

UNIVERSITE PIERRE ET MARIE CURIE
(PARIS 6)

FACULTE DE MEDECINE PIERRE ET MARIE CURIE

ANNEE 2010

THESE

N°2010PA06G042

POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE
Discipline : MEDECINE GENERALE

Par

Elisabeth HARRAR

Née le 21 Septembre 1983 à Paris XIX

Présentée et soutenue publiquement le 5 Octobre 2010

Titre :

Inégalités sociales de prise en charge des patients
diabétiques : enquête auprès de médecins généralistes.

DIRECTEUR DE THESE :

Monsieur le Docteur Gilles LAZIMI

PRESIDENT DU JURY :

Madame le Professeur Agnès HARTEMANN-HEURTIER

MEMBRES DU JURY :

Monsieur le Professeur Alain KRIVITZKY

Monsieur le Professeur Gérard REACH

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier, en premier lieu, mon directeur de thèse, Dr Gilles Lazimi pour son soutien, ses encouragements, son éclairage et sa disponibilité à tout moment, même les plus improbables.

Ensuite, j'adresse toute ma gratitude à Mme le Pr Hartemann-Heurtier, présidente de mon jury, qui a eu la gentillesse d'accepter avec enthousiasme de présider cette thèse et pour son aide toujours précise et efficace. Merci au Pr Krivitzky et au Pr Reach de m'avoir fait l'honneur d'accepter d'être les membres du jury de cette thèse.

Merci au Pr Philippe Cornet pour son aide et ses réponses quasi-simultanées à tous mes mails de questions.

Un grand merci à tous les médecins qui ont accepté de passer plus d'une heure à répondre à mes questions indiscretes sur leurs pratiques médicales. Merci, en particulier, à Dr Olivier Margelisch pour son aide spontanée et sa disponibilité et à Dr Marie-Anne Puel pour son enthousiasme et sa participation active dans le recrutement de nouveaux médecins. Merci à tous pour tous les commentaires des plus intéressants qui ont permis la réalisation de ce travail.

Un grand merci à ma mère pour son amour et son soutien continus et dévoués pendant la réalisation de cette thèse et depuis ma plus tendre enfance. Merci pour l'important soutien logistique !

Merci à Hadassah pour sa patience et son affection indéfectible.

Merci à Fabienne, Marjorie et Adeline pour leurs encouragements et leur confiance.

Et un grand merci au Créateur du monde pour tous les bienfaits dont il m'a comblée et me comble chaque jour.

LISTE DES PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

UFR médicale Pierre et Marie Curie – Site Pitié

ACAR Christophe
CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE

AGID Yves
FEDERATION DE NEUROLOGIE (surnombre)

AGUT Henri
BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE-HYGIENE

ALLILAIRE Jean-François
PSYCHIATRIE ADULTE

AMOURA Zahir
MEDECINE INTERNE

ASTAGNEAU Pascal
EPIDEMIOLOGIE-SANTE PUBLIQUE

AURENGO André
BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE

AUTRAN Brigitte
IMMUNOLOGIE

BARROU Benoît
UROLOGIE

BASDEVANT Arnaud
NUTRITION

BAULAC Michel
ANATOMIE/NEUROLOGIE

Baumelou Alain
NEPHROLOGIE

BELMIN Joël
MEDECINE INTERNE Ivry

BENHAMOU Albert
CHIRURGIE VASCULAIRE

BENVENISTE Olivier
MEDECINE INTERNE

BERTRAND Jacques-Charles
STOMATOLOGIE ET CHIRURGIE MAXILLOFACIALE

BITKER Marc Olivier
UROLOGIE

BODAGHI Bahram
OPHTALMOLOGIE

BOISVIEUX Jean-François
BIOSTATISTIQUES et INFORMATIQUE MEDICALE

BOURGEOIS Pierre
RHUMATOLOGIE

BRICAIRE Jean-François
MALADIES INFECTIEUSES-MALADIES TROPICALES

BRICE Alexis
GENETIQUE

BRUCKERT Eric
ENDOCRINOLOGIE ET MALADIES METABOLIQUES

CABANIS Emmanuel
RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE (surnombre)

CACOUR Patrice
MEDECINE INTERNE (Chef de service par intérim)

CALVEZ Vincent
VIROLOGIE ET BACTERIOLOGIE

CAPRON Frédéric
ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES

CARPENTIER Alexandre
NEUROCHIRURGIE

CATALA Martin
CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE

CATONNE Yves
CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIE

CAUMES Eric
MALADIES INFECTIEUSES-MALADIES TROPICALES

CESSELIN François
BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE

CHAMBAZ Jean
BIOLOGIE CELLULAIRE

CHARTIER-KASTLER Emmanuel
UROLOGIE

CHASTRE Jean REANIMATION MEDICALE	DOMMERGUES Marc GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
CHERIN Patrick MEDECINE INTERNE	DORMONT Didier RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
CHIGOT Jean-Paul CHIRURGIE GENERALE (surnombre)	DUBOIS Bruno NEUROLOGIE
CHIRAS Jacques RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE.III	DURON Jean-Jacques CHIRURGIE DIGESTIVE (surnombre)
CLEMENT-LAUSCH Karine NUTRITION	DUGUET Alexandre PNEUMOLOGIE
CLUZEL Philippe RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE II	DUYCKAERTS Charles ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
COHEN David PEDO-PSYCHIATRIE	EYMARD Bruno NEUROLOGIE
COHEN Laurent NEUROLOGIE	FAUTREL Bruno RHUMATOLOGIE
COMBES Alain REANIMATION MEDICALE	FERRE Pascal BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
CORIAT Pierre ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE	FONTAINE Bertrand FEDERATION DE NEUROLOGIE
CORNU Philippe NEUROCHIRURGIE	FOSSATI Philippe PSYCHIATRIE ADULTE
COURAUD François BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	FOURET Pierre ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
DANIS Martin PARASITOLOGIE (surnombre)	GANDJBAKHCH Iradj CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
DAUTZENBERG Bertrand PNEUMOLOGIE	GIRERD Xavier THERAPEUTIQUE/ENDOCRINOLOGIE
DAVI Frédéric HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE	GOROCHOV Guy IMMUNOLOGIE
DEBRE Patrice IMMUNOLOGIE	GRENIER Philippe RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE II
DELATTRE Jean-Yves NEUROLOGIE (Fédération Mazarin)	GRIMALDI André ENDOCRINOLOGIE ET MALADIES METABOLIQUES
DERAY Gilbert NEPHROLOGIE	HAERTIG Alain MEDECINE LEGALE/UROLOGIE
DERENNE Jean-Philippe PNEUMOLOGIE (surnombre)	HANNOUN Laurent CHIRURGIE GENERALE

HAUW Jean-Jacques ANATOMIE PATHOLOGIQUE	LEBLOND Véronique HEMATOLOGIE CLINIQUE
HELFT Gérard DEPARTEMENT DE CARDIOLOGIE	LEENHARDT Laurence ENDOCRINOLOGIE/MEDECINE NUCLEAIRE
HERSON Serge THERAPEUTIQUE/MEDECINE INTERNE	LEFRANC Jean-Pierre CHIRURGIE GENERALE
HEURTIER Agnès ENDOCRINOLOGIE ET MALADIES METABOLIQUES	LEHERICY Stéphane RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE III
HOANG XUAN Khê NEUROLOGIE	LEHOANG Phuc OPHTALMOLOGIE
ISNARD Richard CARDIOLOGIE ET MALADIES VASCULAIRES	LEMOINE François IMMUNOLOGIE
ISNARD-BAGNIS Corinne NEPHROLOGIE	LEPRINCE Pascal CHIRURGIE THORACIQUE
JARLIER Vincent BACTERIOLOGIE-HYGIENE	LUBETZKI Catherine NEUROLOGIE
JOUVENT Roland PSYCHIATRIE ADULTE	LYON-CAEN Olivier FEDERATION DE NEUROLOGIE
KATLAMA Christine MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES	MALLET Alain BIostatistiques et Informatique Médicale
KHAYAT David ONCOLOGIE MEDICALE	MARIANI Jean BIOLOGIE CELLULAIRE/MEDECINE INTERNE
KIEFFER Edouard CHIRURGIE VASCULAIRE	MAZERON Jean-Jacques RADIOTHERAPIE
KLATZMANN David IMMUNOLOGIE	MAZIER Dominique PARASITOLOGIE
KOMADJA Michel CARDIOLOGIE ET MALADIES VASCULAIRES	MEININGER Vincent NEUROLOGIE (Fédération Mazarin)
KOSKAS Fabien CHIRURGIE VASCULAIRE	MENEGAUX Fabrice CHIRURGIE GENERALE
LAMAS Georges OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	MERLE-BERAL Hélène HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE
LANGERON Olivier ANESTHESIOLOGIE	METZGER Jean-Philippe CARDIOLOGIE ET MALADIES VASCULAIRES
LAZENNEC Jean-Yves ANATOMIE/CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE	MONTALESCOT Gilles CARDIOLOGIE ET MALADIES VASCULAIRES
LEFEUVRE Claude DEPARTEMENT DE CARDIOLOGIE	OPPERT Jean-Michel NUTRITION

PASCAL-MOUSSELLARD Hugues
CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIE

PAVIE Alain
CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE

PERRIGOT Michel
REEDUCATION FONCTIONNELLE

PETITCLERC Thierry
BIOPHYSIQUE/NEPHROLOGIE

PIERROT-DESEILLIGNY Charles
NEUROLOGIE

PIETTE François
MEDECINE INTERNE Ivry

PIETTE Jean-Charles
MEDECINE INTERNE

POIROT Catherine
CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE

POYNARD Thierry
HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE

PUYBASSET Louis
ANESTHESIOLOGIE REANIMATION CHIRURGICALE

RATIU Vlad
HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE

RICHARD François
UROLOGIE

RIOU Bruno
ANESTHESIOLOGIE/URGENCES MEDICO-CHIRURGICALES

ROBAIN Gilberte
REEDUCATION FONCTIONNELLE Ivry

ROUBY Jean-Jacques
ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE

SAMSON Yves
NEUROLOGIE/URGENCES CEREBRO-VASCULAIRES

SIMILOWSKI Thomas
PNEUMOLOGIE

SPANO Jean-Philippe
ONCOLOGIE MEDICALE

THOMAS Daniel
CARDIOLOGIE ET MALADIES VASCULAIRES

TOUITOU Yvan
NUTRITION/BIOCHIMIE (surnombre)

TOURAINÉ Philippe
ENDOCRINOLOGIE ET MALADIES METABOLIQUES

VAILLANT Jean-Christophe
CHIRURGIE GENERALE

VAN EFFENTERRE Rémy
NEUROCHIRURGIE

VERNANT Jean-Paul
HEMATOLOGIE CLINIQUE

VERNY Marc
MEDECINE INTERNE (Marguerite Bottard)

VIDAILHET Marie-José
NEUROLOGIE

VOIT Thomas
PEDIATRIE NEUROLOGIQUE

WILLER Jean-Vincent
PHYSIOLOGIE

ZELTER Marc
PHYSIOLOGIE/EXPLORATIONS FONCTIONNELLES

LISTE DES PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

UFR médicale Pierre et Marie Curie – Site Saint-Antoine

AMARENCO Gérard

Rééducation fonctionnelle et neurologique
Hôpital ROTHSCHILD

AMSELEM Serge

Génétique - Hôpital TROUSSEAU

ANDRE Thierry

Cancérologie - Hôpital La Salpêtrière

ANTOINE Jean Marie

Gynécologie Obstétrique / Médecine de la Reproduction
Hôpital TENON

ARACTINGI Sélim

Unité de Dermatologie - Hôpital TENON

ARLET Guillaume

Bactériologie - Hôpital TENON

ARRIVE Lionel

Radiologie - Hôpital SAINT-ANTOINE

AUCOUTURIER Pierre

INSERM U 712 - Hôpital SAINT-ANTOINE

AUDRY Georges

Chirurgie viscérale infantile - Hôpital TROUSSEAU

BALLADUR Pierre

Chirurgie générale et digestive

BARDET Jean (surnombre)

Cardiologie - Hôpital SAINT-ANTOINE

BAUD Laurent

Explorations fonctionnelles multidisciplinaires
Hôpital TENON

BAUDON Jean Jacques (surnombre)

Néonatalogie - Hôpital TROUSSEAU

BEAUGERIE Laurent

Gastroentérologie et Nutrition - Hôpital SAINT-ANTOINE

BEAUSSIER Marc

Anesthésie – Réanimation - Hôpital SAINT-ANTOINE

BENIFLA Jean Louis

Gynécologie Obstétrique - Hôpital ROTHSCHILD

BENSMAN Albert

Néphrologie, Dialyses et transplantations pédiatriques
Hôpital TROUSSEAU

BERENBAUM Francis

Rhumatologie – Hôpital SAINT-ANTOINE

BEREZIAT Gilbert (surnombre)

UMR 7079 Physiologie et Physiopathologie

BERNAUDIN Jean François

Histologie biologie tumorale – Hôpital TENON

BILLETTE DE VILLEMEUR Thierry

Neuropédiatrie – Hôpital TROUSSEAU

BOCCON GIBOD Liliane (surnombre)

Anatomie pathologique – Hôpital TROUSSEAU

BONNET Francis

Anesthésie réanimation – Hôpital TENON

BORDERIE Vincent

Ophthalmologie – CNHO Hôpital QUINZE-VINGTS

BOUCHARD Philippe

Endocrinologie – Hôpital SAINT-ANTOINE

BOUDGHENE STAMBOULI Franck

Radiologie – Hôpital TENON

BREART Gérard

Gynéco-obstétrique – Hôpital TENON

CABANE Jean

Médecine Interne – Hôpital SAINT-ANTOINE

CADRANEL Jacques

Pneumologie – Hôpital TENON

CALLARD Patrice

Anatomie pathologique – Hôpital TENON

CAPEAU Jacqueline

INSERM U.680 – Université P. et M. Curie

CARBAJAL SANCHEZ Ricardo

Urgences pédiatriques – Hôpital TROUSSEAU

CARBONNE Bruno

Gynéco-obstétrique – Hôpital SAINT-ANTOINE

CARETTE Marie France

Radiologie – Hôpital TENON

CASADEVALL Nicole
Hématologie biologique - Hôpital SAINT-ANTOINE

CAYRE Yvon
Hématologie immunologie - Hôpital DEBRE

CHAZOUILLERES Olivier
Hépatologie gastroentérologie - Hôpital SAINT-ANTOINE

CHOSIDOW Olivier
Dermatologie – Allergologie - Hôpital TENON

CHOUAID Christos
Pneumologie - Hôpital SAINT-ANTOINE

CHRISTIN-MAITRE Sophie
Endocrinologie - Hôpital SAINT-ANTOINE

CLEMENT Annick
Pneumologie - Hôpital TROUSSEAU

CLERGUE François
Détaché au Ministère des Affaires Etrangères :
Hôpital Cantonal / Anesthésiologie ; Genève

COHEN Aron
Cardiologie - Hôpital SAINT-ANTOINE

CONSTANT Isabelle
Anesthésiologie réanimation - Hôpital TROUSSEAU

COSNES Jacques
Gastro-entérologie et nutrition - Hôpital SAINT-ANTOINE

COULOMB Aurore
Anatomie et cytologie pathologiques - Hôpital TROUSSEAU

DAMSIN Jean Paul
Orthopédie - Hôpital TROUSSEAU

DARAI Emile
Gynécologie obstétrique - Hôpital TENON

DE GRAMONT Aimery
Oncologie médicale - Hôpital SAINT-ANTOINE

DENOYELLE Françoise
ORL et chirurgie cervico-faciale - Hôpital TROUSSEAU

DEVAUX Jean Yves
Biophysique et médecine nucléaire - Hôpital SAINT-ANTOINE

DOUAY Luc
Hématologie biologique - Hôpital TROUSSEAU

DOURSOUNIAN Levon
Chirurgie orthopédique – Hôpital SAINT-ANTOINE

DUCOU LE POINTE Hubert
Radiologie – Hôpital TROUSSEAU

DURON Françoise
Endocrinologie – Hôpital SAINT-ANTOINE

DUSSAULE Jean Claude
Physiologie – Hôpital SAINT-ANTOINE

FAUROUX Brigitte
Gastro-entérologie et nutrition pédiatriques
Hôpital TROUSSEAU

FERON Jean Marc
Chirurgie orthopédique – Hôpital SAINT-ANTOINE

FLEJOU Jean François
Anatomie pathologique – Hôpital SAINT-ANTOINE

FLORENT Christian
Hépatogastro-entérologie
Hôpital SAINT-ANTOINE

FRANCES Camille
Dermatologie-allergologie – Hôpital TENON

FUNCK BRENTANO Christian
Pharmacologie clinique – Hôpital SAINT-ANTOINE

GARABEDIAN Eréa Noël
ORL et chirurgie cervico-faciale. Hôp TROUSSEAU

GARBARG CHENON Antoine
Bactériologie-Virologie – Hôpital TROUSSEAU

GATTEGNO Bernard (surnombre)
Urologie – Hôpital SAINT-ANTOINE

GENDRE Jean Pierre (surnombre)
Gastro-entérologie et Nutrition – SAINT-ANTOINE

GIRARD Pierre Marie
Maladies infectieuses – Hôpital SAINT-ANTOINE

GIRARDET Jean Philippe
Gastroentérologie et nutrition pédiatrique
Hôpital TROUSSEAU

GIROT Robert
Hématologie biologique – Hôpital TENON

GOLD Francis
Néonatalogie – Hôpital TROUSSEAU

GORIN Norbert

Hématologie clinique - Hôpital SAINT-ANTOINE

GRATEAU Gilles

Médecine interne - Hôpital TENON

GRIMFELD Alain (surnombre)

Pédiatrie orientation pneumologie et allergologie
Hôpital TROUSSEAU

GRIMPREL Emmanuel

Pédiatrie générale - Hôpital TROUSSEAU

GRUNENWALD Dominique

Chirurgie thoracique - Hôpital TENON

GUIDET Bertrand

Réanimation médicale -Hôpital SAINT-ANTOINE

HAAB François

Urologie - Hôpital TENON

HELARDOT Pierre Georges

Chirurgie viscérale infantile - Hôpital TROUSSEAU

HOURY Sidney

Chirurgie digestive et viscérale - Hôpital TENON

HOUSSET Chantal

Biologie cellulaire – Inserm U. 680
Faculté de Médecine P. & M. Curie

JAILLON Patrice

Pharmacologie clinique
Faculté de Médecine P. & M. Curie

JOUANNIC Jean-Marie

Gynécologie obstétrique - Hôpital TROUSSEAU

JUST Jocelyne

Pneumologie et allergologie pédiatriques
Hôpital TROUSSEAU

LACAINE François

Chirurgie digestive et viscérale - Hôpital TENON

LACAU SAINT GUILY Jean

ORL - Hôpital TENON

LACAVE Roger

Histologie biologie tumorale - Hôpital TENON

LANDMAN-PARKER Judith

Hématologie et oncologie pédiatriques
TROUSSEAU

LAROCHE Laurent

Ophthalmologie – CHNO des QUINZE-VINGTS

LE BOUC Yves

Explorations fonctionnelles – Hôpital TROUSSEAU

LEBEAU Bernard

Pneumologie – Hôpital SAINT-ANTOINE

LEGRAND Olivier

Hémato-oncologie médicale – Hôpital Hôtel Dieu

LEVERGER Guy

Hémato-oncologie pédiatrique – Hôp TROUSSEAU

LEVY Richard

Neurologie – Hôpital SAINT-ANTOINE

LIENHART André

Anesthésie-Réanimation – Hôpital SAINT-ANTOINE

LOTZ Jean Pierre

Cancérologie - Hôpital TENON

LOUVET Christophe

Oncologie médicale 6 Hôpital SAINT-ANTOINE

MARIE Jean Pierre

Hématologie clinique – Hôpital Hôtel Dieu

MARSAULT Claude

Radiologie – Hôpital TENON

MASLIAH Joëlle

INSERM U538 – Université P. et M. Curie

MAURY Eric

Réanimation médicale – Hôpital SAINT-ANTOINE

MAYAUD Marie Yves

Pneumologie – Hôpital TENON

MENU Yves

Radiologie – Hôpital SAINT-ANTOINE

MEYER Bernard

ORL et chirurgie cervico-faciale – Hôpital TENON

MEYOHAS Marie Caroline

Maladies infectieuses et tropicales
Hôpital SAINT-ANTOINE

MICHEL Pierre Louis
Cardiologie - Hôpital TENON

MILLIEZ Jacques
Gynécologie obstétrique - Hôpital SAINT-ANTOINE

MIMOUN Maurice
Chirurgie plastique - Hôpital ROTHSCHILD

MITANCHEZ Delphine
Néonatalogie - Hôpital TROUSSEAU

MONTRAVERS Françoise
Biophysique et médecine nucléaire - Hôpital TENON

MURAT Isabelle
Anesthésie réanimation - Hôpital TROUSSEAU

NICOLAS Jean Claude
Virologie - Hôpital TENON

OFFENSTADT Georges
Réanimation médicale - Hôpital SAINT-ANTOINE

PAQUES Michel
Ophtalmologie - CHNO des QUINZE-VINGTS

PARC Yann
Chirurgie générale et digestive - Hôpital SAINT-ANTOINE

PATERON Dominique
Service d'Accueil des Urgences - Hôpital SAINT-ANTOINE

PAYE François
Chirurgie générale et digestive - Hôpital SAINT-ANTOINE

PERETTI Charles-Siegfried
Psychiatrie d'adultes - Hôpital SAINT-ANTOINE

PERIE Sophie
ORL - Hôpital TENON

PETIT Jean Claude
Bactériologie virologie - Hôpital SAINT-ANTOINE

PIALOUX Gilles
Maladies infectieuses et tropicales - Hôpital TENON

POUPON Raoul
Hépatologie et gastro-entérologie - Hôpital SAINT-ANTOINE

RENOLLEAU Sylvain
Réanimation néonatale - Hôpital TROUSSEAU

RODRIGUEZ Diana
Neuro-pédiatrie - Hôpital TROUSSEAU

RONCO Pierre Marie
Néphrologie et Dialyses – Hôpital TENON

RONDEAU Eric
Urgences néphrologiques-Transplantations
Rénales – Hôpital TENON

ROSMORDUC Olivier
Hépto-gastro-entérologie - Hôp SAINT-ANTOINE

ROUGER Philippe
I.N.T.S. – Paris 15e

ROUZIER Roman
Gynéco-obstétrique – Hôpital TENON

ROZENBAUM Willy
Maladies infectieuses - Hôpital SAINT-LOUIS

SAHEL José Alain
Ophtalmologie – CHNO des QUINZE-VINGTS

SAUTET Alain
Chirurgie orthopédique – Hôpital SAINT-ANTOINE

SEZEUR Alain
Chirurgie générale – Hôpital des Diaconesses

SIFFROI Jean Pierre
Génétique et embryologie médicale. TROUSSEAU

SOUBRIER Florent
Département de génétique - PITIE-SALPETRIERE

TALBOT Jean Noël
Biophysique et médecine nucléaire – Hôp TENON

THIBault Philippe (surnombre)
Urologie – Hôpital TENON

THOMAS Guy
Psychiatrie adulte – Hôpital SAINT-ANTOINE

THOUMIE Philippe
Rééducation neuro-orthopédique – ROTHSCHILD

TIRET Emmanuel
Chirurgie générale et digestive – SAINT-ANTOINE

TOUBOUL Emmanuel
Radiothérapie – Hôpital TENON

TOUNIAN Patrick
Gastro-entérologie et nutrition pédiatrique
Hôpital TROUSSEAU

TRAXER Olivier
Urologie – Hôpital TENON

TRUGNAN Germain

Inserm U538 - Faculté de Médecine P. & M. Curie

TUBIANA Jean Michel (surnombre)

Radiologie - Hôpital SAINT-ANTOINE

UZAN Serge

Gynécologie obstétrique et médecine de la reproduction

Hôpital TENON

VALLERON Alain Jacques

Unité de santé publique - Hôpital SAINT-ANTOINE

VAYSSAIRAT Michel

Cardiologie - Hôpital TENON

VAZQUEZ Marie Paule

Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie - Hôpital TROUSSEAU

WENDUM Dominique

Anatomie pathologique - Hôpital SAINT-ANTOINE

WISLEZ Marie

Pneumologie - Hôpital TENON

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	16
1. Des inégalités sociales de santé malgré un accès théorique à des soins de qualité pour tous	18
1.1. Mortalité et morbidité : Deux indicateurs d'inégalités sociales de santé	19
1.2. Des inégalités sociales de santé multifactorielles	20
2. Modèles explicatifs des inégalités sociales de santé	21
3. Inégalités sociales de santé et diabète	27
4. Inégalités sociales dans la prise en charge ambulatoire du diabète en France	28
5. Problématique	32
6. Facteurs d'application des recommandations de pratique clinique	32
7. Motifs de non application des recommandations concernant la prise en charge du diabète par les médecins généralistes en France	33
8. Représentations des patients appartenant aux basses catégories socioprofessionnelles chez les médecins	34
9. Hypothèses	36
MATERIEL ET METHODES	38
1. Principes de l'enquête	38
2. Sélection des patients	38
3. Guide d'entretien	39
3.1. Recommandations de la HAS concernant la prise en charge du diabète	39
3.2. Items du guide d'entretien	40
4. Médecins interviewés	42
RESULTATS	44
1. Description de l'échantillon des patients	44
2. Eléments de la prise en charge du diabète	46
2.1. La prise en charge par l'ALD 30	48
2.2. Les examens biologiques de suivi	48
2.2.1. Le nombre d'HbA1c	48

