraliste et un investissement personnel pouvant engendrer quelques difficultés.

Il semble possible de le recommander à plus grande échelle, en prenant en compte les difficultés rencontrées et les considérations éthiques inhérentes à ce recueil en cabinet de médecine générale. Des perspectives d'amélioration ont été soumises. Pour obtenir l'adhésion d'une majorité des médecins généralistes, une adaptation des recommandations semble nécessaire. La seconde version va probablement prendre en compte ces résultats pour préciser les conditions d'un recueil utile et respectueux pour les patients. À terme, la prise en compte des déterminants sociaux de la santé pourrait être intégrée dans toute action d'amélioration des pratiques en médecine générale.



# BIBLIOGRAPHIE

1. IRDES. Données de cadrage : indicateurs d'état de santé [Internet]. IRDES.FR. 2019. Disponible sur: <https://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ChiffresGraphiques/Cadrage/IndicateursEtatSante/EsperanceVie.htm>
2. 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.
3. Comblent Le Fosse En Une Generation Instaurer L'équité En Santé En Agissant Sur Les Déterminants De La Santé. World Health Organization; 2009.
4. HCSP. Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité. Paris: HCSP; 2009 déc.
5. Balaj M, McNamara CL, Eikemo TA, Bambra C. The social determinants of inequalities in self-reported health in Europe: findings from the European social survey (2014) special module on the social determinants of health. Eur J Public Health. févr 2017;27(suppl\_1):107-14.
6. Mackenbach JP. The persistence of health inequalities in modern welfare states: The explanation of a paradox. Soc Sci Med. août 2012;75(4):761-9.
7. Blanpain N. L'espérance de vie par niveau de vie : chez les hommes, 13 ans d'écart entre les plus aisés et les plus modestes. INSEE Première. févr 2018;(1987):4.
8. DREES. La santé des élèves de grande section de maternelle en 2013 : des inégalités sociales dès le plus jeune âge. DREES; Juin 2015 p. 6. (Etudes et résultats). Report No.: 0920.
9. DREES. Surveillance de la grossesse en 2010 : des inégalités socio-démographiques. DREES; 2013 juill p. 6. (Etudes et résultats). Report No.: 0848.
10. IRDES. Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé ? Un éclairage européen. Paris; 2005 févr p. 8. (Questions d'économie de la santé). Report No.: 93.
11. Bailoni M. Les inégalités territoriales et les enjeux géopolitiques de la santé au Royaume-Uni. Hérodote. 2011;143(4):162-83.
12. DeVoe JE, Bazemore AW, Cottrell EK, Likumahuwa-Ackman S, Grandmont J, Spach N, et al. Perspectives in Primary Care: A Conceptual Framework and Path for Integrating Social Determinants of Health Into Primary Care Practice. Ann Fam Med. mars 2016;14(2):104-8.
13. Ministère des solidarités et de la santé. Stratégie nationale de santé 2018-2022. 2018 p. 53.

14. Lombrail P, Pascal J. Inégalités sociales de santé et accès aux soins. Trib Santé. 2005;8(3):31.
15. IRDES. Comment les soins primaires peuvent-ils contribuer à réduire les inégalités de santé ? Paris; 2012 sept p. 8. (Questions d'économie de la santé). Report No.: 179.
16. Organisation mondiale de la santé. Les soins de santé primaires [Internet]. <https://www.who.int>. [cité 23 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>
17. Lang T, Ulrich V, France, Ministère de l'emploi et de la solidarité, Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques. Les inégalités sociales de santé: actes du séminaire de recherche de la DREES 2015-2016. 2017.
18. Eurostat. How often do you see a doctor ? [Internet]. <https://ec.europa.eu/eurostat>. 2019 [cité 3 oct 2019]. Disponible sur: <https://ec.europa.eu/eurostat/fr/web/products-eurostat-news/-/DDN-20190225-1>
19. De Oliveira A, Chavannes B, Steinecker M, Denantes M, Chastang J, Ibanez G. How French general practitioners adapt their care to patients with social difficulties ? A qualitative study. Fam Med Community Health. A paraître.
20. Groupe de travail universitaire et professionnel. Pourquoi et comment enregistrer la situation sociale d'un patient adulte en médecine générale. Collège de la Médecine Générale; 2014 janv p. 30.
21. Pham M. Etude Recotest : acceptabilité et faisabilité du recueil de la situation sociale des patients en médecine générale. [Paris (06)]: Université Pierre et Marie Curie; 2016.
22. Basset B. Agences régionales de santé: les inégalités sociales de santé. Saint-Denis: Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES); 2009.
23. Cambois E, Laborde C, Robine J-M. La double peine des ouvriers : plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte. Rev DÉpidémiologie Santé Publique. oct 2008;56(6):S367.
24. Blanpain N. Les hommes cadres vivent toujours 6 ans de plus que les hommes ouvriers. INSEE Première. INSEE. févr 2016;4.
25. Jusot, F. Inégalités sociales de santé : Quels constats ? Quels leviers d'action ? 2010 oct 4; ARS Ile-de-France.
26. Parizot I, Chauvin P. [The access to care of underserved populations: a research among free clinics patients in the Paris area]. Rev Epidemiol Sante Publique. déc 2003;51(6):577-88.
27. INSEE. Définitions INSEE [Internet]. INSEE.FR. 2018. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1653>
28. Moquet M-J. Inégalités sociales de santé : des déterminants multiples. La santé de l'Homme. sept 2008;(397):3.

29. Institute for Alternative Futures. Community Health Centers Leveraging the Social Determinants of Health. Alexandria; 2012.
30. Chevaillier G. Les inégalités sociales et territoriales de santé. EHESP; 2018.
31. INPES. Qu'est-ce qui détermine notre état de santé ? [Internet]. [www.inpes.sante.fr](http://www.inpes.sante.fr). [cité 16 août 2019]. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/ISS/determinants-sante.asp>
32. World Health Organization. A conceptual framework for action on the social determinants of health: debates, policy & practice, case studies. [Internet]. 2010 [cité 15 août 2019]. Disponible sur: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44489/1/9789241500852\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44489/1/9789241500852_eng.pdf)
33. Menahem G. Inégalités sociales de santé et problèmes vécus dans l'enfance. *Rev Prat.* déc 2004;54(20):255-2262.
34. WONCA Europe. La définition européenne de la médecine générale - Médecine de famille. Barcelone: WONCA Europe; 2002.
35. IFOP. L'Observatoire de l'accès aux soins – Vague 2. IFOP; 2012 oct p. 37. Report No.: 110750.
36. CORDIS, European commission. Quality and costs of primary care in Europe [Internet]. Disponible sur: <https://cordis.europa.eu/project/rcn/103890/reporting/en>
37. Balsa AI, McGuire TG. Prejudice, clinical uncertainty and stereotyping as sources of health disparities. *J Health Econ.* janv 2003;22(1):89-116.
38. Willems S, De Maesschalck S, Deveugele M, Derese A, De Maeseneer J. Socio-economic status of the patient and doctor-patient communication: does it make a difference? *Patient Educ Couns.* févr 2005;56(2):139-46.
39. Tudor Hart J. The inverse care law. *The Lancet.* févr 1971;297(7696):405-12.
40. Chatelard S. Compétences psycho-sociales en médecine générale face aux inégalités sociales de santé : revue de la littérature. [Grenoble]: Université Grenoble Alpes - UFR Médecine; 2011.
41. Lombrail P. Inégalités de santé et d'accès secondaire aux soins. *Rev DÉpidémiologie Santé Publique.* févr 2007;55(1):23-30.
42. Mann JM. Medicine and Public Health, Ethics and Human Rights. *Hastings Cent Rep.* mai 1997;27(3):6.
43. Whitehead M, Dahlgren G. Levelling up (part 1): A discussion paper on concepts and principles for tackling social inequities in health. Copenhagen: World Health Organization; 2006.
44. CCNDS. L'équité en santé: Parlons-en. Parlons-en. 2013;
45. Organisation mondiale de la santé. La charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. 1986.

46. Rochaix L, Tubeuf S. Mesures de l'équité en santé: Fondements éthiques et implications. *Rev Économique*. 2009;60(2):325.
47. Jusot F. Les inégalités de recours aux soins : bilan et évolution. *Rev DÉpidémiologie Santé Publique*. août 2013;61:S163-9.
48. HCSP. Indicateurs de suivi des inégalités sociales de santé. Paris; 2013 p. 56.
49. Lang T. Indicateurs de suivi de l'évolution des inégalités sociales de santé dans les systèmes d'information en santé. 2013 juin.
50. Labbe E, Moulin JJ, Gueguen R, Sass C, Chatain C, Gerbaud L. Un indicateur de mesure de la précarité et de la « santé sociale » : le score EPICES: L'expérience des Centres d'examens de santé de l'Assurance maladie. *Rev Ires*. 2007;53(1):3.
51. Canadian Institute for Health Information. Norme pancanadienne provisoire relative au contenu du dossier médical électronique en lien: perspective opérationnelle. Ottawa: Institut canadien d'information sur la santé; 2011.
52. Cantor MN, Thorpe L. Integrating Data On Social Determinants Of Health Into Electronic Health Records. *Health Aff (Millwood)*. avr 2018;37(4):585-90.
53. Centers for Medicare and Medicaid Services, Billioux A, Verlander K, Centers for Medicare and Medicaid Services, Anthony S, Centers for Medicare and Medicaid Services, et al. Standardized Screening for Health-Related Social Needs in Clinical Settings: The Accountable Health Communities Screening Tool. *NAM Perspect [Internet]*. 30 mai 2017 [cité 23 sept 2019];7(5). Disponible sur: <https://nam.edu/standardized-screening-for-health-related-social-needs-in-clinical-settings-the-accountable-health-communities-screening-tool/>
54. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 16 sept 2007;19(6):349-57.
55. De Oliveira A. Accompagnement des patients présentant des difficultés sociales en médecine générale [Diplôme de docteur en médecine]. [Paris (06)]: Université Pierre et Marie Curie; 2015.
56. Ernst Toulouse C, Nollet C. Recueil de la situation sociale des patients et prise en charge des inégalités sociales de santé : perspectives en médecine générale Entretiens auprès de 25 médecins généralistes de Loire-Atlantique et Vendée [Diplôme de docteur en médecine]. [Nantes]: Université de Nantes; 2014.
57. Sekula Cabrol L. Acceptabilité par les patients du recueil de leur position sociale par le médecin généraliste : une étude qualitative [Diplôme de docteur en médecine]. [Paris (06)]: Université Pierre et Marie Curie; 2015.
58. Tarrant C, Wobi F, Angell E. Tackling health inequalities: socio-demographic data could play a bigger role. *Fam Pract*. 1 déc 2013;30(6):613-4.
59. NHS Health Scotland. Happy to ask, Happy to tell: Handbook for trainees (Revised 2012). 2012.

