

Année 2020/2021

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

Aline-Marie FLORENCE

Née le 14 juin 1990 à Paris (75)

TITRE

**ETUDE DE L'EXPERIENCE ET DES REPRESENTATIONS DES
INTERNES EN MEDECINE SUR LES INEGALITES DE SANTE**

Présentée et soutenue publiquement le 20 septembre 2021 devant un jury
composé de :

Président du Jury : Professeur Patrice DIOT, Pneumologie, Faculté de Médecine – Tours

Membres du Jury :

Professeur Bertrand FOUGERE, Gériatrie, Faculté de Médecine – Tours

Docteur Isabelle ETTORI-AJASSE, Médecine Générale, MCA, Faculté de Médecine – Tours

**Directeur de thèse : Professeur Emmanuel RUSCH, Épidémiologie, économie de la santé et
prévention, Faculté de Médecine - Tours**

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Pr Henri MARRET

ASSESSEURS

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 Gilles BODY

Pr Jacques CHANDENIER

Pr Philippe COLOMBAT

Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL

Pr Pascal DUMONT

Pr Dominique GOGA

Pr Gérard LORETTE

Pr Dominique PERROTIN

Pr Roland QUENTIN

PROFESSEURS HONORAIRES

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

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
APETOH Lionel	Immunologie
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
BERHOUE Julien	Chirurgie orthopédique et traumatologique
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
BOURGUIGNON Thierry	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
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
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
EL HAGE Wissam	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan	Médecine intensive – 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
GATAULT Philippe	Néphrologie
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
GUILLON Antoine	Médecine intensive – réanimation
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique
HANKARD Régis	Pédiatrie
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice	Physiologie
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-vénéréologie
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 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
ZEMMOURA Ilyess	Neurochirurgie

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

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine Anglais

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AUDEMARD-VERGER Alexandra Médecine interne
BARBIER Louise Chirurgie digestive
BINET Aurélien Chirurgie infantile
BISSON Arnaud Cardiologie (CHRO)
BRUNAULT Paul Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès Biostat., informatique médical et technologies de communication
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo Rhumatologie (au 01/10/2021)
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
GUILLEUX Valérie Immunologie

GUILLON-GRAMMATICO Leslie.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HOARAU Cyrille.....	Immunologie
LE GUELLEC Chantal.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEFORT Bruno.....	Pédiatrie
LEGRAS Antoine.....	Chirurgie thoracique
LEMAIGNEN Adrien.....	Maladies infectieuses
MACHET Marie-Christine.....	Anatomie et cytologie pathologiques
MOREL Baptiste.....	Radiologie pédiatrique
PARE Arnaud.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PIVER Eric.....	Biochimie et biologie moléculaire
REROLLE Camille.....	Médecine légale
ROUMY Jérôme.....	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET Bénédicte.....	Thérapeutique
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie.....	Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl.....	Bactériologie
TERNANT David.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure.....	Génétique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....	Neurosciences
NICOGLU Antonine.....	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald.....	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile.....	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

BARBEAU Ludivine.....	Médecine Générale
RUIZ Christophe.....	Médecine Générale
SAMKO Boris.....	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE

BECKER Jérôme.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUAKAZ Ayache.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BRIARD Benoît.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
CHALON Sylvie.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
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 Inrae – UMR Inrae 1282
GOUILLEUX Fabrice.....	Directeur de Recherche CNRS – EA 7501 – ERL CNRS 7001
GOMOT Marie.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
LATINUS Marianne.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LE MERREUR Julie.....	Directrice de Recherche CNRS – UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
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 1069
SI TAHAR Mustapha.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SUREAU Camille.....	Directrice de Recherche émérite CNRS – UMR Inserm 1259
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

BOULNOIS Sandrine.....	Orthoptiste
SALAME Najwa.....	Orthoptiste

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.

RESUME

ETUDE DE L'EXPERIENCE ET DES REPRESENTATIONS DES INTERNES EN MEDECINE SUR LES INEGALITES DE SANTE

INTRODUCTION : Les inégalités de santé (IS) sont un sujet d'intérêt majeur pour les politiques publiques. Les médecins et les internes en médecine, en tant qu'acteurs du système de santé, sont à même de les réduire. L'objectif de cette étude était d'appréhender l'expérience et les représentations des internes en médecine de la région Centre-Val de Loire sur les inégalités de santé et d'interroger leur formation universitaire sur la question.

METHODES : L'étude a été menée par entretiens individuels semi-directifs. Le recrutement des participants a été effectué selon la méthode boule de neige. Onze entretiens d'une durée minimale d'une heure ont été réalisés. Le contenu des entretiens a été analysé selon une approche phénoménologique.

RESULTATS : La typologie des IS issues des représentations des internes se centrait autour de trois catégories : les IS entre les médecins, les IS entre les patients et les IS liées au système de santé. Les IS entre les médecins étaient le plus souvent évoquées, en général suivies par les inégalités territoriales d'accès aux soins. Les principales IS entre les médecins se situaient sur la formation et les compétences. Les IS liées au système de santé concernaient surtout la répartition de l'offre de soins sur le territoire. Les IS entre les patients se situaient autour de l'attitude des patients par rapport à leur santé, la barrière de la langue ou leur présentation. Peu d'internes se souvenaient avoir reçu une formation sur les IS, il semblait important à la plupart que ce sujet soit plus abordé, à un moment du cursus où démarre la confrontation à l'exercice médical. Certains participants ne se trouvaient pas de rôle à jouer sur la question des IS.

CONCLUSION : Contrairement à ce qui était attendu, les IS entre les médecins étaient celles le plus fréquemment mentionnées. Les concepts de prévention et promotion de la santé n'ont pas été évoqués par les participants. En marge du thème abordé, de nombreux internes pointaient une carence de formation concernant la communication avec les patients.

MOTS-CLES : Inégalités de santé – Formation médicale – Inégalités sociales de santé – Sociologie de la santé – Anthropologie médicale – Inégalités territoriales de santé

ABSTRACT

STUDY OF THE EXPERIENCES AND REPRESENTATIONS OF RESIDENTS ON HEALTH INEQUALITIES

INTRODUCTION: Health inequalities (HI) are a major topic of interest for public policy. Doctors and medical interns, as actors in the health system, are in a position to reduce them. The objective of this study was to understand the experience and representations of medical interns in the Centre-Val de Loire region on health inequalities and to question their university training on the issue.

METHOD: The study was conducted by individual semi-directive interviews. Participants were recruited using the snowball method. Eleven interviews lasting at least one hour were conducted. The content of the interviews was analysed using a phenomenological approach.

RESULTS: The typology of SIs derived from the interns' representations centred around three categories: SIs between doctors, SIs between patients and SIs related to the health system. SIs between doctors were the most frequently mentioned, generally followed by territorial inequalities in access to care. The main SIs between doctors were related to training and skills. The SIs related to the health system mentioned mainly concerned the distribution of the supply of care in the territory. The SIs between patients were related to the patients' attitude to their health, the language barrier or their presentation. Few interns recalled having received training on SIs, and most felt it was important that this subject be addressed more, at a time in the curriculum when they are beginning to be confronted with medical practice. Some participants did not see themselves as having a role to play in the issue of SI.

CONCLUSION: Contrary to what was expected, SIs between doctors were the most frequently mentioned. The concepts of prevention and health promotion were not mentioned by the participants. In addition to the theme, many interns pointed to a lack of training in communication with patients.

KEYWORDS: Health inequalities - Medical training - Social inequalities in health - Sociology of health - Medical anthropology - Territorial inequalities in health

REMERCIEMENTS

Au Professeur Diot, d'avoir accepté de présider ce jury. Merci également pour les nombreux échanges que nous avons eus via l'Association des Internes de Tours. Ils ont largement contribué à ma formation en santé publique

Au Professeur Rusch, d'avoir accepté d'être mon Directeur de Thèse, merci pour votre soutien, vos encouragements et votre accompagnement tout au long de mon internat. Votre vision de la santé publique a été un véritable moteur durant ces quatre dernières années.

Au Professeur Fougère et au Docteur Ettori-Ajasse, d'avoir accepté d'être membre de ce jury. Veuillez recevoir toute ma reconnaissance.

Au Professeur Patrick Legros, merci d'avoir guidé les débuts de ce travail et de m'avoir apporté le regard d'un autre champ disciplinaire.

Au Professeur Gérard Bourrel et au Docteur Agnès Oude-Engberink, enseignants du Diplôme Inter-Universitaire « Recherche qualitatives en santé », merci pour vos enseignements, vos avis éclairés et vos conseils à toutes les étapes de cette recherche, malgré la situation sanitaire.

Au Docteur Leslie Guillon, un merci tout particulier pour ton écoute, ton encadrement et ta bienveillance durant ma deuxième partie d'internat.

Au Docteur Émeline Laurent, merci pour tes conseils et nos échanges lors de mon stage à EpiDcliC. Je garde en mémoire la rigueur de nos séances de travail pour l'avenir.

Au Docteur Agnès Caille, merci pour ton accompagnement à mon début d'internat en santé publique.

Aux internes ayant accepté de participer à l'étude, merci pour votre temps, vos mots et la confiance que vous m'avez accordée.

À mes co-internes, et aux anciens devenus médecins dans l'intervalle, Paul Bregeaut, Geoffrey Berthon, Sixtine de Lafforest, Yannick Belin, Romain Costes, Simon Fortin, Cathie Faussat et Sara Fakhiri. Merci pour votre bonne humeur, votre solidarité et les nombreux moments passés ensemble ! Un merci particulier à Marie pour ton aide logistique pour cette thèse ! Je te souhaite le meilleur pour ta soutenance à venir.

Aux anciens et nouveaux membres de l'Association des Internes de Tours, maintenant Syndicat des Internes de la Région Centre-Val de Loire, merci pour vos sourires et votre motivation. Un merci tout particulier à Yanis Ramdani et Nicolas Vallet pour le travail accompli par notre trio qui a été le point de départ de cette thèse.

À ma famille, ma mère et Patrice, merci pour votre soutien patient et bienveillant durant ces nombreuses années et entre autre d'avoir supporté mes crises de danse endiablées durant chaque période de révision. Odile, merci d'être là de la même façon, toujours et à chaque instant. Elsa et Juliette, merci pour nos blagues et d'avoir dansé avec moi durant chaque période de révision. François, merci pour ton calme et ton soutien sans faille outre-Atlantique.

À mes amis, ceux de Tours avec qui les études ou l'internat ont démarré et ceux de Paris avec qui il s'est terminé. Merci pour tous les moments passés ensemble, si précieux, et peut-être un peu plus durant ces derniers mois. Antoine, merci pour ton amour et ton soutien durant cette dernière année u+1F973. Klara, merci pour ta relecture et tes encouragements sur ce travail, merci aussi présence et ton soutien indéfectible de ces derniers mois.

À ma sœur Charlotte, la personne la plus incroyablement volontaire et courageuse que je connaisse.

À Paulette et à Annie que j'aurais aimée me voir prêter serment.

À Jean-François, les mots que tu me disais en première année m'ont sans doute fait avancer jusqu'ici malgré ton absence depuis. Tu me manques particulièrement aujourd'hui.

Étude de l'expérience et des représentations des internes en médecine sur les inégalités de santé

SOMMAIRE

INTRODUCTION	15
METHODOLOGIE	20
Choix de la méthodologie de recherche	20
Posture du chercheur	21
Élaboration du guide d'entretien	22
Échantillonnage et recrutement des participants	22
Déroulement et transcription des entretiens	24
Choix et recueil des variables pour caractériser les participant(e)s	24
Aspects règlementaires.....	25
RESULTATS	27
Étude des représentations sociales	27
Caractéristiques des interrogés.....	28
REPRESENTATIONS ET EXPERIENCES : TYPOLOGIE DES INEGALITES DE SANTE SELON LES INTERNES	30
Inégalités entre les médecins.....	33
Formation	33
Compétences	37
Rémunération	38
Représentations du soin et prise en charge globale des patients	39
Surspécialisation	40
Considération accordée par les patients liée au sexe ou à l'origine	41
Inégalités liées au système de santé.....	42
Répartition des médecins et professions de santé	42
Établissements hospitaliers et accès aux services spécialisés	43
Organisation des soins continus	44
Hiérarchie à l'hôpital	45
Soins publics et soins privés	45
Temps	46
Inégalités entre les patients.....	47
Capacité pour un individu à comprendre son état de santé et la prise en charge	47
Aspects financiers et économiques	48
Isolement social	48
	13

Barrière de la langue	49
Relation de soins différente liée à l'origine, à la culture ou la religion des patients	50
Présentations des patients	51
EXPERIENCE ET OPINION SUR LA FORMATION AUX INEGALITES DE SANTE	54
Existence d'une réflexion antérieure à l'entretien sur les inégalités de santé.....	54
Formation théorique reçue sur les inégalités de santé	56
Opinion sur une formation aux inégalités de santé	57
DISCUSSION DES RESULTATS ET PERSPECTIVES	62
Sur les représentations et la formation aux inégalités de santé.....	62
Sur l'émergence de thèmes périphériques aux inégalités	65
Forces de l'étude.....	68
Limites de l'étude	69
Perspectives.....	70
Conclusion.....	71
BIBLIOGRAPHIE	72
ANNEXES	75
Annexe 1 : Lettre d'information et formulaire d'opposition	75
Annexe 2 : Avis du comité d'Ethique	78
Annexe 3 : Récépissé de déclaration CNIL	79
Annexe 4 : Guide d'entretien définitif	80

INTRODUCTION

Les inégalités sociales de santé sont définies de la façon suivante : « *Écarts de santé socialement stratifiés. Elles touchent un large éventail d'indicateurs de santé allant des facteurs de risque aux résultats des soins et reproduisent, dans le domaine sanitaire, les inégalités existant entre les groupes sociaux.* ». (1)

Historiquement en France, les inégalités sociales de santé ont été révélées et décrites depuis au moins la fin du XIX^{ème} siècle parallèlement à la période d'industrialisation (2,3). Le développement de l'outil statistique et de l'épidémiologie a été à l'origine des premiers constats d'une inégalité devant la mort et la maladie par le Dr J-L. Villermé notamment (3). Ses travaux, constatant un écart d'espérance de vie entre le milieu social aisé et les classes ouvrières ont été parmi les premiers à rattacher ce hiatus à des différences de niveaux de richesse entre les individus (4). Ce champ de recherche autour des causes sociales des états de santé, par la suite délaissé du fait des découvertes pastoriennes et de l'apparition du concept « d'étiologie spécifique » selon lequel chaque maladie serait causée par un agent microbien, réapparaîtra sous l'impulsion des grandes études statistiques de l'INSEE dans les années 50-70. Par exemple, les travaux de Guy Desplanques sur la mortalité selon le milieu social (2,5) retrouvaient à nouveau une mortalité différentielle selon la catégorie socio-professionnelle (6). Ils ont par ailleurs sans doute contribué à initier le développement de l'épidémiologie sociale et d'une surveillance des états de santé selon certains indicateurs sociaux, toujours mise en œuvre aujourd'hui (7). Malgré l'émergence de ce champ de recherche initialement rattachée à l'ère de l'industrialisation et de l'urbanisation, l'on peut se demander si la transposition de ces inégalités sociales à la santé des personnes ne serait pas une singularité de nos sociétés modernes qui expliquerait notamment la nécessaire réémergence de cette discipline (8,9).

Vient alors la venue d'un nouveau constat : si les inégalités sociales de santé s'étaient d'abord vue réduites par l'amélioration des conditions de vie, les politiques hygiénistes du début du XX^{ème} siècle lancées à la suite des découvertes scientifiques majeures de l'époque et l'amélioration des conditions de travail (3,8) ; elles perdurent en France. Pour exemple, sur la période 2012-2016, il existe un écart de treize ans d'espérance de vie chez les hommes entre

les 5% les plus aisés et les 5% les plus pauvres ; cet écart se réduit à 8 ans chez les femmes (7). Les inégalités devant la mort ont même tendance à se creuser : l'écart d'espérance de vie à 35 ans chez les hommes entre les cadres et professions intellectuelles et les agriculteurs qui était de 1 an entre 1976 et 1984 est passé à 2,5 ans entre 1991 et 1999 ; il a également augmenté de 2 ans avec les ouvriers (1-3,10). Chez les femmes, les inégalités se sont moins creusées dans le temps, mais perdurent de façon identique : il existe toujours un écart de 3 ans d'espérance de vie entre les cadres et professions intellectuelles et les ouvrières (11).