2.2.1.1.	Insuffisance de dosages annuels d'HbA1C	49
2.2.1.2.	Excès de dosages annuels d'HbA1c	50
2.2.2.	Dosages de créatinine, microalbuminurie et bilan lipidique	51
2.2.3.	ECG et consultation ophtalmologique	51
2.3.	Examen clinique	52
2.3.1.	Examen des pieds au monofilament	52
2.3.2.	Examen des pouls périphériques et des souffles vasculaires	53
2.4.	Contrôle glycémique	53
2.4.1.	Bilan alimentaire en consultation	54
2.4.2.	Recours à l'hospitalisation	55
2.4.3.	Recours à l'endocrinologue de ville	56
2.4.4.	Prise en charge diététique	57
2.4.5.	Recours au réseau pour diabétiques	58
2.5.	Prise en charge des facteurs de risque cardiovasculaires associés	59
2.5.1.	Tabagisme	59
2.5.2.	Contrôle lipidique	60
2.5.3.	Pression artérielle	60
2.5.4.	IMC	60
3.	Difficultés rencontrées au cours de la prise en charge du diabète	62
3.1.	Non observance	63
3.1.1.	Non observance des prescriptions médicales de suivi	64
3.1.2.	Non observance des mesures hygiéno-diététiques	64
3.1.3.	Non observance du traitement médicamenteux	65
3.1.4.	Motifs de non observance	65
3.1.4.1.	Représentation et adhésion à la maladie	65
3.1.4.2.	Problèmes sociaux et affectifs interférant avec le suivi du diabète	66
3.1.4.3.	Pathologies interférentes avec le suivi du diabète	67
3.1.4.3.1.	Neuro-psychiatriques	67
3.1.4.3.2.	Somatiques	68
3.1.4.4.	Qualité de vie, culture et alimentation	69
3.1.4.5.	Problèmes de compréhension	70
3.1.4.6.	Problèmes de langage	71

3.1.4.7. Problèmes d'implication	73
3.1.4.8. Nomadisme médical et absences prolongées	74
3.2. Autocensure des prescriptions	74
3.3. Manque de temps	75
3.4. Excès d'implication	76
DISCUSSION	77
1. Concernant la méthodologie	77
1.1. Echantillonnage de convenance	77
1.2. Limites de l'analyse de pratique	77
1.3. Evaluation du niveau d'étude et classement socioprofessionnel	78
1.4. Enquête unilatérale	78
2. Mauvaise observance	79
2.1. Les déterminants de l'observance	80
2.1.1. Facteurs liés au patient	81
2.1.2. Facteurs liés à la maladie	81
2.1.3. Facteurs liés au traitement	82
2.1.4. Facteurs liés au système de soin	82
2.1.5. Facteurs socio-économiques	83
2.2. Modèles comportementaux en santé	84
2.2.1. Modèle des croyances de santé	84
2.2.2. Théorie du comportement planifié	85
2.2.3. Théorie du comportement interpersonnel	86
2.2.4. Théorie du locus de contrôle et théorie sociocognitive	87
2.2.5. Modèle d'autorégulation de Leventhal	88
2.2.6. Modèle information-motivation-compétences comportementales	88
2.2.7. Modèle transthéorique du changement	89
2.2.8. Modèle de l'acceptation de la maladie	91
3. Recoupement entre les déterminants des inégalités sociales de santé et de l'observance dans le diabète	91
3.1. Facteurs liés au patient ayant un faible niveau socioéconomique.	92
3.1.1. Les croyances en santé	92

3.1.1.1.	Culture et représentation de la maladie	92
3.1.1.2.	Niveau de contrôle et représentation de la maladie	94
3.1.1.3.	Hiérarchisation des priorités et représentation de la maladie	96
3.1.2.	Les difficultés sociales et le manque de soutien socio-familial	97
3.1.3.	Rôle du niveau d'éducation	99
3.1.4.	Comorbidités	101
3.2.	Facteurs liés au système de soin	105
3.2.1.	Relation médecin-patient et communication	105
3.2.2.	Représentation des patients socioéconomiquement défavorisés chez les médecins	110
3.2.3.	Absence de remise en question des médecins	112
3.2.4.	L'autocensure	114
3.2.5.	Le manque de temps	116
3.2.6.	L'accès aux soins	116
3.2.7.	Le manque de formation des médecins aux inégalités sociales de santé et à la communication	118
3.2.8.	Des recommandations de pratiques cliniques standards	119
4.	Moyens de lutte contre les inégalités sociales dans le suivi du diabète en ville	120
4.1.	Recours à l'hospitalisation	120
4.2.	Recours au réseau	123
4.3.	Programmes de suivi spécialisé	124
4.4.	Le renforcement du soutien socio-familial	125
	CONCLUSION	127
	BIBLIOGRAPHIE	131
	ANNEXES	139

INTRODUCTION

Le diabète est une maladie chronique avec une forte prévalence dans les catégories sociales les plus défavorisées. Il est responsable de complications graves en termes de mortalité et de morbidité qui sont encore plus marquées dans les populations ayant un bas niveau socio-économique. Des études françaises ont établi une inégalité dans le suivi du diabète en fonction du niveau social alors qu'il s'agit d'une affection prise en charge à 100% par la sécurité sociale au titre de l'ALD 30. En effet, bien qu'ayant plus de complications, les bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMUc) ont moins d'examens complémentaires et des examens cliniques moins complets.

Pour comprendre cette situation apparemment paradoxale, nous avons eu pour objectif d'identifier, à l'échelle du médecin généraliste, les facteurs participant aux inégalités sociales de prise en charge du diabète. En analysant les données de la littérature concernant le diabète, les inégalités sociales de santé et l'adhésion des médecins aux recommandations professionnelles, nous avons émis 3 hypothèses. S'agit-il d'une restriction des prescriptions au titre de la prise en charge globale d'un patient ayant une multitude de problèmes médicaux et sociaux interférant avec le suivi de sa maladie chronique ? Par ailleurs, les médecins se limitent-ils dans leurs prescriptions du fait d'une perception de leurs patients socio-économiquement défavorisés comme inaptes à les accomplir ? Enfin, est-ce le patient socio-économiquement défavorisé qui adhère moins que les autres patients aux prescriptions et les accomplit moins souvent ?

Pour répondre à ces questions, nous avons réalisé de février à mai 2010, une enquête qualitative auprès de 12 médecins généralistes. Il s'agissait d'entretiens semi-dirigés, à l'aide d'un guide, pour analyser les pratiques de chaque médecin au travers du suivi de 2 de ses

patients diabétiques ayant la CMUc et 2 autres patients diabétiques ayant un meilleur niveau socio-économique. Ceci, afin de dégager les éventuelles particularités de la prise en charge ambulatoire des patients diabétiques socio-économiquement défavorisés pouvant expliquer la situation observée.

1. Des inégalités sociales de santé malgré un accès théorique à des soins de qualité pour tous

Le système de santé français a été reconnu en 2000 par l'OMS comme « le plus performant en termes de dispensation et d'organisation des soins de santé ». Au moment de sa création, en 1945, l'assurance maladie n'était réservée qu'aux salariés et à leur famille. Néanmoins, sa vocation et sa construction progressive se sont centrées autour de trois principes fondamentaux : l'égalité d'accès aux soins, la qualité des soins et la solidarité. De nombreux efforts ont donc été réalisés pour qu'elle puisse s'appliquer à tous et donner accès aux soins, indépendamment de ses ressources financières. C'est dans cette optique qu'ont été créées en 2000 la Couverture Maladie Universelle (CMU), la Couverture Maladie Universelle complémentaire (CMUc) et l'Aide Médicale d'Etat (AME), afin de permettre une prise en charge à 100% des soins, sans avance de frais, aux personnes les plus démunies, y compris les résidents en situation irrégulière. Dans le même esprit, des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) ont été créées en 1998 dans de nombreux hôpitaux, offrant des consultations externes, des actes diagnostiques et thérapeutiques, ainsi que des traitements délivrés gratuitement aux personnes en grande précarité.

Parallèlement à cet élargissement de l'accès aux soins, les progrès de la médecine et des conditions de vie et de travail au cours du XXe siècle ont permis un allongement considérable de l'espérance de vie en France. Celle-ci est passée de 43,4 à 74 ans pour les hommes et de 47 à 82 ans pour les femmes, soit le doublement de l'espérance de vie comparée à la fin du XVIIIe siècle. Néanmoins, ces avancées colossales ne sont pas homogènes et se sont faites au profit des classes moyennes au sens large, en délaissant les classes les plus pauvres, certes peu nombreuses [1].

1.1. Mortalité et morbidité : Deux indicateurs d'inégalités sociales de santé

Lorsqu'on s'intéresse à l'espérance de vie à 35 ans, on s'aperçoit qu'il existe un écart entre les classes sociales et que celui-ci s'est creusé au fil du temps. En effet, nous disposons de données concernant l'espérance de vie à 35 ans des Genevois à la fin du XVIIIe siècle. Il existait alors un écart entre les plus aisés et les plus pauvres de 3,4 ans pour les hommes et 5,8 pour les femmes. En France, dans les années 80, cet écart s'établissait à 9 ans pour les hommes ! Plus récemment, les suivis de cohortes effectués au milieu des années 1990 par l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), ont montré que l'espérance de vie à 35 ans des femmes cadres dépassait de 3 ans celle des ouvrières et que l'écart chez les hommes s'élevait à 7 ans [1], [2].

Ce gradient social en santé concerne tous les pays, quelque soit le système de santé. Une étude de la mortalité dans 11 pays européens menée en 1997 [3], a montré que le risque de mortalité pour les hommes de 30 à 59 ans exerçant une activité professionnelle manuelle était plus important que pour les hommes exerçant une activité intellectuelle. Une autre étude [4] datant de 2005, étudiant dans différents pays européens les différences de mortalité entre les classes du haut et du bas de l'échelle sociale, a observé que ces différences pouvaient aller de 4 à 10 ans selon les pays. Un autre élément a été apporté en 2004 [5] par une étude parmi les personnes de 60 à 69 ans de 11 pays européens retrouvant un taux de mortalité plus important pour les personnes ayant un faible niveau de formation. Enfin, une étude française est venue compléter ces constats. En croisant des données fiscales et des données de mortalité françaises de 1988 à 1990, elle a montré que le risque de décès était fortement corrélé au niveau de revenus et que cette relation existait, en continuum, tout au long de la distribution des revenus, indépendamment de l'effet des

catégories socioprofessionnelles. Cette corrélation entre la mortalité et les revenus était également observée au sein de chaque catégorie socioprofessionnelle [6].

Ces inégalités se retrouvent aussi sur le plan de la morbidité. En effet, dans une étude belge [7], les diplômés de l'enseignement supérieur de type long ont une espérance de vie en bonne santé, respectivement pour les hommes et pour les femmes, de 70,9 ans et 74,1 ans, contre 55,8 ans et 54,8 ans pour les non diplômés. Cela fait en moyenne 18 ans d'écart pour les hommes et 24 ans pour les femmes.

En France, l'enquête HID (handicap, incapacités, dépendances) menée par l'Inserm [8] montre que les inégalités face au handicap sont, elles aussi, très marquées selon le milieu social d'origine. Parmi les personnes vivant à domicile, la proportion de celles qui souffrent d'au moins une déficience varie de 27,9% chez les cadres et les professions intellectuelles à 45,3% chez les ouvriers. Ces différences sont encore plus importantes chez les personnes en présentant plusieurs : 12,6% des cadres déclarent ainsi souffrir de plusieurs déficiences contre 23,1% des ouvriers, soit pratiquement une variation du simple au double. Comme le soulignent P. Mormiche et V. Boissonnat en charge de l'enquête : « À l'inégale répartition sociale des déficiences s'ajoutent des inégalités sociales dans la capacité à maîtriser ces déficiences, qui se traduisent alors en incapacités. Le processus qui conduit des déficiences (premier niveau du handicap) aux incapacités (deuxième niveau) accroît donc les inégalités».

1.2. Des inégalités sociales de santé multifactorielles

Les inégalités sociales de santé sont, pour une part, indépendantes de l'accès aux soins, mais plus largement, la conséquence d'inégalités de santé à de multiples niveaux. En effet, en 1982, le rapport Black [9] a montré que les inégalités sociales de mortalité n'avaient pas disparu en Grande-Bretagne entre 1931 et 1981, mais qu'elles avaient même eu tendance à augmenter, en dépit de l'amélioration générale des conditions de vie, de politiques

d'amélioration des conditions de travail et de l'instauration du National Health Service offrant à partir de 1948 un accès égalitaire aux soins. En outre, les inégalités sociales de santé ne se réduisaient pas à une opposition entre pauvres et non-pauvres, manuels et non-manuels. Il s'agissait en fait d'un véritable gradient social de santé, le risque de décès se réduisant tout au long de la hiérarchie sociale, ce qui ne pouvait pas être uniquement expliqué par les conditions matérielles de vie.

En France, malgré un système qui assure un accès général aux soins médicaux, l'utilisation de ce système et les trajectoires des patients varient selon le statut social ou le niveau d'études. Il en est ainsi de la couverture vaccinale ou de la fréquence des dépistages du cancer du col de l'utérus ou du sein, que l'on sait corrélée au risque de mortalité et qui sont toutes les deux plus faibles dans les catégories sociales défavorisées. Des travaux sur les patients hospitalisés pour infarctus du myocarde ont également montré des différences de prise en charge avant l'épisode hospitalier selon les catégories sociales, ainsi que des différences de mortalité pré hospitalière et à 28 jours [10].

2. Modèles explicatifs des inégalités sociales de santé

De nombreuses études ont été menées pour qualifier et quantifier les inégalités sociales de santé dans leurs différents domaines d'expression (mortalité, handicaps et incapacités, prévention, santé périnatale, santé bucco-dentaire, santé de l'enfant, de l'adolescent, troubles mentaux etc).

L'analyse des causes de décès qui contribuent le plus aux différences sociales de mortalité prématurée met en évidence le rôle des facteurs de risque liés aux modes de vie et celui des pratiques de santé dont les déterminants sont complexes et interagissent entre eux (niveau de revenu, conditions de vie, environnement professionnel, contexte socio-

environnemental, niveau et mode d'accès au système de soins, facteurs culturels à l'égard de la santé et des soins...) [1].

Il existe de nombreux modèles tentant d'expliquer les inégalités de santé et qui ont probablement, chacun, une part dans la genèse de ces inégalités.

Les facteurs de risque individuels ne peuvent pas, à eux seuls, expliquer les différences sociales de santé. Le recours à cette seule explication a été remis en cause par différents travaux de recherche ayant montré, qu'au mieux, le mode de vie expliquerait un tiers des écarts constatés.

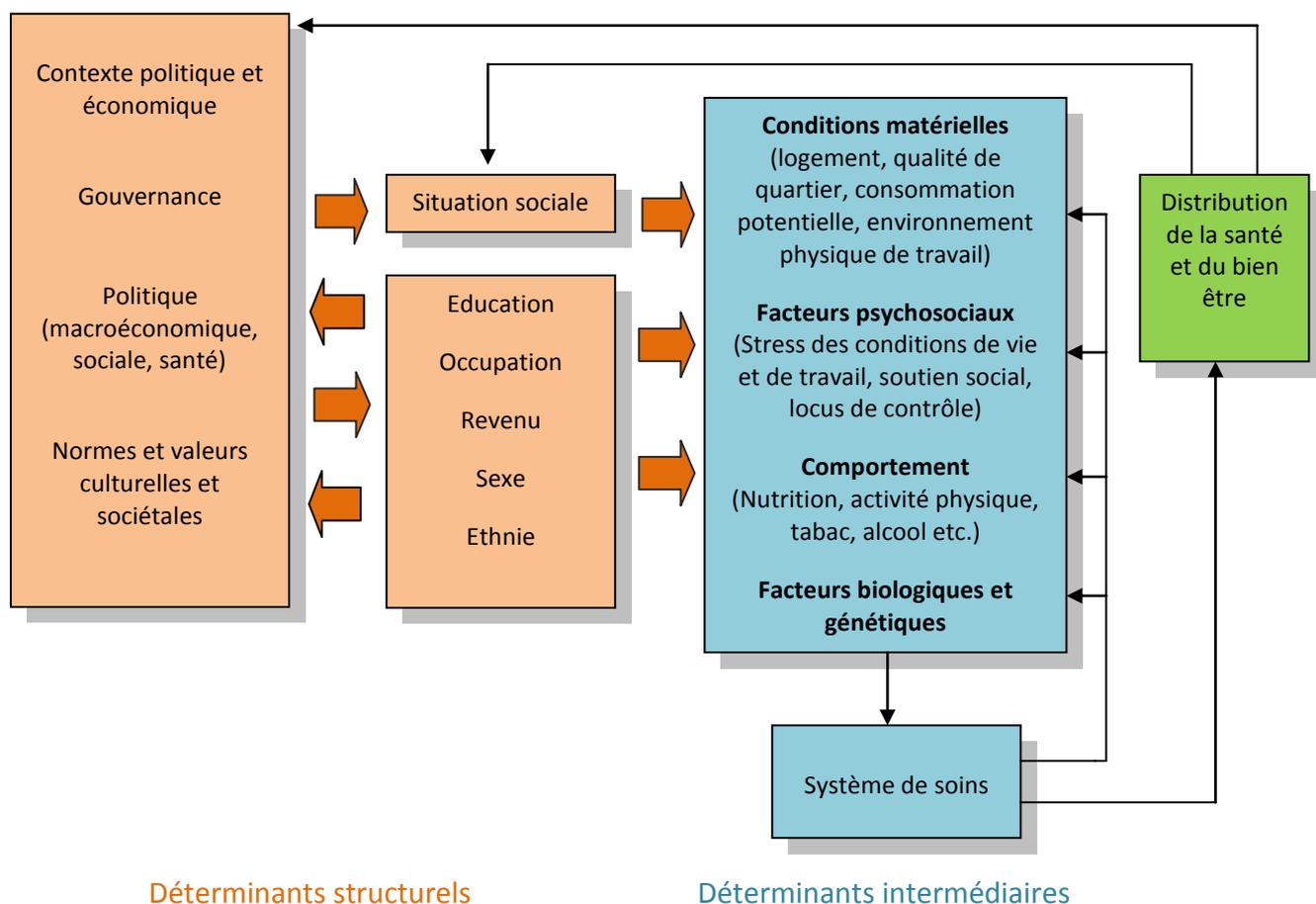
Le modèle descriptif le plus récent, le plus exploité et le plus significatif dans la compréhension des inégalités sociales de santé, rassemblant l'ensemble des déterminants reconnus, est celui de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) présenté dans le rapport de la Commission des déterminants sociaux de la santé [11]. C'est un modèle de causalités sociales. Il est fondé sur les interactions entre des déterminants dits " structurels " des inégalités sociales de santé et des déterminants dits " intermédiaires " de l'état de santé.

Les déterminants structurels sont ceux qui sont liés au contexte politique et économique du pays. Ils influent sur la stratification sociale et économique du pays et donc sur la répartition sociale de la population en fonction du revenu, de l'éducation, de la profession, du sexe, des origines ethniques. On y trouve : la gouvernance, les politiques macro-économiques, les politiques sociales, les politiques publiques, la culture et les valeurs de la société, les revenus, l'éducation, l'occupation, la puissance, le prestige, etc. Ces déterminants ont un impact sur la distribution inégale des déterminants intermédiaires.

Les déterminants intermédiaires de l'état de santé renvoient aux conditions matérielles, psychologiques, aux comportements, aux facteurs biologiques et génétiques, ainsi qu'au rôle

de l'accès au système de santé. Parmi les éléments pris en compte, on citera pour les conditions matérielles : le logement, la qualité de quartier, la consommation potentielle, (c'est-à-dire les moyens financiers pour acheter des aliments sains, des vêtements chauds, etc.), l'environnement physique du travail. Les facteurs psychosociaux renvoient au stress des conditions de vie et de travail, aux relations et au soutien social et au degré de contrôle qu'une personne a sur sa vie (« locus of control » ou « empowerment »). Les comportements concernent la nutrition, l'activité physique, la consommation de tabac et d'alcool, qui ont une répartition socialement stratifiée entre les différents groupes sociaux.

Déterminants sociaux de la santé et inégalités en santé



Adapté de l'OMS [11].

Concernant les conditions matérielles, en prenant l'exemple de la Belgique [12], on constate que les personnes « pauvres » ont 5 fois plus de risque de faire face à une insuffisance en matière d'équipements sanitaires ainsi qu'à un logement en mauvais état (ce qui représente près d'une personne sur deux en situation de pauvreté), et 13 fois plus de risque d'avoir des problèmes de chauffage (cela concerne 4 personnes en situation de pauvreté sur 10). Du point de vue de l'environnement, les différences les plus significatives concernent la pollution et le bruit, la criminalité et le vandalisme, et la propreté du quartier : les personnes en situation de pauvreté risquent respectivement 9, 4 et 6 fois plus souvent d'être confrontées à ce genre de problèmes. Aux Etats-Unis où les populations sont souvent regroupées en quartiers communautaires, des études ont établi un lien entre les infrastructures d'un quartier (peu d'espaces verts, peu de lieux pour faire du sport), l'insécurité ressentie et l'état de santé de ses habitants [32]. Enfin, concernant les moyens financiers, leur manque a un impact sur la difficulté pour faire face aux dépenses en soins de santé, et dès lors sur le report des soins: en Belgique, 60 % des personnes pauvres ne peuvent intégrer les coûts liés aux soins de santé dans le budget du ménage, et 17 % doivent reporter les soins dont ils ont besoin. Ainsi, bien qu'en principe tout le monde ait accès aux soins de santé, le volet financier pose souvent problème.

Concernant les facteurs psychosociaux, une étude belge de 2007, établie à partir de l'enquête de santé 2001-2004, montre des différences significatives, non pas en terme de quantité, mais en terme de qualité du réseau social, entre les personnes étant au dessus et celles en dessous du seuil de pauvreté. En effet, ces dernières peuvent moins compter sur leur entourage en cas de problèmes et ont davantage de sentiment de solitude que les personnes au dessus du seuil de pauvreté.

Le degré d' «empowerment» (littéralement le fait d'acquérir et d'avoir un certain pouvoir) fait référence au degré de contrôle qu'un individu a dans la gestion de sa vie au quotidien, à l'étendue de sa liberté quant aux choix qu'il doit faire (étudier plutôt que travailler, avoir une certaine autonomie dans la gestion de ses tâches professionnelles ainsi que par rapport à ses collègues, etc.). Il existerait un lien entre «empowerment», situation socio-économique et santé : les conditions sociales d'un individu déterminent positivement son degré de liberté et d'autonomie, qui lui-même a une influence positive sur son état de santé [13]. Ceci a été mis en évidence dans l'étude britannique «Whitehall II». Elle montre que plus on descend dans la hiérarchie professionnelle, plus le risque d'infarctus et d'autres affections est élevé [12]. Deux modèles explicatifs ont été mis en évidence :

- le degré de contrôle de la demande qui met en évidence le fait que le stress au travail (qui a un impact sur l'état de santé d'un individu) est moins causé par l'ampleur du travail que par le degré d'autonomie qu'un individu a dans la gestion des différentes tâches qui lui sont attribuées,
- le degré de reconnaissance sociale qui montre que le déséquilibre entre efforts consentis et reconnaissance a une influence sur le niveau de stress.

Les travailleurs dans le bas de l'échelle professionnelle, de par leur manque de contrôle de la demande et par manque de reconnaissance, auraient un risque d'infarctus et d'autres affections, plus important [12].

L'étude Whitehall II met également en évidence que le degré de contrôle d'un individu n'est pas uniquement déterminé par son cadre professionnel. Elle montre par exemple que les femmes qui ont moins d'autonomie et de liberté dans la gestion du ménage ont un risque d'infarctus plus élevé que les femmes avec davantage de contrôle [12].

Les mêmes observations ont été faites en se basant sur la hiérarchie sociale et pas seulement professionnelle [14]. Les inégalités de revenus affectent la santé au travers des perceptions liées à la position relative dans la hiérarchie sociale. Ces perceptions produisent des ressentiments négatifs, tels que la honte et la méfiance, qui engendrent des comportements négatifs pour la santé, mais également des comportements qui ont indirectement un impact néfaste sur la santé.

Différentes théories explicatives existent et diffèrent selon l'importance donnée à l'un ou l'autre des déterminants des inégalités sociales de santé. Certaines privilégient le rôle des conditions de naissance et de vie dans la petite enfance qui, lorsqu'elles sont défavorables, poseraient les fondements créateurs des inégalités. D'autres se fondent sur l'effet cumulatif de déterminants sociaux et économiques défavorables se combinant et interagissant au cours de la vie [15]. Ces courants ne sont pas exclusifs l'un de l'autre et sont même plutôt complémentaires. Dans une étude récente, une équipe de l'Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES) a montré que le milieu social d'origine et l'état de santé des parents influent sur l'état de santé des enfants à l'âge adulte. Cependant, cette situation défavorable peut être partiellement compensée si la personne atteint un niveau d'éducation supérieur à celui de ses parents [16].