60. Pinto AD, Glattstein-Young G, Mohamed A, Bloch G, Leung F-H, Glazier RH. Building a Foundation to Reduce Health Inequities: Routine Collection of Sociodemographic Data in Primary Care. *J Am Board Fam Med*. 1 mai 2016;29(3):348-55.
61. Andermann A. Taking action on the social determinants of health in clinical practice: a framework for health professionals. *Can Med Assoc J*. 6 déc 2016;188(17-18):E474-83.

# ANNEXE 1 : CALCUL DU SCORE EPICES

## Calcul du score EPICES

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

Calcul du score : **Il faut impérativement que toutes les questions soient renseignées**

Chaque coefficient est ajouté à la constante si la réponse à la question est oui.

Exemple : Pour une personne qui a répondu oui aux questions 1, 2 et 3, et non aux autres questions

$$EPICES = 75,14 + 10,06 - 11,83 - 8,28 = 65,09$$

## ANNEXE 2 : GUIDE D'ENTRETIEN

### GUIDE D'ENTRETIEN

Bonjour,

Je suis interne de médecine générale. Je travaille dans le cadre de ma thèse, sur la thématique des inégalités sociales de santé et notamment sur le recueil de la situation sociale dans les dossiers des patients en médecine générale. Vous avez recueilli depuis près d'un an la situation sociale de vos patients dans le cadre de l'étude RECOTEST suite à la publication des recommandations du Collège de Médecine Générale et j'aimerais en faire le point avec vous. Cet entretien sera enregistré pour me permettre d'être plus attentive à vos réponses et sera anonymisé par la suite.

1. Pour commencer, pouvez-vous me décrire votre patientèle ?
2. Comment avez-vous décidé d'intégrer l'étude RECOTEST et quelle est votre impression générale sur votre participation au recueil de la situation sociale des patients en médecine générale ?
3. Quel intérêt avez-vous trouvé au recueil systématique de la situation sociale de vos patients ? Pouvez-vous me raconter une fois où ce recueil vous a apporté quelque chose ? Pouvez-vous me décrire une situation où la réponse vous a surpris ?
4. À présent, pouvez-vous me raconter un cas où le recueil vous a posé des difficultés ou vous a gêné au cours de la consultation ?
5. Et pour chaque indicateur, quel intérêt y avez-vous trouvé ? Et quelle(s) difficulté(s) ?
  - Le type de couverture sociale
  - Le statut par rapport à l'emploi (Actif, chômage, retraité...) et la profession
  - Capacité de compréhension du langage écrit
  - Vie en couple, vie seul et nombre d'enfants à charge
  - Le Pays de naissance
  - Niveau d'étude
  - Situation financière perçue
  - Statut vis-à-vis du logement
  - Catégorie socioprofessionnelle
  - Minima sociaux
6. Quelles considérations éthiques ce recueil vous inspire-t-il ?
7. Enfin, quel rôle pensez-vous que le médecin généraliste peut avoir dans la diminution des inégalités sociales de santé ?

Pour finir, je vais poser des questions simples pour mieux vous connaître, et ainsi pouvoir décrire les caractéristiques des médecins interrogés dans mon étude :

- Sexe H/F
- Depuis quand exercez-vous ?
- Depuis quand êtes-vous installé ?
- Quel âge avez-vous ?
- Dans quelle zone d'activité exercez-vous (urbain, rural) ?
- Exercez-vous une activité particulière ? (autres activités dans le cabinet, recherche, syndicat, DMG, PMI/planning, maître de stage)



## ANNEXE 3 : AUTORISATIONS



**GROUPE ETHIQUE D'AIDE A LA RECHERCHE CLINIQUE POUR LES PROTOCOLES DE  
RECHERCHE NON SOUMIS AU COMITE DE PROTECTION DES PERSONNES  
ETHICS COMMITTEE IN HUMAN RESEARCH**

### AVIS

Responsable de la recherche : Dr Hélène GARNOTEL

Titre du projet de recherche : Ressenti des médecins généralistes initiés au recueil  
systématique de la situation sociale des patients dans la dossier médical

N° du projet : 2017 005

Le groupe éthique d'aide à la recherche clinique donne un avis

☒ FAVORABLE  
Sous réserve d'une déclaration à la CNIL

☐ DÉFAVORABLE

☐ SURSIS A STATUER

☐ DÉCLARATION D'INCOMPÉTENCE

au projet de recherche n° 2017 005

A Tours, le 14 février 2017

Dr Béatrice Birmelé  
Directrice ERERC

Bonjour,

J'ai enregistré votre traitement informatique dans le "fichier des fichiers" du C.H.R.U. sous le n° **2017\_021**.  
Vous êtes en règle vis-à-vis de la CNIL.

Cordialement

Eric TRIPAULT  
Pôle Finances, Facturation Système d'information  
Hôpitaux de Tours  
Tél : 02 47 47 84 46  
Email : [e.tripault@chu-tours.fr](mailto:e.tripault@chu-tours.fr)



Correspondant Informatique et Libertés : [cil@chu-tours.fr](mailto:cil@chu-tours.fr)

# ANNEXE 4 : INTERETS ET LIMITES DU RECUEIL SOCIAL

Catégories	Sous-catégories	Verbatims
Intérêts	Meilleure connaissance du patient	<p><b>Prise de conscience des situations sociales et levée des a priori</b></p> <p>M1 « Parfois on tombe des nues, et puis en même temps c'est un moment de discussion. » / « Je cataloguais, ça j'en suis sûre, il y en a eu en fait en les interrogeant là-dessus je me suis rendu compte que j'avais vraiment des a priori et des jugements très orientés. »</p> <p>M7 « Parfois j'ai eu des surprises quand même, je me suis dit « ah oui quand même, tiens ça je ne savais pas ! ». On a toujours l'impression de savoir, mais en fait on ne sait pas, on ne sait pas tout quoi. »</p> <p>M11 « Quand on recueille systématiquement, on va découvrir des choses auxquelles on n'aurait pas pensé et qui peuvent nous surprendre. Les questions sont quand même bien définies et, oui, j'ai trouvé quelques fois des choses que je ne soupçonnais pas chez des gens que je croyais bien connaître. »</p> <p><b>Compréhension de certains comportements</b></p> <p>M2 « J'allais lui demander « je vois qu'on vous avait demandé tel examen, qui était un examen d'imagerie, et que vous ne l'avez pas fait ? » (...) Mais je me dis « tiens je vais quand même faire la saisie de la position sociale ». Et je me suis rendu compte que cette femme était dans une difficulté économique que je n'avais pas imaginée. »</p> <p>M10 « Des gens qui ne font jamais ce que vous leur demandez, qui n'achètent pas les médicaments et en fait vous apprenez au bout d'un moment qu'ils n'ont pas de complémentaire. »</p> <p><b>Photographie de la situation sociale à un instant T et suivi de l'évolution</b></p> <p>M3 « Ça a permis de mieux cerner sa situation à un moment donné. »</p> <p><b>Prise en compte de la psychologie du patient</b></p> <p>M1 « Ça m'a apporté un regard différent sur la position des gens et sur leur ressenti, leur vécu de cette position. C'est-à-dire, ce n'est pas parce qu'ils avaient des situations difficiles qu'ils étaient dans le misérabilisme et que c'était la fin du monde. »</p> <p>M7 « La perception, comment vous, vous le ressentez, c'était intéressant (...) Ça vaut le coup d'entendre comment les gens se perçoivent. »</p>
	Aide à la pratique médicale	<p><b>Levée des freins à l'interrogatoire et exhaustivité des dossiers</b></p> <p>M1 « D'essayer de le faire en systématique est très intéressant, car vraiment du coup ça m'a permis d'oser poser des questions à des gens à qui je ne l'aurai pas fait a priori. »</p>

M5 « Je me suis mis à remplir les fiches en me disant « ben si je n'avais pas eu ça, je ne serais pas allé le chercher ! ». L'intérêt majeur ça a été de dire : mes dossiers sont un peu plus complets, sur ce sujet-là. »