Longtemps, ces inégalités sont restées relativement absentes du devant de la scène des politiques sociales et de santé. La déclaration d'Alma-Ata de l'OMS en 1978 pose pour la première fois la question des inégalités de santé à l'échelle internationale à la fois entre les pays et au sein d'un même pays (12). Elle sera suivie par la charte d'Ottawa en 1986 sur la promotion de la santé pour tous les individus, terreau favorable pour le développement du concept de déterminants de santé (9), principale cause des inégalités de santé (13). Les déterminants sociaux de santé se définissent comme « *les circonstances dans lesquels les individus naissent, grandissent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie* » (14). La création en 2005 de la commission spécifique des déterminants de santé de l'OMS donne lieu à la diffusion du rapport « *Comblar le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé* » adressé à l'ensemble des gouvernements, suivi par la Déclaration d'Adélaïde en 2010 plébiscitant l'intégration de la santé dans toutes les politiques, sous-tendue par l'objectif de réduire les inégalités et le gradient social (15).

En France, les politiques se sont d'abord majoritairement concentrées sur les questions d'exclusion, de précarité et de pauvreté (5), laissant de côté la question des inégalités entre les individus « insérés socialement » (9). La question sera finalement étudiée dans le rapport du Haut Conseil de Santé Publique en 2009, recommandations émises en vue du projet de loi santé dont la mise en œuvre aboutira à la loi Hôpital Patient Santé Territoire de 2009 (16). La création des ARS à qui elle donne lieu inscrira la prévention et la promotion de la santé dont la lutte contre les inégalités de santé comme mission régionale de cette nouvelle instance (17).

Récemment, aux inégalités sociales de santé, sont venues se greffer de nouvelles problématiques politico-sociétales telles que les inégalités territoriales de santé et les inégalités d'accès aux soins (18–20). Ces déséquilibres territoriaux ont notamment été centrés autour de questions de démographie de professionnels de santé qui occupent désormais une place prépondérante dans l'agenda politique national (18,21). Les solutions et dispositifs visant à lutter contre la désertification médicale de certains territoires ont fleuri avec notamment : le déploiement du CESP, l'aide à l'installation, le déploiement des dispositifs de télémedecine et de téléconsultation etc. Le plan « Ma Santé 2022 » déploie également en ce sens un certain nombre de propositions visant à rééquilibrer l'offre de soins sur les territoires et favoriser un service d'accès aux soins plus simple pour les usagers comme la création des assistants médicaux ou la suppression du numérus clausus (22).

La région Centre-Val de Loire peut d'ailleurs en être considérée comme un des exemples princeps (23,24) ; la superposition des cartes de démographie médicale à celles des cartographies de la répartition des principales causes de mortalité en est une illustration (25). Ainsi, parmi les actions visant à rééquilibrer les médecins sur ce territoire, une large place a été donnée à l'augmentation quantitative des futurs médecins par, notamment, l'augmentation du numérus clausus à l'issue de la première année commune aux études de santé depuis plusieurs années, et l'augmentation du nombre de postes d'internes formés, notamment en région Centre-Val de Loire (26,27). La suppression définitive du numérus clausus en est un autre exemple (22).

La réduction des inégalités de santé semble, au sein du paysage politique, prendre une direction prépondérante de mise en œuvre d'un égal accès géographiques aux soins, au détriment peut-être d'une démarche d'intégration des déterminants sociaux de santé qui mériterait d'être renforcée, notamment par l'intermédiaire des acteurs de santé.

Si la mise en balance d'un défaut de professionnels de santé sur certains territoires face à une demande de soins constante, voir en augmentation, de la part des usagers est indéniable (19), les travaux visant à chercher les différents facteurs d'influences se sont multipliés, notamment autour de la question de l'installation et des modes d'exercices. Ils mettent en lumière des

causes multiples à cette sous-densité de professionnels : départ à la retraite de la génération des papy-boomers, nouveaux modes d'exercice, nouvelles caractéristiques générationnelles de travail, nouvelles caractéristiques sociodémographiques des futurs médecins (28–30) et tendent tous à identifier les freins et les leviers d'action possibles quant à la répartition des médecins sur les territoires (31,32). Ces recherches autour des professions de santé et de la profession médicale en particulier semblent néanmoins peu s'orienter autour des thèmes de formation ou de pédagogie médicale sur la question des inégalités en santé, notamment en interrogeant les connaissances des médecins sur les inégalités sociales et territoriales de santé et l'existence d'une perception individuelle de la responsabilité populationnelle du médecin en tant qu'acteur du système de santé.

Le contexte législatif actuel autour de la formation médicale, par les différentes réformes récentes ou en cours concernant les études médicales, notamment celles des premier et deuxième cycle, offrent par ailleurs des possibilités de mise en perspective de ces questions, relativement peu abordées durant la formation des médecins (33) qui tend à délaisser l'approche populationnelle des questions de santé. En outre, le concept de responsabilité sociale des facultés de médecine (34) mis en lumière à la faveur de la démarche d'unité pour la santé souhaitée par l'OMS interroge la capacité de la formation à donner aux étudiants les éclairages nécessaires au changement de paradigme à l'œuvre tourné vers la multidisciplinarité dans l'exercice et l'approche populationnelle de la santé (1,35).

Par ailleurs, des travaux en sociologie de la santé avaient, par exemple, mis en lumière une prise en charge différente selon l'origine sociale des patients (8). La position des médecins autour des inégalités sociales et territoriales de santé en tant qu'acteur du système de soin et leviers potentiels de la réduction de ces dernières est donc une piste méritant d'être approfondie, tant dans la relation de soin avec le patient d'une part, que par la connaissance et la conscience de l'existence du phénomène des inégalités de santé d'autre part. En ce sens, la population des internes en médecine, étudiants en dernier cycle et praticien en formation au regard de leur statut, inscrits dans un processus de socialisation professionnelle quasiment accompli (36) forme un champ d'exploration pertinent puisqu'ils constituent la future génération de médecin concernée par ces questions.

L'objectif de l'étude était de comprendre d'une part comment les inégalités de santé se manifestent concrètement pour les internes dans leur pratique quotidienne tant par leurs opinions que par leur expérience professionnelle, d'autre part d'estimer la place de la formation universitaire sur cette thématique dans leur parcours. Cet objectif était donc sous-tendu par deux questions principales :

Comment les internes en médecine ont-ils conscience de l'existence des inégalités de santé et quelles formes peuvent-elles prendre dans leur pratique quotidienne ?

La formation universitaire sur les inégalités de santé a-t-elle selon eux une importance pour améliorer leur pratique ?

METHODOLOGIE

Choix de la méthodologie de recherche

Il a été décidé de réaliser une méthodologie de recherche qualitative sur la base de la réalisation d'entretiens semi-dirigés. Le choix de cette méthode répondait aux deux questions posées en introduction : premièrement, réaliser un état des lieux des inégalités de santé selon l'expérience et l'opinion des internes en ayant une approche relativement libre avec des questions ouvertes et des relances ciblées sur les éléments émergents du discours ; deuxièmement, poser des questions plus fermées au sujet de la formation durant le même entretien. À cette fin, le paradigme de recherche retenu était un paradigme compréhensif visant à rechercher du sens.

Initialement, deux types d'analyses ont été envisagés pour mener l'étude : la phénoménologie et la théorisation ancrée - *Grounded Theory*. La théorisation ancrée est une méthode d'analyse visant à la création d'une nouvelle théorie ancrée par la recherche de terrain qui est dans un deuxième temps confrontée aux données de la littérature (37,38). L'analyse phénoménologique - *Interpretative Phenomenology Analysis* - vise à explorer un phénomène tel que vécu par la personne et faire émerger du discours relatant l'expérience des individus des thèmes et des catégories conceptuelles dont la généralisation permet l'élaboration de(s) théorie(s) (39). Étant donnée la décision de se focaliser sur l'expérience des internes lors de la première phase de recherche bibliographique, le choix s'est orienté vers le seul processus d'analyse phénoménologique, plus adapté pour saisir l'essence du phénomène et le décrire dans le cadre approche préliminaire. La Figure 1 permet d'illustrer le continuum méthodologique existant entre les différents modes d'analyses qui s'interpénètrent relativement au degré de profondeur d'analyse ; l'analyse phénoménologique constitue donc la première étape dans l'abord des données « descriptives ».

Continuum méthodologique

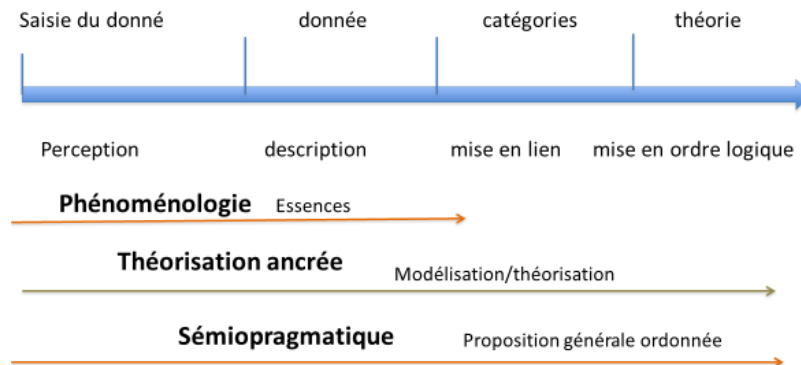


Figure 1 : Continuum méthodologique des différents types d'analyses qualitatives

extrait du DIU Recherche Qualitative en Santé, G. Bourrel

Posture du chercheur

Un des points méthodologiques d'importance a été le questionnement autour de la posture du chercheur. En effet, il s'agit d'un élément central à considérer lors des enquêtes par entretiens et il est préconisé que l'enquêteur soit à la fois suffisamment proche et suffisamment distant des interrogés dans sa position, notamment sociale (40). Le problème soulevé par le choix d'une enquête interrogeant les internes était qu'il induisait nativement, par la fonction de l'enquêtrice, elle-même interne, un biais dans la posture du chercheur et rendait plus difficile le travail de déconstruction inhérent aux enquêtes sociologiques. Néanmoins, le choix de s'appuyer principalement sur les éléments d'expérience et de ressenti – via l'approche phénoménologique – pour l'analyse du matériau d'une part, et d'autre part, ayant considéré que le statut du chercheur, interne de santé publique en fin de cursus, éloignée de l'exercice clinique contribuait à maintenir une distance avec la fonction des interrogés exclusivement cliniciens, il a été déterminé que le problème de la distance et de la posture du chercheur pouvait conséquemment être en partie atténuée.

En outre, ayant conscience de ce point méthodologique particulier inhérent à la recherche qualitative par entretien, il a été suivi les préconisations des ouvrages de références de tenir un journal du chercheur au cours de l'enquête et de noter les impressions et ressentis lors et à l'issue de chaque entretien afin de noter les prises de positions ou jugements et réajuster la posture autant que possible.

Élaboration du guide d'entretien

Le guide d'entretien a été élaboré sur la base d'entretiens exploratoires menés avec des internes en médecine au nombre de trois. Le guide exploratoire visait à interroger les trois dimensions ou catégories évoquées en introduction : les représentations, l'expérience et la formation des internes autour des inégalités en santé. Trois questions principales, assorties de relances, ont donc constitué la phase exploratoire de la recherche ; elles étaient les suivantes :

- Pour vous, qu'est-ce qu'une inégalité en santé ?
- Est-ce quelque chose que vous avez déjà vécu ou constaté dans votre pratique ?
- Aviez-vous connaissance des inégalités de santé auparavant ?

Les relances avaient pour but d'explorer différents thèmes des catégories afin de juger de l'émergence du discours des interrogés sur ces thèmes.

Le guide d'entretien final (Annexe n°4) reprenait ces différentes questions et leurs relances ainsi que quelques questions supplémentaires reprenant des situations ou des thèmes ayant émergés lors de l'analyse des entretiens exploratoires.

Échantillonnage et recrutement des participants

Les participants ont été recrutés parmi les étudiants en troisième cycle d'études médicales de la région Centre-Val de Loire en spécialité médicale ou chirurgicale. Il a été choisi de ne pas interroger d'interne en phase socle dont l'exercice était jugé trop proche temporellement du deuxième cycle d'études médicales et dont le manque relatif d'expérience par rapport à des internes plus avancés dans le cursus pouvait potentiellement appauvrir le discours et le matériau de recherche. Ce choix a notamment été conforté par certains propos recueillis lors de la phase d'entretiens exploratoires :

« E : d'accord et quand tu as parlé d'évolution là, c'est que cet énervement tu ne le sentais pas forcément avant ? ou au début de tes études ?

IM1 : non je le sentais pas avant, mais alors après moi je suis donc du coup je suis interne depuis trois ans ce qui fait que j'ai un recul sur l'exercice du métier de médecin à proprement parler qui est assez faible parce qu'avant sur mes six premières années d'études c'est des études essentiellement livresques quoi avec un rôle dans les services qui était essentiellement administratif ou essentiellement de petites mains auprès du patient c'est-à-dire sans réelle annonce de prise en charge sans réelle implication émotionnelle auprès du patient qui fait qu'au final comment dire t'effleures à peine la surface des choses quoi. [...]»

Cette hypothèse a d'ailleurs été confirmée lors de certains entretiens :

IM13 « [...] c'est d'observer en fait certaines situations en début d'internat on est encore en retrait on n'a pas d'action directe sur la situation [...] »

D'autre part, la proximité temporelle avec l'Examen Classant National pouvait également être source de biais dans l'exploration de la dimension de la formation, notamment concernant les connaissances théoriques. Il a été décidé de ne pas recruter d'internes de médecine générale dans l'échantillon étant donné la présence dans leur formation à Tours de modules de cours traitant la question des inégalités sociales de santé et d'enseignants universitaires sensibilisés à cette question. De même, les internes de santé publique n'ont pas été démarchés.

Le recrutement de l'échantillon a été réalisé selon la méthode boule de neige (40) consistant à demander à des individus de niveaux de relation de premier degré avec le chercheur de recruter eux-mêmes des volontaires parmi leur relation de premier degré. Le contact se faisait ensuite par l'intermédiaire de la relation de premier degré avec le chercheur. Cette méthode a permis la prise de contact avec quinze internes, dont deux internes avec un niveau de relation de premier degré, sélectionnés pour la recherche du fait de leur expérience en tant que représentant des internes au sein du Syndicat des Internes de la Région Centre-Val de Loire. Au total, onze

entretiens ont pu être réalisés pour un objectif de treize initialement, chiffre moyen d'entretiens permettant d'atteindre la saturation des données de discours. Il s'est avéré en pratique qu'aucun élément nouveau de discours n'avait émergé lors du dernier entretien réalisé.

Déroulement et transcription des entretiens

Les entretiens ont duré entre 52 min pour le plus court et 1h31min pour les deux plus longs, la durée moyenne étant d'environ 1h12min. Tous les entretiens ont été intégralement enregistrés et retranscrits. Il n'a été retenu pour la transcription que les éléments de discours et de langage signifiants, ainsi que les rires éventuels, tous les autres éléments de communication verbale et non verbale (gestuelle, mimique, soupirs, intonation etc.) n'ont pas été codés, de même que la longueur des silences.

Choix et recueil des variables pour caractériser les participant(e)s

Afin de caractériser l'échantillon en termes d'hétérogénéité d'une part et d'autre part de caractériser individuellement les participants et le discours en fonction de certaines données de trajectoire biographique, un certain nombre de variables a été systématiquement recueillies au début et à la fin de chaque entretien. Le recueil de ces variables figure également dans l'enregistrement des entretiens. Les variables recueillies en début d'entretien étaient les suivantes : âge, sexe, spécialité, ancienneté en semestres, nombre de stages effectués au CHRU et nombre de stages effectués en périphérie, ville dans lequel le ou la participante a effectué son externat, le classement obtenu à l'Examen Classant National (ECN) et si le choix obtenu à l'issue des résultats de l'ECN pour la spécialité et ville d'internat correspondait au souhait durant l'externat.

Les variables plus personnelles ont été recueillies en fin d'entretien afin d'éviter le risque de mettre l'interrogé mal à l'aise. Elles étaient les suivantes : profession du père et de la mère, choix d'orientation de la carrière professionnelle vers un exercice dans une structure publique ou privée (incluant l'exercice libéral), le fait d'avoir participé à des actions de bénévolats dans des associations humanitaires ou d'aide sociale à un moment ou un autre de la trajectoire biographique, le fait d'avoir une sensibilité ou une opinion politique, et le fait d'avoir un

engagement militant pour une cause quelle qu'elle soit. Cette deuxième catégorie de variables visait à avoir une indication sur différents paramètres, autres que la formation des études de médecine, pouvant influencer le discours des participants sur la thématique. Le recueil de ces variables s'appuyait notamment sur les concepts sociologiques d'habitus et sur l'idée que les opinions, attitudes et expériences des individus sont notamment le fruit de différents processus de socialisation (primaire, secondaire) et visait à inclure l'habitus (41) dans l'influence qu'il pouvait avoir sur le discours émergent des participants. En effet, le tissu social (familial et amical) et les expériences ou sensibilité individuelles antérieures à l'étude pour certaines questions de société (actions de bénévolat, intérêt pour la politique...) pouvait contribuer à faire varier le discours, notamment dans l'abord de questions centrées dans la relation à l'autre, la prise de recul et l'opinion sur le système de santé ou encore la vision du métier de médecin.