On citera aussi le modèle de la mobilité sociale sélective [12] qui émet l'hypothèse que l'état de santé ou l'un de ses déterminants influence la position socio-économique d'un individu et donc sa mobilité sociale au sein de la société. La position socioéconomique serait alors une conséquence plutôt qu'une cause de l'état de santé. Dans ce modèle, on distingue deux types de sélection, la sélection directe et la sélection indirecte.

Le modèle de sélection directe fait l'hypothèse que la santé influence directement la mobilité sociale d'un individu. Selon que l'individu est en bonne ou en mauvaise santé, il aura tendance à monter ou à descendre dans l'échelle sociale. Cela signifie que les personnes en moins bonne santé, et par conséquent ayant une espérance de vie moins élevée, se concentreront au bas de l'échelle sociale.

Le modèle de sélection indirecte implique que les facteurs déterminant la mobilité sociale influencent également l'état de santé d'un individu. Par exemple, le fait qu'un individu ait une perception positive et proactive par rapport à son avenir influencera sa motivation à investir dans l'éducation et la formation, mais également sa motivation à adopter des comportements sanitaires favorables à sa santé.

3. Inégalités sociales de santé et diabète

De nombreuses études menées dans différents pays témoignent des inégalités sociales dans la prévalence et les conséquences du diabète. Une étude canadienne constate qu'un faible revenu est associé à une plus forte prévalence du diabète [17]. Une étude finlandaise observe que l'incidence et la mortalité par coronaropathie sont plus élevées parmi les personnes les plus pauvres, diabétiques et non diabétiques [18]. Une étude américaine [19] souligne le gradient socioéconomique dans la mortalité liée au diabète ainsi que le rôle important de l'éducation et des revenus dans le risque de décès. En effet, avoir un niveau inférieur à l'enseignement secondaire est associé à un doublement de la mortalité par diabète après ajustement de l'âge, du sexe, de l'ethnie, du statut marital et de l'IMC en comparaison avec des adultes ayant un niveau supérieur. Les résultats montrent aussi qu'avoir un revenu familial inférieur au seuil de pauvreté est associé à un doublement de la mortalité par rapport aux adultes des familles ayant les revenus les plus élevés.

En France, le diabète touche près de 4% de la population en 2007 soit près de 2,5 millions de personnes. Sa prévalence s'accroît de 5.7% par an [41]. En 1999, la prévalence était évaluée à 3,2% de la population et 11% des personnes de plus de 65 ans [20]. Une étude tenant compte des tendances démographiques et de l'augmentation de l'obésité [20] estime qu'en 2016, il y aura près d'un million de diabétiques de plus qu'en 1999.

L'impact des caractéristiques socio-économiques sur la prévalence du diabète a été étudié à partir des données de l'Enquête décennale santé 2002–2003 [21]. La prévalence du diabète auto-déclaré ou traité est plus fréquente chez les personnes ayant un niveau d'études primaires, par rapport à celles ayant un niveau supérieur au baccalauréat et parmi les ouvriers par rapport aux cadres et aux personnes exerçant une profession libérale. Ces associations sont plus marquées chez les femmes que chez les hommes. Un faible revenu est également associé à un risque de diabète plus élevé chez les femmes mais non chez les hommes.

4. Inégalités sociales dans la prise en charge ambulatoire du diabète en France

Au début des années 2000, de grandes études nationales sur le suivi du diabète en médecine ambulatoire ont été menées. Tout d'abord, une première étude a été réalisée de 1999 à 2001 par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) [22], dans le cadre d'un programme pluriannuel de santé publique, afin « d'améliorer la prise en charge collective des diabétiques de type 2 en assurant la promotion des recommandations de bonne pratique clinique validées par la communauté scientifique ». Elle a consisté à exploiter la base de données des prestations remboursées aux assurés sociaux d'une population cible, définie comme toute personne ayant un traitement antidiabétique oral sur une période d'au moins trois mois. Ceci excluait les examens réalisés au cours

d'hospitalisations. Cette étude a été effectuée avant, puis après un programme d'intervention auprès des praticiens.

De façon générale, les résultats de cette étude montrent que les recommandations concernant le suivi du diabète ne sont pas suivies. La première évaluation de 1998 montre que seuls 69,7% des patients diabétiques ont une prise en charge au titre de l'ALD 30, que, sur 6 mois, 58,8% n'ont aucun dosage d'hémoglobine glyquée, que sur un an, seul 39,1% ont bénéficié d'un acte d'ophtalmologie libérale, 27,9% ont eu un ECG, 57,4% ont eu un dosage de cholestérolémie en ville et 15,1% un bilan lipidique complet, 67% ont eu un dosage de créatinine plasmatique en ville, et 10,8% une recherche de microalbuminurie en ville. Les résultats ont, aussi, permis de comparer les prestations des patients bénéficiaires et des non bénéficiaires de la CMUc nouvellement créée. Il en ressort que 7% des diabétiques non insulino-traités bénéficient de la CMUc et qu'il existe des disparités entre eux et les autres assurés ; notamment, les bénéficiaires de la CMUc ont un taux d'inscription à l'ALD 30 plus faible, moins de dosages de l'hémoglobine glyquée (HbA1c) et du cholestérol par an, moins de consultations ophtalmologiques et moins de réalisations d'ECG de repos par an. L'intervention auprès des praticiens permettait ensuite, une petite amélioration des pratiques par rapport aux recommandations [22].

Tableau récapitulatif des résultats :

	Population diabétique en 1999	Population diabétique en 2000	Non bénéficiaires de la CMUc en 2000	Bénéficiaires de la CMUc en 2000
En ALD 30	69,7%	70,5%	-	67,1%

	Population diabétique en 1998	Population diabétique en 2000	Non bénéficiaires de la CMUc en 2000	Bénéficiaires de la CMUc en 2000
Nombre d'HbA1c en 6 mois : - Aucune - ≥ 1	58,8% 41,2%	39,4% 60,6%	38,9% 61,1%	40,8% 59,2%
≥ 1 acte annuel d'ophtalmologie	39,1%	40,9%	41,4%	37,2%
≥ 1 ECG en 1 an	27,9%	30,2%	31%	22,5%
≥ 1 dosage de cholestérolémie en 1 an	57,4%	62,4%	62,9%	58,9%
≥ 1 dosage de créatinine en un an	67%	71,1%	-	-
≥ 1 recherche de microalbuminurie en un an	10,8%	15,4%	15,6%	15,5%

Ensuite, une deuxième étude, promue par l'Institut de Veille Sanitaire (InVS), s'est déroulée en 2001, l'Echantillon National Témoin Représentatif des personnes diabétiques (ENTRED), afin de décrire, évaluer et surveiller l'état de santé et la prise en charge médicale des personnes diabétiques traitées. Cette étude a consisté à questionner un échantillon aléatoire de 10 000 patients diabétiques (type 1 et 2) et leurs médecins, ceci couplé à l'analyse des prestations médicales remboursées. Elle a permis de mettre en évidence que la prévalence du diabète est plus élevée chez les personnes ayant des revenus plus faibles que la population générale, un niveau d'étude plus faible, un statut socio professionnel moins favorable avec une surreprésentation des ouvriers par rapport aux cadres. 60% des diabétiques de 45-79 ans ont un niveau d'étude inférieur ou égal au BEPC contre 39% d'une

population générale de référence du même âge, 12% n'ont jamais eu d'activité professionnelle contre 3%, et 8% bénéficient de la Couverture maladie universelle contre 5% en population générale. Le taux de mortalité lié au diabète en 1999 des ouvriers ou employés était nettement supérieur à celui des cadres supérieurs et professions libérales. Les patients ayant un moindre niveau socio-économique avaient plus souvent recours à un médecin généraliste et moins souvent à un endocrinologue (2 fois moins fréquent chez les ouvriers que chez les cadres), avaient plus souvent un problème d'obésité, plus de complications cardio-vasculaires (3 fois plus fréquent chez les ouvriers et les personnes de profession intermédiaire que chez les cadres), un contrôle glycémique moins bon (niveau d'hémoglobine glyquée supérieur à 7% 2 fois plus fréquent chez les personnes de niveau d'études inférieur au baccalauréat), moins d'examen du fond d'œil tout en ayant plus fréquemment une rétinopathie diabétique (un examen du fond d'œil dans l'année est presque 3 fois moins fréquent chez les ouvriers que chez les cadres) et moins d'examen des pieds au monofilament lors du suivi clinique [23], [24], [25]. Tableau extrait de l'étude [23] :

Tableau 2 Odds-ratios^a et IC à 95 % mesurant les associations entre la dernière profession exercée et différents indicateurs, Entred 2001, personnes diabétiques de type 2 âgées de moins de 60 ans / **Table 2** Odds-ratios^a and 95% CI measuring relationships between the last occupation and various indicators. Entred 2001, persons with type 2 diabetes aged under 60 years of age

	État de santé					Recours aux soins		Qualité des soins		
	Hypertension artérielle ^b	Dyslipidémie ^b	Tabagisme actif ^b	Obésité (IMC ≥ 30 kg/m ²)	Contrôle glycémique insuffisant ^b (HbA1c > 7 %)	≥ 1 complication macro-vasculaire ^c	≥ 12 consultations de médecin généraliste ^d	≥ 1 consultation de médecin spécialiste ^d	≥ 1 fond d'œil	≥ 1 examen au monofilament
Ouvriers	1	1	2,7 [1,2-6,1]	1,1 [0,7-1,8]	1,5 [0,8-2,9]	3,0 [1,4-6,6]	2,4 [1,4-4,3]	1	1	1
Employés	1,3 [0,9-1,9]	1,4 [1,0-2,0]	3,0 [1,3-6,9]	1,2 [0,8-2,0]	1,1 [0,5-2,2]	1,5 [0,6-3,8]	2,1 [1,2-3,9]	1,3 [0,8-2,0]	1,2 [0,8-1,7]	0,9 [0,6-1,5]
Professions intermédiaires	1,9 [1,1-3,3]	1,3 [0,8-2,2]	1	0,9 [0,5-1,6]	1,0 [0,4-2,4]	3,0 [1,1-8,3]	1,7 [0,8-3,6]	1,3 [0,6-2,6]	1,4 [0,8-2,4]	1,2 [0,7-2,4]
Cadres, professions intellectuelles supérieures	1,5 [0,9-2,3]	1,7 [1,1-2,6]	3,7 [1,5-8,7]	1	1	1	1	2,2 [1,3-3,8]	2,8 [1,6-4,8]	2,1 [1,3-3,4]
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	0,7 [0,3-1,7]	1,2 [0,6-2,5]	2,2 [0,7-6,7]	0,4 [0,2-1,0]	1,2 [0,4-4,1]	2,0 [0,5-8,6]	0,6 [0,2-2,1]	2,0 [0,8-4,8]	1,5 [0,7-3,2]	0,8 [0,3-2,1]
Jamais d'activité professionnelle	0,8 [0,4-1,4]	0,8 [0,4-1,4]	1,3 [0,4-4,4]	0,9 [0,5-1,8]	1,2 [0,4-3,6]	2,2 [0,5-9,9]	2,3 [1,0-4,9]	0,7 [0,3-1,5]	0,5 [0,3-1,0]	1,3 [0,7-2,5]

^a Tous odds-ratios ajustés sur âge, sexe, traitement normoglycémiant et ancienneté du diabète - ^b Également ajusté sur l'indice de masse corporelle - ^c Également ajusté sur l'indice de masse corporelle, le tabagisme actif, et la dyslipidémie et l'hypertension artérielle - ^d Également ajusté sur les antécédents de complications macrovasculaires - Sources des données : - Autodéclarations des personnes diabétiques : dernière profession exercée, hypertension artérielle, dyslipidémie, tabagisme actuel, poids et taille, complication macrovasculaire (angor, infarctus, revascularisation coronaire), fond d'œil et examen des pieds au monofilament réalisés en 2001 - Déclarations des médecins : dernier niveau d'HbA1c en 2001 - Données de l'Assurance maladie : consultations de médecins généralistes et spécialiste (diabétologue, endocrinologue, interniste ou hospitalisation en service spécialisé de diabétologie, endocrinologie ou nutrition) en 2001

Ces deux études interpellent car, du fait que le diabète est une maladie chronique prise en charge à 100% au titre de l'ALD 30 et du fait de l'absence d'avance de frais pour les bénéficiaires de la CMUc, il ne devrait pas, en théorie, y avoir de différence de prescription entre les bénéficiaires et les non bénéficiaires de la CMUc, voire plus de prescriptions chez les bénéficiaires du fait qu'ils ont probablement un taux plus important de complications et de mortalité lié au diabète.

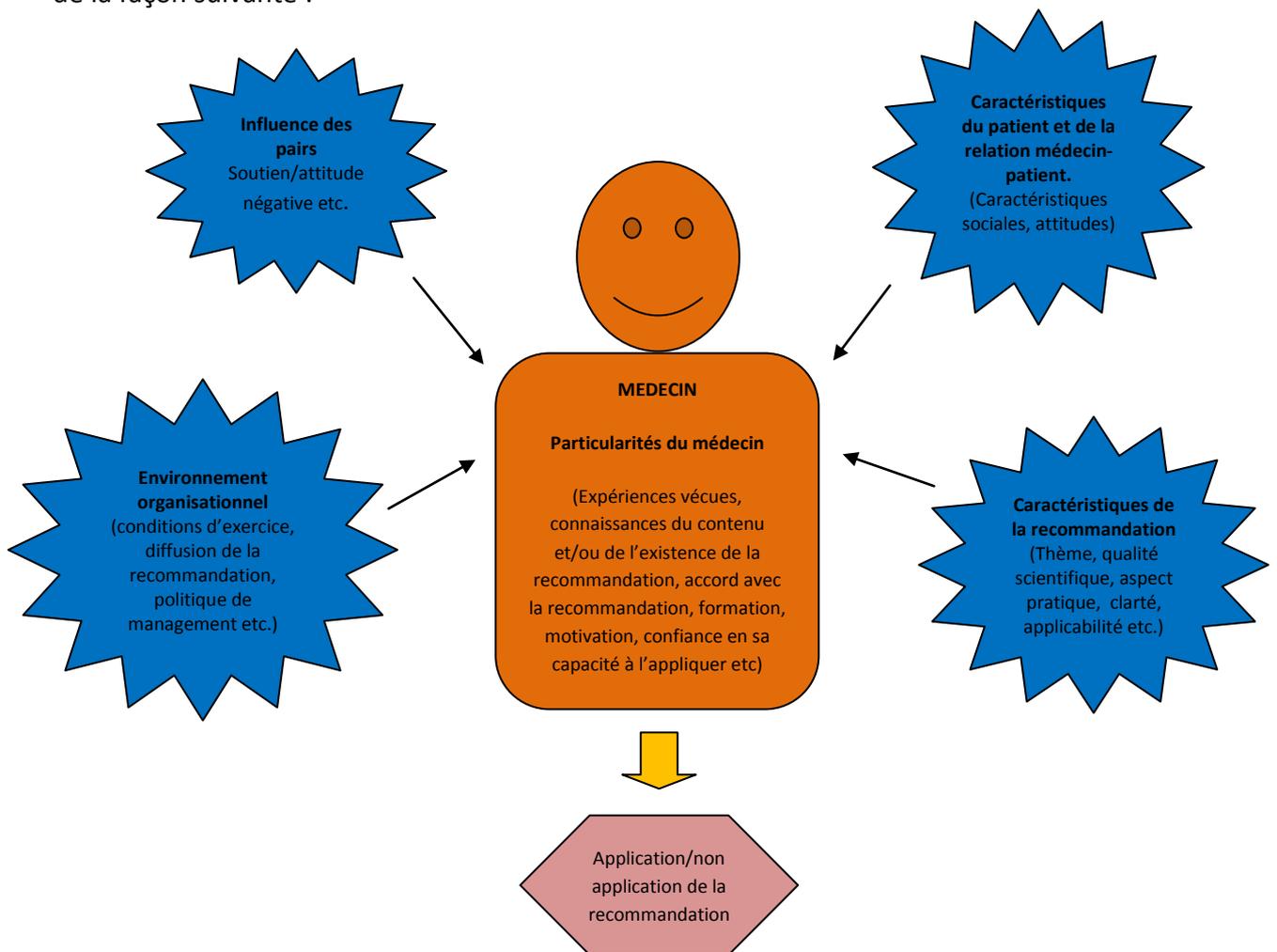
5. Problématique

Comment expliquer cette différence de prise en charge du suivi du diabète ? Quels sont les facteurs expliquant l'éloignement plus important, par rapport aux recommandations concernant le suivi du diabète, chez les patients ayant un bas niveau socio-économique ?

6. Facteurs d'application des recommandations de pratique clinique

Des études ont été menées sur les facteurs impliqués dans l'application ou la non application des recommandations de bonne pratique médicale, en général, par les médecins. Celles-ci établissent des facteurs individuels et collectifs associés à l'efficacité des recommandations. Ceux-ci sont nombreux et regroupés en facteurs liés aux recommandations (aspect pratique, clarté, thème, applicabilité, qualité scientifique, adaptabilité locale...) ; facteurs individuels liés au médecin (connaissance des recommandations, accord avec elles, confiance en sa capacité à les appliquer, motivation, formation reçue, expériences vécues...) ; facteurs liés au patient (caractéristiques sociales, attitude d'adhésion ou non, interaction médecin/patient...) ; facteurs liés aux pairs (soutien des collègues ou attitude négative des collègues envers la recommandation...) ; et facteurs liés à l'environnement organisationnel (lieu d'exercice, travail de nuit ou de jour, système de rémunération du médecin, équipement nécessaire, manque de temps, diffusion de la recommandation, politique et management...) [26], [27].

On pourrait récapituler schématiquement les facteurs d'application d'une recommandation de la façon suivante :



7. Motifs de non application des recommandations concernant la prise en charge du diabète par les médecins généralistes en France

Une étude, réalisée en 2006 [28], s'est attachée à comprendre pourquoi la pratique des médecins généralistes en matière de suivi du diabète s'écarte des recommandations de 1999 de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES). Celle-ci faisait ressortir un ensemble d'éléments variés appartenant aux facteurs cités précédemment. Néanmoins, un motif important était la nécessité d'adaptation des prescriptions en fonction de la perception du patient (« compromis ») par le médecin avec une inadéquation ressentie entre les recommandations « standardisées » et la prise en charge globale du patient avec

ses particularités. Les médecins revendiquent majoritairement une prise en charge globale des patients, obligeant à établir des priorités (« la médecine n'est pas quelque chose que l'on peut régler de façon rigide », « on ne peut pas mettre des gens dans des cases »). Dans cette hiérarchisation, le suivi technique et codifié n'est pas prioritaire. L'interaction entre un médecin et un patient intervient dans le processus de décision qui va conduire les médecins généralistes à être des prescripteurs tantôt respectueux des recommandations et tantôt pas, lorsqu'ils tolèrent que les patients fassent des écarts. En médecine de ville, plus encore qu'en médecine hospitalière, le colloque singulier qui s'établit entre le médecin et le patient est déterminant dans les décisions [28], [29].

Ceci peut être analysé sur deux versants : tout d'abord, la réalité de compromis liés à la particularité exprimée du patient et de son contexte, mais aussi, des compromis basés sur une représentation propre du patient et de sa maladie par le médecin. Or, un certain nombre de médecins se plaignent de la non observance de l'hygiène de vie et du manque de compréhension des risques liés à la maladie chez leurs patients. Ils expriment un certain fatalisme avec un manque de conviction dans leur capacité à améliorer l'équilibre du diabète chez leur patient. L'existence de pluri-pathologies ou de difficultés sociales ou affectives est aussi associée à un relâchement du suivi et des examens prescrits par les médecins [28].

8. Représentations des patients appartenant aux basses catégories socioprofessionnelles chez les médecins

La notion de représentation du patient par le médecin dans la prise de décision nous amène à étudier la perception des personnes appartenant aux catégories socioprofessionnelles défavorisées, par les médecins. Il existe un certain nombre d'études, principalement américaines, qui se sont appliquées à explorer cette perception et la communication médecin-patient qui en découle.

Pour rendre le monde plus facile à gérer, tous les hommes partagent une stratégie adaptative générale en utilisant des catégorisations pour simplifier la quantité importante et complexe d'informations et stimuli auxquels ils sont exposés. Pour pouvoir mieux gérer le monde social, les gens effectuent souvent des jugements sur des catégories ou groupes de personnes et généralisent leurs jugements à tous les individus qui sont mentalement assignés à cette catégorie ou groupe. Quand un individu est associé à un groupe ou à une classe, inconsciemment et automatiquement, les caractéristiques associées à ce groupe lui sont appliquées. Ceci est probablement encore plus marqué chez les médecins, du fait du manque de temps qui pousse à faire des jugements rapides [30].

Ces études rapportent qu'une appartenance à une classe sociale basse est associée à une perception du patient, par le médecin, comme étant moins observant, moins intelligent, moins rationnel et plus impulsif [30], [31]. De plus, ceci a des conséquences sur la nature de la communication médecin-patient. Les patients ayant un haut niveau socio-économique sont décrits comme plus expressifs et posant plus de questions que les autres. Les médecins communiquent d'avantage avec eux : ils les écoutent plus, leur communiquent plus de réassurance, de soutien et d'empathie et leur délivrent d'avantage d'informations diagnostiques et thérapeutiques. Pour les patients des basses catégories sociales, il a été noté que la communication du médecin envers le patient est plus directive et donc la relation plus passive pour le patient. De plus, l'examen représente une part plus importante de la consultation, réduisant la part consacrée aux questions et à l'éducation thérapeutique. L'approche médicale y est plus biomédicale et moins psycho-sociale que pour les autres populations [32], [33].

9. Hypothèses

A la lumière des études rapportées, nous avons émis les hypothèses suivantes pour expliquer les différences de prise en charge en matière de suivi du diabète entre les catégories socio-économiques. Le problème peut être abordé selon deux aspects, soit les prescriptions sont différentes, soit c'est l'attitude du patient et son choix de ne pas les réaliser qui est responsable des différences observées.

La première hypothèse est une diminution des prescriptions de suivi du diabète par les médecins généralistes en relation avec une prise en charge globale du patient. L'existence de pluri-pathologies ou de problèmes d'ordre socio-économico-affectifs, plus fréquents chez les basses catégories sociales, peuvent interférer avec le suivi du diabète et, dans un souci de hiérarchisation, l'amener à passer au second plan du fait qu'il s'agit d'une maladie chronique. En effet, une enquête menée en 2006 [34] a montré que, pour une tranche d'âge équivalente, le taux de personnes souffrant d'une affection de longue durée était plus élevé parmi les bénéficiaires de la CMUc que parmi les personnes ayant une couverture privée. Interrogés, les bénéficiaires de la CMUc sont quatre fois plus nombreux à déclarer un mauvais ou un très mauvais état de santé (8% contre 2%), une fois et demie plus nombreux à déclarer une ou plusieurs maladies chroniques (28% contre 17%) et deux fois et demie une limitation dans leurs activités habituelles en raison d'un problème de santé (23% contre 9%).

La deuxième hypothèse est une diminution des prescriptions par autocensure, consciente ou inconsciente, de la part du médecin, du fait d'une perception du patient appartenant à une basse catégorie socioprofessionnelle comme étant insuffisamment apte à comprendre sa maladie, insuffisamment apte à s'impliquer pour améliorer son état de santé et à être observant. Ceci pouvant être renforcé par un sentiment de fatalisme ou de défaitisme de la

part du médecin. A ce moment là, pourquoi donc s'acharner à prescrire des examens, comme l'HbA1c, dont on connaît les mauvais résultats ? [28]

Enfin, la dernière hypothèse envisagée est une disparité liée, non pas à des différences de prescription, mais à une plus grande fréquence de non réalisation, par les patients de basse catégorie socioprofessionnelle, des prescriptions de suivi du diabète. Ceci pouvant être la conséquence d'une non-adhésion du patient, possiblement liée à une communication sur un mode directif, ou de difficultés financières extrêmes limitant les avances de frais (franchises médicales essentiellement).

MATERIEL ET METHODES

1. Principes de l'enquête

Afin de permettre de faire ressortir les particularités de la prise en charge des diabétiques ayant des difficultés socio-économiques et vérifier nos hypothèses, nous avons réalisé une enquête qualitative à partir d'une analyse de pratiques auprès de médecins généralistes d'Ile-de-France. En effet, sans analyse de pratiques, tout médecin aurait tendance à penser que la prise en charge de tous les patients se fait de façon similaire.

Il s'agissait de réaliser des entretiens semi-dirigés, basés sur un guide d'entretien, auprès de 12 médecins généralistes dans des zones géographiques différentes d'Ile-de-France pour varier les populations, et auprès de médecins ayant des conditions d'exercice différentes. Nous avons décidé, arbitrairement, de recruter un tiers de médecin exerçant en centre de santé, un tiers exerçant en libéral tout en étant maître de stage auprès d'une faculté de médecine, et un tiers de médecins généralistes libéraux indépendants de toute faculté.

Ces médecins furent contactés par e-mail et/ou par téléphone de février à mai 2010. Ceux qui acceptaient de participer furent ensuite rencontrés sur leur lieu d'exercice.

2. Sélection des patients

L'entretien consistait à analyser les pratiques médicales concernant le suivi du diabète chez quatre patients diabétiques dont deux avaient un faible niveau socio-économique et deux avaient un meilleur niveau socio-économique afin de faire ressortir les particularités de la prise en charge.