#### **Outil de communication entre professionnels**

M3 « Il y a eu certains patients pour lesquels c'était intéressant d'avoir noté l'information parce que même si moi je le savais, c'est quand mes remplaçants voyaient les gens et que je ne l'avais pas forcément écrit ... silence... »

M5 « Pour le dossier il a été concret, car derrière moi il va y avoir quelqu'un d'autre. (...) Je le savais et maintenant c'est écrit. Ça a plus un intérêt pour mon successeur. »

#### **Adaptation des méthodes de communication et prévention au cabinet**

M8 « On s'est rendu compte qu'il y a beaucoup de gens qui ne savent ni lire ni écrire, on met les informations à l'écrit à l'accueil au cabinet : évidemment l'information elle ne passe pas. On a changé sur la prévention qu'on fait au cabinet, on essaie de mettre des images. »

M8 « On peut voir des gens qui sont peut-être plus précaires que ce que l'on croyait au niveau médical et donc on a un message peut-être différent après : plus de prévention, on accentue plus sur les choses, on vérifie plus de choses quoi. »

#### **Relation médecin-malade renforcée**

M8 « C'est vrai qu'après il y a un contact différent avec certains patients, à la suite de ce test. (...) Par le biais de certaines questions, ils vous racontent beaucoup de choses et je ne m'attendais pas à cela. »

M11 « Et après, il y a plus de facilité à les soigner, ça renforce nos liens. »

#### **Introspection**

M2 « S'interroger sur d'éventuelles erreurs qu'on aurait pu faire parce qu'on n'avait pas un certain nombre d'éléments. »

M5 « L'intérêt, ça a été finalement de se dire, tiens on a beau faire le mieux possible, on n'est pas parfait. »

M12 « J'avais l'impression de bien faire et RECOTEST m'a montré que probablement je ne faisais pas suffisamment. »

---

Limites	Patientèle et lieu d'exercice
---------	-------------------------------

M4 « Par habitude, par le quartier parce qu'on travaille avec des gens modestes (...) je pense que j'avais l'œil avant et que j'ai l'œil après. (...) Alors c'est peut-être subjectif comme info, enfin c'est forcément subjectif, mais ça ne m'a pas apporté dans ma pratique. »

M9 « Il y a souvent une grosse différence, peut-être ce dont je m'aperçois de plus en plus, entre notre façon de travailler ici, je dirai en campagne, et ce qui se passe par exemple en région parisienne. »

Ancienneté du médecin	<p>M4 « Et je suis sensibilisé au problème depuis mon installation, et j'ai rarement trouvé des moments, des situations, où ça m'apportait quelque chose. »</p> <p>M5 « Une des caractéristiques de ma patientèle c'est qu'elle a été construite pendant 35 ans donc la plupart je les connais tous, je les ai pesés sur la balance ici quand ils étaient petits et maintenant ils m'amènent leurs enfants, donc forcément je suis peut-être moins à la recherche de ça. Donc j'ai assez peu moi, de nouveaux patients, débarquant, inconnus et c'est pour ça que je disais que l'intérêt n'a pas été concret. »</p>
Type de pratique	<p><b>Visite à domicile</b></p> <p>M9 « Je suis allée en visite chez une dame (...) Finalement avec des choses toutes simples j'ai déjà les 2/3 de RECOTEST que je peux remplir en revenant de chez elle quoi. » (...) « C'est si on va en visite qu'on voit les choses. »</p> <p><b>Repérage de signes indirects</b></p> <p>M2 « « Ah bon vous voulez que je remplisse votre chèque ? » est un bon indicateur du je ne sais pas écrire (...) Je m'imaginais de temps en temps que s'ils me donnaient leur chèque sans le remplir c'est qu'ils ne savaient pas écrire. »</p> <p>M4 « Mais je trouve qu'on a souvent des indicateurs différenciés qui nous permettent d'avoir ça ; sans poser la question. »</p>

# ANNEXE 5 : DIFFICULTES RENCONTREES LORS DU RECUEIL SOCIAL

Catégories	Sous-catégories	Verbatims
Liées au médecin généraliste	Gêne, sujet « tabou »	<p>M1 « J'avais l'impression qu'en leur posant ce genre de questions ils allaient interpréter cela comme un jugement de valeur et que je risquais de les heurter. » « J'avais peur, oui j'avais peur, d'un racisme ou d'une interprétation comme cela. »</p> <p>M9 « C'était mon sentiment que peut-être si j'insistais trop de ce côté-là, euh... que peut-être je pouvais être je ne sais pas, j'allais dire humiliante, c'est très exagéré, mais ça m'embêtait de mettre le doigt dessus quoi. »</p>
	Difficultés de formulation des questions	M5 « Je me vois buter sur certaines questions, enfin buter façon de parler, mais en me disant « comment je vais poser la question ? » (...) « Est-ce que je la pose ou est-ce que je ne la pose pas ? » Notamment sur le niveau de revenus. »
	Crainte d'outrepasser son rôle de médecin	<p>M3 « Est-ce que c'est le rôle du médecin d'aller chercher les difficultés là-dessus ? »</p> <p>M12 « J'avais l'impression, mais c'est mon ressenti, que je fouillais un petit peu et que du coup j'étais un peu intrusif quoi. (...) Comme souvent, on fait des projections de ce que peuvent penser les patients. » « Je me suis dit « ohlala » je dépasse un peu mon rôle de médecin. »</p>
	Dépassement de soi	M1 « Je devais me faire violence pour leur poser les questions. »
	Connaissance de la patientèle et tendance à l'auto-remplissage	<p>M2 « J'ai coché l'item de niveau d'étude sans poser la question à un certain nombre de gens quand pour moi c'était évident, voilà, je le savais. » / « Pour des gens que je connais depuis un certain temps et qui parfois comprennent mal pourquoi je m'autorise à leur poser cette question, c'est plus difficile. » (Situation financière perçue)</p> <p>M4 « Reprendre ce genre d'informations a posteriori sur des gens qu'on suit depuis 10 ans, je ne sais pas faire. »</p>
	Charge émotionnelle	M8 « J'étais attristée dans les réponses de certaines personnes, c'était plus ça en fait... ça a un côté plus dramatique parfois. »
Liées à la consultation	Changement organisationnel	<p>M4 « Ce qui est difficile c'est l'aspect « il faut y penser au bon moment quand c'est un peu la bourre... » »</p> <p>M6 « Ça a été compliqué d'utiliser le tableau de bord, pourtant l'outil est bien, mais de l'intégrer dans ma pratique, pff... ça a été compliqué. »</p>
	Manque de temps	<p>M5 « Je pense que c'est un des problèmes qu'on peut avoir nous les médecins, c'est que le systématique nous prend un temps qu'on n'a pas forcément quoi. » / « Un, ça me renseigne, mais deux, ça me bouffe du temps. »</p> <p>M9 « Ça prend quand même un petit moment et que de temps en temps il y a avait des consultations qui étaient très lourdes et je</p>

		<i>n'avais pas les moyens de rajouter cela dans le temps ou dans les priorités de la consultation. »</i>
	Ouverture de la « boîte de Pandore »	<p><i>M5 « Le problème c'est : est-ce que je peux ce jour-là, à cette heure-là, avec le monde qu'il y a en salle d'attente, me permettre de prendre le risque d'ouvrir une discussion ? »</i></p> <p><i>M6 « En soi remplir le truc c'est 15 secondes, mais quand on commence à se lancer là-dedans on part sur 20 min de papotage avec la personne. Sinon ça ne sert à rien, et c'est là aussi où bah...ça ne colle pas toujours avec ce qu'on avait prévu de faire. Quand on ouvre les vannes, après c'est parti ! »</i></p>
Liées à la pratique médicale	Intrinsèques au recueil de données	<p><b>Outil informatique inadapté</b></p> <p><i>M3 « Moi je trouve ça pas très pratique, mais c'est un problème de logiciel. »</i></p> <p><i>M6 « Parfois je parle à l'oral sans forcément rentrer direct dans l'outil et du coup je garde l'info quand même. Bon n'importe comment, pas rentrée dans le dossier comme il le faut, mais voilà... »</i></p> <p><b>Indicateurs difficiles à remplir</b></p> <p><i>M9 « Quelques fois ce qui était un peu compliqué, c'est par rapport aux gens d'un certain âge, de retrouver avec les changements de diplômes... » (niveau d'étude) / « La catégorie socioprofessionnelle proposée par les impôts elle n'est pas forcément simple pour nous, à part pour 2-3 métiers. C'est toujours un peu le casse-tête ce truc. »</i></p> <p><b>Barrière de langue</b></p> <p><i>M5 « Il y a des personnes je ne pouvais pas leur poser la question, car ils ne comprenaient pas ce que je disais. »</i></p> <p><i>M11 « S'il n'y a pas d'interprète, on a beaucoup de mal à se comprendre. On essaie d'en poser quand même, mais de toute manière c'est compliqué, hein... »</i></p> <p><b>Manque de formation</b></p> <p><i>M4 « Je trouve que c'est difficile et ce qui m'a manqué ce sont quasiment les mots pour le dire, enfin peut être qu'il y aurait besoin d'une formation à « comment on demande à quelqu'un ses difficultés financières, sans le blesser » et je n'arrive pas bien encore. »</i></p> <p><i>M6 « Je ne suis pas très forte non plus. Il faudrait qu'on ait des topos de remise à niveau, parce que je suis sûre que j'en oublie la moitié (...) moi il y a des fois je mélange un peu, je leur dis « à faire vérifier ce que je dis ». » (Minima sociaux)</i></p>
	Utilisation des données issues du recueil	<p><b>Désertification médicale</b></p> <p><i>M4 « On est assez pauvre en services sociaux ici, paradoxalement, donc dire « vous pouvez vous adresser à » ce n'est pas si facile que ça parce que les services sociaux ne sont pas dispos, ou alors ils mettent 10 ans. »</i></p> <p><b>Optimisation des données recueillies</b></p> <p><i>M3 « J'ai l'impression d'avoir recueilli des choses, mais de ne pas vraiment m'en servir. »</i></p> <p><i>M6. « Je n'ai pas encore trouvé quelle est la bonne technique pour que je puisse l'appliquer plus dans ma consultation, pour l'intégrer dans ma consult', je ne sais pas encore, on va voir. Je ne désespère pas d'y arriver. »</i></p>