Aspects règlementaires

La recherche a fait l'objet d'une déclaration sur le site internet de la CNIL (n°141-2020, voir Annexe n°3) ainsi que d'un avis favorable du Groupe d'Éthique Clinique du CHRU (voir Annexe n°2). Une lettre d'information spécifique à l'étude a été rédigée et adressée par mail à tous les participants volontaires. L'accord oral de chaque interrogé a été obtenu et enregistré en début d'entretien. Avant que ne démarre l'entretien, il a été systématiquement précisé pour chaque participant le droit d'arrêter l'enregistrement et l'entretien à n'importe quel moment ainsi que le droit d'opposition à distance à l'exploitation du discours et des variables recueillies sur simple demande auprès de l'investigatrice principale avec engagement du chercheur à détruire toutes les données concernant le ou la participante le cas échéant. La procédure d'anonymisation et la garantie d'anonymat était également précisée et explicitée avant de démarrer l'entretien. L'ensemble de ces informations ont été également enregistrées.

Du point de vue règlementaire CNIL, les variables recueillies étaient de deux types : directement identifiantes : nom, prénom, contact téléphonique et e-mail, voix enregistrée, et non directement identifiantes : âge, semestre d'internat, spécialité, ville d'externat, etc. Aussi la procédure d'anonymisation mise en place consistait en l'élaboration d'une table de correspondance entre les données directement identifiantes du ou de l'interrogé et un numéro

d'anonymisation de type IM + chiffre. Cette table est en seule possession du chercheur principal qui s'est engagée à sa destruction à l'issue de la recherche. Afin de garantir parfaitement l'anonymat des participants et étant donné la présence lors des entretiens d'éléments d'expérience rapportés jugés sensibles et pouvant éventuellement porter préjudice aux personnes, il a été décidé de ne fournir que des caractéristiques générales sur l'échantillon et de ne pas détailler volontairement certaines variables (telle que la spécialité).

RESULTATS

Étude des représentations sociales

Initialement, le projet de recherche se centrait autour du concept des représentations. Aujourd'hui, le terme représentation est très usité en santé publique et particulièrement dans les champs de la promotion et de la prévention en santé sans que l'on ait toujours l'explication précise sur ce que ce terme sous-tend. À l'occasion de l'enquête, l'étude bibliographique de ce concept a été réalisée. Selon les auteurs, la définition du concept de représentations sociales varie et ne recoupe pas les mêmes significations selon l'abord disciplinaire retenu, ou l'abord sous-disciplinaire ou encore selon les chercheurs au sein d'une même discipline : « *De plus, la réalité d'une représentation est telle que sa définition peut varier en fonction de la perspective adoptée par tel ou tel chercheur. On peut l'étudier lorsqu'elle émerge, dans ses fonctions de communication, dans sa structure ou dans ses liens avec les rapports sociaux, statutaires ou organisationnels* » (42). La polysémie de ce concept a donc rendu le champ d'étude plus complexe que prévu. Pour cette raison, la définition suivante de représentation a été retenue : « *C'est une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social. Également désignée comme « savoir de sens commun » ou encore « savoir naïf », « naturel », cette forme de connaissance est distinguée entre autres de la connaissance scientifique.* » (43) et c'est dans ce sens que sera employé le terme représentation.

En outre, il s'est avéré lors de l'étude du concept que pour aborder précisément la question des représentations, il était nécessaire de mettre en place des protocoles expérimentales adéquats et/ou de cibler les éléments de discours spécifiques révélant l'émergence de la représentation (42,43), ce qui décentrait l'analyse autour des inégalités. Même si cette étude demeure intéressante, il semblait que l'étude de l'expérience pouvait apporter dans un premier temps des éléments de réponses suffisants aux questions de recherche posées. C'est pour cette raison que sans être délaissé, le parti-pris pour la présentation des résultats a été d'employer le terme de représentation dans l'idée de la définition citée précédemment, notamment pour les thèmes ayant

émergés systématiquement ou fréquemment, sans rentrer dans le détail descriptif situationnel de la représentation (42).

Pour terminer sur la présentation des termes et concepts appartenant au champ de la sociologie et permettant d'appréhender les résultats, il paraît nécessaire de définir les termes d'opinion et d'attitude. Certains auteurs définissent les représentations comme prédestination à l'attitude et à l'action (ou encore le comportement) et source des opinions. Ainsi une opinion est « *un énoncé verbal dont la distribution statistique varie en fonction de facteurs divers et fluctuants.* ». L'attitude est pour sa part « *une position spécifique que l'individu occupe sur une dimension ou plusieurs [...] pour l'évaluation d'une entité sociale donnée, une disposition interne, latente et durable.* » (42)

Caractéristiques des interrogés

Les participants étaient âgés de 26 à 32 ans et comptaient six femmes et cinq hommes. La plupart des internes avait une ancienneté de six semestres, deux internes huit semestres et deux internes étaient en 10^{ème} semestre. Concernant les choix effectués à l'ECN, tous les individus avaient pu choisir la spécialité qu'ils désiraient à l'issue des résultats du concours sauf une. En revanche, cinq individus n'avaient pu choisir la ville de leur choix pour réaliser leur internat. Cinq participants avaient déjà effectué des actions caritatives ou des dons d'argent pour des causes humanitaires, deux participants s'intéressaient aux questions politiques et aucun d'entre eux n'avait eu une activité militante pour une cause quelle qu'elle soit. Le tableau 1 résume ces principales caractéristiques.

Tableau 1 : Caractéristiques de formation des interrogés

Age	Sexe	Spécialité	Ancienneté en semestre	Nombre de stages hors-CHU	Nombre de stages au CHU	Choix de la spécialité désirée pour l'ECN	Choix de la ville désirée pour l'ECN	Se destine plutôt à une carrière dans le secteur
27	H	Chirurgie maxillo-faciale	6	1	5	oui	oui	public
32	H	Médecine interne	10	3	7	oui	non	public
27	F	Radiologie	8	3	5	oui	oui	public
27	H	Ophtalmologie	6	4	2	oui	oui	privé / public - privé
28	F	Médecine d'urgence	6	4	2	oui	non	ne sait pas
29	F	Radiologie	10	5	5	oui	non	privé
26	H	Anesthésie-réanimation	6	2	4	oui	oui	public
28	F	Pédiatrie	6	3	3	oui	non	public / ne sait pas
27	F	ORL	6	2	4	non	non	privé
27	F	Médecine interne	6	3	3	oui	oui	public
30	H	Ophtalmologie	8	5	3	oui	oui	privé / les deux

REPRESENTATIONS ET EXPERIENCES : TYPOLOGIE DES INEGALITES DE SANTE SELON LES INTERNES

Au fur et à mesure de l'analyse du matériau, il s'est dégagé trois catégories d'inégalités : les inégalités entre les médecins, les inégalités liées au système de santé – et parfois plus généralement à l'organisation sociétale – et les inégalités entre les patients.

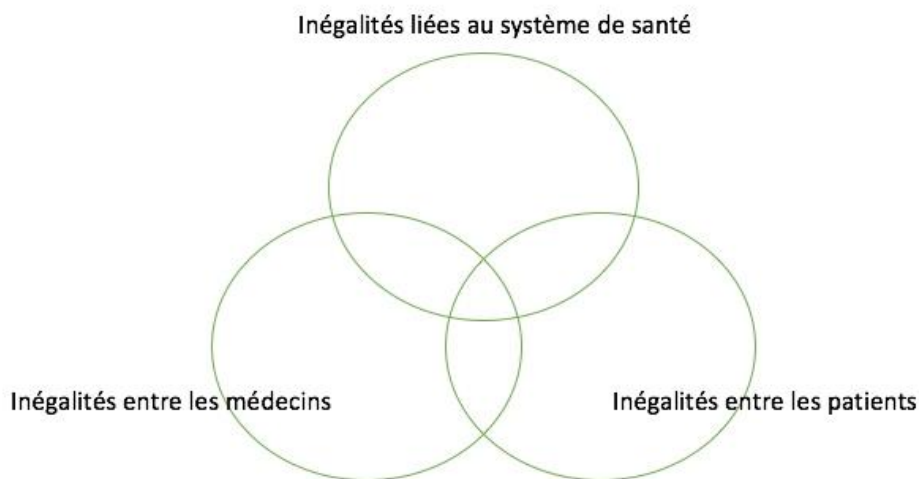


Figure 2 : Synthèse des catégories

Lors du processus de classement des thèmes (ou thématisation), certaines inégalités se situaient à la jonction de l'une ou plusieurs catégories principales ce qui rendait parfois la compréhension fine du phénomène difficile. Par exemple, concernant la barrière de la langue évoquée par de nombreux participants, la question se posait de savoir s'il était majoritairement question d'une inégalité relative au patient (parlant ou ne parlant pas français), ou bien une inégalité liée au médecin (effort fait pour se faire comprendre différents en fonction des individus, compétences en langues étrangères) ou encore une inégalité relative au système de santé (difficulté à avoir recours à un traducteur dans certains services hospitaliers, fonctionnement interne méconnu). De même, la question du temps consacré à prendre soin de sa santé pour les patients pouvait à la fois faire évoquer une inégalité entre les patients mais également une inégalité résultant de l'organisation sociétale (temps consacré au travail versus temps consacré à prendre soin de sa santé). La conclusion générale est synthétisée par la figure 2 : certaines inégalités appartiennent

à plusieurs catégories. Néanmoins, pour la présentation des résultats, il a été décidé, dans un souci de clarté, d'énoncer les thèmes sans présenter le détail des interactions entre les catégories d'inégalités décrites. Le tableau 2 synthétise l'ensemble des thèmes et sous-thèmes qui se sont dégagés lors de l'analyse.

Tableau 2a : Synthèse des représentations sur les inégalités de santé : inégalités entre les médecins

Catégories	Thèmes	Sous-thèmes
Inégalités entre les médecins	Formation	Motivation durant l'externat et expérience des stages Parcours et expériences vécues durant l'internat Connaissances théoriques pour l'exercice clinique Différence de formation selon les facultés Formation des médecins étrangers Formation continue et auto-formation
	Compétences	Compétences des médecins étrangers Connaissances théoriques pour l'exercice clinique Recul sur sa pratique clinique Personnalité du médecin Attitude envers les patients
	Rémunération	Médecins intérimaires Dépassement d'honoraires Exercice libéral à l'hôpital
	Représentations du soins	Prise en charge minimale des patients Sensibilité individuelle Dépendante de la spécialité
	Surspécialisation	Prise en charge technique
	Caractéristiques individuelles du médecin	Sexe du médecin Origine du médecin

Tableau 2b : Synthèse des représentations sur les inégalités de santé : inégalités liées au système de santé

Catégories	Thèmes	Sous-thèmes
Inégalités liées au système de santé	Répartitions des personnels médicaux et autres professions de santé	Délais d'accès aux soins Retards de prise en charge Temps et distance de trajet Adaptation de la prise en charge Attractivité du territoire sur le plan personnel
	Etablissement hospitaliers et accès aux services spécialisés	Attractivité sur le plan professionnel Centralisation des services spécialisés
	Organisations des soins continus	Charge de travail Moment d'arrivée du patient Gestion de la fatigue
	Hiérarchie	Position de l'interne Attitude des chefs
	Soins publiques et soins privés	Accès aux rendez-vous plus faciles Rupture de soins éventuelle Dépassements d'honoraires
	Temps	Organisation du travail dans les services Manque de personnel Temps de soins à géométrie variable

Tableau 2c : Synthèse des représentations sur les inégalités de santé : inégalités entre les patients

Catégories	Thèmes	Sous-thèmes
Inégalités entre les patients	Relation de soins différente liée à l'origine, à la culture ou à la religion des patients	Patients nécessitant une adaptation de la relation Typologie de patients Refus de soins potentiels
	Capacité pour un individu à appréhender son état de santé et la prise en charge	Catégories sociales et niveau d'éducation Intelligence et compréhension Besoins prioritaires du patient Projection sur le long terme Temps accordé par le patient pour sa santé
	Barrière de la langue	Difficulté dans la relation de soins et la prise en charge Solutions de débrouillage en autonomie Méconnaissance ou difficulté d'accès aux personnes ressources Examens complémentaires supplémentaires
	Aspects financiers et économiques	Croyance erronées du patient Soins non ou mal remboursés Rupture de soins
	Entourage des patients	Isolement et retard de prise en charge
	Présentations des patients	Patients revendicatifs "experts" Patients ayant une forte appréhension Patients étrangers Patients en état d'ébriété Patients sans domicile fixe Patients toxicomanes Patients ayant une pathologie psychiatrique

Inégalités entre les médecins

Contrairement à ce qui était attendu, un des points majeurs évoqués lors de la question des inégalités était celles existantes entre les médecins et qui émergeait généralement en début d'entretien.

IM5 « [...] on peut aussi parler des inégalités de formation sur l'autre versant, du côté plutôt des médecins [...] »

IM4 « Il y a aussi l'inégalité entre les médecins en termes de formation, de méthode de travail, ce qui fait qu'il y a aussi une inégalité à ce niveau-là, et je pense que tout le monde n'est pas soigné pareil [...] »

IM10 « Il y a des endroits, c'est un peu bête, des endroits un peu pommés qui ont déjà pas beaucoup de médecins et aussi pas forcément les médecins qui ont les meilleures connaissances [...] »

IM13 « [...] je pense que vraiment, y'a des très mauvais médecins et dans toutes les spécialités et que de toute façon c'est comme ça, comme dans n'importe quelle profession [...] »

Formation

Concernant la formation inégale des médecins, plusieurs sous-thèmes explicatifs ont été identifiés. Tout d'abord, il se dégagait une inégalité concernant la formation durant l'externat. La motivation et les choix individuels semblaient déterminants, notamment le fait de privilégier ou non certaines matières en fonction de la préparation à l'ECN, le fait d'aller ou non en cours, le fait de choisir des stages qui soient liés à la préparation du concours plutôt qu'à l'intérêt pour la spécialité. La rigueur de préparation du concours de l'ECN et l'acquisition des connaissances théoriques, semblait être pour certains participants, un des critères d'inégalité de la formation, puisque variable en majeure partie selon la motivation individuelle.

« E : Tu disais que la formation est hétérogène, comment tu expliques ça ?

IM4 : Ça dépend de chaque personne. Y'en a qui aiment des choses et qui ont envie de bosser certaines choses et d'autres qui ont moins envie de travailler d'autres matières par exemple, c'est personne-dépendante. »

La motivation à préparer le concours était liée à celle d'avoir un classement suffisant pour avoir le choix de la spécialité d'internat et de la ville de formation. Pour certains participants, ce point paraissait plus important que le choix des stages visant à découvrir des spécialités d'intérêt pour l'orientation professionnelle.

IM4 « J'ai fait un parcours orienté ECN où j'ai fait les spé importantes comme la cardio, la pneumo... Et surtout j'ai travaillé pour être bien classé à l'ECN et je me suis retrouvé en D4 à ne pas savoir ce que je voulais faire exactement comme je n'avais pas fait les stages qui m'intéressaient vraiment pour travailler plus tard. »

Un autre point de la formation concernait le parcours durant l'internat. La temporalité et l'acquisition d'expérience professionnelle semblaient inégales : un interne de premier semestre, dans le discours des interrogés, était moins compétent qu'un interne plus vieux, en particulier dans la gestion de situations relationnelles compliquées avec les patients. Cette prise de recul sur l'expérience acquise par rapport au début d'internat revenait fréquemment lors des relances portant sur la gestion de situations complexes (comme des attitudes de patients déstabilisantes) ce qui soulignait une différence de savoir-être chez un même individu au cours du temps.

IM4 « [...] ça s'appréhende bien avec le temps l'expérience. Ils sont plus facile à gérer maintenant en tout cas pour moi que au début de mon internat [...] »

IM15 « [...] en fait on te forme pas à réexpliquer le problème d'une autre manière réexpliquer toutes les conséquences et en fait quand t'es au début de ton internat, t'as du mal à aller dire aux gens mais en fait si vous faites pas ça vous allez mourir. Tu vois la phrase elle est horrible à dire et je sais que moi il y a dû y avoir deux ou trois patients où j'ai jamais osé leur dire ça alors que maintenant j'ai plus aucun soucis [...] »

Découlant directement de la question de la formation, les connaissances théoriques constituaient un autre sous-thème. Les connaissances nécessaires à l'exercice pouvaient tant concerner le fondement théorique de la spécialité dans son exercice quotidien pour la prise en charge des patients que la connaissance des autres spécialités et des pathologies de leur ressort - notamment dans l'optique d'une orientation correcte des patients à d'autres médecins. Il apparaissait que le manque de connaissance des autres spécialités médicales pouvait être source d'inégalités, notamment pour d'éventuels retards diagnostic ou de prise en charge.