Ces patients ont été choisis au hasard, en remontant sur la liste des patients à partir de la dernière consultation.

Les critères d'inclusion étaient l'existence d'une pathologie diabétique (type 1 ou 2) et d'un suivi, par le médecin interrogé, depuis au moins un an. Les patients de faible niveau socio-économique ont été définis comme ceux bénéficiant de la CMUc, ce qui traduit de très faibles ressources et nous permettait de rester dans la lignée de l'étude de la CNAMTS. De plus, une étude de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) [34] montre que la moitié des bénéficiaires de la CMUc appartient à un ménage dont le chef est ouvrier et un quart à un ménage dont le chef est employé, alors que les ménages d'ouvriers et d'employés représentent respectivement 36 et 12% dans le reste de la population. Pour les autres patients, les médecins étaient invités à rechercher des patients ayant un meilleur niveau socioprofessionnel.

3. Guide d'entretien

3.1. Recommandations de la HAS concernant la prise en charge du diabète

Les items du guide d'entretien ont été élaborés à partir de la recommandation de bonne pratique la plus récente concernant la prise en charge du diabète de type 2 de la Haute Autorité de Santé (HAS) [35] et des guides « Affection de longue durée » concernant le diabète de type 1 et 2 [36], [37] de façon à établir la trame permettant de vérifier ou infirmer nos hypothèses.

Les recommandations de la HAS sur le suivi du diabète concernent l'éducation thérapeutique, le contrôle des facteurs de risque cardio-vasculaire et la surveillance clinico-biologique de l'équilibre, des complications du diabète et des facteurs de risque cardio-vasculaire.

Concernant l'éducation thérapeutique, la HAS recommande d'envisager une éducation diététique individuelle ou en groupe, via des réseaux, si les objectifs glycémiques ne sont pas atteints malgré les conseils du médecin traitant.

Concernant le contrôle des facteurs de risque cardio-vasculaire, il est recommandé d'avoir pour objectif une pression artérielle inférieure ou égale à 130-80 mmHg, de traiter les dyslipidémies avec un objectif de LDL cholestérol variable en fonction des facteurs de risque et antécédents cardiovasculaires associés, et de proposer à tout diabétique de type 2 d'arrêter le tabac, le cas échéant. Dans ce cas, il est recommandé d'effectuer un test de Fargenström pour évaluer la dépendance à la nicotine et de proposer, si nécessaire, une substitution nicotinique en aide au sevrage. En cas de forte dépendance, et/ou co-addiction et/ou terrain anxio-dépressif, il est recommandé d'adresser le patient en centre de tabacologie ou d'addictologie.

Enfin, concernant le suivi clinico-biologique, la HAS recommande un examen annuel des pieds à la recherche de lésions et/ou de déformations, la palpation des pouls pédieux, la recherche d'une neuropathie diabétique au monofilament et la détermination des Indices de Pression Systolique (IPS). Au niveau biologique, sont recommandés, par an, quatre dosages d'HbA1c, un dosage de créatinine plasmatique, un bilan lipidique, une recherche de microalbuminurie et une glycémie à jeun pour contrôler la fiabilité de l'autosurveillance glycémique. Le patient diabétique doit avoir au moins un examen annuel du fond d'œil auprès d'un ophtalmologue, un électrocardiogramme (ECG) de repos par an et une consultation d'un dentiste par an. Le recours au diabétologue est recommandé en cas de déséquilibre, de survenue de complications ou de passage à l'insuline.

3.2. Items du guide d'entretien

De par le fait que cette étude est qualitative, nous nous sommes restreints, lors de l'élaboration du guide d'entretien, aux paramètres de suivi figurant dans les recommandations de la HAS et qui ont été explorés par l'étude Entred et celle de la CNAMTS, nous permettant de disposer d'un reflet des pratiques les concernant.

Le guide d'entretien, qui figure en annexe, comporte 10 grands items.

Tout d'abord, le premier vise à qualifier le statut socio-économique du patient : son type de couverture maladie complémentaire, son niveau d'étude et sa catégorie professionnelle. Cinq niveaux d'étude ont été retenus : analphabète / niveau primaire / niveau BEPC ou certificat d'études / niveau baccalauréat / supérieur au baccalauréat. Les catégories socio professionnelles ont été réparties en trois grands postes, simplifiant le niveau abrégé de l'échelle des Professions et Catégories Socioprofessionnelles (PCS) de l'INSEE. Nous avons défini un premier niveau regroupant les ouvriers, un deuxième niveau regroupant les agriculteurs, les professions intermédiaires et les employés, et un troisième niveau comportant les cadres, professions libérales, commerçants, artisans et chefs d'entreprise. Les patients ont été répartis dans les différentes catégories en fonction des descriptions des PCS de l'INSEE [38].

Le deuxième item décrit les caractéristiques du diabète du patient : type, ancienneté, ancienneté de la prise en charge par le médecin interrogé, existence de complications du diabète (pour pondérer les examens de suivi) et l'indice de masse corporelle (IMC). Les complications macroangiopathiques et microangiopathiques du diabète ont été dénombrées selon les localisations : insuffisance coronarienne, artériopathie des membres inférieurs, accident vasculaire cérébral, rétinopathie diabétique, néphropathie diabétique et neuropathie diabétique.

Le troisième item répertorie les prescriptions médicales de suivi effectuées au cours de la dernière année selon le référentiel de la HAS. A chaque fois que les pratiques s'éloignent des recommandations, le médecin est invité à expliquer sa pratique. Il était aussi demandé si des prescriptions n'avaient pas été réalisées par le patient, et pour quelles raisons, d'après le médecin.

Le quatrième item concerne le contrôle glycémique : est-il satisfaisant par rapport aux recommandations, satisfaisant pour le médecin pour le patient donné, et quelle prise en charge complémentaire a pu être proposée en cas de mauvais équilibre. La confiance en sa capacité à améliorer l'équilibre du diabète du patient mal équilibré était demandée pour explorer l'existence d'un fatalisme.

Le cinquième item analyse les difficultés éventuelles rencontrées au cours de l'éducation thérapeutique afin d'explorer les particularités de la relation médecin/patient et les représentations des patients par les médecins : barrières de langage, niveau de compréhension insuffisant, implication insuffisante, manque de compliance et manque de temps pour faire de l'éducation thérapeutique.

Le sixième item s'intéresse à l'éventuelle consommation de tabac ; si le médecin s'en est enquis, s'il a informé son patient des risques encourus, s'il a évalué sa consommation, sa dépendance, proposé des aides à l'arrêt ou orienté en consultation de tabacologie.

Le septième item relève si le contrôle lipidique est satisfaisant par rapport aux recommandations et les mesures thérapeutiques prises.

Le huitième item concerne l'équilibre tensionnel et analyse , le cas échéant, les motifs de mauvais équilibre et les pratiques mises en œuvre.

Le neuvième item recherche les éléments de suivi clinique : la réalisation, au moins une fois dans l'année, d'un examen des pieds au monofilament, d'une recherche des pouls périphériques et des souffles vasculaires.

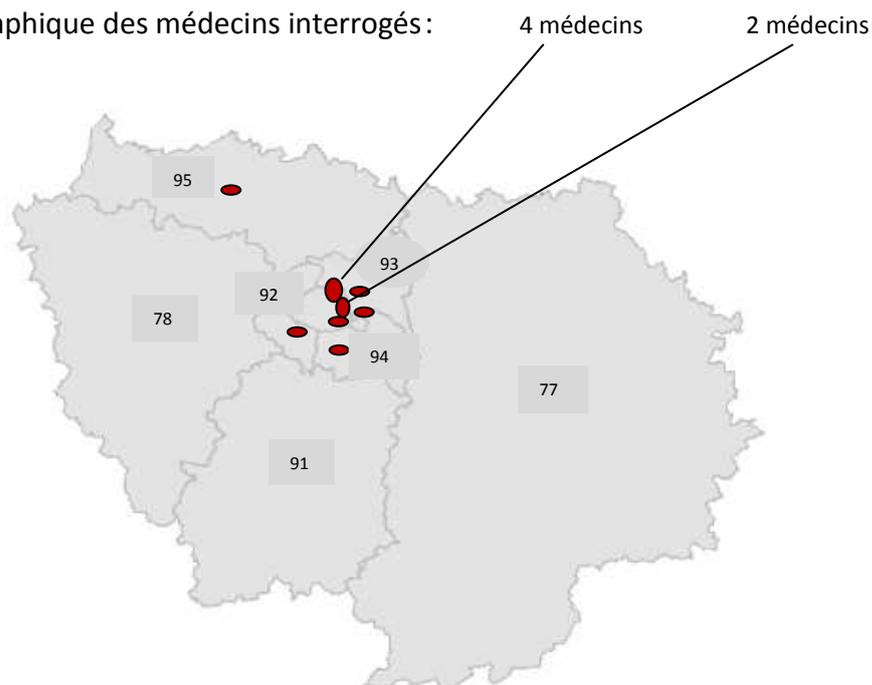
Enfin, le médecin était interrogé sur l'existence de pluripathologies, difficultés sociales ou affectives pouvant interférer, selon lui, avec le suivi du diabète.

4. Médecins interviewés

Dans un souci d'efficience, nous nous sommes intéressés à la répartition des patients bénéficiaires de la CMUc en Ile-de-France. La région compte 16,3% des bénéficiaires de la CMUc, soit 5,74% de sa population. On dispose de données par département, mais pas à l'échelle des arrondissements. En tête, se situe la Seine-Saint-Denis qui compte 12,7% de sa population bénéficiant de la CMUc, puis Paris, suivent ensuite l'Oise et le Val-de-Marne (6 à 7%), les Hauts-de-Seine et l'Essonne (4,9 à 5,9%) et enfin, en dessous de la moyenne nationale, les Yvelines et la Seine-et-Marne (3,25 à 4,9%) [39], [40].

Au final, furent interviewés, 4 médecins en centre de santé (deux en Seine-Saint-Denis à Romainville et Bagnolet, un dans les Hauts-de-Seine à Malakoff et un dans le Val-de-Marne à Vitry-sur-Seine), 4 médecins généralistes maîtres de stage (deux à Paris 19^e, un à Paris 20^e, un à Paris 13^e) et 4 médecins généralistes non maîtres de stage (un à Paris 20^e, deux à Paris 19^e, un dans l'Oise à Cergy). L'un des médecins interrogés était conventionné en secteur 2, alors que tous les autres étaient conventionnés en secteur 1. Les entretiens ont duré entre 1h et 1h30 avec une moyenne de 1h15.

Répartition géographique des médecins interviewés :



RESULTATS

1. Description de l'échantillon des patients

Au cours de cette enquête, 12 médecins furent interrogés à propos de 48 patients. La description des caractéristiques épidémiologiques des patients figure dans le tableau suivant.

	Bénéficiaires de la CMUc (CMUc +)	Non bénéficiaires de la CMUc (CMUc -)
Age <ul style="list-style-type: none"> • moyenne • médiane 	62,55 62,5	64,3 63
Sexe	12 Hommes 12 Femmes	16 Hommes 8 Femmes
Niveau d'étude (nombre) <ul style="list-style-type: none"> • Analphabète • Ecole primaire • BEPC /certificat d'étude • Baccalauréat • > Baccalauréat • Non connu 	5 (29,4%) 8 (47%) 3 (17,7%) 0 1 (5,9%) 7	0 2 (10%) 8 (40%) 2 (10%) 8 (40%) 4
Profession (nombre) <ul style="list-style-type: none"> • Sans • Niveau 1 • Niveau 2 • Niveau 3 • Non connue 	3 (15,8%) 7 (36,9%) 7 (36,9%) 2 (10,4%) 5	0 4 (18,2%) 10 (45,4%) 8 (36,4%) 2
Type du diabète (nombre) <ul style="list-style-type: none"> • Type 1 • Type 2 	1 23	0 24
Ancienneté du diabète (nombre) <ul style="list-style-type: none"> • > 10 ans • Entre 5 et 10 ans • < 10 ans • Non connue 	8 8 5 3	11 8 5 0

Complications du diabète (nombre)		
• Aucune	14	12
• 1	4	7
• 2	2	4
• 3	2	1
• Non connues	2	0

Pour mémoire, le niveau 1 regroupe les ouvriers, le niveau 2, les employés, professions intermédiaires et agriculteurs et le niveau 3 les commerçants, artisans, chefs d'entreprises, cadres et professions libérales.

Dans notre échantillon, on note que l'âge moyen et la répartition entre les deux sexes des patients des deux groupes est à peu près similaire. Le niveau d'éducation des patients bénéficiaires de la CMUc est plus bas que celui des patients ayant un meilleur niveau socioprofessionnel. L'ancienneté du diabète et la présence de complications au diabète sont discrètement plus importantes chez les non bénéficiaires de la CMUc (contrairement aux données nationales d'Entred 2001 [28] où les complications sont plus fréquentes chez les bénéficiaires de la CMUc). L'ancienneté du diabète n'a pu être renseignée, parfois, du fait d'un diagnostic de diabète antérieur au suivi par le médecin interrogé qui ne s'était pas enquis auprès du patient de la date du diagnostic. On note qu'il y a plus souvent des éléments non renseignés dans les dossiers des patients bénéficiaires de la CMUc. Pour deux patients ayant une CMUc, la présence de complication n'a pu être renseignée du fait de l'absence de réalisation des examens de suivi par ces patients (+/- autocensure des prescriptions médicales secondaire à la mauvaise observance). Parmi les non bénéficiaires de la CMUc, pour 5 patients chez 3 médecins, l'information concernant la souscription à une mutuelle n'était pas renseignée.

2. Eléments de la prise en charge du diabète

La répartition concernant les éléments de suivi sur lesquels nous avons enquêté se fait de la façon suivante. On précisera que nos résultats sont à interpréter qualitativement et non quantitativement.

	Nombre parmi les 24 bénéficiaires de la CMUc (CMUc +)	Nombre parmi les 24 non bénéficiaires de la CMUc (CMUc-)
Inscription à l'ALD 30	21	23
Nombre d'HbA1c effectuées dans la dernière année		
• 0	1	0
• 1	3	0
• 2	5	4
• 3	9	5
• 4	4	12
• >4	2	3
Réalisation dans la dernière année d'au moins :		
• 1 dosage de créatinine	21	23
• 1 bilan lipidique	21	20
• 1 recherche de Microalbuminurie	16	20
Réalisation dans la dernière année d'au moins un ECG*	18	18
Réalisation d'une consultation ophtalmologique dans la dernière année	14 Non connue : 1	17 Non connue : 3
Contrôle glycémique selon les recommandations HAS :		
• Satisfaisant	11	11
• Pas satisfaisant	13	13
Examen clinique dans l'année précédente comportant :		
• ≥ 1 examen des pieds au monofilament	2	4
• ≥ 1 recherche des pouls périphériques	17	22
• ≥ 1 recherche de souffle Vasculaire	15	22

Réalisation d'un bilan alimentaire de base par le médecin généraliste	17	20
Proposition d' hospitalisation de Diabétologie (HDJ** / HDS***)	12	7
Suivi conjoint par un endocrinologue	5	6
Recours à une prise en charge diététique (en dehors des HDJ / HDS / réseaux pour diabétiques)	4	8
Recours à un réseau pour Diabétiques	6	2
Tabagisme actif	5	2
• Information sur les risques	3	2
• Incitation à l'arrêt	3	1
• Evaluation de la consommation	2	0
• Evaluation de la dépendance	1	0
• Proposition de substituts nicotiques	2	0
• Adressé en consultation de tabacologie	1	0
Contrôle de la dyslipidémie		
• Satisfaisant	13	20
• Non satisfaisant	8	2
	Non renseigné : 3	Non renseigné : 2
IMC		
• Moyenne	29,2	31,26
• Médiane	29,15	31
• Non renseigné	8	11
Pression artérielle		
• ≤ 130/80 mmHg	16	21
• ≥ 130/80 mmHg	8	3

*ECG : électrocardiogramme

**HDJ : Hôpital de jour

***HDS : Hôpital de semaine

2.1. La prise en charge par l'ALD 30

Pour quasiment tous les patients, les médecins ont demandé et obtenu une prise en charge au titre de l'ALD 30 pour le diabète. Pour une patiente ayant une mutuelle, l'ALD a été refusée par la sécurité sociale au motif d'un équilibre du diabète par mesures hygiéno-diététiques seules sans recours aux antidiabétiques oraux qui étaient, d'ailleurs, mal supportés par la patiente.

Pour 3 patients ayant la CMU, chez 3 médecins différents, l'ALD 30 n'a pas été demandée. Pour le premier patient, son médecin, étonné, l'explique par un probable oubli. Pour le deuxième patient, son médecin l'explique par le fait que ce patient ne paie rien du fait de sa CMUc et de son statut d'invalidé pour trouble mental. Enfin, pour le troisième patient, le médecin interrogé explique qu'il ne fait jamais de demande d'ALD pour les patients ayant la CMUc « puisque la CMUc couvre les frais des soins ». Le deuxième patient ayant la CMUc, dont nous avons parlé avec ce médecin, avait une ALD du fait qu'il n'avait pas de CMUc au moment du diagnostic de diabète.

2.2. Les examens biologiques de suivi

2.2.1. Le nombre d'HbA1c

Sur le plan du suivi par l'HbA1c, notre échantillon de patient confirme bien les résultats des études sur la prise en charge du diabète en France. Globalement, les recommandations ne sont pas suivies à la lettre. Dans notre échantillon, seule la moitié des patients a un suivi, en matière de dosages d'Hémoglobine glyquée, supérieur ou égal aux recommandations, et 27% des patients ont moins de 3 dosages annuels d'HbA1c.

Par ailleurs, on remarque une répartition différente entre les bénéficiaires et les non bénéficiaires de la CMUc. Chez les 27% de patients n'ayant que 2 mesures ou moins d'HbA1c, on note une surreprésentation des bénéficiaires de la CMUc (9 patients CMUc+

versus 4 patients CMUc-). Au contraire, chez les patients bénéficiant de 4 dosages annuels ou plus, l'asymétrie est au profit des non bénéficiaires de la CMUc (15 patients CMUc- versus 6 patients CMUc+).

Devant ces résultats, on distingue 3 groupes de patients :

- ceux ayant un nombre insuffisant d'HbA1c par an selon les recommandations de la HAS
- ceux ayant le nombre recommandé
- ceux ayant un nombre excessif de dosages

Pour expliquer les écarts observés par rapport aux recommandations de la HAS, plusieurs éléments sont mis en avant par les médecins interrogés.

2.2.1.1. Insuffisance de dosages annuels d'HbA1C

L'explication la plus fréquente au faible nombre d'HbA1c mesurées par an est la non observance du patient dans l'application de ses prescriptions médicales de suivi. Les divers raisons évoquées pour cette non observance seront exposées plus tard (§ 3.1.4.). On note que celle-ci est beaucoup plus fréquemment évoquée chez les patients bénéficiaires de la CMUc : 9 fois versus 1 à 3 (pour 2 patients n'ayant pas de CMUc, le médecin se pose la question d'un recueil des résultats incomplet). Ceci explique l'asymétrie observée quant au nombre de dosages d'HbA1c effectués annuellement entre les bénéficiaires et les non bénéficiaires de la CMUc.

La deuxième explication proposée par 3 médecins est une distance, volontairement prise, avec les recommandations de la HAS. Pour l'un des médecins interrogés, 3 HbA1c par an sont suffisantes et appliquées à tous ses patients. Pour les 2 autres, il s'agit de moduler les recommandations en fonction de l'équilibre du diabète du patient. Si l'HbA1c est durablement basse, ils passent à 2 ou 3 HbA1c par an. Pour un de ces 2 médecins, lorsque le

patient effectue des autocontrôles glycémiques qui sont satisfaisants, il espace les dosages d'HbA1c à tous les 4 à 6 mois. En revanche, l'âge élevé n'est jamais mis en avant pour une diminution de la prescription des dosages d'HbA1c.

Une troisième explication proposée par un médecin est la coexistence d'un suivi hospitalier dont il ne reçoit pas de compte-rendu. Il n'a donc que 2 HbA1c dans son dossier mais suppose que 4 ont été réalisées dans l'année.

Enfin, la dernière explication donnée par 2 médecins est l'existence d'une ou plusieurs pathologies interférant avec le suivi du diabète. Dans un cas, il s'agit d'une pathologie grave, menaçant le pronostic vital à court ou moyen terme, qui conduit le médecin à une autocensure de ses prescriptions du fait que le diabète passe au second plan. Dans l'autre, il s'agit plutôt d'une multitude de petits motifs de consultation conduisant, par manque de temps, à un « oubli » des prescriptions de suivi de la maladie chronique de fond.

2.2.1.2. Excès de dosages annuels d'HbA1c

Le plus souvent, ces excès de dosages sont expliqués par la conjonction d'un suivi par le médecin traitant et par un endocrinologue hospitalier ou non. Le patient recevant, de ce fait, des prescriptions des uns et des autres qu'il effectue. Ceci peut concerner aussi bien les bénéficiaires que les non bénéficiaires de la CMUc.

En revanche, pour 2 patients non bénéficiaires de la CMUc, leur médecin respectif évoque un excès d'implication avec des demandes d'examen récurrentes qu'il faut tempérer et rationaliser. On note que ces patients sont tous les deux des cadres. Ils sont qualifiés d' « un peu obsessionnels », avec une « maîtrise importante », « surveillant leurs examens en les comptant », pouvant « dicter le planning de la consultation », « apportant beaucoup

d'éléments trouvés sur internet ou d'autres sources » qu'il faut « hiérarchiser pour trouver un équilibre entre trop de prise en charge, trop de consultations spécialisées... ».

2.2.2. Dosages de créatinine, microalbuminurie et bilan lipidique

Ces dosages sont le plus souvent effectués régulièrement, surtout le bilan lipidique et la créatinine. L'examen manquant le plus souvent est la recherche d'une microalbuminurie dont l'absence est plus fréquente, dans notre échantillon, chez les patients ayant une CMUc (21% des patients CMUc+ versus 12,5% des patients CMUc-). On notera qu'à l'échelle nationale, l'étude Entred 2007 rapporte une absence de recherche d'albuminurie chez 39% des patients diabétiques de type 2 [41].

L'explication la plus fréquemment proposée est la non observance des patients, en particulier, ceux bénéficiant de la CMUc.

Pour un patient, le médecin a délibérément choisi de ne pas effectuer ces examens du fait d'une pathologie grave au premier plan.

Pour un autre patient, lui, non bénéficiaire de la CMUc, le bilan n'a pas été prescrit du fait d'un nomadisme médical au sein du centre de santé où exerce le médecin. Etant vu par plusieurs médecins différents qui ne le suivent pas au long cours, aucun n'a visiblement pensé à lui prescrire son bilan annuel.

Enfin, concernant le bilan lipidique principalement, mais aussi, une fois pour la recherche de microalbuminurie, chez des patients n'ayant pas de CMUc, ces examens n'ont pas été prescrits du fait de l'âge élevé des patients (> 85 ans).

2.2.3. ECG et consultation ophtalmologique

Dans notre échantillon, les patients ayant bénéficiés d'un ECG sont répartis de façon équivalente entre les bénéficiaires et les non bénéficiaires de la CMUc. Ils sont 76% à en avoir eu un l'année précédente. Le motif principalement évoqué lorsque ce n'est pas le cas

est l'oubli de prescription par le médecin traitant. Ensuite, vient la non observance du patient n'ayant pas pris son rendez vous auprès du cardiologue.

Pour ce qui est de la consultation ophtalmologique annuelle, on note, dans notre échantillon, que 35% des bénéficiaires de la CMUc n'en ont pas eu au cours de la dernière année versus 19 % chez les non bénéficiaires. La principale explication exposée est la non observance du patient, sans qu'elle soit rattachée à des difficultés d'accès aux ophtalmologues par les médecins interrogés. Ils évoquent plutôt un manque de compliance responsable aussi du défaut de réalisation d'autres prescriptions et dont les diverses étiologies seront exposées dans le paragraphe 3.1.4. . Il y a aussi 2 cas de nomadisme médical responsable d'un oubli de prescription de suivi (chez un bénéficiaire et un non bénéficiaire de la CMUc).

2.3. Examen clinique

2.3.1. Examen des pieds au monofilament

Quasi aucun des médecins interrogés ne réalise un examen des pieds de ses patients au monofilament. En explication, 4 grands types de motifs sont avancés : tout d'abord, l'oubli du fait que cet examen n'est pas entré dans leur pratique systématique chez les patients diabétiques, ensuite, le manque de formation qui conduit à ne jamais le réaliser par méconnaissance de la technique et/ou de son interprétation, puis, le manque de temps pour le réaliser (avec souvent, dans ce cas, une absence d'examen du pied en général) et enfin, l'utilisation sélective, en cas de plainte d'hypoesthésie ou de lésion cutanée du pied.

On note que tous les médecins interrogés reconnaissent le bien fondé de réaliser régulièrement un examen des pieds au monofilament.