# ANNEXE 6 : MODALITES D'ACTION DU MEDECIN GENERALISTE DANS LA DIMINUTION DES ISS

Catégories	Sous-catégories	Verbatims
Au niveau individuel	Comprendre le patient via une attitude proactive : collecte de données et dépistage de difficultés sociales	<p>M1 « Il faut aller au-devant d'eux pour essayer de les aider. Voilà ce n'est pas parce qu'ils ne viennent pas au RDV qu'ils en sont incapables, c'est parce qu'il y a d'autres considérations qui font qu'ils ne vont pas venir. »</p> <p>M5 « La meilleure connaissance des difficultés potentielles du patient peut nous amener à modifier la prise en charge : on l'a vu sur l'intervention d'un tiers pour les ordonnances, ou l'application du tiers payant ou une orientation plus adaptée. »</p>
	Utilisation du dossier médical informatisé	<p><b>Adaptation du logiciel médical</b></p> <p>M10 « Au moment de l'étude il apparaissait le TBS. Et je vais peut-être demander à Eo qu'il réapparaisse. Que tout le monde ait le TBS qui apparaisse initialement. »</p> <p><b>Envisager un recueil partagé</b></p> <p>M10 « Dans un monde idéal de médecine générale, je pense que ce tableau il devrait être rempli par un médiateur santé si on en avait. Il faudrait que tout le monde le remplisse, les infirmières le remplissent un peu, le pharmacien...mais ça c'est un monde idéal où on aurait le même outil... »</p> <p>M11 « Après on peut imaginer peut-être que dans un temps futur, il y aura des moyens pour que les patients puissent remplir cette partie de leur dossier. Donc ça pourrait être intéressant. »</p> <p><b>Possibilité de code couleur « drapeau rouge » dans les dossiers</b></p> <p>M10 « Ce qu'il faudrait c'est que le résultat du TBS ça soit une couleur rouge, verte ou orange et que si c'est vert, ça va je me prends moins la tête sur la prévention, si c'est rouge, « étiquette rouge » attention : est-ce qu'elle a eu son frottis ? Ça je le fais normalement pour tous mes patients. Mais nos patients précaires... c'est être plus attentif, prendre plus de temps, donner plus, car il y a plus de risques. »</p> <p>M10 « Quelqu'un qui est illettré il faut que ce soit rouge, forcément il va y avoir des bugs dans le suivi et la prévention. Et ça permettrait de faire le tri. »</p>
	Adaptation du parcours de soin : choix de l'orientation	<p>M5 « Donc c'est principalement ça, tiers-payant ou choix du spécialiste en fonction des honoraires, choix de l'orientation. Je ne vais pas les envoyer à la clinique du coin où je sais qu'il y a des dépassements, mais j'adresse directement en consultation à l'hôpital quoi. »</p>
	Equité en santé	<p>M1 « Oui, il a un rôle dans la mesure où il doit essayer, pour tous les patients quels qu'ils soient de leur donner les mêmes possibilités d'être soignés dans les meilleures conditions et les meilleures chances. (...) Vous ne faites pas pareil pour quelqu'un qui a tous les copains qui peuvent l'aider et celui qui n'a aucune aide. Donc c'est</p>



*ce qu'on appelle faire la discrimination positive. C'est-à-dire, il faut en faire plus pour les gens qu'on sent fragiles ou en difficultés.»*

*M6 « À notre échelle, en soignant mieux les gens, mais pas forcément de façon équitable, parce qu'en France on imagine que l'égalité c'est ça la justesse. Ce qui est égal pour tout le monde est juste. C'est totalement faux. Il ne faut surtout pas être égal avec les gens, il faut au contraire être plus ou moins en fonction de la personne qu'on a devant soi et il faut savoir s'adapter en fonction des besoins en face. »*

*M12 « Dans l'idéal, un patient vulnérable c'est un patient qui a besoin de plus d'investissement, de plus de temps pour qu'on essaie d'aller vers une médecine qui serait, enfin ce sont des grands mots attention, mais une médecine plus équitable, plutôt que juste égalitaire ».*

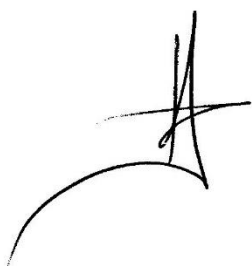
Au niveau du cabinet	Favorise l'accès aux soins	<p><b>Lutte contre la barrière financière</b></p> <p><i>M3 « Je crois qu'on a un rôle important sur ces questions de tiers-payant et pour l'accès aux soins qui me paraît fondamental et d'actualité. »</i></p> <p><i>M9 « Evoluer de façon un peu « centre de soins » c'est-à-dire que les gens n'aient pas à payer, donc du coup on se dégage de cette difficulté-là. »</i></p> <p><b>Lutte contre la barrière de langue</b></p> <p><i>M7 « On a probablement des freins à travailler. Par exemple la langue c'est aussi à travailler. »</i></p> <p><b>Modalité des consultations (avec ou sans rendez-vous)</b></p> <p><i>M7 « D'avoir des rendez-vous ça peut être un frein, le financement, ça peut être un frein... On a probablement des freins à travailler. Par exemple, la langue c'est aussi à travailler. »</i></p> <p><i>M9 « Moi j'ai toujours milité, pensé que en tant que MG on devait pouvoir être accessible à tout le monde, qu'il n'y ait pas de distingo justement de position sociale, de difficultés d'accès, parce qu'ils ne peuvent pas payer ou je ne sais pas quoi. »</i></p>
	Effort de communication en matière de prévention et dépistages	<p><i>M6 « Mais il faut qu'on bosse. Ce n'est pas normal que les femmes de milieux défavorisés elles n'aient pas de frottis marqué dans le dossier quoi. C'est la loose, car c'est les plus à risque et c'est elles qui n'ont pas de frottis. »</i></p> <p><i>M8 « Eux ils viennent pour des sujets pas graves en général, genre le rhume, la grippe, mais en fait ils oublient tout le dépistage et notamment la gynéco chez les femmes (...). Les hommes ils vont complètement mettre de côté s'ils commencent à avoir un diabète ou de la tension. C'est des choses qu'ils commencent à mettre de côté, car c'est des choses qu'ils ont du mal à comprendre et à verbaliser en fait. Donc il faut essayer d'aller vers eux pour des choses comme ça, parce que sinon on passe à côté. »</i></p>
	Éducation et implication du patient dans les soins	<p><i>M11 « Après, je vais leur apprendre à prendre un rendez-vous et arriver à l'heure ça peut les aider dans la vie, enfin on peut discuter sur des choses comme ça qui vont les aider dans la vie et pour éviter d'avoir trop d'ennuis. »</i></p> <p><i>M11 « Si on aide les gens en leur expliquant, en leur demandant de prendre part à la prise en charge de leur santé, oui je crois que c'est ça aussi lutter contre les ISS. »</i></p>

	<p>Demande de reconnaissance financière</p>	<p>M4 « Il y a une solution toute simple pour les médecins généralistes, le tarif de la consultation sera inversement proportionnel aux difficultés sociales du patient par exemple. C'est-à-dire quand je pointe sur une échelle de 1 à 10 que son risque d'ISS est à 8 ben je fais payer 46 euros plutôt que 23 et c'est un élément qu'on pourrait changer. Parce que plus les gens sont en difficultés plus il nous faut du temps pour nous occuper d'eux. Pour moi, je ne vois pas d'autre critère qui soit performant. Pour avoir du temps ça veut dire avoir une rémunération en face sinon c'est du bénévolat... »</p>
<p>Au niveau du territoire</p>	<p>Porte-parole : description des difficultés et de la santé de la population</p>	<p>M2 « Pour le médecin en tant que citoyen, d'avoir connaissance d'un certain nombre de choses et de ne pas juste faire sa fonction de « je répare, point ça s'arrête là ». Ça compte dans une société de pouvoir faire remonter des informations, de les partager avec d'autres. »</p> <p>M4« En tant que représentant du terrain, en disant « si vous voulez modifier l'état de santé de la population alors il serait nécessaire de faire ça ». Il faudrait faire apparaître les difficultés sociales et les faire reconnaître comme étant un élément de la prise en compte des individus. »</p>
	<p>Collaboration avec les Autorités Publiques</p>	<p>M6 « Mais bon...Il n'y a pas que nous, c'est illusoire de s'imaginer qu'il y a que dans les cabinets médicaux que les gens souffrent de leurs inégalités, évidemment que non. C'est sûr que non. »</p> <p>M11 « Je pense que le problème c'est le logement, le travail et les choses sont transformées dans la vie. (...) Je suis conscient que peut être lutter contre les ISS c'est aussi le jour où on va élire le Président de la République et les députés (...) c'est essayer de leur obtenir un logement, essayer d'obtenir des droits, vous voyez tout ça c'est important. ; quand vous avez une mauvaise condition sociale, une vie familiale un peu triste vous n'êtes pas très motivé pour vous soigner et continuez à souffrir... ».</p>