IM4 « [...] y'a beaucoup de médecins généralistes qui connaissent pas la spécialité donc ils tâtonnent, il y a une errance médicale, ils ne savent pas trop à qui adresser, souvent y'a plusieurs spécialistes avant d'arriver chez nous alors que ceux qui savent qu'on existe, ils nous adressent directement les patients avec les bonnes indications on va dire. »

Un autre point concernant les connaissances théoriques s'apparentait plus à celles relevant de questions administratives appartenant à la prise en charge sociale ou au parcours de soins du patient. Cette question est fréquemment ressortie des entretiens, ainsi que celle des patients étrangers venant se faire soigner en France (connaissance des tarifications et des actes). Intrinsèquement liée à la prise en charge des patients en tant que prescription médicale et apparaissant comme vecteurs d'inégalité, la question du transport des patients s'est aussi révélée être une source d'incertitude pour les internes.

IM12 « [...] alors là clairement non on est pas assez formé. Clairement moi je connais pas. Voilà par exemple sur une pathologie chronique, tu peux faire des demandes anticipées de transport pris en charge même si c'est pas à 100% parce que tu peux justifier que le patient peut plus conduire. Il y a plein de choses où je savais pas que ça existait, on n'est pas forcément hyper formé la dessus [...] »

A également été évoqué la dispense de la formation en elle-même, différente selon les facultés. Ce point était souvent cité de façon générale et n'a pas été investigué de façon plus approfondie lors des entretiens.

IM5 « il y a des facultés où on va vraiment essayer de former ce qu'on est censé appeler le top de la médecine moderne avec des guillemets et d'autres où on va essayer de fabriquer entre guillemets des médecins de base et c'est une inégalité en soi je trouve »

La mise en balance de la formation en France et de la formation des médecins étrangers exerçant en France était également souvent évoquée, avec des jugements allant souvent dans le sens d'une formation de moins bonne qualité à l'étranger ou d'un manque d'équivalence de diplôme malgré l'exercice en tant que médecin.

*IM6 « [...] je vais te donner un exemple très concret là à ***, le système des urgences fonctionne sur des intérimaires. Y'a quasiment pas de titulaires donc en fait c'est des médecins qui pour la plupart sont FFI dont certains ne parlent pas un mot de français, très très mal le français, et dont les diplômes ne sont pas validés, en fait ils ont pas de diplôme de médecin [...] »*

IM10 « [...]des médecins formés par forcément en France et qui peuvent, on le voit un peu partout dans toute spécialité, avoir des fois des conséquences un peu dramatiques même s'il y en a je pense qui se débrouillent très bien. »

Enfin l'abord de la formation continue et l'auto-formation une fois en exercice était différente en fonction des individus et de leur motivation. Cela pouvait même entraîner des détournements potentiels du systèmes de formation continue.

IM5 « [...] la formation continue où les gens devaient valider sur des compte des formations : voilà cette année, j'ai assisté à tant de trucs donc je mets à jour mes connaissances. Fallait qu'ils se justifient de ça, mais globalement voilà pour justifier de ça il suffit par exemple d'aller à un congrès de venir, de dire bah ça comptait comme formation continue, de s'inscrire, de rentrer et de se barrer. Et ça comptait comme formation continue [...] »

Compétences

En prolongement de la formation, et intriquées à celle-ci, les compétences des médecins ont aussi été évoquées dans quasiment tous les entretiens. Un des points d'accroche pour l'émergence de ce thème était souvent l'évocation de médecins étrangers employés en qualité de remplaçants ou d'intérimaires, dont les compétences étaient quasi systématiquement spontanément jugées comme moins bonnes que celles des médecins français formés en France, découlant de la formation comme vu précédemment. Le discours était souvent cependant nuancé dans la suite de l'échange avec la volonté de ne pas faire de généralités et qu'il existait des médecins étrangers compétents.

De façon plus générale, les compétences pouvaient se structurer en plusieurs sous-thèmes telles que les connaissances théoriques mais également la capacité pour les médecins à se rendre compte eux-mêmes des prises en charges qui les dépassaient afin soit de réadapter la prise en charge et le traitement, soit de passer le relais à d'autres médecins spécialistes. En effet, l'absence de critique et de prise de recul sur sa propre pratique pouvait être source d'inégalité de prise en charge entre les patients (obstination pour une prise en charge défailante entraînant des retards diagnostiques ou des complications) au même titre que les connaissances théoriques.

IM10 « [...] les mauvais diagnostics c'est pas tellement le problème c'est plutôt la persistance dans l'échec sans se remettre en question qui est problématique le traitement du symptôme sans vraiment rechercher la cause et même des fois en ayant la cause pas avoir les bons traitements on va dire des fois ils insistent [...] »

Ceci a pu être expliqué par certains interrogés par le fait qu'exercer dans un milieu isolé où les patients n'avaient pas forcément le choix du médecin qu'ils consultaient, « protégeait » le médecin jugé « mauvais » d'être soumis à la concurrence de « meilleurs » médecins.

IM10 « [...]des médecins qui sont dans les endroits reculés parce que moins de retentissement pour eux, ça passe plus inaperçu le fait qu'ils soient moins compétents [...] »

D'autres explications englobaient des aspects relatifs à la personnalité tels que le manque de rigueur par exemple. Un autre sous-thème appartenant aux différences de compétences entre les médecins se structurait autour de l'attitude envers les patients et la relation de soins, et cette

compétence pouvait également selon certains participants se structurer autour de la personnalité du médecin.

IM8 « et puis un peu comme je le ressens aussi en fonction du besoin parce que c'est une sensibilité personnelle aussi je trouve parce que quelque part il ne tient qu'à toi de te dire est-ce que j'ai du temps à passer pour expliquer »

IM13 parlant de certains médecins « [...] je pense c'est plus sur leur tempérament à eux en fin de compte ils ont pas la capacité à prendre du recul et ils vont être un peu sanguins et mal réagir sans que ce soit lié au problème de fond mais plus sur la forme en fait où ils sont dans leur relation avec le patient avec les familles pas forcément très adaptés pour moi [...] »

Ce sous-thème peut notamment être relié aux sous-thèmes « Visions du soins » et « Surspécialisation » développés plus bas.

Rémunération

L'inégalité de salaire entre les médecins a été évoquée dans un entretien lorsqu'était évoquée la rémunération différente des gardes entre médecins titulaires et les médecins intérimaires.

IM6 : « un chef doit être payé 200euros, 260 euros la garde je crois par exemple un médecin de l'hôpital qui vient faire une garde aux urgences, en tant que médecin non urgentiste, les intérimaires sont payés 1100 euros. Ça c'est une inégalité aussi »

Étant donné le défaut fréquent de médecins pour assurer les gardes dans certains établissements de périphérie, cette différence de salaire pouvait éventuellement être vecteur d'inégalité dans la mesure où les médecins intérimaires, jugés moins compétents et néanmoins mieux payés, pouvait freiner la motivation de médecins hospitaliers à se porter volontaires pour assurer des gardes en plus de leur travail dans les services.

Elle a également été évoquée indirectement par la question des dépassements d'honoraires très fréquents dans l'exercice de certaines spécialités libérales mais également à l'hôpital, par l'attribution à certains médecins de plages de consultations privées dans le but, notamment d'offrir une rémunération attractive à des spécialités qui seraient plus rémunératrices par un exercice libéral. Il est à noter que cette pratique ne concerne d'ailleurs pas toutes les spécialistes exerçant à l'hôpital public.

IM12 « [...] c'est quand même une spécialité où t'as l'immense majorité des praticiens qui sont en dépassement honoraire, ça doit être 90% maintenant t'as plus personne qui s'installe secteur 1 globalement [...] »

IM7 parlant des médecins séniors d'un service hospitalier de la région « [...] ils font à la fois du public et du libéral, et plus ils font de consultations publiques, plus ils peuvent faire de consultations libérales je crois. [...] je pense que s'il y avait pas ça, tout le monde se barrerait peut-être en libéral. »

Représentations du soin et prise en charge globale des patients

La vision du soin et de la prise en charge des patients pouvait également être source d'inégalité. L'investissement du praticien dans les soins accordés aux patients pouvait aussi bien s'arrêter à l'aspect purement médical du motif de consultation ou d'hospitalisation que recouvrer une prise en charge plus globale en y associant des conseils sur les démarches pour le parcours de soins telle que la recherche d'un médecin traitant ou encore favoriser l'accès à des services de soins saturés – notamment en pédiatrie pour les Centres Médico-Psychologiques par exemple.

IM8 « [...] t'as toujours des praticiens qui vont s'occuper un peu plus du contexte global d'un patient ou alors des praticiens qui diront bah ma spécialité c'est ça je règle ce problème là et le reste c'est le médecin traitant ou d'autres structures et qui délègue sans forcément s'assurer que ce soit fait [...] »

La prise en charge médicale pouvait donc s'avérer plus ou moins complète selon que les praticiens estiment qu'elle relève soit de leur spécialité ou du lieu de consultation. Par exemple,

les prises en charge aux urgences peuvent se limiter uniquement au motif de consultation principal ou englober une vérification plus poussée de l'état de santé du patient selon les médecins avec une attention et une vérification sur des sujets annexes telles que la vaccination ou l'investigation plus poussée d'une anomalie biologique.

IM6 « [...] un jeune de 16 ans qu'était arrivé en France depuis 3 mois [...] qui me fait poser la question d'une tuberculose ou d'un VIH sous-jacent et en fait on m'a dit aux urgences non ici c'est pas l'endroit, fais le rentrer il va bien. Et ça, ça me pose problème parce qu'en fait je sais que ce gamin, il reviendra pas. Enfin il a pas les conditions sociales et l'entourage qui fait que il va pouvoir revenir régulièrement aux urgences tu vois ce que je veux dire. Ça c'est des inégalités qui me posent problème parce que c'est rien une sérologie en fait. Mais c'est pas dans les mœurs de tout le monde [...] »

Dans les explications données par les participants, cette disposition pouvait relever d'une représentation du métier de médecin en tant que prérequis à l'attitude et au comportement ou d'une sensibilité individuelle. Une autre explication avancée était la surspécialisation, vecteur d'un médecin aux compétences très techniques et cloisonnées à son champ d'expertise et peu tourné vers l'aspect global de l'individu consultant.

Surspécialisation

La surspécialisation semble ainsi aussi être source d'inégalité entre les médecins, dans la prise en compte de l'aspect global du patient, mais aussi dans les réponses apportées aux problématiques. En termes de compétences, les médecins spécialistes et surspécialistes auront des connaissances beaucoup plus poussées que certains de leurs confrères. Cela peut amener à leur conférer une fonction de médecin « technicien » et cette complexité des connaissances complexifie également le soin.

IM4 « [...] le dentiste sait pas, l'envoie à un stomato, le stomato sait pas, le renvoie du coup au CHU, alors que si on savait qu'on faisait ça au CHU, boum, il serait

venu directement. Après c'est de la surspécialisation aussi donc c'est compliqué, mais [...] »

IM8 « [...] des praticiens qui sont très techniciens, pointus, qui aiment répondre à une question précise, être dans leur surspécialité, qui sont brillants là -dedans à qui ont fait appel pour ces questions précises [...] »

Considération accordée par les patients liée au sexe ou à l'origine

Cet aspect est apparu dans plusieurs entretiens, qu'il s'agisse du sexe ou de l'origine du médecin, la considération, la confiance dans la relation, voire l'acceptation des soins, certains patients pouvaient avoir des attitudes discriminatoires envers les médecins

IM8 « [...] j'avais un ami black, il m'a toujours dit que qu'il y avait des vieux du fin fond de la campagne qui refusaient qu'il les examine parce qu'il était black [...] »

IM6 « [...] je suis une femme donc en fait j'ai jamais eu trop de problème en générale je demande toujours au mari gentiment de sortir [...] »

IM15 « [...]c'était un soir aux urgences, où y'avait que des femmes que ce soit les externes, les internes, ou les séniors, que des femmes. Et donc on est allé le voir en lui expliquant que ce soir on pouvait pas lui apporter un docteur homme et que vu qu'il était en France et qu'en France la santé elle est laïque entre guillemets s'il voulait être vu par un médecin il fallait que ce soit une femme et il a refusé il est parti [...] »

Inégalités liées au système de santé

Répartition des médecins et professions de santé

La répartition territoriale des médecins a été évoquée quasi systématiquement par tous les participants de façon spontanée à la première question du guide d'entretien. Les conséquences pratiques évoquées étaient surtout de l'ordre d'une temporalité allongée dans l'accès aux soins sur plusieurs plans. Par exemple, l'accès à un médecin était rendu plus compliqué par des délais de rendez-vous plus longs impliquant potentiellement des retards de prises en charge pour les patients, mais également le déplacement des patients sur de grandes distances pour avoir accès à un service d'urgences spécialisées, ou pour être suivis au CHU hors contexte d'urgences. Cette problématique du déplacement était d'ailleurs parfois l'objet d'adaptation de prise en charge :

IM4 « [...] rien que pour le suivi des patients y'en a qui ont dit non j'ai pas envie de revenir trop souvent, je préfère que vous m'appeliez ou que je revienne s'il y a un problème. Ça, ça, arrive par contre régulièrement parce qu'ils trouvent que c'est trop loin.

E : Et comment tu adaptes ta prise en charge sur ce genre de situations ?

IM4 : bah par exemple je les rappelles à deux trois semaines pour savoir si ça va. Et quand je les vois je leur montre bien le numéro de téléphone à rappeler en cas de soucis et ce qu'ils font pour la plupart ont rappelé quand y'avait un problème. »

L'inégalité de répartition territoriale évoquait également, moins souvent, les autres professions de santé, notamment pour les consultations ou services de santé à domicile.

IM6 « [...] mais les organismes d'aides à domicile, les infirmières d'aide à domicile, les kinés dont on arrive plus à avoir les services à domicile ça devient très compliqué et ça, ça dépend vraiment des régions, ça dépend vraiment des départements. Mais l'inégalité oui elle n'est pas qu'en terme médical oui, elle est dans tout le soin. »

IM5 « [...]je ne peux pas avoir d'infirmière à domicile parce que y'a plus d'infirmière donc c'est fini on ne peut pas lui donner son traitement parce que personne ne se déplace là-bas[...] »

Les raisons avancées pour expliquer le manque de médecin dans certains endroits étaient le plus souvent lié à des motifs d'ordre personnels et/ou des facteurs d'attractivité comme la proximité des services publics, le réseau de transport, des aspects de vie sociales citadins...

IM9 « [...] là je vais parler de moi par exemple pourquoi je n'irai pas, c'est parce que j'ai un conjoint qui a du boulot que à Tours, ce qu'il fait ça n'existe pas ailleurs. Et après moi je n'ai pas envie, dans une petite ville comme ça excentrée, ça m'attire pas du tout [...] en plus pendant l'internat, tu t'installes vraiment dans une ville, c'est assez long, donc en 5ans tu as le temps de t'installer, d'acheter par exemple, tu as des amis, ta famille pas loin. Pourquoi à la fin alors que tu as fait 5 ans même si t'as fait 6 mois par-ci, 6 mois par-là, partir après 30 ans quand tu commences à faire ta vie [...] »

IM13 « [...] ils veulent s'installer dans des endroits où il va y avoir des commerces à proximité, l'école jusqu'au lycée pour les enfants très proche, des transports très faciles, la proximité des grandes villes voilà pour avoir accès après pouvoir voyager facilement, pouvoir se déplacer facilement, des gens qui ont besoin d'une présence sociale importante [...] »

Établissements hospitaliers et accès aux services spécialisés

Concernant l'organisation du système de santé, il est apparu l'existence d'une inégalité entre les établissements hospitaliers du fait même de leur organisation. En effet, les « gros centres » étaient dotés de services de médecines spécialisés voire surspécialisés – notamment en relation avec la présence de plus nombreux médecins – tandis que les établissements de périphérie ont souvent des services où les médecins ont une pratique plus généraliste. Certaines prises en

charges devaient nécessairement être réadressées aux plus grands centres tant pour la présence de médecins spécialisés que celle d'un plateau technique approprié.

Ainsi la « taille » des établissements était source d'inégalité selon les internes, d'une part par un retentissement éventuel sur les patients et d'autre part par l'attractivité générée auprès des futurs médecins

IM 9 parlant des désirs d'installation des médecins spécialistes « [...] je pense qu'ils préfèrent avoir un service où y'a par exemple de la recherche, où y'a plusieurs IRM, dans un truc dédié avec des staffs, des choses, des collègues, un recrutement aussi voilà pour avoir les cas rares et intéressants [...] »

Organisation des soins continus

L'organisation des soins continus a par ailleurs aussi été évoquée comme source d'inégalités de santé. Le système basé sur les gardes de vingt-quatre heures était vecteur d'inégalité dans la mesure où sur un temps de travail aussi étendu, la fatigue et la concentration des soignants décroît. Ainsi un patient qui arrivait au début d'une garde serait sans doute mieux pris en charge qu'un patient consultant plus tardivement sur la même garde du même médecin. De la même façon, le nombre de patients vus sur une garde – aléatoire en fonction des jours – pouvait également influencer sur la prise en charge : le premier patient vu par l'interne sera sans doute mieux pris en charge que le trentième ou quarantième patient sur la même période de travail. Le terme surcharge de travail était par ailleurs fréquemment employé.

