

Que peuvent faire les médecins généralistes face aux inégalités sociales de santé ?

La médecine générale est concernée par les inégalités sociales de santé à trois niveaux : l'organisation du système de santé, les interactions médecin-patient, l'approche biomédicale.

L'organisation du système de santé

Les médecins généralistes qui exercent dans des zones défavorisées sont moins nombreux, ont le plus souvent des consultations surchargées, et disposent de moins de ressources humaines et techniques [4, 73, 101]. Ils ont plus de difficultés à adresser les patients à des spécialistes et à des centres d'imagerie médicale. Les hospitalisations se font plus souvent *via* les urgences [4]. La durée des consultations est inversement associée à la charge de travail et au niveau socio-économique local [73, 99]. L'effet combiné de consultations plus courtes et de l'accumulation de problèmes somatiques, psychologiques et sociaux accroît la probabilité que les questions non urgentes, et notamment la prévention, soient laissées de côté pendant les consultations [53].

Les interactions médecin-patient

Deux revues systématiques de la littérature ont étudié l'influence du statut socio-économique [104] et de l'origine ethnique [93] sur la communication entre médecin et patient. Pendant la consultation, les patients défavorisés bénéficieraient de moins d'informations et de moins de soutien émotionnel. Les médecins seraient plus directifs, chercheraient moins à construire un partenariat et inciteraient moins les patients à s'exprimer. Les patients de niveau socio-économique favorisé communiqueraient plus intensément, exprimant plus clairement leurs affects, incitant le médecin à fournir plus d'informations. Les médecins tendraient à minimiser, chez les patients défavorisés, le besoin d'information et le souhait d'être impliqués dans les décisions.

Pendant la consultation, la distance entre les protagonistes, qu'elle soit sociale, économique, culturelle, raciale ou linguistique, générerait chez le médecin plus ou moins d'incertitude : la distance augmenterait le risque de malentendus à propos des symptômes, du profil évolutif, du contexte, des attentes du patient, conduisant à des décisions moins adaptées, voire préjudiciables, aux patients « différents ».

L'approche biomédicale

L'« *evidence-based medicine* » s'appuie essentiellement sur les connaissances produites par les essais randomisés contrôlés. Sauf exception, ces essais incluent des patients sélectionnés, et produisent des résultats décontextualisés. Dans la vraie vie, l'efficacité d'une

thérapeutique est fortement modulée par le contexte du patient : sa position socio-économique, son activité professionnelle, la qualité de son environnement, sa compréhension de la maladie et du traitement, ses préférences, son hygiène de vie, ses interactions familiales et sociales.

L'estimation du risque cardio-vasculaire est basée sur les facteurs de risque « classiques » (antécédents familiaux cardio-vasculaires précoces, HTA, diabète, tabac, niveaux du LDL et du HDL cholestérol), soit par dénombrement (en France), soit à l'aide d'un calculateur (dans les pays anglo-saxons et nordiques). Les seuils d'intervention, qui découlent de l'estimation du risque, ne prennent pas en compte la position sociale du patient. Pourtant le risque attribuable à la position sociale ou au niveau d'éducation est équivalent à celui du tabagisme. En traitant de la même manière tous nos patients, nous pénalisons ceux des catégories défavorisées. Les chercheurs britanniques ont récemment intégré le degré de pauvreté du lieu de résidence et l'ethnie dans un calculateur du risque vasculaire global (<http://www.qrisk.org/>).

Comment agir sur les inégalités sociales de santé en médecine générale/soins primaires ? Apport de la littérature

Les données dans ce domaine sont peu nombreuses. Les études d'interventions rigoureuses sont difficiles à construire (études randomisées, avec mesure de l'indicateur de santé, avant et après intervention, stratifiée selon un indicateur de position sociale).

L'éducation des patients

La diffusion de documents d'information aux patients ayant un niveau d'éducation faible peut améliorer leur adhésion à des soins préventifs [52]. Les documents doivent être minutieusement mis au point et testés. Ils doivent être brefs, clairs, écrits dans un niveau de langage adapté au niveau de lecture des patients ciblés.

L'éducation thérapeutique des patients peut contribuer à la réduction des inégalités. Un programme éducatif à destination de malades insuffisants cardiaques, évalué rigoureusement, a permis de réduire les inégalités sociales de décès et d'hospitalisations à un an [31].

L'éducation des professionnels

Aux États-Unis, il existe des programmes visant à améliorer la « compétence culturelle » des professionnels. Leur impact sur les inégalités n'est pas démontré à ce jour. Théoriquement, les programmes qui visent à améliorer les compétences relationnelles, la capacité

Hector Falcoff

Médecin généraliste, professeur associé de médecine générale, université Paris Descartes

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 55.



Les inégalités sociales de santé

de faciliter l'expression des problèmes par les patients, ou l'écoute active, peuvent avoir un intérêt, mais cela reste à démontrer.