# ANNEXE 7 : LISTE DE CONTROLE COREQ

N°	Item	Guide questions/description	Page (dans la thèse)
<b>Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion</b>			
<b>Caractéristiques personnelles</b>			
1	Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé ( <i>focus group</i> ) ?	Page 30
2	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ? <i>Par exemple : PhD, MD</i>	Page 30
3	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?	Page 30
4	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?	Page 30
5	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?	Page 30
<b>Relations avec les participants</b>			
6	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?	Page 30
7	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? <i>Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche</i>	Page 30
8	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? <i>Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche</i>	Page 30
<b>Domaine 2 : Conception de l'étude</b>			
<b>Cadre théorique</b>			
9	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? <i>Par exemple : théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu</i>	Page 30
<b>Sélection des participants</b>			
10	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ? <i>Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige</i>	Page 29
11	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ? <i>Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel</i>	Page 30
12	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	Page 29
13	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?	Page 29
<b>Contexte</b>			
14	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ? <i>Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail</i>	Page 30
15	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?	Page 30
16	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? <i>Par exemple : données démographiques, date</i>	Pages 31-32
<b>Recueil des données</b>			
17	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?	Page 30
18	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?	Page 30
19	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	Page 30
20	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé ( <i>focus group</i> ) ?	Page 30
21	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé ( <i>focus group</i> ) ?	Page 32
22	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	Page 29
23	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?	Page 30
<b>Domaine 3 : Analyse et résultats</b>			
<b>Analyse des données</b>			
24	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?	Page 30
25	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?	Tableau 3 + Annexes 4-6
26	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?	Page 30
27	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?	Page 30
28	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?	Page 30
<b>Rédaction</b>			
29	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? <i>Par exemple : numéro de participant</i>	Résultats (ex : page 33)
30	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	Page 62
31	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	Tableau 3 + Annexes 4-6
32	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?	Discussion

Vu, le Directeur de Thèse

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, sweeping curve on the left and a more complex, angular structure on the right.

Vu, le Doyen  
De la Faculté de Médecine de Tours  
Tours, le

**RESSENTI DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES SUR LE RECUEIL DE LA SITUATION  
SOCIALE DES PATIENTS DANS LES DOSSIERS MÉDICAUX.**

**Résumé**

**INTRODUCTION :** La réduction des inégalités sociales de santé (ISS) est un objectif de la stratégie nationale de santé 2018-2022. Des recommandations récentes ont invité les médecins généralistes à recueillir seize indicateurs sociaux dans les dossiers médicaux informatisés des patients.

**OBJECTIF :** Analyser le ressenti des médecins généralistes à la suite d'un tel recueil.

**MÉTHODES :** Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés a été menée auprès de 12 médecins généralistes ayant participé à l'étude RECOTEST (Ile de France et Pays de Loire) entre février 2017 et août 2018. Une analyse thématique a été réalisée avec triangulation partielle par deux chercheurs. L'étude a été déclarée au Comité d'éthique et à la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

**RÉSULTATS :** Le recueil des indicateurs sociaux dans les dossiers médicaux présentait des intérêts permettant d'améliorer les pratiques en soins primaires. Certains indicateurs sociaux ont été considérés comme « très importants » (couverture maladie, profession), d'autres « utiles » selon le contexte. Plusieurs facteurs en limitaient l'intérêt et des difficultés étaient rapportées. Les médecins ont décrit des adaptations possibles en termes d'accès à la santé et dans les domaines de la vie socio-affective du patient ; de sa vie professionnelle et financière et de son habitat.

**CONCLUSION :** Les médecins étaient favorables à un recueil standardisé de données sociales qui leur permettait d'adapter leurs pratiques et possiblement de contribuer à la diminution des ISS. Afin de mieux répondre aux besoins des praticiens, une seconde version des recommandations est en cours d'élaboration.

**Abstract**

**INTRODUCTION:** Reducing social inequalities in terms of health is an objective of the 2018-2022 National Health Strategy. Recent recommendations have invited general practitioners to collect sixteen social indicators in the electronic health records of their patients.

**OBJECTIVE:** To analyze the feeling of general practitioners following such recordings.

**METHODS:** A qualitative study based on semi-directed interviews was conducted among twelve general practitioners who participated in the RECOTEST study (Ile de France and Pays de Loire) between February 2017 and August 2018. A thematic content analysis was carried out with a partial triangulation by two researchers. The study was declared to the Ethics Committee and to the French data protection authority, the CNIL.

**RESULTS:** The recording of social indicators showed benefits enabling improvement of care practices. Some social indicators were considered "very important" (health care plan coverage, occupation), others "useful" depending on the context. Several factors limited its interest and difficulties were reported. The practitioners described the possible adaptations to be made in terms of access to health care and in the domains of the social-emotional life of the patient; his professional and financial life and his housing conditions.

**CONCLUSION:** Practitioners were favorable to a standardized recording of social indicators enabling a change of practice and possibly contributing to the decrease of social inequalities of health. In order to better meet the need of practitioners, a second version of the recommendations is being developed.

## Introduction

La santé et l'espérance de vie des populations se sont améliorées en France et dans la plupart des pays développés au cours des dernières décennies (1). Cependant cette amélioration a surtout concerné les personnes les plus socialement favorisées. De fortes inégalités sociales de santé (ISS) existent et traversent toute la population selon un continuum, également appelé « gradient social » (2). Elles sont considérées par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme des injustices systématiques et évitables dans la mesure où elles résultent de circonstances indépendantes de la responsabilité des personnes (3).

Les ISS existent dans l'ensemble du monde, mais leur ampleur est variable. En France, elles sont parmi les plus importantes en Europe (4). Selon les derniers chiffres de l'Institut National de la Statistique et des Études économiques (INSEE), entre 2012 et 2016, l'espérance de vie à la naissance des hommes était de 84,4 ans parmi les 5 % les plus aisés, contre 71,7 ans parmi les 5 % les plus pauvres, soit 13 ans d'écart (5). Les ISS existent à tous les âges, et pour tous les états de santé observés. Plusieurs pays ont déjà élaboré des stratégies pour réduire les ISS tels que le Royaume-Uni, les Pays-Bas, la Suède et les États-Unis (6,7). En France, la réduction des ISS est devenue un des objectifs prioritaires de la stratégie nationale de santé 2018-2022 (8).

Actuellement, les programmes et recommandations de pratiques médicales prennent peu en compte les déterminants sociaux de la santé, aboutissant à perpétuer et accentuer les inégalités sociales de santé (9). Le fonctionnement du système de soin orienté vers les pratiques curatives occulte l'importance des soins préventifs et de la promotion de la santé, leviers importants d'action pour réduire les ISS (9,10). D'après l'OMS, les systèmes de soins basés sur des soins primaires forts sont ceux qui permettent d'atteindre les meilleures qualité et équité des soins (11). En France, deux tiers des patients consultent jusqu'à 5 fois par an leur médecin traitant (12). Ces contacts fréquents et répétés placent les médecins généralistes en situation potentielle de repérage, d'orientation et d'intervention.

Une étude récente a décrit les stratégies d'adaptation possibles des médecins généralistes (MG) pour faire face aux difficultés sociales des patients (13). Parmi celles-ci, le recueil des déterminants sociaux de la santé a été une des premières propositions citées. En 2014, le Collège de la Médecine Générale (CMG) a proposé le recueil de 16 indicateurs de situation sociale dans les dossiers médicaux des patients en médecine générale (14). À la suite de ces recommandations, l'étude RECOTEST a évalué l'acceptabilité par les médecins généralistes et la faisabilité d'un tel recueil en pratique courante au travers d'une analyse quantitative (15). Les principaux résultats ont montré que ce recueil était faisable dans le temps (moins de 2 minutes nécessaires au total) et acceptable (plus de 90% des médecins satisfaits). Cette nouvelle étude visait à compléter ces premiers résultats et a eu pour objectif d'analyser le ressenti des médecins généralistes à la suite du recueil systématique de la situation sociale des patients dans les dossiers médicaux.

## **Méthode**

### **Projet RECOTEST**

L'étude RECOTEST a été lancée par la Société de Formation Thérapeutique du Généraliste (SFTG) en 2014. Cette étude descriptive de cohorte d'une durée de 12 mois avait pour objectifs d'évaluer l'acceptabilité et la faisabilité du recueil de la situation sociale de la patientèle des MG au travers d'une analyse quantitative. Des MG exerçant en cabinet libéral ont été recrutés (médecins installés ou collaborateurs en Ile de France et Pays de Loire). Ils ont reçu une formation préalable sur l'utilisation d'un tableau de bord de suivi (TBS) qui a été installé sur leur logiciel médical (Eo® ou Almapro®) et le remplissaient librement au cours des consultations. Le TBS regroupait les informations sociales à recueillir selon les recommandations du CMG. Les données ont été extraites 3, 6 et 12 mois après le démarrage de l'étude. L'analyse a mesuré, pour les patients vus pendant la durée de l'étude, la proportion de dossiers renseignés pour les données sociales et la complétude de ces données, ainsi que le temps qui était nécessaire au recueil des informations. Les résultats concernant les utilisateurs du logiciel Eo® ont été rapportés dans la thèse de M. Pham en octobre 2016 (15).