IM6 « [...] Quand tu es aux urgences, quand y'en a 5 en attente ou quand y'en a 45, je pense que la prise en charge est inégale entre le premier et le dernier même si en soit ça ne devrait pas. Je pense que la surcharge de travail peut être une des causes d'inégalité de soins. »

Hiérarchie à l'hôpital

L'existence d'une hiérarchie hospitalière était ressentie de façon assez forte par certains participants. Ce thème pouvait être évoqué de façon assez général, mais également refléter un sentiment de frustration quant à certaines situations que l'interne aurait aimé gérer à sa propre manière ou alors un jugement relatif à l'attitude de certains chefs. Ce point semble important à évoquer, étant donné l'importance au cours de l'internat de la formation par les pairs. On pouvait en effet sentir chez certains internes un défaut de confiance ou d'estime dans la façon de faire de leurs encadrants.

IM13 « [...] on le voit, il y a des chefs, ils ont beau être très expérimentés pour certaines choses, des années et des années, et pour autant, des situations comme ça gérer insuffisamment en tout cas pas comme moi je l'estime correctement. »

IM7 « [...] dans le système de la santé, au niveau du statut de chaque petits pions, quand tu es externe, tu n'es vraiment pas reconnu, quand tu es interne, tu n'es pas trop reconnu non plus, et puis par contre le professeur, il a le droit de pas avoir de DECT, d'être jamais là, de pas venir faire sa visite. L'interne par contre, il faut toujours être irréprochable [...]. »

Soins publics et soins privés

Contrairement à un présupposé attendu, l'évocation de la différence entre l'hôpital public et l'hôpital privé n'a pas été très fréquente, et le cas échéant dans des aspects très généraux ou alors dans des aspects pratiques matériels ou de ressources. Un exemple précis est apparu dans le fait que les examens sont parfois plus rapides à obtenir dans les établissements privés, ce qui peut être source d'inégalité entre les patients pour la question du reste à charge. En outre, le déplacement du patient dans un autre établissement pour avoir ses examens n'était pas toujours envisageable. Cela pouvait d'ailleurs entraîner le ressenti d'une forme de responsabilité devant l'incertitude de la bonne suite de la prise en charge et la rupture de soins éventuelle.

IM6 « [...] des patients qui vont pas vouloir y aller parce ça coute cher enfin, ça coute cher, il va rester une charge à payer ou il va falloir se déplacer dans un autre

endroit et ça les patients, ils le font pas toujours quand on organise des examens dans des centres privés. Donc on est un peu indirectement responsable d'examens qu'ils ne vont pas avoir. Alors que bon, on ne l'aurait pas eu non plus en public. »

Un autre sous-thème, à la croisée des inégalités entre les médecins et les patients, a été celui des dépassements d'honoraires, plutôt abordé par des internes de spécialités chirurgicales. Abordé dans cette catégorie, il apparaissait comme un élément du système problématique qui entraînait une inégalité entre les patients : ceux qui pouvaient payer et ceux qui ne pouvaient pas.

Temps

Outre les aspects individuels évoqués dans la partie précédente, il a semblé dans plusieurs entretiens que la notion de temps était également en partie déterminée par l'organisation du travail et du système hospitalier. Elle pointait entre autre un nombre insuffisant de médecins dans les services. Lorsqu'elle était abordée, cette notion de temps l'était toujours selon la même forme, c'est-à-dire du temps accordé à chaque patient dans la prise en charge.

IM6 « je pense qu'en fait on est dans un système où on doit voir beaucoup de monde en peu de temps avec des moyens qui sont limités et que on est pas beaucoup de médecins »

IM6 « il faudrait qu'on soit plus, parce qu'en fait si on était plus tout bêtement on répartirait notre charge de travail donc on aurait matériellement plus le temps d'accorder au patient »

Inégalités entre les patients

Capacité pour un individu à comprendre son état de santé et la prise en charge

Ce qui a marqué, dans l'étude des représentations des internes sur les inégalités entre les patients, a été l'importance de la compréhension des personnes de leur état de santé. Les participants avaient parfois tendance à rattacher cette compréhension à l'intelligence ou au niveau de réflexion de la personne. Le niveau d'étude par exemple, était rarement évoqué spontanément, alors qu'il est un facteur important d'une bonne littératie en santé. En outre, la capacité pour le patient à se projeter sur le long terme et anticiper la survenue d'éventuelles complications était aussi un sous-thème fréquemment cité. Il est arrivé lorsque cette idée était émise que l'explication donnée par l'interrogé soit liée aux conditions d'existence : les individus moins favorisés économiquement et socialement devaient d'abord penser à subvenir à leur besoin à court terme qu'à une prise en charge longue.

IM10 : « [...] mais enfin voilà y'en a qui réfléchissent, c'est un peu pour tout, ça concerne pas que leur état de santé quoi, y'en a qui réfléchissent un peu pour tout, je pense que c'est un peu les mêmes personne [...] c'est un court terme versus réfléchit un peu plus loin et voilà quoi je sais pas, c'est socio-éducatif je sais pas je pense pas que ça concerne que leur santé ça doit concerner tout le reste quoi [...] »

Ainsi, le temps accordé par les patients pour se préoccuper de leur santé est aussi apparu comme vecteur d'inégalité pour les internes. Cela pouvait venir soit du milieu professionnel du patient qui lui permettait de dégager facilement du temps pour des rendez-vous de consultations ou non, soit de l'importance accordée à la santé par rapport à d'autres préoccupations de la vie quotidienne.

IM14 « le temps peut-être, certaines personnes ont moins le temps de s'en préoccuper [...] »

IM12 « [...] y'a peut-être des personnes qui ont la main sur leur emploi du temps quand ils travaillent, ils peuvent poser des journées facilement et c'est plus simple

pour consulter je pense pour eux que pour quelqu'un qui a des heures fixées avec une certaine rigidité je pense ça, ça joue pas mal aussi[...] »

IM6 parlant d'une patiente précaire « [...] parce qu'en fait sa seule préoccupation c'est ses enfants, c'est pas sa maladie donc ça tu peux pas faire entendre à quelqu'un, enfin c'est un motif qui vient très souvent, le « j'ai pas le temps » chez ces personnes[...] »

Aspects financiers et économiques

L'aspect économique est apparu comme un frein à l'accès aux soins dans le discours de tous les interrogés via leur expérience de patients qui énonçaient la question du coût des soins. Ce frein pouvait soit être général, lié à la propre représentation du patient et son anticipation d'éventuelles prises en charge onéreuses. Il pouvait également être évoqué lors de l'organisation de la suite de la prise en charge dans des établissements privés pour lesquels certains patients n'avaient pas les moyens de payer le reste à charge. Ce frein pouvait également émerger sur dans le discours des internes au sujet de certains types de soins ou de prises en charge non ou mal remboursés (exemple des soins dentaires ou prothèses auditives).

Isolement social

L'isolement des patients pouvait également constituer un frein à l'accès aux soins dans leur motivation en prendre en charge leur santé moindre voire absente dans le cas où ils n'avaient pas une personne pour pointer un problème de santé (notamment observable physiquement dans les exemples donnés par les internes) et les inciter à avoir recours à un médecin.

IM9 parlant de diagnostics tardifs de cancer du sein « [...] et elles disent « oh ben j'ai vu ça hier », ça fait des fois peut-être plus de 5 ans et quand on leur explique que c'est assez avancé, elles disent : « ah ben vraiment je me suis pas du tout rendu compte », je crois qu'elles ne voulaient pas le voir et donc elles l'ont occulté jusqu'au jour où je pense c'est trop douloureux et donc elles consultent mais pour le coup c'est des femmes qui sont souvent seules et donc personne pour leur dire « c'est étrange ce qui t'arrive » [...] »

Barrière de la langue

La barrière de la langue a été évoquée de façon quasiment systématique par les interrogés. Ce thème pourrait également relever d'inégalités liées au système de santé étant donné la mention souvent parallèle de difficulté d'accès aux ressources humaines permettant de s'adapter à la situation d'un patient seul ne parlant pas français, notamment lors d'une garde.

IM15 «[...] alors soit t'as de la chance et il parle anglais, soit on recherche dans tout le personnel soignant autour de nous quelqu'un qui parle, on se débrouille parce que souvent les langues qu'on ne sait pas parler c'est l'arabe et on trouve des gens qui parlent à peu près le même arabe et on peut arriver à se comprendre. Sinon j'ai déjà fait un entretien avec une dame qui était de Mongolie, mais alors va trouver quelqu'un qui parle mongol dans l'hôpital à trois heures du mat [...]]»

L'attitude était en général celle de « faire au mieux » tout en ayant conscience que la prise en charge de ces patients pouvait être moins optimale. Les recours évoqués lorsqu'un patient ne parlait pas la même langue étaient les suivants :

- Débrouillage en anglais suivant le niveau de l'interne
- Utilisation d'application de traduction instantanée
- Recours à une personne proche du patient pour faire la traduction – présentiel ou téléphone
- Utilisation des compétences d'autres personnels hospitaliers, qui semble plus ou moins facile dans les faits et inconnus en début d'internat pour certains
- Recours à un interprète, semble également difficile et impossible sur certaines périodes de travail comme la nuit
- Prescription d'examens complémentaires supplémentaires / superflus

IM6 « Chez d'autres, on va en faire un peu à tort, ne sachant pas pourquoi la personne est là, alors on va faire un scan, on va faire une écho parce qu'on ne comprend pas. Alors que chez des personnes avec qui on a un entretien plus fin et on va se passer de certaines choses parce qu'on sait bien exactement où orienter notre diagnostic. »

Relation de soins différente liée à l'origine, à la culture ou la religion des patients

L'adaptations des soins et des prises en charge pour raison culturelle se centrait principalement autour des prises en charge gynécologiques pour lesquelles certaines femmes refusaient de se faire examiner par un médecin homme ou avaient des réticences pour l'examen en lui-même.

IM9 « [...] c'était plus qu'elle avait pas du tout d'expérience médicale, qu'elle avait jamais consulté un médecin, qu'elle venait d'arriver et que je pense que oui c'est vrai, quand on a jamais eu d'éducation sur l'examen gynécologique, ce que c'est un speculum... Peut-être que si elle avait parlé la même langue elle aurait quand même pas accepté vu que c'était totalement nouveau, elle ne s'attendait pas du tout à ça je pense en venant aux urgences donc non je suis pas sûre que ce soit que la langue c'est aussi oui voilà la connaissance du médical à laquelle elle n'avait pas accès dans son pays [...] »

Il a néanmoins été difficile de démêler dans ces situations, la question de l'origine culturelle, de la religion, ou d'un manque de connaissance des soins médicaux. L'examen pouvait également se dérouler d'une façon particulière, avec la présence d'un tiers lors de l'examen en la personne du mari ou d'un homme de la famille. De même, la relation au corps semblait plus compliquée pour certaines patientes désignées comme étant de religion musulmane. Les internes n'ont pas décrit de refus de prise en charge dans ces contextes qui semblent la plupart du temps se dérouler sans refus de soins catégorique du moins au regard de leur expérience personnelle. Il semble donc exister dans leur représentations, des typologies de patients auxquels ils doivent s'adapter dans la relation de soins, dont ce premier type qui revu très fréquemment parmi les participants.

IM13 « dans le sens inégalités de santé où c'est en fonction de certaines religions, c'est plus compliqué de s'adapter en fin de compte »

IM13 « ça m'est jamais arrivé encore de trouver des situations où les personnes insistent au point où ça devient très compliqué mais j'ai déjà entendu parlé voilà de situations extrêmement complexes où ils refusaient »

L'exemple des témoins de Jéhovah et de l'adaptation de la prise en charge liée notamment au refus de la transfusion était aussi très souvent évoqué lorsque la question des situations plus compliquées à gérer en raison d'origine culturelle ou religieuse était posée.

Présentations des patients

En prolongement, la présentation des patients s'est révélée pouvoir influencer la relation de soins voire parfois les prises en charge. Ces attitudes ou apparences des patients pouvaient déstabiliser l'interne, plutôt à son début d'exercice et nécessitaient systématiquement une adaptation de sa posture. Ces présentations diffèrent légèrement des adaptations pour raisons culturelles ou religieuses dans la mesure où elles semblaient également véhiculer une attitude moins bienveillante, notamment dans la description d'attitudes d'autres médecins ou soignants comme posture plus générale. L'évocation de la façon dont se présentaient certains patients était en outre généralement faite à l'occasion des relances portant sur les difficultés éventuelles rencontrées lors de certaines prises en charge. De là, s'est développée une typologie de patients pour lesquels les relations de soins semblent différentes.

Les patients se présentant avec beaucoup de connaissances, par exemple en ayant fait des recherches sur leur pathologie ou leurs symptômes en amont de la consultation et étant dans une forme revendication du soin ou de la prise en charge

IM4 « [...] qui parlent beaucoup, qui sont allés regarder sur internet, qui viennent et qui connaissent parfaitement ce qu'on devrait faire et qui nous demandent par exemple un type d'intervention particulier, en fait ils posent l'indication de l'intervention [...] si on veut faire différemment c'est plus compliqué de les convaincre [...] »

Les patients ayant une forte appréhension (plus que la plupart) et nécessitant une réassurance importante mobilisaient aussi davantage les compétences relationnelles.

IM4 « [...] y'a ceux qui ont beaucoup d'appréhension qui sont très stressés qui sont compliqués. »

Les patients immigrés pouvaient dans le discours être pris en charge différemment et parfois amener à une attitude de lassitude de la part de certains soignants ou un investissement moindre dans la relation de soin.

IM6 « [...] je pense qu'il y a des personnes qui sont prises en charge de façon différente que d'autres notamment la population immigrée [...] »

IM8 « [...]mais on a cette fâcheuse tendance je trouve avec les patients étrangers à se dire ils parlent pas français tant pis pour eux quoi [...] »

Les patients alcoolisés consultant aux urgences dont les plaintes peuvent être moins comprises ou moins investiguées. Ces patients pouvaient aussi être vus moins rapidement ou après d'autres patients arrivés après eux.

IM6 « [...] par exemple j'avais l'arrière-pensée des gens qui viennent très alcoolisés. Peut-être que parfois on passe à côté de problèmes médicaux sans forcément passer à côté d'une gravité, mais qu'on est peut-être plus négligent parce qu'en face on a un patient agressif, on est fatigué et qu'en fait c'est plus le moment moralement de faire des efforts[...] »

De la même façon, les patients sans domicile fixe et les patients toxicomanes pouvaient aussi être l'objet de ce genre d'attitude.

IM15 « moi je suis agacée quand j'ai des collègues qui disent oh non y'a encore un sdf c'est chiant machin »

IM6 « le patient toxico où c'est son dixième passage en un mois pour des médicaments, inconsciemment s'il revient on va se dire qu'il revient pour la même

chose que la dernière tu vois ce que je veux dire on va se mettre dans le schéma bon c'est encore comme d'habitude et ça je pense qu'on peut se tromper en fait. »

Les patients souffrant de pathologies psychiatriques prises en charge au long court pouvaient aussi faire l'objet d'une certaine forme d'inégalité dans les soins. Les plaintes étaient en effet décrites comme plus vagues et plus difficiles à prendre en charge, et la lassitude ou le relâchement diagnostique semblaient plus fréquents chez ces patients.

IM6 « [...] mais y'a aussi nous où parfois on se met dans le schéma en se disant bon j'y arrive pas voilà de toute façon il est suivi en psychiatrie, on va peut-être être un peu plus laxiste je pense »

IM15 « [...] je dirais là les patients psy pour moi y'a une inégalité de santé, tu le vois bien ils sont pas traités pareil en fait, quand ils viennent pour quelque douleur et tout on va dire « pfff c'est un patient psy c'est juste pour ça qu'il a mal » et en fait tu te rends compte qu'on passe à côté de trucs monstrueux [...] »

Certaines expériences relatées autour de ces types de patients (immigrés, alcoolisés, SDF, toxicomanes et patients de psychiatrie) montraient donc la présence d'attitudes discriminatoires.

EXPERIENCE ET OPINION SUR LA FORMATION AUX INEGALITES DE SANTE

Lors de l'entretien, la totalité des participants se trouvaient d'abord décontenancés par la première question du guide, raison pour laquelle les entretiens ont tous eu une durée relativement longue afin de permettre aux participants d'élaborer leur réflexion, se remémorer des situations vécues et les confronter au concept. Ce temps d'élaboration autour de leur expérience devait mener à l'émergence de la réalité de ce que représentait le phénomène pour eux. Ainsi, entrant en résonnance avec la première question du guide, la deuxième partie de l'entretien permettait de mesurer l'existence de représentations antérieures issues notamment d'une formation universitaire.