Les systèmes informatiques incluant des rappels automatiques

Les interventions réalisées au niveau des professionnels et destinées à améliorer la qualité des soins reçus par les minorités ethniques ont fait l'objet d'une revue systématique de la littérature [10]. Le résultat principal est que les rappels automatiques constituent l'intervention la plus régulièrement efficace pour améliorer les soins protocolisés et la prévention. Les rappels automatiques se sont montrés capables d'améliorer la qualité des soins des populations défavorisées aussi bien dans les interventions ciblées sur ces populations que dans les interventions universelles.

Le paiement à la performance, mesurée par des indicateurs de qualité des soins

En 2004, le Royaume-Uni a mis en route un programme de paiement à la performance destiné aux médecins généralistes, le « *Quality and outcomes framework* ». Sur l'ensemble des indicateurs, la première année montrait une différence entre les zones les plus riches et les plus pauvres. Par la suite, l'amélioration dans ces dernières a été plus importante, permettant un rattrapage réel et une réduction substantielle des écarts, voire leur disparition pour certains indicateurs [37]. La condition d'implantation incontournable pour ce type de programme est le développement d'un système d'information efficace dans les cabinets de médecine générale.

Dans le contrat d'amélioration des pratiques individuelles (Capi), proposé par l'Assurance maladie aux médecins généralistes français, la mesure des indicateurs n'est pas rapportée à la position sociale des patients.

Que peuvent faire les médecins généralistes aujourd'hui ?

On n'abordera pas ici des questions de démographie médicale et d'accès aux soins, qui sont fondamentales mais dépendent essentiellement de la politique de santé et de l'aménagement du territoire. On s'intéressera plutôt à ce qui peut être engagé dès maintenant par les médecins eux-mêmes.

Il s'agit de ne pas accroître les inégalités, et si possible de contribuer à les réduire, tout en étant conscients que la part « soins » dépendante des inégalités est modeste, les inégalités sociales de santé résultant essentiellement des trajectoires de vie.

Un projet collectif

Pour le médecin isolé, probablement la première chose à faire est de susciter la motivation parmi des collègues proches. Cabinet de groupe, association locale de formation médicale continue, groupe de pairs peuvent servir de base à un projet commun. Les centres de santé et les nouveaux modes d'organisation des soins

primaires qui émergent en France, maisons et pôles de santé pluriprofessionnels, pourraient constituer un cadre privilégié pour l'action.

Cinq actions spécifiques et réalisables

1. Construire un carnet d'adresses comprenant services sociaux, consultations spécialisées et plateaux techniques de secteur 1, secteur psychiatrique, réseaux ou services hospitaliers offrant des cycles d'éducation thérapeutique, diététique et physique, consultations de tabacologie et d'alcoologie, centres de soins spécifiques pour toxicomanes, permanences d'accès aux soins... Au-delà du carnet, il est important de rencontrer les intervenants, de connaître leur manière de travailler, et de définir avec eux les circuits de prise en charge.

2. Ne pas considérer le temps de soins de manière égalitaire (même quantité de temps pour tous les patients), mais de manière équitable (temps passé proportionnel aux besoins du patient). Le but est que, à pathologie égale, le résultat final de santé diffère le moins possible entre les patients. Si l'on manque de temps, il faut absolument associer d'autres intervenants à la prise en charge (réseaux, paramédicaux dans le cadre des nouveaux modes d'organisation des soins primaires, hôpital...). Il faut garder en tête que les patients « gentils », peu exigeants, ceux qui permettent au médecin en consultation de « rattraper le retard » risquent d'avoir des soins de moindre qualité.

3. Diffuser des documents pour informer les patients, et les inciter à aborder des problèmes avec le médecin en consultation. Ce type d'action peut contribuer à lutter contre les inégalités de santé à condition que : 1) les documents soient conçus et rédigés pour les personnes ayant un niveau de lecture faible, 2) les documents ciblent des problèmes de santé, ou de qualité des soins, pour lesquels les inégalités sociales en médecine générale sont marquées, et 3) le médecin joue le jeu et réponde si le patient aborde le problème.

4. Mettre en place, dans les logiciels métier, des outils permettant la mise en œuvre de protocoles de prévention et de suivi (« maquettes » de consultation, rappels automatiques, tableaux de bord de suivi. Si les logiciels métier ne proposent pas ces fonctionnalités, il faut se regrouper avec d'autres utilisateurs pour demander leur implémentation. La protocolisation contribue à réduire la variabilité « intra-médecin » de la pratique, génératrice d'inégalités.