Notre étude, secondairement à l'étude RECOTEST, venait analyser sur le versant qualitatif le ressenti des médecins généralistes à la suite du recueil de la situation sociale des patients dans les dossiers médicaux.

### **Population d'étude**

Nous avons réalisé un échantillonnage raisonné, permettant de cibler parmi les médecins ayant participé à l'étude RECOTEST, ceux présentant des caractéristiques variées au niveau de leur âge, sexe, patientèle et de leur lieu d'installation. Les critères d'exclusion étaient l'absence de réponse et le refus de participer à cette nouvelle étude.

Ainsi, sur les 45 médecins généralistes contactés, 12 ont répondu favorablement et ont été interrogés. Il y a eu deux refus de participation par manque de temps et un refus en lien avec un départ à la retraite en 2016. La taille de l'échantillon a été déterminée par la saturation des données.

### **Recueil des données**

Une seule investigatrice (HG) participait à l'étude en tant qu'interne en fin de cursus et a bénéficié d'une formation à la recherche qualitative pendant deux jours. Un guide d'entretien semi-structuré a été élaboré avec des questions ouvertes à partir d'une revue de la littérature sur le recueil de la situation sociale des patients en France. Il a été adapté après discussion au sein du groupe de réflexion sur les ISS du CMG. Au cours des entretiens, des questions de relance ou des reformulations ont pu être utilisées pour permettre d'approfondir quelques idées ou pour s'assurer de la bonne compréhension de certaines réponses. Le canevas d'entretien a été testé lors des deux premiers entretiens puis ajusté par la suite en insistant davantage sur les considérations éthiques des médecins généralistes. Les participants ont été contactés par mail. Il n'y avait aucune connaissance préalable des médecins interrogés. Ils étaient informés qu'il s'agissait d'un travail de thèse en médecine générale et du lien entre cette étude et leur participation à l'étude RECOTEST, sans précision complémentaire. Les entretiens

individuels ont été réalisés de février 2017 à août 2018 par téléphone ou au cabinet des médecins généralistes, selon leur souhait et leur disponibilité. Aucune tierce personne n'était présente. Après rappel oral du respect des règles d'anonymat lors de l'analyse, les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone. Il n'y a pas eu de prise de note au cours des entretiens. Une retranscription écrite et anonyme des enregistrements a été effectuée en essayant de rapporter les manifestations non verbales (rires, pauses, hésitations...). Il n'y a pas eu de répétition des entretiens et les retranscriptions et résultats n'ont pas été communiqués aux participants à ce stade.

### **Analyse des données**

Une analyse thématique des données a été réalisée. La première étape a consisté à vérifier la précision des transcriptions. Chaque transcription des entretiens individuels a ensuite été lue plusieurs fois puis codée pour identifier les premières unités minimales de signification. Celles-ci ont été classées, regroupées en catégories puis en thèmes. Les thèmes récurrents ont été repérés dans les différentes transcriptions, selon une démarche inductive. Chaque idée a été retranscrite sous forme de texte et illustrée d'un ou plusieurs extraits du verbatim. Une analyse des données par double codage en aveugle a été réalisée avec une autre doctorante pour un tiers des entretiens dans une démarche de triangulation des données à l'aide du tableur Microsoft EXCEL®.

### **Autorisations réglementaires**

L'Espace de Réflexion Ethique de la Région Centre (ERERC) ainsi que la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL), avaient préalablement donné un avis favorable au recueil des données (Annexe 3).

## **Résultats**

### **Caractéristiques de l'échantillon**

Douze médecins généralistes, 7 femmes et 5 hommes, âgés de 35 à 68 ans ont été interrogés. Un médecin exerçait en secteur 2, tous les autres étaient conventionnés secteur 1. Ils avaient un mode d'exercice en groupe, pluriprofessionnel ou non. Les caractéristiques des médecins interrogés et des entretiens ont été résumées dans le tableau 1.

### **Profil des médecins généralistes**

Notre étude a mis en évidence trois profils de médecins généralistes. Les médecins peu sensibilisés aux ISS n'étaient pas habitués à rechercher la situation sociale des patients et pouvaient éprouver une gêne à aborder le contexte social en consultation. Ils pensaient pouvoir repérer eux-mêmes les difficultés rencontrées par leurs patients. Les médecins sensibilisés aux ISS étaient attentifs au mode de vie des patients et tentaient de prendre en compte les déterminants sociaux dans leur pratique. Ils n'étaient pas dans une démarche de recueil actif, mais plutôt dans une démarche déductive au travers d'éléments indirects ressortant des consultations successives. Enfin, les médecins proactifs, pour qui il était indispensable de bien connaître leur patientèle et d'aller au-devant des renseignements lors de l'interrogatoire.



## **Ressenti des MG et apport du recueil de la situation sociale des patients**

### **Intérêts et limites du recueil social**

Les MG étaient favorables au recueil de la situation sociale des patients, car celui-ci présentait des intérêts selon deux axes distincts : la meilleure connaissance de la patientèle et une aide à la pratique médicale.

### **Meilleure connaissance de la patientèle**

Pour l'ensemble des participants, le recueil social a entraîné une réelle prise de conscience de la situation sociale de leur patientèle et permettait de lever des préjugés. La meilleure compréhension des patients entraînait une meilleure acceptation de leurs agissements et une prise en charge plus efficace. Pour certains médecins, la prise en considération du ressenti des patients sur leur situation sociale était un atout dans la prise en charge globale.

*M1 « Je cataloguais, ça j'en suis sûre, il y en a eu en fait en les interrogeant là-dessus je me suis rendu compte que non que j'avais vraiment des a priori et des jugements très orientés. »*

*M10 « Des gens qui ne font jamais ce que vous leur demandez, qui n'achètent pas les médicaments et en fait vous apprenez au bout d'un moment qu'ils n'ont pas de complémentaire. »*

### **Aide à la pratique**

Au travers de son caractère systématique, le recueil social permettait de lever les freins à l'interrogatoire (compréhension du français, situation financière perçue) et de parvenir à un remplissage exhaustif des dossiers médicaux. Il était un outil de communication entre professionnels de santé et d'enseignement pour les étudiants en médecine. Il favorisait une attitude proactive des médecins, avec un repérage des vulnérabilités chez leurs patients ainsi que des freins à la prise en charge et permettait d'adapter les méthodes de communication (affichage en salle d'attente). À l'unanimité, les médecins constataient un renforcement de la relation médecin-malade au travers du questionnaire social. Pour deux médecins, ce dernier a entraîné une introspection et un regard critique sur leur pratique.

*M8 « On s'est rendu compte qu'il y a beaucoup de gens qui ne savent ni lire ni écrire, on met les informations à l'écrit à l'accueil au cabinet : évidemment l'information elle ne passe pas. On a changé sur la prévention qu'on fait au cabinet, on essaie de mettre des images. »*

*M11 « Et après, il y a plus de facilité à les soigner, ça renforce nos liens. »*

### **Facteurs limitant l'intérêt du recueil social**

Trois facteurs semblaient limiter l'intérêt du recueil social : le type de patientèle et le lieu d'exercice, l'ancienneté du médecin et le type de pratique. Ainsi, les médecins exerçant dans des quartiers défavorisés ou ayant une patientèle précaire, ceux en fin de carrière et ceux réalisant des visites à domicile semblaient trouver moins d'intérêt au recueil systématique de la situation sociale du fait d'une sensibilisation antérieure aux difficultés sociales de leur patientèle.

*M5 « Une des caractéristiques de ma patientèle c'est qu'elle a été construite pendant 35 ans donc la plupart je les connais tous, je les ai pesés sur la balance ici quand ils étaient petits et maintenant ils m'amènent leurs enfants, donc forcément je suis peut-être moins à la recherche de ça. »*

### **Ressenti des médecins selon chaque indicateur social**

Les indicateurs sociaux ont été répartis selon quatre domaines de la vie sociale (accès et parcours de soins, vie socio-affective, vie professionnelle et financière, habitat et environnement physique). Les médecins interrogés ont mis en évidence une hiérarchisation des indicateurs. Trois indicateurs étaient perçus comme « très utiles » : la couverture maladie, la compréhension du français écrit et la profession. D'autres indicateurs étaient perçus comme « utiles », mais selon le contexte. C'est le cas de la situation familiale, du logement, de la situation financière perçue, des minima sociaux, du niveau d'étude et du pays de naissance. Les médecins ont décrit des adaptations possibles en consultation selon chaque indicateur. Elles sont présentées dans le tableau 2.

### **Difficultés rencontrées lors du recueil de la situation sociale des patients**

Certains médecins considéraient des indicateurs comme des sujets « tabous », polémiques voire stigmatisants pour le patient entraînant des difficultés dans la formulation des questions. Le recueil social n'était pas spontané, les professionnels devaient aller au-delà de leur interrogatoire habituel. Ils avaient tendance à l'auto-remplissage et semblaient gênés de poser ces questions à des patients connus de longue date. Enfin, l'un des médecins évoquait une charge émotionnelle importante. À l'unanimité, les MG ont évoqué une surcharge de travail avec un questionnaire chronophage et la difficulté de l'intégrer dans la temporalité d'une consultation, nécessitant un changement organisationnel. Le recueil social ouvrait la « boîte de Pandore », le patient y trouvait une écoute bienveillante, mais le médecin semblait ne plus maîtriser l'évolution de la consultation. En pratique, pour beaucoup de médecins le remplissage du TBS était compliqué. Deux participants évoquaient un manque de formation des professionnels de santé au niveau de la communication avec le patient et des aides sociales. Il existait un sentiment d'isolement des MG du fait de la désertification médicale et il était encore difficile pour la plupart d'entre eux de comprendre comment optimiser le recueil dans leur pratique quotidienne.