Existence d'une réflexion antérieure à l'entretien sur les inégalités de santé

Concernant l'existence d'une réflexion antérieure à l'entretien sur les inégalités de santé, la majorité des participants ont répondu positivement. Pour ceux-là, la réflexion était en général centrée autour du ou des premiers types d'inégalités qu'ils avaient abordés en début d'entretien : formation des médecins inégale, soins mal remboursés entraînant un refus de soin de la part des patients et principalement accès aux soins et perte de chance concernant le fait de vivre ou non à proximité d'un grand centre et/ou dans une zone sous-dotée en médecins.

IM9 « Oui je me suis déjà dit que plus t'habitais loin d'un gros centre, plus t'avais de risque d'erreur diagnostic ou de retard, ça je me l'étais déjà dit oui [...] »

IM12 « Oh bah oui un petit peu mais pas beaucoup. Enfin j'avais bien conscience qu'il y a un problème pour les délais, que ça pose des problèmes aux gens, c'est sûr ça fait des années que c'est comme ça. »

IM7 « Bah oui parce que ce que je te disais toute à l'heure, l'accès aux soins par rapport aux moyens, moi ça m'est déjà arrivé personnellement pour un rendez-vous

d'ophtalmo où je ne pouvais pas être vue sans dépassement ou alors c'était un an et demi après [...] »

Certains n'y avaient en revanche pas réfléchi auparavant, même si cette première réponse spontanée était souvent nuancée par la surprise d'avoir eu « des choses à dire » durant l'entretien. Ces participants mentionnaient notamment leur anticipation lorsqu'ils avaient été contacté pour l'étude en apprenant le sujet et se demandaient à quel point ils allaient pouvoir discourir sur la question, évoquant la non-maîtrise du sujet.

IM13 « Non très peu au final, même quand j'avais eu le message pour l'entretien, même si ça vient rapidement au final, c'est quand même que je dois y réfléchir de temps en temps [...] »

L'ensemble des participants constataient manquer de connaissances théoriques sur la question et pour ceux ayant déjà réfléchi aux inégalités, il s'agissait pour eux systématiquement de mettre en relation leur expérience professionnelle et/ou personnelle. Plusieurs participants ont ainsi évoqué leur méconnaissances de chiffres / de statistiques sur la question permettant d'asseoir leur propos. Certains ont également déclaré ne pas s'y intéresser suffisamment, en évoquant par exemple le fait de ne pas avoir lu d'articles scientifiques sur la question. Ainsi, une forme de passivité, malgré une conscience du phénomène, semblait se dégager chez certains internes, que l'on peut mettre en parallèle avec les difficultés inhérentes au rôle d'interne constatés chez la plupart des interrogés.

IM15 « J'y réfléchis au moment où je suis face à des patients où on pourrait dire que c'est une inégalité de santé, après c'est pas un sujet qui me trotte dans la tête tout le temps tu vois mais c'est vrai que par moment, il y a des trucs qui m'agacent et je trouve ça injuste et le problème c'est que c'est souvent en plein milieu d'une garde et le lendemain, t'es tellement fatigué que tu oublies et que tu vas pas aller chercher comment on pourrait faire pour que ce soit mieux »

IM7 « [...] en fait ce serait bien de pouvoir se rendre compte parce que moi c'est que des hypothèses ce que je dis, des trucs que moi je vois par rapport à mon expérience mais finalement j'ai aucun chiffre quoi, moi je te dis juste ce que j'ai vu, ce que je vois par rapport à mon expérience[...] »

Formation théorique reçue sur les inégalités de santé

La quasi-totalité des enquêtés ne se souvenait pas avoir reçu des cours théoriques abordant la question des inégalités de santé. Seuls deux individus se souvenaient avoir eu des enseignements spécifiques sur ce sujet. Pour les autres, la question leur paraissait peut-être avoir été abordée lors de cours de santé publique plus généraux au cours du premier cycle ou au début du deuxième cycle d'études médicales. Certains ont également affirmé ne pas en avoir reçu du tout. Néanmoins, la réponse à cette question est à mettre en parallèle avec le fait que les enseignements dispensés lors de la formation médicale pouvaient être, au moment de leurs études, faculté dépendants et que les internes interrogés provenaient d'universités différentes. Aucun interne n'avait reçu de formation aux inégalités de santé pour l'Examen Classant National ou au cours du troisième cycle.

IM14 « Interne non, c'est sûr, externe je ne m'en rappelle pas. »

IM10 « Non, enfin au niveau internat non, externat, si on doit avoir quelques cours de santé publique, j'avoue en avoir oublié quelques un. »

IM6 « Non. Non, peut-être à l'externat, à l'occasion de cours de santé publique, mais non, c'est pas quelque chose auquel j'ai été sensibilisé, ça c'est clair. »

Opinion sur une formation aux inégalités de santé

Concernant la formation aux inégalités, la question était formulée de cette façon : « Est-ce que c'est un sujet qui devrait selon toi être plus abordé au cours de la formation médicale et si oui à quel moment ? ». La très grande majorité des participants a répondu par l'affirmative, certains évoquant spontanément le rôle du médecin pour contribuer à réduire les inégalités de santé, d'autres en évoquant la vigilance accrue qu'une telle sensibilisation pourrait générer auprès des patients, qu'il s'agisse de reconnaître certains types de patients, de prodiguer un suivi plus attentif à des personnes qui pourraient être plus à risque de rupture de soins, ou d'une manière de communiquer plus adaptée. En outre, il semblait également plus simple de pouvoir répondre aux questions de patients sur la difficulté d'accès aux soins dans la région en ayant davantage d'éléments explicatifs sur cette question.

IM6 « Oui je pense parce qu'on pourrait tous contribuer à les réduire si on est alerté, tu vois, tout ce qu'on a dit : les erreurs commises face à certains profils de patient, face à la fatigue, face à des prises en charges un peu fluctuantes selon les personnels avec qui on travaille. Si on sait qu'on est à l'origine d'inégalité, ça peut te faire prendre conscience que ce que tu vas faire là va avoir un impact sur la personne directement. »

IM9 « Oui je pense qu'il faudrait plus l'aborder, pour même bien prendre en charge les patients, reconnaître que par exemple tel patient a très peu consulté donc c'est peut-être qu'il est moins au courant des choses et se dire « ah tiens, il faudrait peut-être le suivre plus, peut-être plus vérifier qu'il a bien compris, qu'il prend bien son traitement ». »

IM8 « [...] sur notre région particulière, on pourrait avoir par exemple les clés pour répondre aux patient à un moment t, par exemple les patients qui posent la question comment on fait pour accéder aux soins, moi j'ai pas la réponse en fait et peut-être qu'on a au contraire des réponses à leur donner, je sais pas. »

Le sujet de la communication avec les patients, en marge de la thématique des inégalités de santé a été par ailleurs abordée par la quasi-totalité des participants qui, à un moment ou un autre de l'entretien pointaient une carence de formation en la matière. Pour certains, être plus formés sur cette compétence permettrait d'éviter des situations vécues comme inconfortables, dont la fréquence semblait se situer majoritairement lors des premiers examens de patients ou en début d'internat, comme déjà mentionné.

IM5 « [...] premier jour à l'hôpital avec ma blouse et tout, je me retrouve à parler à une petite vieille, on savait pas ce qu'elle avait, ça avait l'air d'être grave et la seule chose qu'on m'a demandé, c'est « il faut juste savoir pourquoi elle vient et ce qu'elle a eu comme maladie dans sa vie ». J'ai jamais réussi à obtenir ça de cette dame. [...] ça semble anodin comme ça, mais quand on voit parfois les problèmes de communication de certains de nos collègues, c'est peut-être un truc à rappeler aussi que c'est important dans la spécialité médicale de ne pas être juste une brute qui apprend des livres par cœur, il faut pouvoir discuter avec les gens. »

Se situant à côté du thème des inégalités de santé, certains participants ont également évoqué le souhait d'une formation sur certains aspects administratifs du métier de médecin, qu'il s'agisse de leur propre exercice (par exemple cotisations, retraite, comptabilité) ou de la prise en charge des patients (lors de patients en situation d'incapacité par exemple), laissant de côté la question de la formation aux inégalités de santé.

IM12 « les inégalités elles-mêmes je pense pas qu'il y ait de grosses carences, ce qui pourrait manquer, par exemple tu vas avoir besoin de faire un dossier MDPH, les prises en charges à 100%, ça c'est vrai qu'on n'est pas très bien formés à savoir ce à quoi le patient a droit selon telle pathologie dans telle situation [...] »

IM4 « [...] toutes les cotisations à faire, la responsabilité civile, quand on est installé, l'URSSAF, tout ça on nous apprend pas. J'ai des amis dentiste qui eux par contre sont au taquet là-dessus au cours de leur formation. »

Des participants pointaient également le sujet des inégalités comme un phénomène de société qui leur semblait abstrait. Appréhender le cadre théorique de ce phénomène et avoir en tête quelques données chiffrées (qu'ils ne possédaient pas à l'heure actuelle) leur semblait intéressant afin de rendre les inégalités de santé plus concrètes, qu'il s'agisse d'inégalité territoriales ou sociales.

IM10 « Peut-être plus avoir des chiffres de temps en temps qu'une formation ponctuelle, des chiffres régulièrement pour se rendre compte parce que je pense que tout le monde sait qu'il y a des inégalités de santé, après, comme tous ces grands sujets, il faut apporter des fois des touches de concret, ça permettrait de mieux se rendre compte et peut-être plus s'investir là-dedans. »

IM7 « [...] je pense que ce serait pas mal d'en discuter et après d'avoir un truc concret, je sais pas s'il y avait par exemple des statistiques qui étaient faites sur certains sujets, ça nous permettrait de nous rendre compte en fait je pense. »

Un individu semblait plus dubitatif sur le fait d'aborder les inégalités en tant que fait existant, il lui semblait plutôt opportun de donner aux étudiant l'occasion de réfléchir sur le rôle du médecin et sa place dans la société, ainsi que l'implication de ce rôle pour l'individu qui l'exercera.

IM5 « [...] mais après sous cette forme « Voilà, les inégalités de santé ça existe, qu'est-ce qu'on peut faire », j'en suis pas persuadé [...] on peut nous demander de sauver le monde, mais en fait on n'est que des médecins tu vois. [...] ce qu'on entend par qu'est-ce qu'un médecin, c'est quoi leur rôle, leur responsabilité. Je pense que ça peut être intéressant d'essayer de formuler cette chose-là quand on est un peu jeune pour pouvoir se positionner. Et ils pourront se dire si c'est ça peut-être que ça m'intéresse pas[...]. »

Enfin, pour certains, il ne semblait pas nécessaire d'aborder plus le sujet, ce qui a également été corroboré par d'autres participants évoquant certains de leur co-internes ou seniors.

IM14 « Peut-être mais pour les acteurs principaux entre guillemets, parce que pour le coup, je ne pense pas que les médecins ou équipes médicales travaillant dans les grands centres y soient vraiment confrontés.[...]Pour moi ce serait plutôt les médecins généralistes ou les médecins de santé publique qui organisent le dépistage. »

IM13 « [...]Je pense qu'il y a des internes qui ne sont pas du tout concernés entre guillemets par la question. »

Concernant le moment privilégié, il semblait majoritairement se situer durant l'externat pour la plupart des participants. Certains ont également évoqué une sensibilisation durant l'internat. Il leur paraissait plus approprié de recevoir cette formation à un moment de leur cursus où ils étaient déjà confrontés aux situations de prise en charge et aux difficultés qu'ils pouvaient rencontrer avec les patients. Par ailleurs, il a également été évoqué par ceux qui se souvenaient avoir reçu des cours sur les inégalités de santé, le fait que ceux-ci avaient été dispensés trop tôt durant leur cursus pour qu'ils puissent s'en souvenir, notamment en les rattachant à leur expérience de stages hospitaliers.

IM13 « [...] j'ai les souvenirs que c'est quand même bien, mais je pense qu'on l'oublie rapidement parce que c'est trop tôt et parce qu'on n'a pas le recul nécessaire, et on le pratique pas, on va dire que ça nous concerne pas [...] »

Enfin certains participants ont évoqués spontanément le format qui selon eux, sans omettre quelques éléments théoriques, devaient s'approcher de présentations de situations concrètes ou encore de groupes d'échanges entre pairs. Cet abord pouvait en revanche difficilement être uniquement relié aux inégalités de santé et ne pas évoquer un manque peut-être plus général de debriefing de situations complexes qu'ils avaient eues à prendre en charge.

IM7 « [...] je pense que ça peut être intéressant d'avoir des espèces de groupes de pratique pour discuter de ce genre de trucs comme en médecine générale. »

IM15 « [...] je pense que si tu avais un cours, pas forcément en amphi avec des diapo, mais quelqu'un qui t'explique les tenants et aboutissants, à qui tu pourrais poser des questions, que le médecin puisse te dire ou quelqu'un d'autre de santé publique te dise « t'aurais pu faire ça », c'est beaucoup plus concret. »

DISCUSSION DES RESULTATS ET PERSPECTIVES

Ainsi les principales représentations des internes au sujet des inégalités de santé gravitaient autour des inégalités entre les médecins, des inégalités liées au système de santé et des inégalités entre les patients. Les inégalités entre les médecins, notamment en terme de formation et compétence, a été la catégorie la plus fréquemment retrouvée au sein du discours. Concernant la formation, les internes n'avaient pas reçu de formation spécifique ou ne s'en souvenaient pas. La grande majorité était favorable à apprendre davantage à ce sujet à un moment du cursus où l'étudiant avait déjà acquis une expérience de l'exercice clinique. Le champ de la prévention et de la promotion de la santé n'a pas quasiment pas été évoqué spontanément par les participants, de même que les concepts théoriques majeurs relatifs aux inégalités sociales de santé.

Sur les représentations et la formation aux inégalités de santé

Un élément marquant dans les entretiens a été l'émergence très spontanée d'un pan du discours sur l'inégalité entre les médecins qui sans être inattendu s'est révélé prendre plus d'ampleur par rapport aux attendus. En effet, en santé publique, les inégalités sociales de santé – comme présentées en Introduction – sont généralement associées à un aspect populationnel avec par exemple l'évocation des différences d'espérance de vie entre les catégories socio-professionnelles (11) ou encore celle des déterminants sociaux de la santé (14). Seuls quelques participants ont évoqué des différences liées à la catégorie socio-professionnelle ou encore le niveau socio-éducatif. De même, la question de l'importance accordée par les patients à leur santé en fonction des conditions d'existence a été rarement mentionné.

La majorité des participants évoquaient en effet en premier lieu des différences dans l'accès aux soins et les inégalités de répartition territoriale des médecins. Ainsi, il semblerait que les représentations sociales des internes se structurent principalement autour de ces deux modalités d'inégalités de santé, ce qui semble également le reflet des problématiques inhérentes à la région Centre-Val de Loire. L'on peut donc penser que sans être l'objet d'une formation

spécifique, les enjeux du territoire impactent directement leur expérience et contribue à la construction de leurs représentations.

En outre, l'évocation de l'accès aux soins semblait être liée aux situations cliniques rencontrées et un savoir expérientiel et non à des connaissances théoriques acquises dans un cadre d'enseignement comme l'ont confirmé de nombreux participants en mentionnant le désir d'avoir des données chiffrées étayant le sujet, ou encore l'absence de recherche de connaissances par la littérature scientifique. La distance entre les attendus ou en tout cas les connaissances de l'enquêtrice en santé publique et le discours émergeant a donc été surprenante. Ainsi, aucun interne n'a par exemple employé ou utilisé précisément le terme de déterminants de santé, qui reste l'un des concepts fondateurs en lien avec les inégalités de santé (14). De même dans un contexte d'orientation politique qui semble se diriger vers une place plus grande laissée à la prévention et à la promotion de la santé, l'évocation de ces champs a été très minime durant les entretiens ce qui pose réellement la question de la formation sur cette question (34), ou du moins de la sensibilisation. Cette dimension n'a en revanche pas été spécifiquement investiguée lors des entretiens.

A fortiori, un certain nombre d'internes ont également évoqué leur absence de compétences ou de rôle à jouer dans la réduction des inégalités de santé (ce qui constituait notamment l'occasion de l'évocation de la prévention), certains évoquant à cette occasion plutôt le rôle du médecin traitant ou de la médecine générale alors que l'ensemble des acteurs de santé possède un rôle sur ce point (1). Cette opinion n'était néanmoins pas partagée par tous les participants. Certains au contraire, ayant noté les différences de prises en charges mentionnées plus haut, étaient plutôt très en accord à leur rôle potentiel dans la réduction des inégalités avec l'idée que s'ils étaient formés à cette question, ils pouvaient être plus conscients de certains de leurs comportements ou de contexte de vie spécifiques à certains groupes sociaux et adapter leur relation de soins. Une mise en relation de ce discours avec la spécialité exercée serait intéressante dans la mesure où il semblait que les différences d'opinion sur la question pouvaient être corrélées avec l'aspect plus ou moins surspécialisé de l'exercice clinique.