2.3.2. Examen des pouls périphériques et des souffles vasculaires

Ces examens font parti de l'examen clinique systématique réalisé par les médecins généralistes de ville. Beaucoup ont répondu à cette question sans consulter leur dossier médical. Néanmoins, dans notre échantillon, 1/3 des patients ayant une CMUc n'ont pas eu cet examen contre 1/12 des patients ayant un meilleur niveau socio-économique. Les raisons invoquées à cette lacune sont principalement le manque de temps (pour 7 patients : 4 CMUc + / 3 CMUc -), mais aussi l'âge qui rend difficile le déshabillage du patient (1 patient CMUc +), l'oubli (1 patient CMUc +), et un nouveau motif qui est le refus du patient de se déshabiller, possiblement lié à la culture et à la représentation de la maladie et du rôle du médecin vu en prescripteur (3 patients CMUc+). Pour deux de ces patients, ils refusent en répondant « ça va bien » lorsqu'on leur propose de les examiner. A propos de l'un d'entre eux, son médecin me dit « Il n'intègre pas qu'il puisse avoir des complications ». A propos d'un autre patient « Ce patient est très fuyant, il vient avant de partir à l'étranger pour chercher une ordonnance et pas autre chose. Il décide rapidement de la fin de la consultation. »

2.4. Contrôle glycémique

Le contrôle glycémique est satisfaisant chez environ la moitié des patients de notre échantillon, conformément à ce qui est retrouvé en population générale par l'étude Entred 2007 dont les résultats sont en cours d'analyse [41]. Il n'y a pas de différence observée entre les bénéficiaires et les non bénéficiaires de la CMUc dans notre échantillon. Néanmoins, les données de l'étude Entred 2001 témoignaient d'un déséquilibre glycémique plus fréquent chez les ouvriers par rapport aux cadres et professions intellectuelles supérieures [23]. Pour les personnes âgées (> 80-85 ans), les médecins ont tendance à se satisfaire et à viser une HbA1c supérieure à celle recommandée par la HAS. Leur objectif devient alors de l'ordre de

7-8%. On notera que l'Association de Langue Française pour l'Etude du Diabète et des Maladies Métaboliques (Alfediam) s'est associée à la Société Française de Gériatrie et Gériatrie (SFGG) pour publier un Guide pour la prise en charge du diabétique âgé [42]. Ils estiment que la prise en charge de ces derniers est fréquemment insuffisante ou inadaptée, et que le diabète accentue la fragilité du diabétique âgé. Il s'agirait donc de trouver un juste équilibre entre « laxisme inconséquent et rigorisme délétère », en évaluant la fragilité et la capacité d'autocontrôle du sujet et en individualisant les objectifs (glycémie, HbA1c, pression artérielle, lipides) et les traitements, tout en évitant le laxisme dans les objectifs et la surveillance clinique et biologique, avec pour finalité le maintien d'une bonne qualité de vie pour le patient âgé et son entourage. Les recommandations émises indiquent chez le sujet âgé (> 70 ans) fragile, un objectif d'HbA1c entre 7,5 et 8,5 % et une glycémie à jeun de 1,26 à 1,60 g/l, et pour ceux en bonne santé générale et ayant peu de comorbidités, respectivement 6,5 à 7,5 % et 0,90 à 1,26 g/l.

2.4.1. Bilan alimentaire en consultation

Les médecins de ville s'appuient beaucoup sur la prise en charge diététique réalisée à l'hôpital ou par le réseau pour diabétique le cas échéant. Chez les patients déséquilibrés ou n'ayant aucune prise en charge diététique, un petit bilan alimentaire est souvent réalisé en consultation.

Néanmoins, on note, dans notre échantillon, que ce bilan est moins souvent fait chez les bénéficiaires de la CMUc (71% versus 83%) du fait d'une plus grande difficulté à les réaliser chez ces patients. En effet, à plusieurs reprises, il est qualifié chez certains d'entre eux comme « infaisable » ou « difficile » ou encore « je n'arrive pas à savoir ce qu'elle mange ». Ceci est le plus souvent lié à des difficultés de compréhension et de communication entre le médecin et son patient secondaires à une barrière de langage et/ou culturelle.

Le deuxième élément invoqué est le manque de temps pour le réaliser et qui peut être secondaire à des difficultés de communication rallongeant la durée de consultation.

Un troisième élément avancé est l'autocensure du médecin pour les patients âgés (> 80 ans), pour qui les mesures hygiéno-diététiques sont largement assouplies, voire abolies par le médecin et dans un cas, par fatalisme du médecin pour un patient de 72 ans (« je ne fais pas de bilan alimentaire car du côté de l'alimentation, c'est un peu désespéré. L'équilibre du diabète est améliorable par le traitement, mais par la diététique, c'est impossible, (...) il y a un problème culturel avec la diététique.»)

2.4.2. Recours à l'hospitalisation

En fonction des praticiens, des hospitalisations de jour (HDJ) en diabétologie peuvent être proposées au patient en aide ponctuelle ou bien à titre systématique, tous les 1 à 2 ans chez l'un des médecins interrogés. Les médecins comptent sur ces HDJ pour l'éducation diététique, l'éducation thérapeutique en cas d'insulinothérapie et indirectement, pour l'examen clinique complet qu'ils peuvent ne pas faire en cabinet (IMC, examen au monofilament etc).

On note, dans notre échantillon, un recours plus fréquent aux HDJ chez les patients bénéficiaires de la CMUc (50% versus 29% des CMUc-).

Ceci est expliqué, par les médecins interrogés, tout d'abord, par l'intérêt de l'HDJ pour permettre une éducation thérapeutique plus poussée qu'en cabinet et surtout, de permettre une éducation diététique sans surcoût pour le patient. En effet, les médecins se plaignent plus souvent de difficultés de compréhension et de barrières culturelles autour du lien alimentation et santé avec les patients bénéficiaires de la CMUc (cf §3.1.4.4.). Les HDJ sont alors proposées en aide, en cas de déséquilibre du diabète lié à une non observance des

mesures hygiéno-diététiques ou bien, lié à une difficulté du patient à adapter ses doses d'insuline.

Un médecin explique que, pour un patient qui était mal équilibré et « dans la fuite et le déni » de son diabète, il a eu recours à une HDJ après plusieurs années d'effort au cabinet. Le patient s'était, ensuite, plus impliqué et avait été plus observant.

Ensuite, l'HDJ a l'avantage de permettre la réalisation en une fois des examens complémentaires pour lesquels l'observance est plus difficile chez les patients bénéficiaires de la CMUc (ECG, consultation ophtalmologique). Un médecin explique que, d'après lui, les deux patients bénéficiaires de la CMUc dont nous avons parlés et qui sont analphabètes, seraient incapables de prendre rendez-vous à droite et à gauche pour consulter un cardiologue et un ophtalmologue. L'hospitalisation aurait donc un aspect pratique. De plus, pour ce médecin, dans la représentation des patients, l'hôpital ayant un côté institutionnel rassurant, présenterait l'avantage de leur signifier une prise en charge de qualité qui permettrait une meilleure observance. Un autre médecin explique qu'il a proposé une HDJ à son patient bénéficiaire de la CMUc qui ne va consulter ni un ophtalmologue, ni un cardiologue, du fait d'une difficulté à consulter un médecin qu'il ne connaît pas.

Enfin, pour quelques patients, la prise en charge hospitalière préexiste au suivi par le médecin interrogé. Parfois même, c'est l'hôpital qui le ré-adresse à un médecin de ville.

On note que pour trois patients bénéficiaires de la CMUc, la proposition d'HDJ n'a pas été concrétisée par le patient.

2.4.3. Recours à l'endocrinologue de ville

En cas de déséquilibre du diabète, les médecins interrogés ont plutôt tendance à adresser leur patient en HDJ pour renforcer l'éducation thérapeutique comme nous venons de le voir. Quasiment, seuls les médecins travaillant en centre de santé et qui disposent d'une

consultation d'endocrinologie dans leur centre, adressent leurs patients à l'endocrinologue lorsque l'équilibre glycémique est difficile à obtenir. Ceci concerne équitablement les patients bénéficiaires et non bénéficiaires de la CMUc. Jamais, le problème d'accès au spécialiste en ville et, en particulier, pour les patients ayant une CMUc, n'a été évoqué par les médecins interrogés. On remarquera qu'à l'échelle quantitative nationale, les consultations spécialisées auprès d'un endocrinologue sont plus fréquentes chez les cadres que chez les ouvriers [23], [71].

2.4.4. Prise en charge diététique

Pour ce qui est de l'éducation diététique, les mesures hygiéno-diététiques sont établies dans les grandes lignes au cours de la consultation médicale. Puis, s'il y a des difficultés par la suite au niveau de l'observance des règles alimentaires, les médecins interrogés s'appuient sur l'éducation diététique effectuée soit en HDJ, soit au sein des réseaux pour diabétiques, soit, pour les médecins exerçant en Centre de Santé, en consultation infirmière, voire de diététique dans leur centre. Pour ces derniers médecins, le recours à l'éducation diététique dans le centre de santé est souvent systématique au début de la prise en charge du diabète et ensuite renouvelée en fonction de la nécessité.

On note qu'en dehors de ce cadre, il n'y a pas de prise en charge diététique pour les patients bénéficiaires de la CMUc, mais que pour 4 patients non bénéficiaires de la CMUc et ayant un niveau socio-économique intermédiaire ou élevé, une prise en charge régulière par une clinique diététique ou une diététicienne en ambulatoire a été mise en place par ces patients, indépendamment de leur médecin généraliste.

Dans notre échantillon, environ 40% des patients, bénéficiaires et non bénéficiaires de la CMUc confondus, n'ont pas de prise en charge diététique spécialisée. Ceci est expliqué tout d'abord par l'absence de nécessité liée à un équilibre glycémique satisfaisant en l'absence

d'éducation diététique spécifique. Ensuite, il y a plusieurs cas d'autocensure du médecin qui s'abstient d'initier ou de renforcer une prise en charge diététique, soit, du fait de l'âge de son patient qui le conduit à alléger les exigences hygiéno-diététiques et les objectifs glycémiques, soit, du fait de la non observance du régime liée à des modes de vie et des cultures et dont le médecin pense que ce n'est pas modifiable. L'éducation diététique par un professionnel apparaît alors sans objet et inefficace. Enfin, il existe 3 cas de patients ayant la CMUc qui, en refusant une HDJ, se privent d'une éducation diététique.

2.4.5. Recours au réseau pour diabétiques

L'inclusion des patients dans un réseau pour diabétiques est très médecin-dépendant. Certains n'utilisent jamais le réseau et d'autres y adhèrent et incluent certains de leurs patients.

La majorité des médecins interrogés n'utilise pas les réseaux pour diabétiques. « Le réseau, ça sert, mais ce n'est pas entré dans les habitudes, il faut remplir des papiers, expliquer le principe au patient. Ceux-ci peuvent se sentir enfermés dans leur maladie. C'est pas évident ». « Je pense que les réseaux pour diabétiques ont peu d'intérêt de façon générale. J'ai plutôt recours à des HDJ pour faire faire les examens en une seule fois et l'éducation diététique. ». Pour l'un des médecins rencontré qui incluait ses patients diabétiques, autrefois, dans un réseau, celui-ci ayant disparu par arrêt des financements publics, aucun réseau pour diabétique n'existe désormais dans son secteur.

En centre de santé, les réseaux apparaissent superflus du fait de l'existence d'une consultation infirmière et d'une consultation diététique faciles d'accès au sein du centre et qui effectuent le même travail d'éducation que les médecins pourraient attendre du réseau.

On note une nette asymétrie de l'inclusion dans un réseau diabète pour les bénéficiaires de la CMUc par rapport aux non bénéficiaires (6 versus 2). Les motifs conduisant certains

médecins à inclure un patient dans le réseau sont de renforcer l'éducation thérapeutique et l'encadrement du patient lorsque la situation est jugée plus difficile (co-morbidité neuropsychiatrique ou difficultés économiques afin d'avoir une éducation diététique et aussi pour faciliter l'accès au podologue) ou bien en systématique pour tous les patients diabétiques chez l'un des médecins interrogés.

On notera que depuis le 24/05/2008, l'assurance maladie prend en charge, à concurrence de 27€ par séance, 4 consultations annuelles chez un pédicure-podologue conventionné pour les diabétiques dont les risques podologiques ont été évalués au grade 2 (risque élevé lié à une neuropathie diabétique associée à une déformation du pied et/ou à une artérite des membres inférieurs) et 6 consultations pour les diabétiques ayant un risque de lésion gradé à 3 (risque très élevé correspondant à un antécédent d'amputation ou d'ulcération d'un pied ayant duré plus de 3 mois). Pour les patients ayant un risque faible (grade 0) ou moyen (grade 1), un examen annuel est recommandé par le groupe international d'étude du pied diabétique sans qu'une prise en charge par l'assurance maladie ne soit prévue [43], [44].

2.5. Prise en charge des facteurs de risque cardiovasculaires associés

2.5.1. Tabagisme

La majorité des patients diabétiques de notre échantillon ne fument pas ou plus. On note que les fumeurs sont beaucoup plus fréquemment des patients bénéficiaires de la CMUc (5 CMUc + / 1 CMUc-). Ceci corrobore les données disponibles qui montrent que les personnes issues des groupes sociaux moins favorisés fument plus fréquemment, plus précocement et ont un taux de succès au sevrage tabagique plus faible [45]. Ceci est expliqué par plusieurs hypothèses : tout d'abord, par une initiation tabagique plus fréquente dans les milieux défavorisés où le tabagisme correspond à une norme : les individus d'origine sociale modeste fumeraient plus, parce qu'exposés très tôt au tabagisme de leurs parents, de leurs

pairs ou de leur environnement proche. Par ailleurs, de nombreuses études qualitatives montrent qu'ils continueraient à fumer pour gérer leur stress, la cigarette étant considérée comme un des seuls plaisirs subsistant dans un horizon de vie relativement sombre avec des difficultés économiques et sociales [46], [47], [48], [49], [50]. Ensuite, il est vraisemblable que les préférences dans la gestion des risques de santé varient d'un groupe social à l'autre. Les individus moins favorisés seraient plus orientés vers la gestion des risques immédiats et moins sensibles aux risques futurs, comme celui de décéder d'un cancer du poumon. Ce comportement «moins préventif» à long terme pourrait reposer sur le fait que leur horizon de temps est réduit et moins favorable, les populations défavorisées ayant indépendamment de leur tabagisme, une espérance de vie plus courte et des revenus futurs (sous forme de pension) plus limités [51].

Enfin, ces patients sont plus dépendants comme en témoigne, dans une étude [49], le taux de cotinine plasmatique (marqueur d'imprégnation par la nicotine de la fumée), qui est d'autant plus élevé que le niveau socio-économique est bas. Ces patients sont donc ceux qui ont le plus besoin d'aide au sevrage. Ils ont aussi un taux d'échec au sevrage plus élevé en comparaison avec les fumeurs des milieux favorisés, du fait de ressources psychocognitives moindres (moindre estime d'eux même, moindre sentiment de l'efficacité de leur action) et d'un moindre support social efficace [45].

Dans notre échantillon, tous ces patients ont été informés des risques liés au tabac et incités à arrêter de fumer, à l'exception de ceux qui se sont sevrés sans avis médical auprès du médecin interrogé. Pour un seul patient, une évaluation de la dépendance a été réalisée et pour 2 patients, une proposition de substitution nicotinique a été faite. Un patient a été adressé, sans évaluation de la consommation ou de la dépendance, en consultation de

tabacologie au sein du centre de santé où travaille son médecin. L'explication avancée à la non évaluation de la dépendance est le manque de formation.

2.5.2. Contrôle lipidique

Dans notre échantillon, le contrôle lipidique est moins souvent satisfaisant chez les patients bénéficiaires de la CMUc (62% CMUc+ versus 91% des CMUc-). L'explication principale mise en avant est la mauvaise observance des mesures hygiéno-diététiques et non l'observance médicamenteuse qui est considérée, le plus souvent, comme satisfaisante. Dans deux cas, le médecin n'a pas d'hypothèse expliquant la dyslipidémie persistant sous traitement.

2.5.3. Pression artérielle

De la même façon que pour le contrôle lipidique, la pression artérielle (PA) est plus souvent au dessus des objectifs de la recommandation de la HAS chez les patients bénéficiaires de la CMUc. Souvent, le médecin n'a pas d'explication et précise que ces patients sont aussi suivis par un cardiologue. Pour deux patients, l'observance au traitement médicamenteux est suspectée d'être incomplète. Pour un médecin, les recommandations concernant la PA sont excessives, affirmant qu'elles ne sont fondées sur aucune étude et que, par conséquent, son objectif pour ses patients diabétiques restait le même que pour les autres patients, soit une PA < 140-90 mmHg.

2.5.4. IMC

Dans notre échantillon, on note que l'IMC moyen et médian est inférieur chez les patients bénéficiaires de la CMUc et est plus souvent renseigné chez eux. Cet IMC est, le plus souvent, effectué en hospitalisation et fourni au cours de l'entretien à partir du compte rendu d'hospitalisation. Or, comme nous l'avons vu plus haut, les hospitalisations sont plus fréquentes chez les patients bénéficiaires de la CMUc.

En comparaison avec les données nationales disponibles, on notera que l'IMC moyen lors de l'enquête Entred 2007-2010 est de 29,5 [41]. Cependant, les catégories socio-professionnelles les plus basses ont tendance à être plus concernées par les problèmes d'obésité comme en témoigne la dernière enquête épidémiologique annuelle de l'obésité, Obépi, réalisée en 2009 [52]. Celle-ci montre une augmentation de la prévalence de l'obésité dans toutes les catégories socio-professionnelles, à des vitesses inégales, tout en restant parallèlement inversement proportionnelle au niveau d'instruction. La prévalence de l'obésité augmente dans toutes les catégories. Les augmentations relatives les plus importantes sont observées chez les inactifs (+106,6% depuis 1997), les agriculteurs (+94,6% depuis 1997), les employés (+88,5% depuis 1997) et les ouvriers (+82% depuis 1997). C'est chez les cadres que l'augmentation relative est la plus faible depuis 1997 (+37,9%). En 2009, comme dans chaque étude ObÉpi depuis 1997, niveau d'instruction et prévalence de l'obésité sont inversement corrélés et il existe une relation inverse entre revenus du foyer et prévalence de l'obésité [50]. Les données de la DREES vont aussi en ce sens, en rapportant que la proportion de personnes âgées de 18 à 64 ans dont l'IMC correspond à l'obésité est plus élevée chez les bénéficiaires de la CMUc [34].

3. Difficultés rencontrées au cours de la prise en charge du diabète

Les principales difficultés rencontrées par les médecins généralistes interrogés, au cours de la prise en charge de nos 48 patients, figurent dans le tableau suivant.

On précisera une fois de plus que ces données sont indicatives, en support de l'analyse qualitative et ne sont pas à interpréter de façon quantitative.

	Nombre parmi les 24 bénéficiaires de la CMUc (CMUc+)	Nombre parmi les 24 non bénéficiaires de la CMUc (CMUc-)
Non observance		
• des prescriptions médicales de suivi	12	2
• mesures hygiénodietétiques	14	11
• traitement	6	0
Pathologies interférentes avec le suivi du diabète		
• neuro-psychiatriques	3	1
• somatiques	3	1
Problèmes sociaux ou affectifs interfèrent avec le suivi du diabète	9	2
Manque de temps pour l'éducation thérapeutique	9	4
Problèmes de langage	6	0
Insuffisance de compréhension	14	3
Implication		
• Défaut	7	5
• Excès	0	3
Autocensure des prescriptions	6	4
Non adhésion à la maladie et son Traitement	5	0
Problème de représentation de la maladie – difficultés culturelles dans les champs de la santé et de l'alimentation	7	0
Nomadisme médical et absences prolongées	6	2

3.1. Non observance

Comme dans toutes les maladies chroniques, la non observance est décrite par les médecins pour expliquer beaucoup des lacunes dans la prise en charge effective de leurs patients

diabétiques. Elle est, ici, globalement plus fréquemment évoquée pour les patients bénéficiaires de la CMUc. Au cours de cette enquête, nous avons pu distinguer 3 niveaux de non observance : la non observance des prescriptions médicales de suivi (biologiques, de consultations spécialisées ou d'hospitalisation), des mesures hygiéno-diététiques et du traitement médicamenteux.

3.1.1. Non observance des prescriptions médicales de suivi

La mauvaise observance des prescriptions médicales de suivi du diabète est la première cause invoquée pour expliquer les particularités de la prise en charge de nombre de patients bénéficiaires de la CMUc. En effet, sur notre échantillon, la moitié des patients bénéficiaires de la CMUc sont dit non observants pour l'application des prescriptions médicales de suivi, contre 14% des patients non bénéficiaires.

3.1.2. Non observance des mesures hygiéno-diététiques

La mauvaise observance du régime alimentaire est désignée, dans plusieurs études, comme le problème principal rencontré par les médecins au cours de la prise en charge de leurs patients diabétiques. Ils estiment que 40% de leurs patients ne respectent pas ou peu les principes du régime alimentaire [28]. Ceci est retrouvé dans notre enquête où les patients sont fréquemment dits inobservants des principes diététiques, y compris chez des patients ayant un bon équilibre glycémique. On note, néanmoins, que ce reproche est plus fréquent chez les patients bénéficiaires de la CMUc (55% CMUc+ versus 45% CMUc-). Pour deux patients bénéficiaires de la CMUc, le médecin n'était pas en mesure de se prononcer sur l'observance du régime alimentaire du fait de son incapacité à pouvoir faire un bilan alimentaire avec ces patients (problème de compréhension, barrière culturelle).

3.1.3. Non observance du traitement médicamenteux

Dans notre échantillon, la non observance au traitement médicamenteux semble être l'apanage des patients bénéficiaires de la CMUc puisqu'elle n'est pas du tout signalée chez les non bénéficiaires et concerne 27% des bénéficiaires. On notera que pour 2 patients supplémentaires ayant une CMUc, des efforts au long cours mis en place par le médecin traitant, ont permis d'améliorer l'observance au traitement et aux prescriptions médicales de suivi avant l'année précédente sur laquelle portait l'entretien.

3.1.4. Motifs de non observance

Les motifs invoqués pour expliquer la mauvaise observance au cours du suivi du diabète sont de 8 ordres.

3.1.4.1. Représentation et adhésion à la maladie

Pour 5 des patients de notre échantillon, et tous des bénéficiaires de la CMUc, les médecins interrogés soulignent la difficulté de l'adhésion du patient à la notion de diabète ainsi qu'à sa représentation pour le patient. En effet, ils ne décrivent pas un problème de compréhension lié à une limitation intellectuelle mais une difficulté à intégrer le concept de la maladie, des possibles complications et des conséquences thérapeutiques nécessaires. Du fait qu'ils n'ont pas de symptôme ou bien, du fait de mécanismes de protection à type de déni, certains patients ne se considèrent pas comme malades. De ce fait, ils ne respectent pas les conseils et prescriptions de leur médecin. Voici quelques citations des médecins interrogés :

« Ce patient n'admet pas son diabète et trouve des prétextes pour ne pas faire le régime ». A propos d'un autre patient : « Elle n'est pas compliant du tout. Elle me dit qu'elle se sent bien avec des glycémies à 4g. Elle n'intègre pas la nécessité de se traiter et de respecter des règles de diététique puisqu'elle n'est pas malade. » Un autre médecin m'a exposé la difficulté qu'il avait rencontrée avec son patient lorsqu'il s'est agi de lui prescrire un

traitement antidiabétique oral après échec des mesures diététiques. Celui-ci refusait de prendre des médicaments en disant « Je ne suis pas malade ».

Un autre médecin m'a décrit un patient en ces termes : « C'est un patient très fuyant... Il ne veut pas comprendre. Il vient juste chercher une ordonnance et pas autre chose. »

Parfois, cette représentation de la maladie comme banale semble être renforcée par une culture et un fatalisme plus ou moins culturel. A propos d'un autre patient : « Quand je lui parle de diététique, il n'en a rien à faire. Il répond à chaque fois « Inch Alla ». Pour les examens, il dit qu'il oublie ou promet de les faire mais ne les fait pas ! C'est un fantaisiste (...) Il a un côté fataliste. (...) Il ne se déshabille pas, il ne veut pas qu'on regarde ses pieds. Il répond que ça va bien. Il n'intègre pas qu'il puisse avoir des complications ».

Ce déni, ou cette représentation particulière du diabète n'empêche pas ces patients de consulter régulièrement leur médecin et de prendre les traitements médicamenteux, même incomplètement.

En fin d'entretien, un médecin a précisé que ce qui est important, entre autre, « c'est la psychologie, la façon dont les gens vivent leur corps et voit leur vie,(...) de l'inquiétude qu'on a de sa santé ».

3.1.4.2. Problèmes sociaux et affectifs interférant avec le suivi du diabète

On retrouve dans notre échantillon une plus forte proportion de patients bénéficiaires de la CMUc ayant des problèmes sociaux ou affectifs qui interfèrent, d'après leur médecin, avec le suivi du diabète (37,5% des CMUc+ versus 8,3% des CMUc-), via leur observance.

On distingue quatre grandes catégories de problèmes socio-affectifs qui peuvent se cumuler volontiers chez une même personne. En tête, les difficultés d'ordre affectif et familial, comme le manque de soutien ou l'isolement familial, une charge familiale importante (nombreux enfants en bas âge dont il faut s'occuper, époux ayant une maladie chronique

grave) qui concernent 50% des patients ayant des problèmes sociaux ou encore la perte d'un proche ou un divorce (20%). Puis, les difficultés pour se loger (habitat insalubre et recherche de logement) qui concernent 20% des patients. Ensuite, les difficultés liées à l'emploi, une faillite, la perte d'un emploi et/ou une recherche d'emploi longue et infructueuse (20%). Enfin, des revenus insuffisants pour modifier le régime alimentaire qui concerne 20% des patients et qui est, paradoxalement, relevé uniquement chez les deux patients non bénéficiaires de la CMUc qui ont des difficultés sociales. Parfois, le manque de soutien familial peut, à l'extrême, renforcer le patient dans l'inobservance comme pour cette patiente dont la famille a « déchiré le carnet de suivi parce qu'ils pensent que ça ne sert à rien ».