### **Modalités d'action du MG dans la diminution des ISS et positionnement éthique**

D'après les participants, le MG pouvait agir sur les ISS au niveau individuel, du cabinet et du territoire.

#### **Au niveau individuel**

Les praticiens ont évoqué la nécessité pour le médecin généraliste de comprendre chaque patient et son comportement. Ainsi, il pouvait adopter une attitude proactive, en questionnant le patient à la recherche de déterminants sociaux de la santé et en les notifiant dans le dossier médical. Il était important de suivre l'évolution des situations. De même, ils ont soulevé la nécessité d'adapter la durée de consultation et le parcours de soins selon les besoins des patients, dans le respect de l'équité en santé. Pour ce faire une évolution du recueil était nécessaire (adaptation du logiciel, simplification du recueil, code couleur).

*M1 « Il a un rôle dans la mesure où il doit essayer, pour tous les patients quels qu'ils soient de leur donner les mêmes possibilités d'être soignés dans les meilleures conditions et les meilleures chances. »*

### **Au niveau du cabinet**

Le médecin généraliste pouvait favoriser l'accès aux soins et diminuer les ISS via le fonctionnement de son cabinet, notamment par la prise en compte des freins à la consultation (prise de rendez-vous, barrière de langue, tarification à l'acte). Il pouvait également renforcer les messages de prévention : via l'affichage en salle d'attente ou des ateliers d'éducation en maison de santé. Face à la charge de travail occasionnée, certains médecins étaient demandeurs d'une reconnaissance financière pour la gestion de la complexité sociale.

*M7 « D'avoir des rendez-vous ça peut être un frein, le financement, ça peut être un frein... On a probablement des freins à travailler. Par exemple, la langue c'est aussi à travailler. »*

### **Au niveau du territoire**

D'après certains participants, le médecin généraliste, en porte-parole, pouvait décrire les difficultés et l'état de santé de la population et avait la possibilité d'alerter les autorités compétentes en cas de risque sanitaire. Cependant son pouvoir était limité, le domaine des ISS étant très vaste et complexe, le praticien avait besoin d'être aidé et de collaborer avec les acteurs de santé publique.

*M4 « En tant que représentant du terrain, en disant « si vous voulez modifier l'état de santé de la population alors il serait nécessaire de faire ça ». Il faudrait faire apparaître les difficultés sociales et les faire reconnaître comme étant un élément de la prise en compte des individus. »*

### **Positionnement éthique des MG**

Pour l'ensemble des médecins généralistes interrogés, la réalisation du recueil de la situation sociale des patients paraissait éthique dans la mesure où la prise en compte du patient dans sa globalité fait partie intégrante du rôle du MG. Cependant, certains médecins ont modéré ce propos et le recueil a soulevé quelques questionnements chez les praticiens. Des conditions de réalisation ont émergé : un recueil systématique, après accord éclairé du patient et respectant le secret professionnel. Certains médecins évoquaient l'importance de la temporalité dans la réalisation du recueil social, avec la nécessité de suivre le rythme du patient : trouver le moment opportun ; parfois plusieurs consultations successives sont nécessaires.

## **Discussion**

### **Principaux résultats**

Dans l'ensemble, les MG interrogés ont trouvé un intérêt au recueil de la situation sociale des patients dans les dossiers médicaux, avec une hiérarchisation de leur importance. Certains indicateurs sociaux ont été considérés comme « très importants » (couverture maladie, compréhension du français écrit, profession), d'autres « utiles » selon le contexte. Trois facteurs limitaient l'intérêt du recueil : le type de patientèle et le lieu d'exercice, l'ancienneté du médecin et le type de pratique. Des difficultés rapportées

par les médecins généralistes constituaient un frein au recueil systématique de la situation sociale des patients et permettaient de comprendre la diminution de motivation observée au fil du temps. Cependant, le recueil de la situation sociale permettait une meilleure connaissance des patients et constituait une aide à la pratique. Les médecins ont décrit des adaptations possibles en consultation en termes d'accès à la santé, mais aussi dans les domaines de la vie socio-affective du patient ; de sa vie professionnelle et financière et de son habitat. L'ensemble des participants estimaient que le médecin généraliste détenait un rôle, même si limité, dans la diminution des ISS : il pouvait agir au niveau individuel, du cabinet et du territoire.

### **Comparaison avec les données de la littérature**

Dans sa thèse quantitative, réalisée à partir de l'étude RECOTEST, M. Pham a montré que le recueil d'informations sociales dans les dossiers médicaux semble faisable, peu chronophage et apprécié par les médecins généralistes (15). Notre analyse a permis de nuancer et d'explicitier le ressenti des médecins à la suite d'un tel recueil. D'autres études qualitatives ont analysé les difficultés rencontrées par les MG dans la prise en charge des patients en situation sociale complexe (16) et le recueil de la situation sociale des patients en médecine générale, avant la parution des recommandations du CMG (17). Comme dans notre étude, il existait des adaptations des MG aux difficultés sociales et une hiérarchisation des indicateurs. D'après l'étude de L. Sekula Cabrol en 2015, il semble qu'il y ait une bonne acceptation du recueil par les patients devant un intérêt médical bienveillant et une adaptation possible des soins (18).

À l'international, une étude menée au Canada par A. Pinto, en 2016 (19), a également montré que le recueil des déterminants sociaux de la santé était faisable et acceptable du point de vue des patients. Au Royaume-Uni, le sexe et l'âge sont systématiquement enregistrés dans les dossiers des patients, mais l'enregistrement d'autres données est très variable, car des difficultés sont rencontrées (20). Enfin, des travaux révisés en 2012, en Écosse, ont produit une brochure intitulée « Happy to ask, happy to tell (Heureux de demander, heureux de raconter) », visant à aider les professionnels à communiquer avec les patients pour faciliter le processus de collecte d'informations personnelles (21).

### **Forces et limites de l'étude**

Cette étude a débuté à la suite de la publication des recommandations sur l'enregistrement de la situation sociale des patients en médecine générale réalisées sous l'égide du CMG en 2014. La méthode qualitative avec entretiens individuels permet d'aborder des sujets intimes de la pratique médicale. La triangulation des chercheurs a été respectée et nous avons veillé à respecter la liste de contrôle COREQ des analyses qualitatives.

Cependant, la population d'étude participait pour la deuxième fois consécutive à une étude portant sur les ISS et bien que nous ayons essayé de varier l'échantillonnage la plupart des médecins étaient des maîtres de stage universitaires ou des membres de la SFTG. Il s'agissait d'une première expérience de recherche pour l'investigatrice, ainsi, la manière de conduire les entretiens a pu influencer les réponses des médecins de façon inconsciente. Nous avons tenu à les interroger sur chacun des indicateurs afin d'obtenir un recueil exhaustif de données ce qui a parfois pu conduire à des difficultés de réponses. Il

existait une différence de durée entre les entretiens réalisés en présentiel et ceux par téléphone sans que nous puissions estimer son impact sur le contenu des réponses. Enfin le thème des ISS est un sujet sensible et il peut être difficile pour les médecins d'assumer leur conception du soin, pouvant entraîner un biais dans les réponses apportées.

## **Conclusion**

Cette étude a ainsi montré que les MG étaient favorables à un recueil de la situation sociale des patients en consultation. Ce dernier a amené des adaptations de leur pratique. Il semble possible de le recommander à plus grande échelle, en prenant en compte les difficultés et les considérations éthiques inhérentes à ce recueil en cabinet de médecine générale. Des perspectives d'amélioration ont été soumises. Pour obtenir l'adhésion d'une majorité des MG, une adaptation des recommandations semble nécessaire. La seconde version va probablement prendre en compte ces résultats pour préciser les conditions d'un recueil utile et respectueux pour les patients. À terme, la prise en compte des déterminants sociaux de la santé pourrait être intégrée dans toute action d'amélioration des pratiques en médecine générale.