5. Adopter une « approche qualité ». L'équité est une dimension majeure de la qualité des soins. La réduction des inégalités pourrait s'appuyer sur des programmes d'amélioration de la qualité. L'obligation de développement professionnel continu (DPC) instituée par la loi HPST pourrait fournir un levier. Dans ces programmes, les médecins enregistreraient systématiquement la position sociale des patients (par exemple selon les catégories Insee en 8 niveaux). La mesure du niveau des indicateurs cliniques ne serait pas uniquement globale, comme elle l'a été jusqu'ici dans les audits menés en

médecine générale, à de rares exceptions près, mais stratifiée selon la position sociale. Les médecins pourraient ainsi mesurer leurs efforts d'amélioration de la qualité en termes de réduction des gradients sociaux de qualité des soins.

Conclusion

Les médecins généralistes doivent montrer leur volonté collective de jouer un rôle dans la lutte contre les

inégalités sociales de santé. L'American College of Physicians en 2004, le Royal Australian College of General Practitioners en 2005, le Royal College of General Practitioners britannique en 2008 ont pris position publiquement, affirmant le rôle que la médecine générale devait et pouvait jouer. En France, la médecine générale pourrait en faire de même, et afficher sa responsabilité collective face à ce problème majeur de société. 

Inégalités sociales dans la santé : défis et priorités de recherche dans le contexte européen

La recherche en Europe sur les inégalités sociales de santé concerne trois sujets principaux : le suivi à travers la comparaison des inégalités entre les pays ; l'analyse des mécanismes de production des inégalités, surtout dans la perspective des trajectoires de vie ; et l'étude de l'impact des interventions et politiques de réduction des inégalités de santé.

Le suivi des comparaisons des inégalités entre les pays

Le premier courant de recherche, celui du monitoring, est nourri surtout par un réseau des centres qui relèvent et analysent des données comparables sur les différences sociales (scolarité, emploi et classe sociale, revenus et autre ressources matérielles) concernant la mortalité, la morbidité et les facteurs de risque, dans plusieurs pays européens. Beaucoup de ces activités ont été engagées dans le cadre des programmes européens, soit de recherche soit de santé publique, et sont coordonnées par le Département de santé publique de l'université de Rotterdam.

En général, les inégalités sociales de santé sont moins prononcées dans les pays du Sud (Espagne, Italie), où, d'une part, l'ensemble de la population bénéficie d'une alimentation de type « régime méditerranéen » et, d'autre part, où l'épidémie de tabagisme chez les pauvres est en retard sur les pays riches. Au contraire, elles sont bien plus élevées dans les pays ex-communistes du Centre et de l'Est de l'Europe, où le dispositif de protection de la santé est plus faible et l'impact négatif de la transition économique est plus fort pour les populations socialement défavorisées. Cette variabilité géographique dans l'ampleur des inégalités suggère qu'elles peuvent être évitées, ou bien réduites, et indique à ceux qui prennent les décisions aux niveaux européen et national l'objectif que chaque pays pourrait se fixer dans ses politiques de promotion de la santé.

Deux nouveaux projets de cette nature sont en train de produire des résultats. EURO-GBD-SE (The potential for reduction of health inequalities in Europe)¹, piloté par le centre de Rotterdam, permet d'évaluer le potentiel de réduction des inégalités de santé, en reconnaissant les facteurs qui déterminent cette variabilité dans les inégalités entre les pays européens. Cette variabilité sera utilisée dans des simulations pour estimer le potentiel de réduction des inégalités de santé qui peut être raisonnablement attendu grâce à des politiques et des interventions sur ces facteurs déterminants de la santé.

Dans le même cadre d'études comparatives, le projet INEQ-CITIES (Socio-economic INEQualities in mortality : evidence and policies in CITIES of Europe)², coordonné par l'Agence de santé publique de Barcelone, propose de comparer les inégalités sociales de mortalité entre différentes cités européennes, ainsi que les interventions et les politiques qui y ont été conduites pour soit réduire les inégalités sociales de santé, soit améliorer globalement l'état de santé.

Les mécanismes de production des inégalités

Le deuxième courant scientifique concerne les parcours et les mécanismes qui produisent les inégalités sociales de santé. Les meilleurs résultats sont obtenus à partir des nombreux systèmes d'étude longitudinaux disponibles à un niveau local ou bien national, fondés sur des échantillons de population générale ou des cohortes de naissance. La grille conceptuelle introduite par la Commission de l'Organisation mondiale de la santé sur les déterminants sociaux de la santé reconnaît différents points d'entrée des inégalités sociales de santé. Ce sont les contextes économique, culturel et social qui peuvent influencer en même temps la position

Giuseppe Costa

Département des sciences cliniques et biologiques, Université de Turin
Chiara Marinacci
Teresa Spadea
 Service régional d'épidémiologie, Unité locale de santé, Région du Piémont

La contribution vient de l'adaptation d'un article d'une revue italienne d'épidémiologie (Costa G., Marinacci C., Spadea T. « Social inequalities in health : challenges and current priorities in European context ». *Epidemiologia e Prevenzione*, 2010, sous presse).

1. <http://www.euro-gbd-se.eu/>
2. <https://www.ucl.ac.uk/ineqcities/>