Pour une patiente, il s'agissait d'une couverture maladie inconstante, ayant eu d'abord une Aide médicale d'état, qu'elle avait perdue, puis une CMUc qu'elle avait perdue avant d'en bénéficier à nouveau. Ceci rendait le suivi irrégulier et la patiente n'honorait pas ses prescriptions pendant les périodes où elle ne bénéficiait plus d'une couverture maladie.

Tous ces problèmes sociaux compliquent la relation thérapeutique et modulent l'investissement et l'adhésion à la prise en charge du diabète par le patient.

3.1.4.3. Pathologies interférentes avec le suivi du diabète

3.1.4.3.1. Neuro-psychiatriques

On décompte, dans notre échantillon, 3 patients ayant des troubles neuropsychiatriques interférant avec le suivi du diabète parmi les bénéficiaires de la CMUc (14%) contre 1 seul chez les non bénéficiaires (5%). Il s'agit, dans le premier groupe, d'un retard mental, et de deux psychoses non étiquetées. Le patient non bénéficiaire de la CMUc avait un problème d'addiction avec une hétéroagressivité importante. Son médecin le décrit « motivé et

voulant bien faire », mais « il ne faut pas le chercher trop longtemps » avec une prise en charge jugée trop lourde, par et pour lui.

Le retard mental de la patiente complique l'éducation thérapeutique et l'observance, d'autant plus qu'il est associé à un isolement social et familial.

Pour un patient psychotique, le médecin rapporte que ce patient dit que le diabète « vient des voisins » et reste « très méfiant » quant à la prise en charge, surtout lorsqu'il y a des modifications des modalités de traitement ou de surveillance. « Ce patient ne fait pas le lien entre régime alimentaire et maladie. Lorsque je lui demande ce qu'il mange, il me répond qu'il ne prend pas d'alcool ». « Il ne se déshabille pas et ne va pas sur la table d'examen, il faut l'examiner, quand il le permet, sur la chaise sur laquelle il est assis ».

Pour l'autre patient psychotique, le médecin parle de lui comme de quelqu'un d'intelligent mais d'étrange, ayant « un savoir singulier sur la diététique » et « une observance fluctuante ». « C'est un grand marginal qui a de grandes difficultés avec ses origines », « il vient à l'improviste et voit, de ce fait, des médecins différents » (suivi en centre de santé). « Il a un côté psy très envahissant ».

3.1.4.3.2. Somatiques

Dans notre échantillon, les co-morbidités interférant avec le suivi du diabète sont un peu plus fréquentes chez les personnes bénéficiaires de la CMUc. Néanmoins, elles sont peu fréquentes et peu mises en avant, en proportion, pour expliquer la non observance. Elles sont associées à une diminution de l'observance des prescriptions médicales de suivi, de la prise de rendez vous chez le médecin traitant lorsque la co-morbidité est suivie par un spécialiste (ex : orthopédiste) ou encore à une autocensure du médecin, dans deux cas, du fait d'une maladie grave plus menaçante à court ou moyen terme.

Ce qui est intéressant, c'est que pour deux patients supplémentaires non bénéficiaires de la CMUc et ayant des professions intermédiaires ou de 3^e catégorie, les co-morbidités existantes sont dites non interférentes : « cette patiente a plusieurs pathologies mais ça ne pose pas de problème avec le diabète, elle est sérieuse ». L'existence de co-morbidités serait donc gérée différemment par ces patients qui arriveraient à faire front sur plusieurs problèmes de santé, en même temps, sans préjudice dans le suivi de l'un ou l'autre.

3.1.4.4. Qualité de vie, culture et alimentation

Pour expliquer le manque d'observance concernant les mesures hygiéno-diététiques, les médecins mettent souvent en avant un manque d'adhésion lié à ce qu'elles représentent une contrainte trop importante dans la qualité de vie ou à des difficultés culturelles à modifier les habitudes alimentaires. Dans le premier cas, ils décrivent l'effet positif, sur leur respect, de l'intervention d'une stimulation extérieure (hospitalisation pour éducation diététique) ou interne (survenue d'une complication grave : sténose carotidienne, infarctus etc) et dans le deuxième cas, ils sont plus réservés, peu optimistes et invoquent aussi le fatalisme des patients.

On remarque que bien que ces deux éléments puissent se mêler chez les bénéficiaires de la CMUc, on retrouve, préférentiellement, le premier élément, de façon isolée, chez les non bénéficiaires, y compris dans les catégories socioprofessionnelles élevées. Quant au deuxième élément, il est prédominant chez les bénéficiaires de la CMUc, surtout originaires du Maghreb.

A propos de patients ayant des professions de la 3^e catégorie : « il fait ce qu'il veut et respecte mal le régime du fait de son mode de vie auquel il est attaché ». « Il se sent bien et n'a pas envie de s'embêter avec le régime ». « Il résiste, il n'en fait qu'à sa tête. Il sait ce qu'il a à faire mais n'a pas envie de le faire. C'est trop de contraintes pour la vie de tous les jours.

Il ne rentre pas dans le moule et ne peut pas être formaté ». Dit par un médecin, de façon générale sur les patients diabétiques : « ils veulent être en bonne santé mais ça représente des contraintes de la vie de tous les jours ». Un patient explique à son médecin que son diabète est mal équilibré car il « ne peut pas refuser un jus de fruit au travail ». Les inconvénients des mesures hygiéno-diététiques dans la vie de tous les jours sont vécus comme supérieurs aux bénéfices attendus tant qu'il n'y a pas de stimulations externes ou internes.

Pour les patients bénéficiaires de la CMUc, on retrouve plus souvent des explications autour de la culture, voire une « barrière culturelle » qui empêche même, parfois, jusqu'à l'évaluation des caractéristiques de l'alimentation. A propos d'une patiente dont le mari fait la cuisine, son médecin déclare « les difficultés socioculturelles font qu'il est difficile de mobiliser les choses. Ils ne comprennent pas qu'il faille changer la composition de leur alimentation ». Ou encore, « elle n'a pas envie, c'est trop contraignant et ça bouscule trop ses habitudes alimentaires. Il lui est difficile d'intégrer qu'il faudra changer les choses ». « Elle dit oui, oui mais ne fait pas ! ».

Pour un patient qui rit lorsqu'on lui parle de diététique, son médecin perçoit un problème culturel autour de l'alimentation qui est source de santé et ne peut pas être source de maladie. Un autre de ses patients ne fait pas le lien entre alimentation traditionnelle et maladie. Ces patients peuvent concevoir que certaines consommations, comme l'alcool, puissent être délétères pour la santé mais pas les plats habituels avec lesquels ils ont grandi et que mangent tous les membres de leur famille et de leur communauté environnante.

3.1.4.5. Problèmes de compréhension

Les médecins interrogés estiment qu'il y a des problèmes de compréhension chez plus de la moitié de leurs patients diabétiques bénéficiaires de la CMUc contre 1/8 des patients ayant

un meilleur statut socio-économique. Ces problèmes de compréhension chez les bénéficiaires de la CMUc sont souvent présentés sans argumentation, sur le ressenti global du médecin qui les associe à une difficulté dans la représentation de la maladie et de sa prise en charge (5/14). Autrement, ces difficultés de compréhension sont associées à des facultés intellectuelles insuffisantes (5/14), des barrières linguistiques (2/14), ou simplement, des comportements traduisant une mauvaise compréhension de la maladie et des modalités du traitement sans que le médecin interrogé propose une explication sous-jacente (1/14).

Un médecin note « des difficultés de compréhension du discours malgré une adaptation à ce qu'on perçoit de l'intellect de cette patiente avec des mots simples et populaires. Ce n'est pas certain que ce soit bien intégré ». Un autre médecin parle « d'intellect limité ». Un autre d'«une pensée difficile à suivre. Il y a un problème de quotient intellectuel, de capacité de compréhension, de déficit intellectuel ».

Un autre médecin s'appuie sur un exemple, « Je pense qu'elle ne comprend pas très bien les principes de sa maladie et de sa prise en charge puisqu'elle a arrêté son insuline lors de son voyage à La Mecque ».

Pour les trois patients non bénéficiaires de la CMUc, il y a toujours un exemple à l'appui, sur lequel repose cette affirmation de mauvaise compréhension, par exemple, « elle ne comprend pas la pathologie diabétique puisqu'elle a fait un infarctus du myocarde sans jamais me parler de ses douleurs thoraciques », ou encore « il ne comprend pas bien puisqu'il n'adapte pas ses doses d'insuline ».

3.1.4.6. Problèmes de langage

On ne retrouve de cas de barrière linguistique que chez les bénéficiaires de la CMUc. Il est intéressant de noter que cette difficulté n'est pas considérée comme génératrice d'une

moins bonne prise en charge chez 1/3 des patients chez qui existent des difficultés liées au langage.

Le problème majeur de cette barrière est une altération de la communication entre le médecin et son patient. Le médecin a du mal à comprendre les éventuelles questions que se pose le patient ou ses explications en cas de déséquilibre. Pour une patiente parlant mal français et venant toujours seule en consultation, un médecin explique que la barrière de langage est source de difficultés de compréhension et, de ce fait, d'une prise en charge « très somatique avec une éducation quasi-inexistante ».

Les barrières linguistiques ne sont corrélées, par les médecins interrogés, à des troubles de l'observance que chez la moitié des patients avec qui le langage est problématique. Néanmoins, il y a lieu de penser qu'elle engendre une altération des messages du médecin et de leur portée.

Parfois, la barrière linguistique est totale et impose un dialogue à trois, avec un interprète familial. Pour un des patients, son médecin explique que, souvent, la traduction est globale et peu précise ce qui rend difficile la compréhension du positionnement du patient lorsqu'il refuse une prise en charge, de comprendre ses difficultés au quotidien avec la gestion de sa maladie etc. « Il est difficile d'approfondir car il n'y a pas de dialogue ». De plus, les interlocuteurs changent souvent et le médecin ressent une obligation de reprendre l'éducation à la base avec ce nouvel intervenant familial. Enfin, ce médecin expliquait ressentir un désintéressement de ces traducteurs, membres de la famille, pour la prise en charge de leur proche. Ceci était aussi vécu comme un frein à la relation thérapeutique et donc à l'observance du traitement.

3.1.4.7. Problèmes d'implication

Les défauts d'implication sont souvent associés par les médecins à la mauvaise observance des mesures hygiéno-diététiques. Ils concernent un tout petit peu plus souvent, dans notre échantillon, les patients bénéficiaires de la CMUc (25% d'entre eux) que les non bénéficiaires (21%). On retrouve la notion de passivité chez 3 des patients bénéficiaires de la CMUc avec nécessité qu'un proche gère la diététique et/ou les traitements et/ou veille à l'observance des rendez-vous médicaux. A propos de l'un de ces patients, son médecin explique qu'il a besoin d'être amené à la consultation, et que c'est grâce à cela qu'il vient maintenant pour ses renouvellements d'ordonnance.

Du côté des non bénéficiaires de la CMUc, on retrouve des explications disparates. Un patient est dit « laxiste et dans la minoration de tous ses problèmes de santé », un autre est fataliste lançant des « j'ai 75 ans, il arrive ce qu'il arrive ! », un autre est perçu dans la fuite et le déni, rationalisant son mauvais contrôle glycémique par des contraintes externes, un autre qui effectue les prescriptions médicales avec retard « nécessite d'être poussé constamment ».

Pour certains patients, l'implication est fluctuante et évolue par cycle en fonction des stimulations : hospitalisations en HDJ ou en clinique de diététique, survenue d'une complication, voire simplement d'un résultat d'HbA1c très élevé avec remontrances de la part du médecin traitant. L'observance et l'implication sont alors meilleures mais retombent souvent quelques mois après. A propos d'un patient, son médecin déclare « Il faut qu'il soit acculé, confronté aux complications pour réaliser qu'il faut qu'il se ressaisisse ». Un médecin décrit pour son patient diabétique qu'il suit depuis 3 ans et qui va en clinique de diététique tous les ans, qu'il observe un bon équilibre dans les suites de cette hospitalisation, puis que

l'HbA1c augmente progressivement au cours de l'année jusqu'à l'hospitalisation suivante où elle redescend à un taux satisfaisant et ainsi de suite d'année en année.

3.1.4.8. Nomadisme médical et absences prolongées

Pour 6 patients bénéficiaires de la CMUc et 2 patients non bénéficiaires, leur médecin explique une part de la mauvaise observance par des rendez-vous médicaux irréguliers du fait, soit, d'un « nomadisme médicale » au sein d'un centre de santé, soit, d'une organisation personnelle impliquant des voyages longs et/ou fréquents. Le nomadisme médical concerne équitablement les bénéficiaires et les non bénéficiaires de la CMUc (2 patients à chaque fois). En revanche, les absences prolongées pour voyage ne sont retrouvées que chez 4 patients bénéficiaires de la CMUc. Ces absences impliquent des rendez-vous et une surveillance plus espacés et parfois un report des examens à faire, négocié avec le médecin.

3.2. Autocensure des prescriptions

Quantitativement, dans notre échantillon, l'autocensure dans la prescription par le médecin est de l'ordre de 23%. Elle concerne plus souvent les bénéficiaires que les non bénéficiaires de la CMUc et s'étend principalement au recours à des professionnels extérieurs pour l'amélioration du contrôle glycémique, mais aussi, quelques fois, à certaines prescriptions d'examens complémentaires (bilan lipidique, microalbuminurie). Lorsqu'on s'intéresse aux motifs de ces limitations, on retrouve deux types d'arguments : les arguments liés au « terrain » (4 patients CMUc+ et 2 patients CMUc-) et l'argument d'une réponse négative pressentie par le médecin (3 patients CMUc+ et 2 patients CMUc-). La différence quantitative observée dans notre échantillon est donc plus souvent en rapport avec une fréquence plus importante des co-morbidités chez les patients bénéficiaires de la CMUc et moins avec des représentations des patients.

Ainsi, pour les bénéficiaires de la CMUc, un médecin s'est abstenu d'adresser un patient en consultation de diététique du fait d'une barrière de langage, un autre de prescrire un bilan lipidique et une prise en charge complémentaire du fait de l'âge élevé de sa patiente (90 ans), un autre de proposer une prise en charge complémentaire à une patiente présentant des co-morbidités l'empêchant de sortir de chez elle (Insuffisance respiratoire, obésité), et un dernier n'a pas fait de nouvelles propositions thérapeutiques chez un patient déséquilibré « ayant d'autres problèmes en avant » (accident de la voie publique avec complications post ostéosynthèse et co-morbidité psychotique).

Pour les trois autres patients, le médecin s'est abstenu de faire des propositions de compléments de la prise en charge pour améliorer l'éducation thérapeutique et le contrôle glycémique du fait qu'il pressent une réponse négative du patient. Ceci est lié à leur mauvaise observance décrite comme une fuite et une absence d'implication pour l'un et un fatalisme chez les deux autres.

En ce qui concerne les non bénéficiaires de la CMUc, une prise en charge complémentaire faisant appel à des intervenants extérieurs pour améliorer le contrôle glycémique a été censurée par le médecin pour deux patients considérés comme âgés (85 et 92 ans) et ne nécessitant pas une prise en charge jugée trop invasive et inappropriée. Pour les deux autres patients, l'un est jugé trop occupé pour accepter une HDJ ou un suivi diététique et l'autre, ayant déjà refusé par le passé, une HDJ, ne s'est pas vu proposer de prise en charge complémentaire au titre « qu'il refuse tout ».

3.3. Manque de temps

A la question, « manquez vous de temps pour faire de l'éducation thérapeutique ? », la réponse est positive pour 9 patients bénéficiaires de la CMUc contre 4 non bénéficiaires. Ceci s'explique par les difficultés rencontrées plus fréquemment par les médecins chez les

patients ayant la CMUc. Ainsi, ils se plaignent de manquer de temps pour pouvoir améliorer l'observance des uns ou la compréhension de la maladie des autres. Autrement, 2 médecins se sont plaints de manquer de temps, de façon générale, pour tous les patients, comme inhérent à leur exercice de la médecine générale en libéral. Ce manque de temps est souvent au détriment de l'examen physique spécifique du diabétique. Nombre de médecins précisent qu'ils n'ont pas recherché de souffle, examiné les pieds ou palpé les pouls périphériques du fait du manque de temps secondaire au temps passé à l'éducation thérapeutique, la surveillance de l'observance ou encore à certaines co-morbidités. Il est intéressant de noter que pour 3 médecins qui ont répondu qu'ils ne manquaient pas de temps pour faire de l'éducation thérapeutique, le manque de temps est apparu pour expliquer les lacunes dans l'examen physique. Enfin, pour les patients dont la prise en charge se fait sans difficultés : bon équilibre du diabète au long cours, bonne observance, les médecins interrogés précisent qu'ils ne manquent pas de temps car « c'est un patient modèle », « avec elle, ça va vite ». On notera que ces patients ont tous des niveaux socio économiques intermédiaires ou élevés.

3.4. Excès d'implication

On retrouve, lors de la question concernant les difficultés rencontrées au cours de l'éducation thérapeutique, l'existence d'un excès d'implication chez 3 patients qui sont tous des non bénéficiaires de la CMUc ayant un niveau socioéconomique élevé ou intermédiaire. Ces patients sont très en demande d'examen complémentaires, d'explications et parfois sont perçus comme dans la maîtrise de la consultation. La difficulté pour le médecin est alors de faire le tri parmi les demandes du patient, de lui en faire comprendre les motifs et parfois, de se repositionner dans une relation médecin-malade où le médecin est vu comme un technicien de la santé.

DISCUSSION

1. Concernant la méthodologie

1.1. Echantillonnage de convenance

Afin de réaliser des entretiens, nous avons envoyé des mails et/ou téléphoné à de nombreux médecins. Le taux de refus a été important, certains arguant qu'ils n'avaient pas le temps, d'autres qu'ils traitaient tous leurs patients de la même façon. L'échantillonnage s'est donc fait sur la base du volontariat pour un entretien assez long (1h -1h30), sur un sujet sensible avec une analyse de pratiques. Aussi, il est possible que les médecins ayant accepté de participer soient des médecins sensibles ou sensibilisés aux inégalités sociales de santé ou bien à la prise en charge du diabète.

1.2. Limites de l'analyse de pratique

Lors de la réalisation de cette enquête, nous avons été confrontés à la difficulté que peut représenter, pour un médecin, d'exposer sa pratique devant un tiers. Malgré notre attitude neutre et bienveillante, plusieurs médecins se sont sentis remis en question lors de l'interrogation concernant le suivi technique. Certains semblaient guetter les réactions de l'enquêtrice, d'autres l'ont interrogée sur ses pratiques dans la même situation. On peut se demander dans quelle mesure cette difficulté à critiquer sa pratique devant un tiers, inconnu qui plus est, n'a pas pu renforcer, consciemment ou inconsciemment, les déclarations de mauvaise observance des prescriptions par les patients pour ne pas reconnaître ses oublis ou ses erreurs. De même, les données concernant l'examen clinique et la réalisation d'un bilan alimentaire ont quasi toujours été données de tête, sans regarder dans le dossier médical. Il est possible que, pour certains médecins, considérant qu'ils effectuent ces éléments de façon systématique, ils les déclarent faits alors, qu'en pratique, ils ont pu ne pas

les réaliser pour une raison quelconque. Néanmoins, ce genre d'information figure rarement dans le dossier médical et seul la mémoire, ou l'idée que se fait un médecin de sa pratique, permet de le renseigner.

Dans ces conditions, il n'est pas sûr que les médecins interrogés aient pu vaincre leurs mécanismes de défense pour bien chercher en eux les motivations de leurs décisions et donner librement leur position, quant aux particularités de la prise en charge du patient sur lequel portaient les questions.

1.3. Evaluation du niveau d'étude et classement socioprofessionnel

L'évaluation du niveau d'étude a été approximative car, le plus souvent, les médecins ne connaissent pas le niveau d'étude de leur patient. Il a été déterminé, souvent, soit, à partir de la profession exercée, soit, à partir du ressenti du médecin.

Pour ce qui est du classement en catégories socioprofessionnelles, on peut préciser que le niveau 2 est un groupe hétérogène, conformément aux PCS. Il comporte des professions assez différentes, impliquant des différences de niveau d'éducation. Il regroupe, par exemple, un professeur et des assistantes maternelles analphabètes. La prise en charge du premier est alors plus proche de celle d'un cadre alors que celle des secondes ressemble plus à celle des ouvriers sans que cela soit visible dans les résultats de l'enquête.

1.4. Enquête unilatérale

Nous avons choisi, pour des raisons pratiques, d'effectuer cette enquête auprès des médecins sans réaliser d'entretien ou de questionnaire, ensuite, auprès des patients dont la prise en charge a été analysée. On convient que ceci aurait permis de connaître, plus précisément, le niveau d'éducation des patients, leur propre évaluation de leur observance, les motifs de non observance (surtout pour ce qui est de l'accès aux soins et des difficultés

économiques), et éventuellement, évaluer leur compréhension du diabète. Mais, nous nous sommes axés initialement sur l'intervention du médecin avec 2 hypothèses sur 3 correspondant à des inégalités de prescriptions. Sachant que la mauvaise observance était le problème principal rencontré au cours du suivi du diabète pour tous les patients, nous ne nous attendions pas à ce que la principale différence entre les bénéficiaires et les non bénéficiaires de la CMUc soit aussi le défaut d'observance. De plus, il est probable qu'il aurait été difficile de réunir les réponses de tous les patients du fait que c'est le médecin interrogé qui sélectionnait le patient et que ce dernier n'était pas un volontaire pour répondre à une enquête.

2. Mauvaise observance

L'enquête que nous avons menée nous a permis de faire ressortir le défaut d'observance comme facteur principal incriminé par les médecins généralistes pour expliquer les différences de prise en charge ambulatoire du diabète entre les catégories socio-économiques. Elle représente la difficulté principale chez tous les patients mais est beaucoup plus fréquente chez les bénéficiaires de la CMUc, dans notre échantillon.

Ces résultats sont corroborés par d'autres études qui sont quantitatives. Dans une étude française [28], la mauvaise observance arrive en tête des difficultés rencontrées au cours du suivi par les médecins généralistes et 44% d'entre eux s'en plaignent. 54% de leurs patients confirment qu'ils ont des difficultés à suivre les règles hygiéno-diététiques. De même, parmi les premiers résultats publiés concernant l'étude Entred 2007, la mauvaise observance des principes hygiéno-diététiques représente la principale difficulté pour 65% des médecins généralistes [25]. Pour ce qui est du lien entre observance et catégorie sociale, une étude anglaise [53] a montré que les patients ayant un niveau d'éducation moindre étaient plus souvent déclarés non observants par leur médecin, mais, qu'eux ne se voyaient pas comme

tels et avaient des taux de consultation de médecine générale plus élevés que les patients ayant un plus haut niveau d'éducation.

Le problème de l'observance touche toutes les maladies chroniques quelles qu'elles soient. Dans un rapport sur l'observance dans les maladies chroniques de 2003 [54], l'OMS déclare que l'observance moyenne est de l'ordre de 50% dans les pays développés et bien moindre dans les pays en voie de développement. Elle est responsable d'une moindre efficacité des traitements et l'améliorer serait plus efficace que des progrès médicaux.

Dans ce même rapport, l'observance est définie comme le degré de correspondance entre le comportement d'une personne et les recommandations du professionnel de santé concernant la prise d'un traitement, le respect d'un régime alimentaire, et/ou la modification des habitudes de vie. Dans la « clinique de l'observance, l'exemple des diabètes » [55], le Pr Reach inclut aussi, dans la définition de l'observance, le fait de venir aux rendez-vous médicaux, de se soumettre à un dépistage, de pratiquer une auto surveillance qui sont aussi du domaine des recommandations médicales qui peuvent ne pas être suivies.

2.1. Les déterminants de l'observance

L'OMS décrit 5 dimensions qui, en interagissant, déterminent l'observance. L'idée commune que le patient serait seul responsable de son observance, est incorrecte et constitue une négligence d'autres facteurs qui vont influencer le comportement du patient et sa capacité à être observant. Il est important que les professionnels de santé en aient conscience afin de pouvoir les prendre en compte pour améliorer l'observance de leurs patients.

2.1.1. Facteurs liés au patient

L'adhésion d'un patient à un programme thérapeutique est liée à sa connaissance et à ses croyances sur la maladie et son traitement, à ses croyances en sa capacité à réaliser le projet thérapeutique, à ses attentes en termes de résultats du traitement et aux conséquences d'une mauvaise observance [54], [55].

Dans cette dimension, les croyances et représentations du patient sont déterminantes. Elles sont le fruit, à la fois, du message délivré par les intervenants du système de soin, et à la fois, de données personnelles liées à l'histoire de l'individu (données familiales, culturelles, ethniques etc), son quotidien, ses interactions avec la société etc. Certains traits de caractère peuvent aussi intervenir dans ces croyances comme le fatalisme, le pessimisme ou le scepticisme. L'estime de soi et de sa capacité à être efficace sont aussi des paramètres importants pour pouvoir s'impliquer dans un projet thérapeutique. Ainsi, se dégage individuellement, une représentation de la maladie et des risques perçus par le patient.