Entretien	Sexe	Age	Zone d'activité	Secteur	Profil de la patientèle	Durée d'installation (années)	MSU	SFTG	Collège de la médecine générale	Autre	Modalité d'entretien	Durée d'entretien
M1	Féminin	50-60	Urbaine	Secteur 2	Favorisé	32	Oui	Oui	Non	Soins palliatifs	Présentiel	40 min
M2	Masculin	60+	Urbaine	Secteur 1	Favorisé	34	Oui	Oui	Oui		Présentiel	58 min
M3	Féminin	30-40	Rurale	Secteur 1	Favorisé	12	Oui	Non	Non	DUMG	Téléphonique	27 min
M4	Masculin	60+	Urbaine	Secteur 1	Précaire	34	Oui	Non	Oui		Présentiel	48 min
M5	Masculin	60+	Urbaine	Secteur 1	Varié	39	Oui	Non	Non		Présentiel	40 min
M6	Féminin	40-50	Urbaine	Secteur 1	Favorisé	13	Oui	Oui	Non		Présentiel	43 min
M7	Féminin	60+	Urbaine	Secteur 1	Varié	32	Oui	Non	Non	Activité salariée une fois par semaine	Téléphonique	36 min
M8	Féminin	30-40	Urbaine	Secteur 1	Précaire	5	Non	Non	Non		Téléphonique	25 min
M9	Féminin	50-60	Rurale	Secteur 1	Varié	15	Oui	Oui	Non		Téléphonique	52 min
M10	Féminin	50-60	Urbaine	Secteur 1	Varié	27	Non	Non	Non	Médecin du monde, Conseil Territorial de santé	Présentiel	46 min
M11	Masculin	60+	Urbaine	Secteur 1	Précaire	40	Oui	Non	Non		Présentiel	46 min
M12	Masculin	30-40	Urbaine	Secteur 1	Varié	6	Oui	Non	Non		Téléphonique	43 min

Tableau 4 : Caractéristiques de l'échantillon et des entretiens

Tableau 2 : Adaptation des pratiques selon l'indicateur social

Domaines de la vie sociale	Indicateurs concernés	Intérêts et adaptation des pratiques
Accès et parcours de soins	Couverture maladie	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Adaptation des prescriptions selon le niveau de prise en charge (hiérarchisation des examens, limitation des prescriptions...)</li> <li>▪ Proposition du tiers-payant</li> <li>▪ Choix de l'orientation (secteur 1, public)</li> <li>▪ Mise en relation avec un travailleur social</li> </ul>
	Capacité de compréhension du langage écrit	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pédagogie renforcée, vigilance accrue dans l'éducation thérapeutique</li> <li>▪ Limitation des prescriptions</li> <li>▪ Collaboration avec le pharmacien</li> <li>▪ Outils d'aide à la compréhension (couleurs, schémas...)</li> <li>▪ Aide d'un interprète</li> </ul>
Vie socio-affective	Vit seul ou en couple Nombre d'enfants à charge	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Meilleure connaissance et compréhension du patient</li> <li>▪ Choix de l'orientation selon le degré d'isolement</li> <li>▪ Attitude paternaliste en cas d'isolement, vigilance renforcée</li> </ul>
	Pays de naissance	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Prise en compte de la culture et de la représentation de la maladie</li> <li>▪ Éducation sur le système de soin français</li> <li>▪ Aide à penser aux pathologies endémiques</li> <li>▪ Prévention des pathologies du voyageur</li> </ul>
Vie professionnelle et financière	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Statut par rapport à l'emploi et la profession</li> <li>▪ Niveau d'étude</li> <li>▪ CSP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Meilleure connaissance du patient et prise en charge globale</li> <li>▪ Renforcement de la relation médecin-malade</li> <li>▪ Attitude de prévention devant des expositions à risque</li> <li>▪ Adaptation des explications au profil du patient</li> <li>▪ Proposition du tiers-payant et/ou paiement différé</li> <li>▪ Attitude paternaliste et bienveillante (exemple si perte d'emploi)</li> <li>▪ Utilité dans les travaux de recherches</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Situation financière perçue</li> <li>▪ Minima sociaux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Adaptation des prescriptions selon le niveau de prise en charge</li> <li>▪ Proposition du tiers-payant</li> <li>▪ Choix de l'orientation</li> <li>▪ Mise en relation avec un travailleur social</li> <li>▪ Vigilance accrue sur la prévention</li> </ul>
Habitat et environnement physique	Situation vis-à-vis du logement	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Connaissance du mode de vie</li> <li>▪ Prise en charge adaptée (traitement, passage IDE à domicile...)</li> <li>▪ Recherche de pathologies en lien avec les difficultés sanitaires (saturnisme, asthme allergique...)</li> </ul>

## Bibliographie

1. IRDES. Données de cadrage : indicateurs d'état de santé [Internet]. IRDES.FR. 2019. Disponible sur: <https://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ChiffresGraphiques/Cadrage/IndicateursEtatSante/EspéranceVie.htm>
2. 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.
3. Combler Le Fosse En Une Generation Instaurer L'équité En Santé En Agissant Sur Les Déterminants De La Santé. World Health Organization; 2009.
4. Balaj M, McNamara CL, Eikemo TA, Bambra C. The social determinants of inequalities in self-reported health in Europe: findings from the European social survey (2014) special module on the social determinants of health. Eur J Public Health. févr 2017;27(suppl\_1):107-14.
5. Blanpain N. L'espérance de vie par niveau de vie : chez les hommes, 13 ans d'écart entre les plus aisés et les plus modestes. INSEE Première. févr 2018;(1987):4.
6. IRDES. Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé ? Un éclairage européen. Paris; 2005 févr p. 8. (Questions d'économie de la santé). Report No.: 93.
7. DeVoe JE, Bazemore AW, Cottrell EK, Likumahuwa-Ackman S, Grandmont J, Spach N, et al. Perspectives in Primary Care: A Conceptual Framework and Path for Integrating Social Determinants of Health Into Primary Care Practice. Ann Fam Med. mars 2016;14(2):104-8.
8. Ministère des solidarités et de la santé. Stratégie nationale de santé 2018-2022. 2018 p. 53.
9. Lombrail P, Pascal J. Inégalités sociales de santé et accès aux soins. Trib Santé. 2005;8(3):31.
10. IRDES. Comment les soins primaires peuvent-ils contribuer à réduire les inégalités de santé ? Paris; 2012 sept p. 8. (Questions d'économie de la santé). Report No.: 179.
11. Organisation mondiale de la santé. Les soins de santé primaires [Internet]. <https://www.who.int>. [cité 23 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>
12. Eurostat. How often do you see a doctor ? [Internet]. <https://ec.europa.eu/eurostat>. 2019 [cité 3 oct 2019]. Disponible sur: <https://ec.europa.eu/eurostat/fr/web/products-eurostat-news/-/DDN-20190225-1>
13. De Oliveira A, Chavannes B, Steinecker M, Denantes M, Chastang J, Ibanez G. How French general practitioners adapt their care to patients with social difficulties ? A qualitative study. Fam Med Community Health. À paraître;
14. Groupe de travail universitaire et professionnel. Pourquoi et comment enregistrer la situation sociale d'un patient adulte en médecine générale. Collège de la Médecine Générale; 2014 janv p. 30.
15. Pham M. Etude Recotest : acceptabilité et faisabilité du recueil de la situation sociale des patients en médecine générale. [Paris (06)]: Université Pierre et Marie Curie; 2016.
16. De Oliveira A. Accompagnement des patients présentant des difficultés sociales en médecine générale [Diplôme de docteur en médecine]. [Paris (06)]: Université Pierre et Marie Curie; 2015.
17. Ernst Toulouse C, Nollet C. Recueil de la situation sociale des patients et prise en charge des inégalités sociales de santé : perspectives en médecine générale Entretiens auprès de 25 médecins



généralistes de Loire-Atlantique et Vendée [Diplôme de docteur en médecine]. [Nantes]: Université de Nantes; 2014.

18. Sekula Cabrol L. Acceptabilité par les patients du recueil de leur position sociale par le médecin généraliste : une étude qualitative [Diplôme de docteur en médecine]. [Paris (06)]: Université Pierre et Marie Curie; 2015.
19. Pinto AD, Glatstein-Young G, Mohamed A, Bloch G, Leung F-H, Glazier RH. Building a Foundation to Reduce Health Inequities: Routine Collection of Sociodemographic Data in Primary Care. *J Am Board Fam Med*. 1 mai 2016;29(3):348-55.
20. Tarrant C, Wobi F, Angell E. Tackling health inequalities: socio-demographic data could play a bigger role. *Fam Pract*. 1 déc 2013;30(6):613-4.
21. NHS Health Scotland. Happy to ask, Happy to tell: Handbook for trainees (Revised 2012). 2012.

## GARNOTEL GIBOUT Hélène

93 pages – 3 tableaux – 3 figures

### Résumé :

**INTRODUCTION :** La réduction des inégalités sociales de santé (ISS) est un objectif de la stratégie nationale de santé 2018-2022. Des recommandations récentes ont invité les médecins généralistes à recueillir seize indicateurs sociaux dans les dossiers médicaux informatisés des patients. L'objectif de notre étude était d'analyser le ressenti des médecins généralistes à la suite d'un tel recueil.

**METHODES :** Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés a été menée auprès de 12 médecins généralistes ayant participé à l'étude RECOTEST (Ile de France et Pays de Loire) entre février 2017 et août 2018. Une analyse thématique a été réalisée avec triangulation partielle par deux chercheurs. L'étude a été déclarée au Comité d'éthique et à la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

**RÉSULTATS :** Le recueil des indicateurs sociaux dans les dossiers médicaux présentait des intérêts permettant d'améliorer les pratiques en soins primaires. Certains indicateurs sociaux ont été considérés comme « très importants » (couverture maladie, profession), d'autres « utiles » selon le contexte. Plusieurs facteurs en limitaient l'intérêt et des difficultés étaient rapportées. Les médecins ont décrit des adaptations possibles en termes d'accès à la santé et dans les domaines de la vie socio-affective du patient ; de sa vie professionnelle et financière et de son habitat.

**CONCLUSION :** Les médecins étaient favorables à un recueil standardisé de données sociales qui leur permettait d'adapter leurs pratiques et possiblement de contribuer à la diminution des ISS. Afin de mieux répondre aux besoins des praticiens, une seconde version des recommandations est en cours d'élaboration.

**Mots clés :** Déterminants sociaux de la santé, dossier médical informatisé, médecins généralistes, soins primaires, étude qualitative.

### Jury :

Président du Jury : Professeur Jean-Pierre LEBEAU

Directeur de thèse : Docteur Gladys IBANEZ

Membres du Jury : Professeur Emmanuel RUSCH  
Professeur Nicolas BALLON

Date de soutenance : 14 novembre 2019