Il semble également se dégager dans le discours des interrogés des stéréotypes concernant les patients, et entre autre sur « les bons patients », c'est-à-dire des patients dont les situations de prises en charge médicale sont simples à gérer pour les internes tant parce qu'elles s'intègrent dans leur champs de connaissance et de compétences médicales, que parce qu'elles impliquent une relation médicale facilitée (que ce soit par la situation sociale du patient, son degré de compréhension des soins ou la langue qu'il parle) ou encore un consensus sur la prise en charge en elle-même par les médecins encadrants. En négatif de cet aspect, il existerait donc également une typologie de patients plus difficiles à prendre en charge, voire véhiculant des a priori négatifs chez les soignants comme les patients toxicomanes, les patients sans domiciles fixes ou encore les patients souffrant de pathologie psychiatrique par exemple. Ces préjugés ne sont pas sans rappeler l'exclusion sociale plus générale qui persiste de tout temps vis-à-vis de ces groupes de populations (3). Une sensibilisation des étudiants aux problématiques spécifiques de ces personnes pourraient également permettre de mieux les encourager à déconstruire leurs propres représentations autour de ces personnes et les préparer davantage au face-à-face avec ces patients.

Sur l'émergence de thèmes périphériques aux inégalités

Un autre point de discussion à aborder est l'émergence d'éléments de discours jugés sensibles. Ces contenus, difficiles à interpréter et à analyser, ont également été relativement inattendus lors des entretiens. Il est en effet apparu qu'au bout d'un certain temps d'entretien, les internes laissaient parfois libres leurs avis sur certaines questions, ou certaines situations vécues à travers lesquels semblaient transparaître différents ressentis négatifs : sentiment de frustration, d'injustice, de colère ou d'énervement ou encore de surprise. Ces ressentis ne rentraient pas à proprement parler dans le cadre d'analyse mais il semblait opportun de pouvoir en discuter brièvement. En effet, une piste de prolongement du travail pourrait notamment être de mesurer le degré d'acceptation de situations complexes socialement au fur et à mesure de l'avancée dans l'exercice du métier de médecin et de l'expérience acquise. On pourrait penser que le vécu de ces situations difficiles au niveau individuel rendrait, à force d'être répétées, une forme de résilience des jeunes médecins à la façon dont les choses se passent et dont le métier de médecin paraît s'exercer. Il semble dans les discours que les médecins seniors et plus âgés aient tendance à avoir des attitudes passives face à des situations d'injustice, voire à les entretenir, ce que, les internes qui l'ont évoqué, jugeaient négativement. L'on sait (44) que le soutien hiérarchique et des pairs est un facteur limitant la survenue de mal-être chez les internes et l'on pourrait s'interroger sur un mimétisme comportemental des internes vis-à-vis de leur supérieur hiérarchique dans une optique d'acceptation et de reconnaissance de l'individu au sein du groupe. Les attitudes de médecins seniors pourrait alors impacter le propre savoir-être des internes au cours de leur formation. Il serait donc intéressant de tenter de comprendre les tenants et aboutissants de ce changement d'attitude et des phénomènes qui le provoquent en menant par exemple une étude similaire auprès de médecins ayant une plus grande expérience professionnelle.

Certaines pistes intéressantes se sont dégagées dans le discours même si elles se situaient en marge de l'objet de recherche spécifique des inégalités de santé. Il semble exister notamment une carence dans la formation à la relation au patient en amont de l'internat. Ainsi se sont dégagés des motivations pour des formations autour de la manière de communiquer avec les patients ainsi que dans une forme de pédagogie du soin et d'éducation à la santé. En outre, des

aspects d'intérêt pour l'anthropologie se sont également manifestés notamment concernant la question des religions et origines culturelles des patients. L'absence de formation concrète sur la manière d'être et l'attitude en médecine a été évoquée, et de façon plutôt virulente par certains interrogés, ce qui pose réellement la question de situations relationnelles vécues négativement que des outils adaptés pourraient contribuer à prévenir. Sur ce point, certains interrogés évoquaient spontanément la question de groupes de pratique par exemple. Enfin, certains participants ont également évoqué à l'occasion de la formation, leur manque de connaissances sur des aspects administratifs de la prise en charge du patient, qui semble poser problème lors de l'expérience de soin.

Relativement à l'attitude, il a été également intéressant de noter, en filigrane des entretiens, et selon le discours de certains interrogés qu'in fine, le médecin reste dans une posture dominante par rapport au patient, pour certains décrite de façon très explicite : le médecin est celui qui possède le savoir et le patient celui qui le reçoit. Finalement les situations compliquées à gérer pour les internes relevaient aussi parfois de situations dans lesquelles les patients s'échappaient ou s'opposaient en quelques sortes à leur façon de faire habituelle ou à leurs prescriptions, comme le notaient certains sociologues (8).

Il a semblé également lors de l'enquête que les internes de certaines spécialités plus techniques, et même certains praticiens très spécialisés avaient un abord de la prise en charge et du patient moins tourné vers la globalité du patient et de son contexte social. Il est difficile de parler de non conscience du contexte social du patient, puisque tous les participants ont évoqué au moins une fois un aspect de la vie du patient qui ne soit pas relatif uniquement à son motif de consultation, mais plutôt de prise en compte de ces déterminants. Car comme le dit Potvin (1), la formation des acteurs est primordiale pour la réduction des inégalités de santé. Il serait donc intéressant d'exploiter cette hypothèse pour caractériser par exemple différents processus de formation et de socialisation professionnelle selon les spécialités. Ce processus ne démarrant pas avant le début de l'internat, cela est à mettre en relation avec le moment du cursus au cours duquel il serait le plus opportun de dispenser une formation sur les inégalités de santé.

En outre, dans cette optique, interroger des internes de médecins générales, qui sont plus formés à cette question (1), permettrait d'appréhender un éventuel discours spontané plus axé sur les inégalités entre les patients lors de l'évocation des inégalités de santé, ou tout du moins de comparer leur discours avec ceux des internes interrogés. Plus généralement, un axe d'analyse autour des différences entre les spécialités serait intéressant à développer, car il semblait que les internes les plus concernés sur le sujet des inégalités aient été des internes issus de spécialités « globales » (pédiatrie, médecine d'urgence, médecine interne) que les participants eux-mêmes jugeaient parfois comme une sensibilité personnelle ou un trait de leur personnalité.

Enfin, concernant l'aspect de la vision globale du soin, et des motivations au métier de médecin qui ont émergé, il serait justement intéressant d'inclure une dimension autour des déterminants à choisir et poursuivre les études de médecine ainsi que les motivations à exercer le métier de médecin en fonction des individus. En parallèle de ce sujet, quelques internes ont exprimé une certaine lassitude par rapport à longueur des études de médecine et aux sacrifices personnels qu'elles avaient pu leur demander. Il semble important de ne pas oublier que les nouvelles générations d'étudiants et de futurs médecins possèdent un système de valeur relatif à la balance vie personnelle / vie professionnelle différent de celle de la majorité de leurs encadrants (29).

Forces de l'étude

L'une des forces de cette recherche, par le biais des entretiens semi-directifs, a été d'avoir appréhendé le discours de futurs médecins et recueillir leur expérience de façon extrêmement riche et leur manière d'appréhender leurs représentations, attitudes et représentation autour d'un sujet central de leur exercice mais inconnu pour eux d'un point de vue théorique. Les internes possèdent un savoir dit « naïf » sur la question des inégalités, et leur expérience est riche en situation concrète illustrant ce phénomène.

Ceci a permis d'établir une typologie de leur représentations des inégalités de santé attachées à leur exercice qui pouvaient tantôt refléter les principaux concepts théoriques de ce phénomène et du champ de la prévention et promotion de la santé (inégalités sociales, inégalités d'accès aux soins, littératie en santé etc.) tantôt en être relativement éloignée pour aborder de façon détournée leur difficultés en tant que jeunes professionnels de santé qu'il s'agisse de l'organisation des soins, de leur rôle d'interne ou de leur formation précédant l'internat qui leur semblait souvent en carence de certaines compétences relationnelles.

Par le thème des inégalités de santé, il a été permis d'appréhender leur attitude sur les inégalité de santé, un élément important de la promotion de la santé aujourd'hui. Les situations d'inégalités rencontrées semblaient très présentes dans leur quotidien professionnel. Plusieurs profils d'attitudes semblent s'en dégager et il conviendrait de mener des analyses secondaires plus fines pour les distinguer davantage. Ces attitudes paraissaient aller forte implication pour contribuer à leur réduction vis-à-vis des patients au sentiment d'une absence de rôle à ce sujet (plutôt du ressort du médecin traitant par exemple), ou livrer une expérience personnelle du phénomène concernant la démographie médicale et la liberté d'installation. Cette hétérogénéité semble plus le fruit d'une sensibilité personnelle sur la question étant donné comme déjà mentionné, l'absence d'évocation des principaux concepts de la promotion de la santé en leur termes. Ces résultats montrent qu'une formation aux inégalités de santé, et peut-être plus généralement sur le champ de la prévention et promotion de la santé semble indispensable auprès de cette population d'internes.

Limites de l'étude

Il existe certaines limites ou biais potentiels dans ce travail de recherche. Il s'agissait d'une première expérience de réalisation et d'analyse d'entretiens semi-directifs et il est possible que des biais de postures du chercheur existent dans la façon de poser certaines questions ou certaines relances ; de même, concernant l'analyse des entretiens. La triangulation des données n'a pu être menée que de façon partielle en recoupant notamment les éléments de discours entre les différents participants.

Devant la difficulté initiale à trouver une bibliographie sur l'expérience des internes en tant que groupe social défini et les représentations qu'ils peuvent avoir autour de la question des inégalités sociales de santé, malgré la question principale de savoir si les internes étaient suffisamment formés à ce concept, il était nécessaire d'avoir une première approche exploratoire sur leurs représentations, expériences et attitudes. Le matériau recueilli s'en est trouvé extrêmement riche, raison pour laquelle la deuxième phase de recueil initialement prévue (interroger des internes formés à ces questions) n'a pas eu lieu afin de concentrer l'analyse sur le matériau déjà recueilli. Une comparaison de ces éléments de discours avec ceux d'internes formés aux inégalités de santé, comme des internes de médecine générale ou de santé publique, serait intéressant afin de mesurer si l'écart de formation existe et comment une telle formation peut contribuer à modeler les représentations et attitudes à ce sujet. Il faut néanmoins noter, que la distance mise au jour entre les discours émergents et les connaissances de l'enquêtrice, formée en santé publique dans ce travail, constitue déjà une donnée intéressante au regard de cette hypothèse.

Un biais de participation peut exister quant à l'échantillonnage des participants. La méthode boule de neige, dans son principal atout permet d'augmenter la participation aux entretiens mais peut également entraîner le recrutement de participants motivés par le sujet de recherche. Néanmoins, le discours de certains participants laisse à penser que des individus se sentant peu concernés par la question des inégalités de recherche ont participé à l'étude. La diversité des participants et des discours semble donc présente.

Perspectives

En termes de recherches futures, cette étude peut contribuer à ouvrir la voie à la poursuite de l'exploration du thème des inégalités, notamment en enrichissant les filières de spécialités interrogées et en mettant un point d'analyse spécifique à identifier les différences existantes entre les spécialités tout en y recherchant d'éventuelles hypothèses de causalité. Ce sujet d'anthropologie médicale pourrait également permettre de comprendre les traits caractéristiques de chaque spécialités et comment elles peuvent se constituer en groupes sociaux implicites.

En outre, afin de confronter les représentations des internes au sujet des inégalités en fonction du territoire de leur formation, il serait intéressant d'interroger des internes issus d'autres subdivisions, avec des caractéristiques territoriales et des orientations de politiques de santé différentes. L'on pourrait ainsi vérifier si les représentations que les internes ont des inégalités de santé sont le reflet de problématiques spécifiques à leur zone géographique de formation et dont ils ont l'écho en filigrane de leur formation clinique.

Une recherche similaire menée auprès d'étudiants en deuxième cycle d'études médicales serait également intéressante afin de mesurer un éventuel écart générationnel étant donné les différentes réformes menées au sein des études médicales ces dernières années. Ainsi l'on pourrait appréhender l'impact de ces nouveaux enseignements, assorti de la volonté politique d'ouvrir la filière médecine à davantage de sciences humaines et sociales, les inégalités de santé étant par essence une thématique pluridisciplinaire.

Par ailleurs, la récente mise en place du service sanitaire auprès des étudiants en santé demeure l'occasion idéale d'ouvrir les étudiants aux champs pluridisciplinaires de la promotion de la santé, aux inégalités de santé entre autres.

Conclusion

Nous savons aujourd'hui que les inégalités de santé sont un phénomène important. Elles peuvent s'appeler inégalités sociales de santé, inégalités territoriales de santé, inégalités d'accès aux soins, pour citer à nouveau les principales. Elles demeurent l'objet d'une attention spécifique des politiques locales, notamment concernant les inégalités territoriales – relevant de l'administration de la santé sur un territoire, ou les inégalités d'accès aux soins – visant en général à toucher des personnes éloignées du système de santé. La réduction des inégalités sociales de santé est à l'agenda politique de l'OMS depuis les années 1980.

Les médecins, acteurs de terrain, côtoient ces inégalités tous les jours lors de leur exercice professionnel. Cette étude a permis de montrer cette existence grâce au discours d'un échantillon d'internes en médecine. La typologie d'inégalités issue de leurs représentations et de expérience professionnelle s'est trouvée être riche et diverses, abordant sous le jour d'un savoir naïf des concepts de promotion de la santé ou de politique de santé, et mettant au jour l'aspect pratique que pouvaient prendre les inégalités de santé dans leur quotidien. En revanche, il existait pour eux, également, des inégalités entre les médecins qui, notamment par la formation et les compétences, créaient des inégalités de prises en charge. En outre, elles semblaient parfois relever d'une vraie fracture dans l'exercice médical entre professionnels.

Si les internes avaient côtoyé des inégalités de santé tout au long de leur parcours, principalement à partir du début de leur internat, ils avaient en revanche peu de données théoriques sur la question, et la promotion de la santé a été peu évoquée. En prolongement, très peu d'internes se souvenaient avoir eu des enseignements – principalement au tout début des études de médecine – au sujet des inégalités de santé. La grande majorité était favorable à ce que le sujet soit davantage abordé et il semblait important pour eux qu'il le soit à un moment du cursus qui leur permet de se rendre compte concrètement de l'aspect qu'elles peuvent revêtir. Il leur semblait que le médecin avait un rôle à jouer pour contribuer à leur réduction.

Les différents mouvements des études médicales de ces dernières années sont ainsi l'occasion d'adapter la formation des futurs médecins.

BIBLIOGRAPHIE

1. 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.
2. Fassin D, Grandjean H, Kaminski M, Lang T, Leclerc A. Introduction. Connaître et comprendre les inégalités sociales de santé. In: Les inégalités sociales de santé [Internet]. La Découverte; 2000
3. Adam P, Herzlich C. Les états de santé et leur déterminants sociaux. 1994.
4. Fassin D. Les inégalités de santé. In: Santé publique L'état des savoirs. 2010.
5. Aïach P. De la mesure des inégalités : enjeux sociopolitiques et théoriques. In: Les inégalités sociales de santé [Internet]. La Découverte; 2000
6. Desplanques G. La Mortalité des adultes suivant le milieu social 1955-1971 / Institut national de la statistique et des études économiques [Internet]. 1976
7. Blanpain N. L'espérance de vie s'accroît, les inégalités sociales face à la mort demeurent. Insee Prem [Internet]. févr 2018
8. Carricaburu D, Ménoret M. Sociologie de la santé. Armand Colin. 2012.
9. Goldberg M, Melchior M, Leclerc A, Lert F. Les déterminants sociaux de la santé : apports récents de l'épidémiologie sociale et des sciences sociales de la santé. Sci Soc Santé. 2002;20(4):75-128.
10. Bourdelais P. L'inégalité sociale face à la mort : l'invention récente d'une réalité ancienne. In: Les inégalités sociales de santé [Internet]. La Découverte; 2000
11. Monteil C, Robert-Bobée I. Les différences sociales de mortalité : en augmentation chez les hommes, stables chez les femmes. Insee Prem. juin 2005;
12. OMS | Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires [Internet]. WHO.
13. OMS | Commission des déterminants sociaux de la santé - rapport final [Internet]. WHO.
14. OMS | Déterminants sociaux de la santé [Internet]. WHO.
15. OMS. Déclaration d'Adélaïde sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques. 2010.
16. Lang T. Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité. Haut Conseil de Santé Publique; 2009 déc.
17. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juill 21, 2009.