Les croyances jouent un rôle capital en tant que moteur des actions, comme nous le verrons dans les modèles comportementaux.

En résumé, pour accomplir un geste thérapeutique, il faut que le patient sache ce qu'il doit faire, en ait la compétence, qu'il croit qu'il peut le faire, qu'il croit qu'il est utile de le faire, que ce n'est pas dangereux de le faire, que les bénéfices du geste l'emportent sur les inconvénients, qu'il désire le faire et qu'il en ait les ressources nécessaires [55].

2.1.2. Facteurs liés à la maladie

En dehors de facteurs de risque de non observance intrinsèquement liés à la maladie (si elle s'accompagne de troubles cognitifs, visuels ou d'un état dépressif), il existe des paramètres associés à l'observance qui sont : la sévérité des symptômes, le niveau de déficience, la

durée d'évolution de la maladie (chronicité) et sa vitesse de progression. Ces paramètres ont une influence sur la perception du risque et de la gravité de la maladie par le patient [55].

L'existence de co-morbidités, en particulier, de syndrome dépressif ou d'addiction, peut modifier l'observance [54].

En résumé, pour ce qui est du diabète, la mauvaise observance est, ici, liée à la chronicité de la maladie et à l'absence de symptômes pouvant conduire le patient à ne pas se sentir malade et l'empêchant d'observer l'efficacité de son traitement, en dépit des efforts quotidiens que ce dernier représente.

2.1.3. Facteurs liés au traitement

Les facteurs liés au traitement sont la complexité du traitement, sa durée qui, en s'allongeant, réduit l'observance initiale, l'échec des traitements antérieurs, la fréquence des modifications du schéma thérapeutique, la survenue ou la peur des effets secondaires et l'immédiateté des effets bénéfiques. La complexité du traitement fait référence à la présentation impliquant ou non une technicité (injection et adaptation de doses d'insuline par exemple), la fréquence des prises et la polymédication. Paradoxalement, la prise de comprimés, peut être oubliée, parfois, du fait de sa grande simplicité [54], [55]. Les modifications de modes de vie, ainsi que les interférences avec la qualité de vie sont aussi associées à une moins bonne observance. Il est plus facile de prendre des comprimés que de modifier ses habitudes de vie !

2.1.4. Facteurs liés au système de soin

Dans ce groupe, on comprend, à l'échelle internationale, les infrastructures du système de soin (accessibilité au médecin, système de distribution des médicaments), l'existence ou non d'un bon niveau de remboursement par l'assurance maladie et les caractéristiques de la relation médecin-patient [54].

Une « bonne relation médecin-patient » est associée à une meilleure observance. Elle est déterminée par la perception par le patient du caractère amical et proche du soignant, du respect et de l'estime du soignant pour lui, de son écoute, de l'attention portée à ses attentes, de sa participation aux décisions, des explications données et du temps passé à cela. Elle se complète avec la durée de la consultation dont la brièveté est associée à une moins bonne observance, la disponibilité du médecin, sa capacité à encourager l'observance, apporter enthousiasme et optimisme, la continuité du suivi par un même médecin, la fréquence des rendez-vous, la cohérence des messages entre le médecin et l'équipe soignante et l'intérêt témoigné par l'équipe soignante pour l'observance du patient [54], [55].

2.1.5. Facteurs socio-économiques

L'OMS recense comme facteurs de mauvaise observance la faiblesse du niveau socio-économique, la pauvreté, l'analphabétisme, un faible niveau d'éducation, le chômage, la manque de soutien social et familial, des dysfonctions familiales, des cultures et croyances sur la maladie et le traitement, des conditions de vie instables, une distance importante par rapport aux lieux de consultation, un coût des transports élevé, un coût des médicaments élevé, un changement des situations environnantes [54].

La race qui a été rapportée, parfois, comme à un facteur prédictif de l'adhérence, est en fait souvent un facteur confondant des croyances culturelles ou bien des inégalités sociales [54].

Le diabète implique d'ajuster et de maintenir des comportements d'auto-soins dans les différentes circonstances rencontrées au quotidien (à la maison, au travail, en public etc).

L'OMS insiste particulièrement sur l'importance dans l'observance du soutien social et familial, en s'appuyant sur des études montrant que le soutien des pairs améliore l'observance chez les patients ayant une maladie chronique. L'existence de variables

sociales, telles qu'une pression sociale pour manger, des conflits interpersonnels, des événements sociaux ou des vacances peuvent modifier l'observance [54].

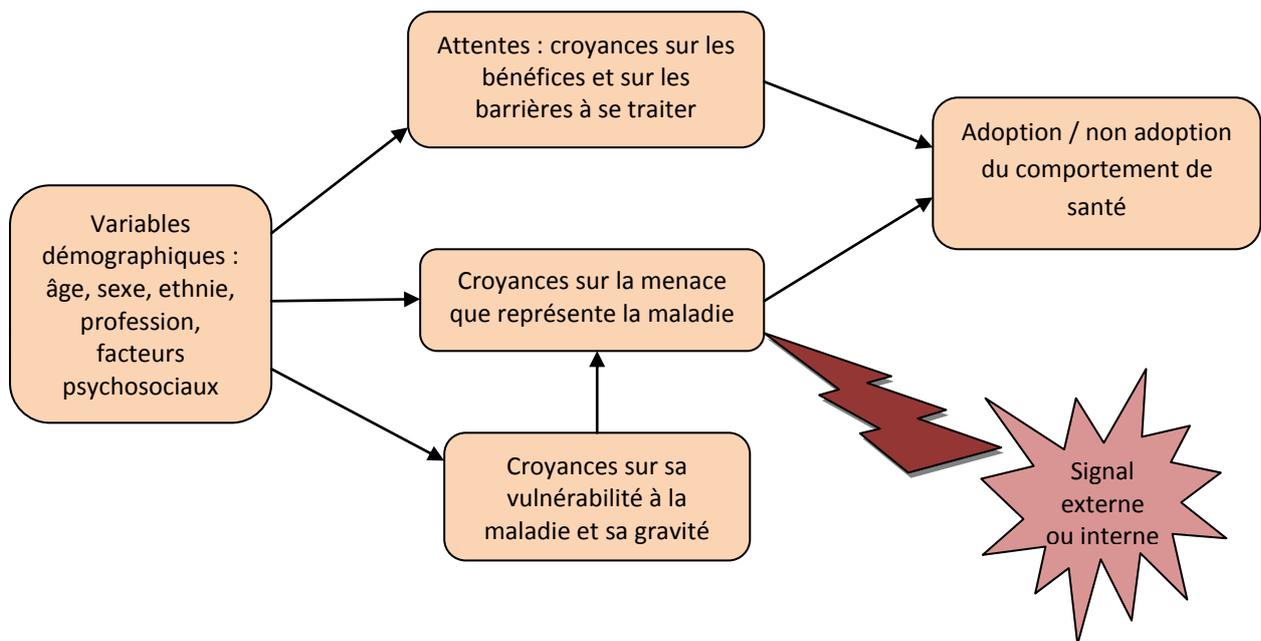
2.2. Modèles comportementaux en santé

Afin de comprendre comment se fait l'adoption d'un comportement de santé et les mécanismes intervenant dans l'observance des patients, de nombreux modèles comportementaux ont été établis. Ces modèles permettent de mieux comprendre le rôle des différents facteurs cités précédemment et éclairent ce que nous ont décrit les médecins interrogés, concernant l'observance des règles hygiéno-diététiques, des prescriptions de suivi et du traitement de leurs patients diabétiques.

2.2.1. Modèle des croyances de santé

Ce modèle, qui est l'un des premiers, repose sur l'intervention, chez une personne donnée, de sa perception de menaces et d'attentes. Les menaces sont constituées à partir de la perception propre d'une personne de sa vulnérabilité et de la perception de la gravité du problème (comme les représentations du diabète et de ses conséquences). Les attentes concernent les attentes du bénéfice escompté des thérapeutiques proposées (comme les mesures hygiéno-diététiques et le traitement médicamenteux). Celles-ci sont modulées par la perception de la personne de sa capacité à les accomplir. Ensuite, il peut être nécessaire qu'intervienne une stimulation interne (comme un symptôme, l'apparition d'une complication : infarctus, sténose carotidienne etc) ou externe (campagne médiatique, remontrances du médecin traitant, décès d'un proche diabétique etc) pour déclencher la mise en œuvre du comportement de santé, en modifiant la perception de la menace [55].

On peut schématiser ce modèle de la façon suivante :



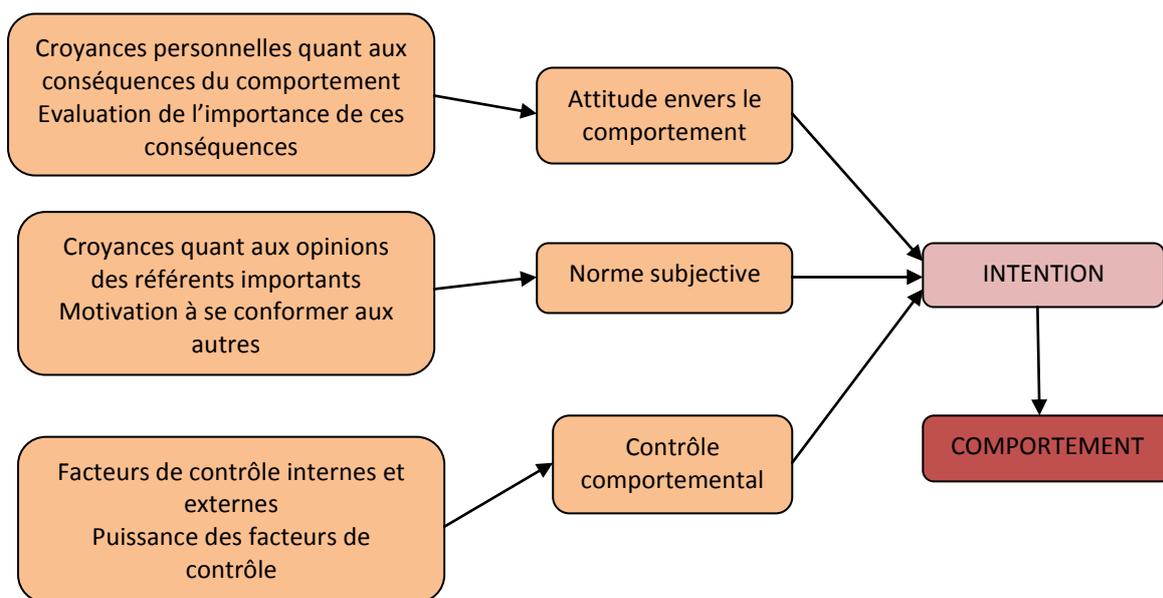
Adapté de G. Reach [56] et C. Werle [57].

Pour près d'un tiers des patients bénéficiaires de la CMUc de notre échantillon, les médecins ont témoigné de ces difficultés de perception de la menace et des attentes. Celles-ci sont liées, soit à un déni, soit à la représentation de la maladie reposant, entre autres, sur des croyances ancrées dans la culture et l'histoire personnelle. Dans son étude, J. Bachimont rapporte les propos de médecins généralistes interrogés sur les difficultés rencontrées lors de la prise en charge du diabète, « c'est parce que les diabétiques de type 2 ne se voient pas comme étant affectés d'une pathologie grave et évolutive qu'ils n'adoptent pas une attitude de prévention des risques qu'ils encourent sur le long terme » [28].

2.2.2. Théorie du comportement planifié

Cette théorie introduit l'influence sociale sur l'adoption des comportements. Elle implique que les individus sont des êtres rationnels qui utilisent les informations dont ils disposent et envisagent les conséquences de leurs actions avant de les accomplir. Le comportement dépendrait alors essentiellement de l'intention que le sujet a de les mettre en œuvre. Cette dernière dépendrait de deux types de paramètres : tout d'abord, l'attitude, c'est-à-dire,

l'évaluation favorable ou non du comportement à mettre en œuvre (par exemple : mode de vie, prise du traitement) et qui dépend de ses croyances. Puis, les normes subjectives qui correspondent aux croyances concernant la perception de ce nouveau comportement par les personnes importantes pour l'individu (approbation ou désapprobation, désintérêt etc). Ensuite, intervient, pour la mise œuvre du comportement de santé, la croyance de l'individu dans sa capacité à le faire (circonstances, ressources nécessaires etc) [55], [56].



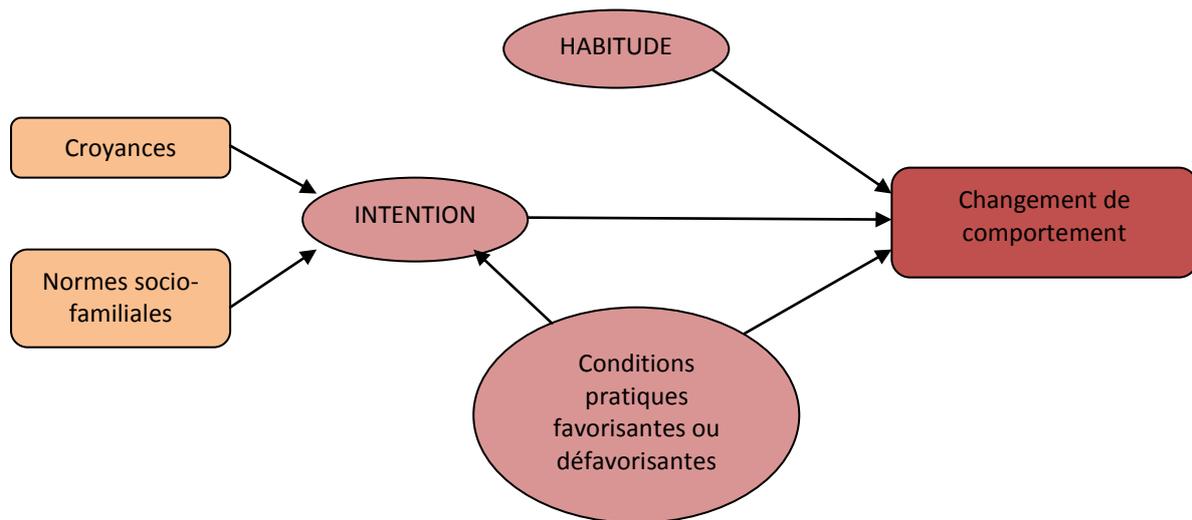
D'après C. Werle [57].

Ce modèle vient donc introduire la notion de l'interaction avec le milieu sociofamilial et de l'importance de son soutien dans l'adoption d'un comportement de santé. Il fait écho au cas de plusieurs patients de notre échantillon, chez qui, l'implication des proches a permis d'améliorer l'observance.

2.2.3. Théorie du comportement interpersonnel

Cette théorie, assez proche de la précédente, la complète en introduisant la « force de l'habitude », soit le degré d'automatisme dans la mise en œuvre d'un comportement. Ici, 3 facteurs interviennent dans la genèse d'un comportement : l'habitude de le faire, l'intention

de le manifester et la présence de conditions qui facilitent ou rendent difficiles l'adoption du comportement. Ainsi, la prise des traitements médicamenteux entre dans la routine en étant lié, par exemple au moment du repas. La mauvaise observance serait alors liée à des modifications de l'organisation du quotidien et de ses rythmes comme pendant des vacances, par exemple [55], [56].



D'après G. Reach [56].

2.2.4. Théorie du locus de contrôle et théorie sociocognitive

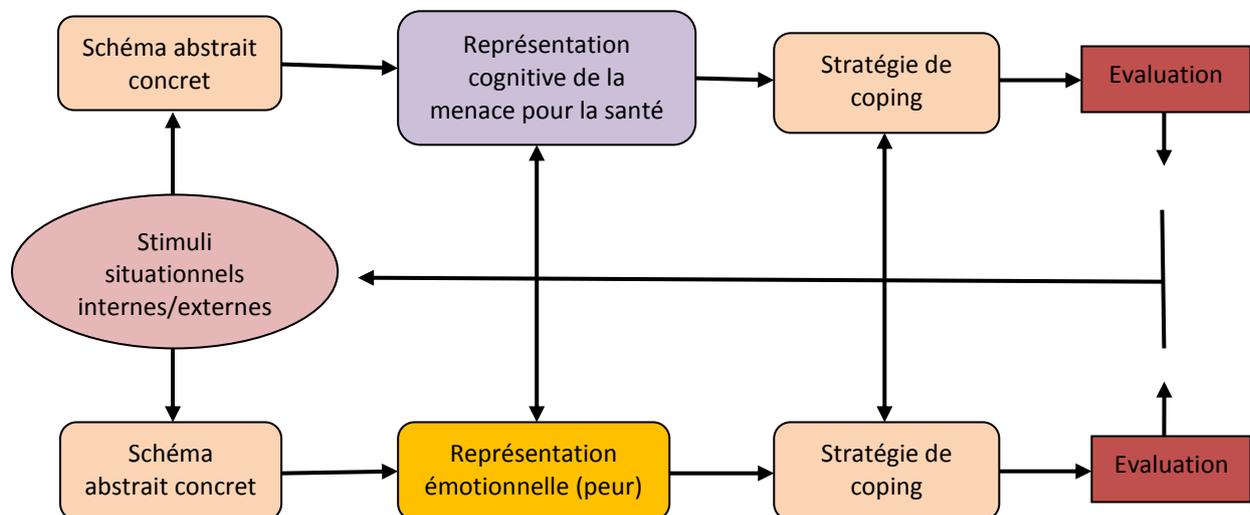
La théorie du locus de contrôle ajoute aux précédentes théories, l'intervention de la croyance de l'individu dans sa capacité à gérer sa santé, c'est-à-dire, sa conception du niveau de contrôle de sa santé soit, par des facteurs internes qui dépendent de lui, soit, par des facteurs externes, qui dépendent des autres (comme le médecin ou les esprits), ou par la chance [55], [56]. On reconnaît dans ce modèle un certain nombre de patients dits « passifs » ou « fatalistes ».

La théorie sociocognitive introduit la notion de déterminisme réciproque, c'est-à-dire que les modifications de comportements peuvent, en retour, induire des modifications des

croyances rendant l'individu, à la fois, produit et producteur de son environnement [55], [56]. Cette approche témoigne du caractère dynamique de l'observance en fonction de l'accumulation des expériences et des interactions avec l'environnement social.

2.2.5. Modèle d'autorégulation de Leventhal

Cette théorie a en commun avec la théorie sociocognitive, l'existence d'une boucle de régulation entre la représentation que le patient se fait de sa maladie et les mesures qu'il met en œuvre. Néanmoins, elle introduit l'intervention d'informations émotionnelles dans la prise de décision. Devant une stimulation interne ou externe, le patient adopte une stratégie de « coping » (mesure d'ajustement), puis évalue son efficacité pour la renouveler ou non par la suite. Dans l'adoption du comportement, se mêlent des informations d'ordre cognitif de la menace pour la santé, mais aussi émotionnelles (peur). Ce type d'approche a été appliqué au suivi du régime diabétique [55], [56].

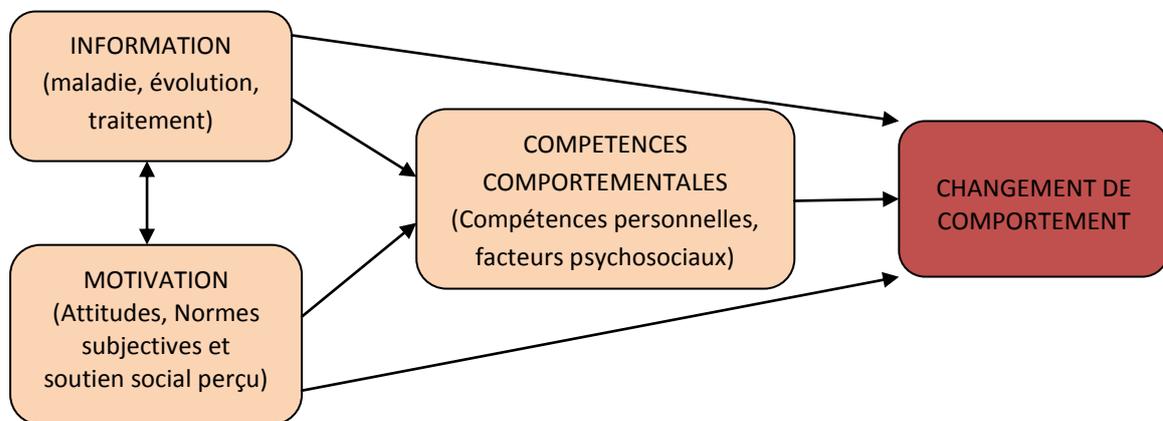


D'après G. Reach [56].

2.2.6. Modèle information-motivation-compétences comportementales

Cette théorie est récente. En s'appuyant sur les travaux précédents, elle propose un modèle simple des comportements de santé.

- L'information est la connaissance de base sur la maladie, son évolution et les stratégies thérapeutiques efficaces disponibles.
- La motivation regroupe les attitudes personnelles des individus vis-à-vis de l'observance, le soutien social perçu pour ce comportement et les normes subjectives du patient ou la perception de la façon dont se comporteraient les personnes ayant la même maladie.
- Les compétences comportementales incluent les compétences personnelles et l'ensemble des ressources socioéconomiques et psychologiques nécessaires à l'accomplissement et à la poursuite du traitement [54], [55].



D'après l'OMS [54].

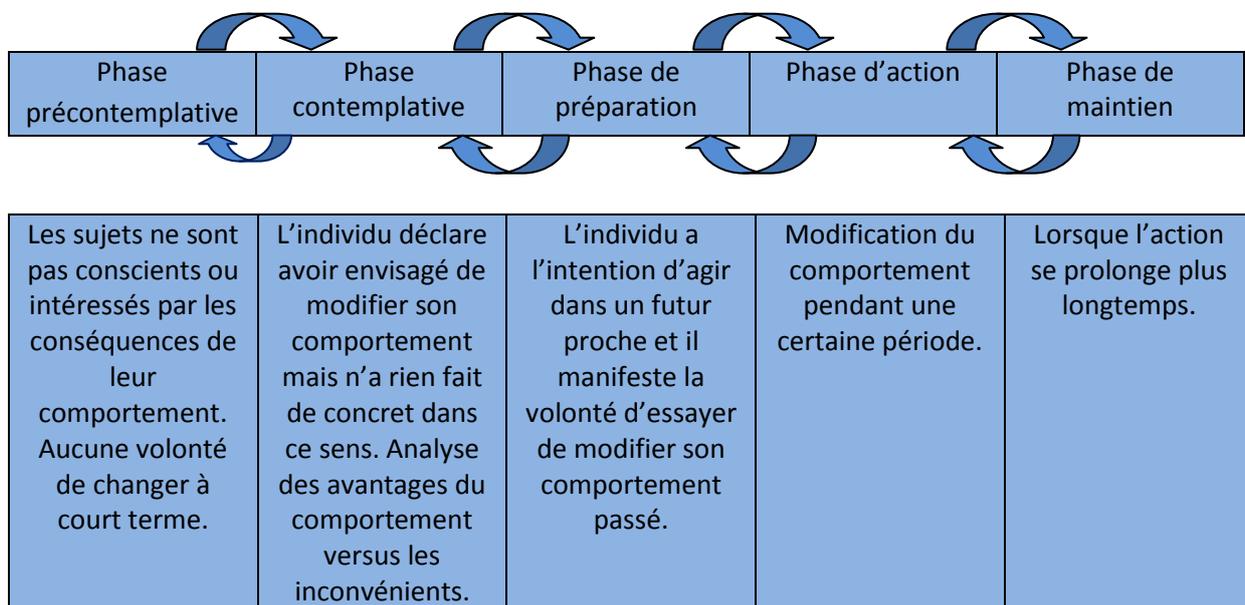
2.2.7. Modèle transthéorique du changement

La majorité des théories précédentes décrit l'adoption d'un comportement comme un événement. Ce modèle s'attache à décrire 5 étapes dans la genèse d'un comportement.

Tout d'abord, l'individu est dans un stade de Précontemplation où il n'envisage pas de modifier son comportement car il ne considère pas qu'il y ait un problème (par manque d'information ou par déni) ou a renoncé à lutter contre le problème et s'en désintéresse après un échec. Puis, intervient le stade de Contemplation, lorsque l'individu réalise l'existence d'un problème et envisage d'engager une action dans les 6 mois, action dont il a pesé les bénéfices et les inconvénients, sans décider concrètement de sa mise en œuvre.

Ensuite, intervient le stade de Préparation où il prend la décision d'agir dans un avenir proche (1 mois), suivi du stade d'Action qui se définit par la modification concrète du comportement et, enfin, le stade de Maintenance du comportement où des efforts sont nécessaires pour éviter la rechute [54], [55], [56].

Dans ce modèle, les allers et retours entre les différents stades sont nombreux. Le plus souvent, la régression s'arrête au stade de Contemplation ou de Préparation et ne retourne pas au stade de Précontemplation [55].



D'après C. Werle [57].