18. Le plan pour renforcer l'accès territorial aux soins [Internet]. [cité 28 mai 2019]. Disponible sur: <http://www.ars.sante.fr/le-plan-pour-renforcer-lacces-territorial-aux-soins-5>
19. Darcourt G. Inégalités d'accès aux soins : le besoin et la demande. adsp. déc 2011;77.
20. Des associations dénoncent « l'explosion » de l'inégalité d'accès aux soins. 9 juin 2018 [cité 28 mai 2019]; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/sante/article/2018/06/09/des-associations-denoncent-l-explosion-de-l-inegalite-d-acces-aux-soins_5312271_1651302.html
21. Santé M des S et de la. Accès territorial aux soins [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cité 28 mai 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/acces-territorial-aux-soins/>
22. Ma santé 2022 : décloisonnement et réorganisation des soins [Internet]. [cité 28 mai 2019]. Disponible sur: <http://www.ars.sante.fr/ma-sante-2022-decloisonnement-et-reorganisation-des-soins>
23. Le Projet régional de santé 2018-2022 [Internet]. [cité 28 mai 2019]. Disponible sur: <http://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr/le-projet-regional-de-sante-2018-2022-3>
24. ARS Centre-Val de Loire. Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS) 2018-2022.
25. Géniteau F, Anckaert R, Stalla S, Cherbonnet C. Les inégalités sociales et territoriales de santé en région Centre-Val de Loire. ORS Centre-Val de Loire;
26. Golfouse A, Pheng B. Les épreuves classantes nationales (ECN) donnant accès au 3ème cycle des études médicales. ONDPS; 2015.
27. Rapport 2013-2014. ONDPS;
28. Rault J-F, Le Breton-Lerouvillois G, Bouet P. Atlas de la démographie médicale en France - Situation au 1er janvier 2016. Conseil national de l'ordre des médecins; 2016.
29. Pauget B. L'arrivée de la génération Y : quelles conséquences managériales et organisationnelles pour les organisations sanitaires et sociales françaises ? Prat Organ Soins. 1 oct 2012;Vol. 43(1):25-33.
30. Lévy D. Le métier de médecin aujourd'hui. Rev Francaise Aff Soc. 16 déc 2011;(2):297-309.
31. Munck S, Massin S, Hofliger P, Darmon D. Déterminants du projet d'installation en ambulatoire des internes de médecine générale. Sante Publique (Bucur). 24 mars 2015;Vol. 27(1):49-58.

32. Bregeaut P. Facteurs associés à la mobilité des médecins en activité régulière. Tours; 2019.
33. Haute Autorité de Santé - Épreuves Classantes Nationales (ECN) - Sommaire et Mode d'emploi [Internet].
34. Allemand H. La responsabilité sociale des facultés de médecine : questions et enjeux. *Sante Publique* (Bucur). 2003;Vol. 15(HS):131-6.
35. Sossa O, Champagne F, Leduc N. Illustration d'une expérience d'intégration régionale des soins basée sur une approche populationnelle. *Prat Organ Soins*. 2011;Vol. 42(4):235-44.
36. Baszanger I. Socialisation professionnelle et contrôle social. Le cas des étudiants en médecine futurs généralistes. *Rev Fr Sociol*. 1981;22(2):223-45.
37. Novo A, Woestelandt L. Recherches qualitatives; grounded theory/théorisation ancrée, ses évolutions, sa méthodologie, son application dans la recherche médicale et psychanalytique. *Perspect Psy*. 20 juin 2017;Vol. 56(1):66-80.
38. Mucchielli PP et A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales [Internet]. Armand Colin; 2012
39. Paillé P, Mucchielli A. Chapitre 7. L'examen et l'analyse phénoménologiques des données d'entretien. In: *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*
40. Berthier N. Les techniques d'enquête en sciences sociales - Méthodes et exercices corrigés. Armand Colin. 2016.
41. Ferréol G, Noreck J-P. Introduction à la sociologie. Armand Colin. 2015.
42. Seca J-M. Les représentations sociales. Armand Colin. 2010.
43. Jodelet D. Les représentations sociales.
44. ANEMF, ISNI, ISNAR-MG, ISNCCA. Enquête santé mentale des jeunes et futurs médecins (#ESMJM). 2017 juin.

ANNEXES

Annexe 1 : Lettre d'information et formulaire d'opposition

HLJ-RN117

LETTRE D'INFORMATION DE LA RECHERCHE

Version n°1 du 27/05/2020

Titre de la recherche :

Apport de la phénoménologie et de la théorisation ancrée à la caractérisation de l'expérience des étudiant.e.s de troisième cycle d'études médicales au sujet des inégalités de santé

Coordonnateur de la recherche :

Mme Aline-Marie Florence

122 rue Colbert

37000 Tours

Téléphone : 06.28.01.70.45

Madame, Monsieur,

Vous avez été invité(e) à participer à une recherche portant sur l'expérience des inégalités en santé des étudiant.e.s en troisième cycle d'études médicales.

Cette recherche ne comporte aucun risque ni contrainte pour vous. Cette étude entre dans le cadre d'une recherche n'impliquant pas la personne humaine, du fait de la réutilisation de données collectées dans le cadre du soin et du suivi clinique. Néanmoins, en l'absence d'opposition, un traitement de vos données pourra être mis en œuvre.

Prenez le temps de lire les informations contenues dans ce document et de poser toutes les questions qui vous sembleront utiles à sa bonne compréhension. Vous pouvez prendre le temps nécessaire pour décider si vous souhaitez vous opposer à ce que les données qui vous concernent soient utilisées dans le cadre de cette recherche.

QUE SE PASSERA T-IL SI JE PARTICIPE À LA RECHERCHE ?

Si vous ne vous opposez pas à participer à cette recherche, les données vous concernant seront recueillies et traitées afin de répondre à l'objectif suivant : décrire votre expérience et votre vécu en tant que professionnel.le de santé au sujet des inégalités de santé.

Ces données sont recueillies par entretien individuel, l'entretien auquel vous allez participer sera donc enregistré puis retranscrit par écrit.

EST-CE QUE JE PEUX RENONCER A MA PARTICIPATION ?

Votre participation est entièrement volontaire. Vous êtes donc libre de changer d'avis à tout moment et de vous opposer, sans avoir à vous justifier, au traitement de vos données dans le cadre de cette recherche. Dans ce cas, l'entretien que vous avez réalisé sera détruit.

Dans ce cas, vous devrez avertir le coordonnateur de cette recherche.

EST-CE QUE MA PARTICIPATION RESTERA CONFIDENTIELLE ?

Dans le cadre de cette recherche, un traitement informatique de vos données de santé va être mis en œuvre pour permettre d'analyser les résultats de la recherche au regard de l'objectif qui vous a été présenté. Ces données seront donc identifiées par un code et les initiales de votre nom et prénom.

Conformément aux dispositions du Règlement (UE) 2016/679 (Loi RGPD), vous disposez à tout moment d'un droit d'accès, de rectification des données. En application des dispositions de l'article L1111-7 du code de la santé publique, vous pouvez accéder directement ou par l'intermédiaire du médecin de votre choix à l'ensemble de vos données médicales. Vous disposez également d'un droit de limitation ou d'opposition au traitement des données. En revanche, s'agissant d'un

traitement de données nécessaire à des fins de recherche scientifique (article 17.3.d du Règlement (EU) 2016/679), le droit à l'effacement des données ne pourra pas s'appliquer.

Ces droits peuvent s'exercer auprès du coordonnateur de cette recherche.

Vous avez également la possibilité de saisir le délégué à la protection des personnes de l'établissement (dpo@chu-tours.fr) ou la Commission nationale Informatique et Libertés (CNIL), autorité de protection des données personnelles (<https://www.cnil.fr>).

QUI A APPROUVÉ LA RECHERCHE ?

Les modalités de cette recherche ont été soumises à un Comité d'Ethique qui a notamment pour mission de vérifier les conditions requises pour la protection et le respect de vos droits. La recherche a été déclarée à la CNIL.

QUI POURRAI-JE CONTACTER SI J'AI DES QUESTIONS ?

Le coordonnateur de cette recherche est à votre disposition pour vous fournir toutes informations complémentaires

FORMULAIRE D'OPPOSITION
A L'UTILISATION DES DONNEES DE SANTE POUR LA RECHERCHE
Version n°1 du 27/05/2020

Titre de la recherche :

Apport de la phénoménologie et de la théorisation ancrée à la caractérisation de l'expériences des étudiant.e.s de troisièmes cycle d'études médicales au sujet des inégalités de santé

Coordonnateur de la recherche :

*Mme Aline-Marie Florence
122 rue Colbert
37000 Tours
am.florence37@gmail.com
Téléphone : 06.28.01.70.45*

A compléter par la personne qui se prête à la recherche uniquement en cas d'opposition

Coordonnées de la personne se prêtant à la recherche :

Nom :

Prénom :

- ☐ Je m'oppose à l'utilisation de mes données de santé dans le cadre de cette recherche.
- ☐ Le cas échéant, je m'oppose à l'utilisation de toutes les données recueillies antérieurement.

Vous pouvez à tout moment revenir sur votre décision, il vous suffit de prévenir le coordonnateur de cette recherche.

Date : ____ / ____ / ____ *Signature :*

Après avoir complété ce document, merci de le remettre au coordonnateur de la recherche.

Annexe 2 : Avis du comité d’Ethique



**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 : Pr Patrick LEGROS / Aline-Marie FLORENCE

Titre du projet de recherche : Apport de la phénoménologie et de la théorisation ancrée à la caractérisation des connaissances et du vécu des étudiants en troisième cycle d'études médicales en région Centre-Val de Loire au sujet des inégalités de santé

N° du projet : 2020 037

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

- ☒ **FAVORABLE**
- ☐ **DÉFAVORABLE**
- ☐ **SURSIS A STATUER**
- ☐ **DÉCLARATION D'INCOMPÉTENCE**

au projet de recherche n° 2020 037

A Tours, le 12/06/2020

**Dr Béatrice Birmelé
Présidente du Groupe Ethique Clinique**

Annexe 3 : Récépissé de déclaration CNIL



RÉCÉPISSÉ DE DÉCLARATION
D'UN TRAITEMENT DE DONNÉES PERSONNELLES
DANS LE REGISTRE DU CORRESPONDANT INFORMATIQUE ET LIBERTÉS
DE L'UNIVERSITÉ DE TOURS

TITRE DU TRAITEMENT : Apport de la phénoménologie et de la théorisation ancrée à la caractérisation des connaissances et du vécu des étudiants en troisième cycle d'études médicales en région Centre-Val de Loire au sujet des inégalités de santé

Numéro de déclaration : 141-2020

ORGANISME DÉCLARANT :

NOM : Université de Tours
ADRESSE : 60 rue du Plat d'Étain 37000 Tours
TEL : 02 47 36 64 00 ; MAIL : president@univ-tours.fr

SERVICE CHARGÉ DE LA MISE EN ŒUVRE OU DE LA COORDINATION DES TRAITEMENTS INFORMATIQUES :

NOM : UFR de Médecine
ADRESSE : Boulevard Tonnellé, 37 000 Tours
TEL : 06 28 01 70 45 MAIL : am.florence37@gmail.com

SERVICE CHARGÉ DE COORDONNER LES MODALITÉS D'EXERCICE DU DROIT D'ACCÈS :

NOM : UFR de Médecine
ADRESSE : Boulevard Tonnellé, 37 000 Tours
TEL : 06 28 01 70 45 MAIL : am.florence37@gmail.com

CONTACT :

NOM : Aline-Marie Florence
ADRESSE : 122 rue Colbert, 37000 Tours
TEL : 06 28 01 70 45 MAIL : am.florence37@gmail.com

PERSONNE RESPONSABLE DE LA DÉCLARATION :

NOM : Aline-Marie Florence
ADRESSE : 122 rue Colbert 37000 Tours
TEL : 06 28 01 70 45 MAIL : am.florence37@gmail.com

DATE DE LA DÉCLARATION : 26 mai 2020

TRAITEMENT ENREGISTRÉ DANS LE REGISTRE DU CIL

Le traitement est maintenant en conformité avec la loi Informatique et Libertés. Il a été déclaré et porté au registre du Correspondant Informatique et Libertés de l'université de Tours sous le numéro 141-2020.

Annexe 4 : Guide d'entretien définitif

Bonjour, je suis interne en santé publique en année recherche cette année et je mène une recherche au sujet des représentations et de l'expérience des internes en médecine au sujet des inégalités de santé et pour cela, je réalise des entretiens avec des internes de la région Centre-Val de Loire. Merci d'avoir accepté de participer à l'enquête. L'entretien est enregistré et il va durer entre 30 min et 1h30. A tout moment, tu peux décider d'arrêter l'entretien ou l'enregistrement. Les questions que je vais te poser sont ouvertes et cela peut être un peu difficile au premier abord, tu peux prendre tout le temps qu'il faut pour y réfléchir.

Ta participation est bien sûr anonyme, c'est-à-dire que je t'attribue un numéro au hasard et si je te cite dans le verbatim, tu apparaîtras sous cet identifiant. Le projet est déclaré auprès de la CNIL et a été approuvé par le comité d'éthique du CHU.

Si jamais tu souhaites retirer ta participation de l'étude après l'entretien, il te suffit de m'envoyer un e-mail ou un SMS et, moi je m'engage à détruire toutes les données qui te concerne et à ne pas les exploiter pour mon analyse. Mes coordonnées sont sur la lettre d'information que je t'ai envoyée par e-mail.

Est-ce que tu as des questions sur ce que je viens de dire ?

<i>Thème</i>	<i>Questions</i>	<i>Relances</i>
<i>Représentation</i>	Qu'évoque pour toi le terme « inégalité de santé » ?	- Est-ce que tu vois d'autres types ? - Est-ce qu'autre chose te vient à l'esprit ?
<i>Représentation</i>	À ton sens, quelles sont les raisons qui expliquent ce phénomène (inégalités de santé) ?	
<i>Expérience</i>	Sous quelle forme y as-tu déjà été confronté dans ton exercice professionnel ?	- Peux-tu me citer des exemples ? Ou des situations cliniques ?
<i>Expérience/ Formation</i>	Pourrais-tu me décrire des profils de patients particuliers ? As-tu le sentiment d'être assez formé pour prendre en charge ces patients ?	
<i>Expérience</i>	Quelles difficultés as-tu déjà rencontrées dans ton exercice concernant les inégalités de santé ?	- Pourquoi ? - Comment selon toi, ces difficultés auraient pu être évitées ? (si non mention des encadrants précédemment)
<i>Expérience</i>	Que penses tes chefs de ces phénomènes lorsque tu en discutes avec eux ?	
<i>Formation</i>	Avais-tu déjà réfléchi aux inégalités de santé avant cet entretien ?	
<i>Formation</i>	Est-ce un sujet qui a été abordé dans ta formation médicale ?	
<i>Formation</i>	Est-ce un sujet qui devrait être plus abordé à un moment ou un autre de la formation médicale ?	

Vu, le Directeur de Thèse

Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de Tours

Tours, le

FLORENCE Aline-Marie

84 pages – 2 tableaux – 2 figures – 4 Annexes

Résumé :

Introduction : Les inégalités de santé (IS) sont un sujet d'intérêt pour les politiques publiques. Les médecins et les internes en médecine, en tant qu'acteurs du système de santé, sont à même de les réduire. L'objectif de cette étude était d'appréhender l'expérience et les représentations des internes en médecine de la région Centre-Val de Loire sur les inégalités de santé et d'interroger leur formation universitaire sur la question.

Méthode : L'étude a été menée par entretiens individuels semi-directifs. Onze entretiens ont été réalisés auprès d'internes de la région Centre-Val de Loire. Le contenu des entretiens a été analysé selon une approche phénoménologique.

Résultat : La typologie des IS dégagée se centrait autour de trois catégories : les IS entre les médecins, les IS entre les patients et les IS liées au système de santé. Les IS entre les médecins étaient le plus souvent évoquées, suivies par les inégalités territoriales d'accès aux soins. Les principales IS entre les médecins concernaient la formation et les compétences. Les IS entre les patients concernaient l'attitude des patients par rapport à leur santé, la barrière de la langue ou leur présentation. Peu d'internes se souvenaient avoir reçu une formation sur les IS, il semblait important à la plupart que ce sujet soit plus abordé.

Conclusion : Contrairement à ce qui était attendu, les IS entre les médecins étaient celles le plus souvent mentionnées. La sensibilisation aux IS semble une piste intéressante pour leur réduction.

Mots clés : Formation médicale / Inégalités sociales de santé / Anthropologie médicale

Jury :

Président du Jury : Professeur Patrice Diot

Directeur de thèse : Professeur Emmanuel RUSCH

Membres du Jury : Professeur Bertrand FOUGERE
Docteur Isabelle ETTORI-AJASSE

Date de soutenance : 20 septembre 2021