Ce modèle est particulièrement intéressant du fait qu'il introduit la notion d'observance comme un processus long et dynamique qui correspond bien aux cas des maladies chroniques nécessitant des comportements au long cours. L'aptitude des patients à appliquer les recommandations faites par leur médecin est variable au cours du temps. Par conséquent, un médecin doit suivre en permanence, à chaque consultation, le stade où se situe le patient pour lui proposer une conduite adaptée et améliorer l'observance. Un manque d'adéquation entre les aptitudes du patient et les attentes du médecin en terme

d'intervention, peut être responsable de prescriptions à des patients qui ne sont pas prêts à les suivre [54]. Ce modèle permet aussi de conceptualiser le comportement des patients dont les médecins décrivent une implication fluctuante, voire cyclique, au rythme des résultats insatisfaisants d'HbA1c, des rappels d'éducation thérapeutique, des hospitalisations ou de la survenue de complications qui améliorent, ponctuellement dans le temps, l'observance. Bien entendu, toutes ces étapes sont étroitement liées aux paramètres évoqués dans les autres modèles (croyances en santé, perception de la menace, facteurs psycho-sociaux, environnement et soutien socio-familial etc).

2.2.8. Modèle de l'acceptation de la maladie

Au cours d'une maladie chronique, après l'annonce diagnostique, se succèdent des mécanismes de protection pouvant aboutir à l'acceptation. Classiquement, sont décrites, une phase de choc, puis de déni, de révolte, de marchandage, de méditation-dépression et d'acceptation. Au cours de cette évolution psychologique, l'adhésion à la maladie et aux traitements est variable et affecte l'observance qui est, elle aussi, de ce fait, un processus dynamique. La période de déni est particulière car y coexistent des comportements « contradictoires » à la source d'une non-observance ou d'une observance incomplète, comme nous avons pu le voir chez certains des patients de notre échantillon [55].

3. Recouplement entre les déterminants des inégalités sociales de santé et de l'observance dans le diabète

A la lumière des facteurs impliqués dans l'observance et des modèles comportementaux expliquant les différents facteurs et leurs interactions dans la genèse d'un comportement de santé, nous pouvons mieux comprendre le lien entre mauvaise observance et niveau socio-économique. En effet, on remarque que plusieurs déterminants de l'observance sont communs avec ceux des inégalités sociales de santé et qu'ils ont été mentionnés, lors de

notre enquête, par les médecins interrogés. Il s'agit d'une part, de facteurs liés à des particularités fréquemment retrouvées chez ces patients socialement défavorisés et, d'autre part, de facteurs liés au système de soin, et en particulier, à la relation médecin-patient.

3.1. Facteurs liés au patient ayant un faible niveau socioéconomique.

3.1.1. Les croyances en santé

Comme nous l'avons vu précédemment, les croyances sont fondamentales dans l'initiation d'un comportement de santé. Elles sont liées, pour une part à l'éducation thérapeutique, et pour une large part, aux particularités du patient, à son contexte socio-culturel et à son niveau d'éducation. Elles sont donc très personnelles mais nous allons essayer de dégager des aspects communs chez les personnes appartenant aux catégories socio-économiques défavorisées.

3.1.1.1 Culture et représentation de la maladie

Les médecins généralistes interrogés se sont, à de nombreuses reprises, plaints des difficultés autour de la représentation de la maladie chez leurs patients de bas niveau socio-économique (14 patients CMUc+ sur 24). Il pouvait s'agir, soit d'une banalisation du diabète, soit d'un déni, soit d'une incompréhension. Dans l'étude Entred 2007, 35% des médecins interrogés considèrent que la compréhension des patients de leur diabète est un problème [25].

Dans notre échantillon, il y avait, parfois, une responsabilité perçue par certains médecins autour de la culture, en particulier alimentaire, et, en particulier maghrébine. En effet, les facteurs culturels représentent, à la fois des normes partagées, des valeurs et des attitudes qui peuvent influencer les croyances et les comportements de santé. L'étude Entred 2007 a établi que 23% des personnes diabétiques en France sont nées à l'étranger et que 12% sont

nées au Maghreb [41]. Néanmoins, on ne sait pas comment ces populations se répartissent sur le plan socio-économique. On note, chez les populations d'origine étrangère, une plus grande difficulté des médecins à évaluer les habitudes alimentaires et à faire adhérer les patients au projet thérapeutique au sens large : représentation de la maladie, principe de prévention, soumission aux examens cliniques, modification des habitudes de vie, respect des prescriptions d'examen complémentaires et prise de médicaments. Ceci est peut-être lié à une plus grande difficulté de compréhension du fait d'une culture différente, ou de difficultés liées au langage.

Dans une étude récente sur les inégalités sociales et territoriales de santé dans l'agglomération parisienne [58], P. Chauvin et I. Parizot comparent de nombreux indicateurs sociaux et médico-sociaux chez des populations habitant l'Ile-de-France en « Zone urbaine sensible » (Zus), et hors zones urbaines sensibles, en « quartier type ouvrier » et en « quartier type moyen et supérieur ». 18,3% des habitants des Zus bénéficient de la CMUc ou de l'AME contre 13,7% des habitants de quartiers ouvriers et 7,5% des habitants de quartiers type moyen / supérieur. Dans cette étude, les auteurs déclarent : « Les origines migratoires (qui ne sont que partiellement approchées par les nationalités des personnes et de leurs parents utilisées dans nos analyses) apparaissent comme un facteur discriminant dans nombre de nos résultats. Il nous semble dès lors important de souligner que cette question des « origines » et de leurs liens avec la santé reste un domaine de recherche en santé publique encore largement sous investi en France ». On pourra préciser que des auteurs américains déplorent aussi l'absence d'études sur l'impact de la culture sur le diabète [32].

Un comportement et des croyances de santé sont fortement influencés par le contexte social dans lequel un individu a grandi et vit et ne relèvent pas uniquement d'un choix

personnel. Les différences de comportement ne peuvent donc pas être entièrement attribuées à un choix exercé librement mais trouvent leur origine dans le contexte social. Les habitudes alimentaires sont, par exemple, développées en majeure partie pendant l'enfance et l'adolescence. L'enquête décennale de santé Belge de 2004 a clairement montré un lien entre mode de vie à risque et position socio-économique. En règle générale, les personnes moins qualifiées ont un style de vie moins sain, des habitudes alimentaires moins saines et davantage de surpoids et d'obésité. En outre, les personnes moins qualifiées et en surcharge pondérales s'en préoccupent moins que les personnes qualifiées et entreprennent moins d'actions pour changer leur situation [12].

On peut imaginer qu'ayant un mode de vie plus éloigné des recommandations médicales, les personnes défavorisées aient plus de mal à modifier leur mode de vie. Néanmoins, dans l'étude en zone urbaine sensible, il existe une faible différence entre les populations vivant en Zus et celles vivant dans des quartiers moyens / supérieurs à l'affirmation générale « Les conseils et recommandations de santé sont difficiles à appliquer dans la vie quotidienne » (53,1% versus 43,8%) [58].

3.1.1.2. Niveau de contrôle et représentation de la maladie

Dans cette même étude, la comparaison des réponses données à des questions empruntées au Health beliefs Questionnaire, montre que la population vivant en Zus se distingue de celles des habitants des quartiers moyens et supérieurs par des perceptions de résistance à la maladie plus faibles et, en corollaire, des soucis de santé plus importants. Les perspectives de santé sont, en revanche, perçues plus favorablement et les réponses apparaissent souvent plus « polarisées » (plus fréquemment aux extrêmes) dans les Zus et les quartiers ouvriers, que dans les quartiers moyens et supérieurs [58].

Cette perception plus favorable des perspectives de santé sont probablement en rapport avec un aspect culturel qui se mêle à la perception du niveau de contrôle de l'individu dans la gestion de sa santé. En effet, des différences importantes sont observées quant à la dimension divine ou providentielle de la maladie et de la guérison. Cette conception est majoritaire et deux fois plus fréquente dans les quartiers en Zus que dans les quartiers moyens ou supérieurs (où elle n'est pas exceptionnelle). 51,4% des personnes interrogées en Zus et 45,2% des habitants des quartiers ouvriers sont d'accord avec l'affirmation que « la maladie et la guérison dépendent de Dieu, du destin ou de la Providence » contre 24,5% dans les quartiers moyens / supérieurs [58].

Cette notion de conception d'un contrôle externe de la maladie fait écho à l'existence, chez 6 de nos patients bénéficiaires de la CMUc, d'une grande passivité et/ou d'un fatalisme. Il pourrait s'agir là, en plus d'un contexte culturel, d'une perception des ressources personnelles faibles et d'un locus de contrôle (degré de contrôle qu'un individu considère avoir sur sa propre vie) externe. On peut aussi interpréter comme la perception d'un contrôle externe de la maladie, l'attitude rapportée d'une patiente ayant arrêté son insulinothérapie lors d'un pèlerinage religieux et interprétée comme témoin d'une mauvaise compréhension par son médecin.

Une étude américaine et une étude néerlandaise sur le tabagisme chez les populations socio-économiquement défavorisées suggèrent que les individus de niveau social plus modeste ont une moindre estime d'eux-mêmes et un moindre sentiment d'efficacité de leur action [59], [60]. Par ailleurs, les caractéristiques de personnalité, telles que les sentiments d'impuissance ou de maîtrise, déterminent les relations d'un individu avec son environnement et par-là, son état de santé. Une personne avec un haut degré de contrôle interne s'adaptera plus facilement à une situation problématique et pourra ainsi mieux

répondre au stress. Par contre, un sentiment d'impuissance réduit la volonté et la motivation à affronter ses problèmes, avec pour conséquence, que la personne reste dans la situation problématique. Le niveau de revenu, le statut professionnel et le niveau d'instruction sont tous positivement associés avec la perception de contrôle interne et peuvent notamment expliquer la différence de fréquence de la dépression entre les classes sociales [61].

Par ailleurs, il semblerait que les difficultés du quotidien seraient responsables d'une moindre projection des personnes défavorisées dans leur futur. Ainsi, le concept de traitement préventif aurait un moindre poids pour eux [12]. Dans les milieux défavorisés, sans que l'on puisse généraliser, le corps est moins un objet de valorisation et donc moins un objet de soins et de précautions. L'horizon temporel davantage axé sur le présent pour cause de précarité ou de niveau de formation générale, n'incite pas à projeter dans le futur, les conséquences de comportements risqués et de problèmes de santé révélés par des symptômes ressentis [12].

3.1.1.3. Hiérarchisation des priorités et représentation de la maladie

Dans les résultats de notre enquête, nous soulignerons chez 4 patients sur 24 bénéficiaires de la CMUc, une possible hiérarchisation des priorités en faveur d'une organisation personnelle au détriment du suivi régulier de leur diabète. En effet, ces 4 patients ont un suivi irrégulier, négocié auprès du médecin traitant, du fait de voyages fréquents et/ou longs. Ceci est peut être lié à des représentations de la maladie conduisant à sa banalisation, à une conception d'un contrôle externe de la maladie, à une moindre projection dans l'avenir ou encore à une balance bénéfices-inconvénients au détriment de la prise en charge du diabète.

3.1.2. Les difficultés sociales et le manque de soutien socio-familial

Au cours de notre enquête, il est apparu que des difficultés d'ordre social étaient plus fréquentes chez les patients bénéficiaires de la CMUc. Au-delà des difficultés liées aux ressources économiques et aux conditions de logement qui avaient un effet défavorable sur l'observance, les médecins ont beaucoup plus fréquemment évoqué des difficultés liées au soutien social et familial des patients (et qui s'associaient parfois avec les difficultés financières). En effet, chez 1/4 des patients bénéficiaires de la CMUc, ils ont associé la mauvaise observance à des difficultés familiales, à des événements de vie difficiles, à un manque de soutien ou à isolement social. Dans 2 autres cas, les patients étaient même perçus comme soutenus dans leur inobservance des mesures hygiéno-diététiques par leurs proches. En revanche, chez les patients non bénéficiaires de la CMUc, les difficultés d'ordre sociales et affectives étaient bien moindres et leur impact sur l'observance et l'équilibre du diabète notable, mais plus faible.

Par ailleurs, dans 3 autres cas de bénéficiaires de la CMUc, l'observance des patients avait été améliorée par l'implication d'un proche qui s'assure de la prise des traitements, ou amène le patient en consultation pour le renouvellement du traitement, ou bien, encourage le patient à respecter les prescriptions médicales (« ce patient suit le mouvement familial » ou « son fils vérifie qu'il prend bien ses traitements »). On a pu voir dans les modèles comportementaux exposés, l'influence que peut jouer l'environnement social et familial dans l'adoption de comportements de santé.

Des études tendent à montrer que les catégories sociales défavorisées ont un réseau social quantitativement similaire à celui des populations plus favorisées : en nombre et en fréquence des contacts entretenus [12]. En revanche, la situation est différente pour ce qui est de l'aspect qualitatif du réseau social. De manière générale, l'enquête de santé belge de

2001 constate que les personnes vivant sous le seuil de pauvreté peuvent moins compter sur leur entourage en cas de problèmes et ont davantage de sentiments de solitude que les personnes au dessus de ce seuil [12].

Dans l'enquête comparant les populations d'Ile-de-France en fonction de leurs quartiers d'habitation [58], le sentiment de pouvoir compter sur un proche pour trouver du travail, avoir une aide financière ou matérielle, un « coup de main » dans la vie quotidienne ou un soutien moral ou affectif était similaire entre les types de quartiers. La famille était la source principale de soutien moral potentiel avec 91% de la population affirmant pouvoir compter sur un membre de leur famille. En revanche, les habitants des Zus bénéficiaient moins souvent que la moyenne d'un soutien potentiel de la part de leurs amis et, surtout, de la part de leurs voisins. Ils ne sont en effet que 25 % à estimer pouvoir compter sur leurs voisins pour être aidés dans l'un ou l'autre des domaines considérés, contre 32 % dans les quartiers moyens et supérieurs.

Le sentiment d'isolement, lui aussi, apparaît plus fréquemment dans les Zus et les quartiers ouvriers. Environ 16% de leur population dit se sentir, d'une manière générale, « très seuls » ou « plutôt seuls », contre 13% dans les quartiers moyens et supérieurs. Mais le sentiment de grand isolement est deux fois plus fréquent dans les Zus que dans les autres types de quartier, 4 % des résidents de Zus estimant se sentir « très seuls » (contre 2 % en moyenne dans les autres quartiers) [58].

Des chercheurs ont étudié l'effet du soutien social et du niveau de stress des conditions de vie sur l'équilibre glycémique chez une population de diabétiques. Le niveau de stress a été évalué par l'Echelle de Réajustement Sociale qui prend en compte des événements de vie difficiles. Ils ont montré que pour les personnes vivant dans des conditions de vie très stressantes (ce qui est plus souvent le cas chez les personnes ayant un bas niveau socio-

économique), le fait d'avoir un faible soutien par l'environnement était corrélé à une HbA1c plus élevée que ceux bénéficiant d'un meilleur soutien social. Cette association n'était pas retrouvée pour de faibles conditions de stress [64]. D'autres études ont montré une association positive entre le soutien social et une meilleure observance des mesures hygiéno-diététiques, d'une part, et un meilleur contrôle glycémique, d'autre part [32].

3.1.3. Rôle du niveau d'éducation

Le niveau d'éducation est un facteur prépondérant dans les inégalités sociales de santé et dans l'observance. On a pu voir, dans notre échantillon, que les personnes ayant un faible niveau socio-économique avaient aussi, le plus souvent, un faible niveau d'éducation. Parmi les bénéficiaires de la CMUc, on dénombre 5 patients analphabètes et, seul, un patient a atteint le niveau du baccalauréat. Ces personnes avaient une bien moindre observance que les personnes appartenant aux catégories socio-professionnelles plus élevées qui avaient, aussi, un niveau d'éducation bien supérieur.

D'ailleurs, deux médecins ont parlé, spontanément, de l'influence du niveau d'éducation, considérant qu'il s'agit du point clef pour être à même de comprendre et de respecter la prise en charge du diabète. En effet, il est vraisemblable que le niveau d'éducation intervienne dans le façonnement des croyances de santé, dans les habitudes de vie et dans les capacités de compréhension des personnes diabétiques de leur maladie et des implications que cela représente, en conséquence, au quotidien.

A l'échelle internationale, de nombreuses études sur les inégalités sociales de santé fondent leur catégorisation des niveaux socio-économiques des populations en fonction du niveau d'étude et non des revenus. Un bas niveau d'éducation est souvent corrélé avec les indicateurs des inégalités sociales de santé [19], [21], [23], [30], [31], [52], [53], [62].

Le rôle du niveau d'éducation dans les habitudes de vie a pu être établi dans les études concernant les comportements vis-à-vis du tabac. Celles-ci montrent une corrélation entre le niveau d'éducation et le tabagisme. En Belgique, par exemple, plus de 41,5% des individus ayant bénéficié d'un enseignement primaire ou secondaire inférieur, fument, contre 36,3% des individus ayant un diplôme d'enseignement secondaire supérieur et 24% des individus ayant réalisé des études supérieures ou universitaires [45].

Dans une étude française qui montre que l'état de santé d'une personne adulte est influencé directement par la profession de la mère et, indirectement, par celle du père qui détermine le statut socio-économique de l'enfant, le niveau d'éducation a une influence sur l'état de santé de l'enfant à l'âge adulte. En effet, l'étude souligne que le niveau d'étude atteint par l'enfant peut limiter l'influence de son milieu social. Il y a une association significative entre éducation et état de santé à l'âge adulte, contrôlé par la situation économique et le milieu d'origine. Les auteurs supposent qu'une éducation plus élevée limite la reproduction des comportements néfastes à la santé, ou bien, améliore le recours aux soins dans le cas de problèmes de santé transmissibles. L'éducation permettrait donc d'amoindrir la transmission intergénérationnelle des inégalités sociales de santé [16].

On notera, par ailleurs, que c'est chez les patients ayant un niveau d'éducation élevé qu'on retrouve les patients dits « trop impliqués » qui sont très exigeants et précis dans le suivi de leur diabète.

3.1.4. Comorbidités

Dans notre échantillon, nous avons vu que les patients bénéficiaires de la CMUc ont plus de comorbidités que les patients ayant un meilleur niveau socio-économique et que celles-ci interfèrent plus souvent avec le suivi du diabète (1/4 des patients CMUc+). Ces comorbidités sont sources de mauvaise observance et rarement, d'autocensure des prescriptions de suivi de la part du médecin, dans un souci de prise en charge globale (cf §3.2.2.). Elles se répartissent en 2 types, les comorbidités neuro-psychiatriques et les comorbidités somatiques.

Cette fréquence plus élevée des comorbidités chez les populations socio-économiquement défavorisées est vérifiée à l'échelle nationale. En effet, beaucoup d'enquêtes font apparaître que l'état de santé des bénéficiaires de la CMUc ou des personnes appartenant aux catégories socioéconomiques défavorisées est moins bon que le reste de la population. Cela concerne, à la fois, l'état de santé subjectif, ressenti par ces populations et, à la fois, l'état de santé objectivé par le nombre de reconnaissances en ALD.

Ainsi, le nombre d'ALD chez les bénéficiaires de la CMUc est 1,77 fois plus fréquent qu'en population générale après standardisation sur l'âge et le sexe. Cette surreprésentation concerne 2/3 des ALD. De plus, il est probable que ce taux d'ALD sous estime un peu la prévalence réelle de ces maladies du fait d'une sous-déclaration en ALD de patients ayant déjà une exonération du ticket modérateur [63].

Voici quelques données de cette étude concernant la prévalence des ALD 30 chez les bénéficiaires de la CMUc en comparaison des non bénéficiaires [63] :

Tableau I

**Effectifs, au 31 décembre 2005, des bénéficiaires de la CMU-C en ALD₃₀ ;
prévalences des 30 ALD dans la population des bénéficiaires de la CMU-C**

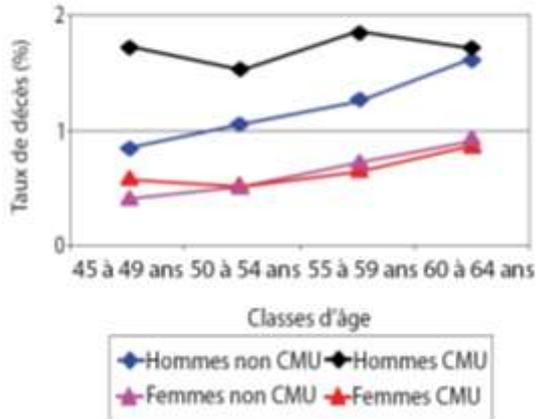
Libellé de l'ALD	Effectifs (CMU-C bénéficiant d'une ALD)	Prévalence pour 10 000 personnes		Comparative morbidity figure (CMF) (CMU-C/non CMU-C)	Intervalle de confiance à 95% du CMF	
		CMU-C	Autres bénéf. du RG ^a			
Tuberculose active, lèpre	2 521	5,6	1,2	4,63	4,42	4,85
Hémoglobinopathies et hémolyses	2 619	5,8	1,7	3,34	3,19	3,50
Cirrhoses et maladies du foie	19 552	43,6	13,5	3,22	3,17	3,27
Infection VIH, déficit immunitaire	14 735	32,8	11,1	2,97	2,91	3,02
Aff. psychiatriques de longue durée	114 842	255,9	111,9	2,29	2,27	2,30
Diabète de type 1 et diabète de type 2	86 257	192,2	85,4	2,25	2,24	2,27
Hypertension artérielle sévère	33 909	75,6	36,4	2,07	2,05	2,10
Insuffisance respiratoire	18 386	41,0	23,0	1,78	1,75	1,81
Néphropathie, syndrome néphrotique	5 193	11,6	7,3	1,58	1,53	1,62
Accident vasculaire cérébral invalidant	8 459	18,9	12,0	1,57	1,54	1,61
Maladie d'Alzheimer et démences	2 407	5,4	3,4	1,56	1,50	1,63
Insuf. cardiaque, cardiopathies	15 671	34,9	25,4	1,38	1,35	1,40
Affections neurologiques et musculaires	15 099	33,6	24,9	1,35	1,33	1,38
Artériopathies chroniques	9 354	20,8	15,5	1,34	1,31	1,37
Paraplégie	2 370	5,3	4,3	1,22	1,17	1,27
Maladie coronaire	17 722	39,5	33,7	1,17	1,15	1,19
PAN, LEAD, sclérodémie	2 414	5,4	4,6	1,17	1,12	1,22
Insuffisances médullaires	319	0,7	0,6	1,14	1,02	1,28
Maladie de Parkinson	969	2,2	2,1	1,02	0,96	1,09
Suites de transplantation d'organe	279	0,6	0,6	1,02	0,90	1,15
Tumeur maligne	41 010	91,4	94,3	0,97	0,96	0,98
Hémophilies et aff. de l'hémostase	1 128	2,5	2,6	0,96	0,90	1,02
Polyarthrite rhumatoïde	4 664	10,4	11,2	0,93	0,90	0,96
Maladies métaboliques héréditaires	1 718	3,8	4,5	0,84	0,80	0,89
Mucoviscidose	445	1,0	1,2	0,80	0,72	0,88
Rectocolite hémorragique et Crohn	4 576	10,2	13,4	0,76	0,74	0,79
Spondylarthrite ankylosante grave	2 172	4,8	6,6	0,74	0,70	0,77
Sclérose en plaques	2 285	5,1	7,4	0,69	0,66	0,72
Scoliose	1 234	2,7	4,3	0,64	0,60	0,68
Ensemble des patients ^b	449 662	1002,1	567,5	1,77	1,76	1,77

^a Prévalence standardisée pour les autres bénéficiaires du Régime général ; standardisation sur la structure d'âge et de sexe de la population à la CMU-C de chaque affection. La prévalence calculée pour les autres bénéficiaires du Régime général ne sert qu'à comparer les deux populations étudiées en supprimant l'influence de l'âge et du sexe. Les prévalences brutes ont été précédemment publiées⁴⁵.

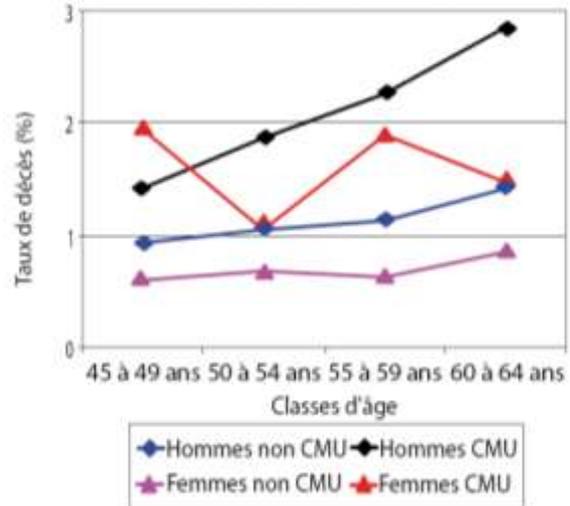
^b Pour 13% des patients à la CMU et 8% des patients non-CMUistes le motif médical de l'ALD n'était pas précisé. Par ailleurs, un patient peut être traité pour plus d'une ALD₃₀.
Source: CNAMTS

Par ailleurs, l'analyse des taux annuels de décès montre, qu'à structure d'âge et de sexe équivalente, les bénéficiaires de la CMUc souffrent de formes plus graves que le reste de la population. Sur l'ensemble des ALD 30, le taux de mortalité des bénéficiaires de la CMUc est 1,37 fois plus élevé que dans la population générale [63]. Voici quelques exemples concernant les personnes en ALD pour diabète et celles en ALD pour maladie coronaire [63] :

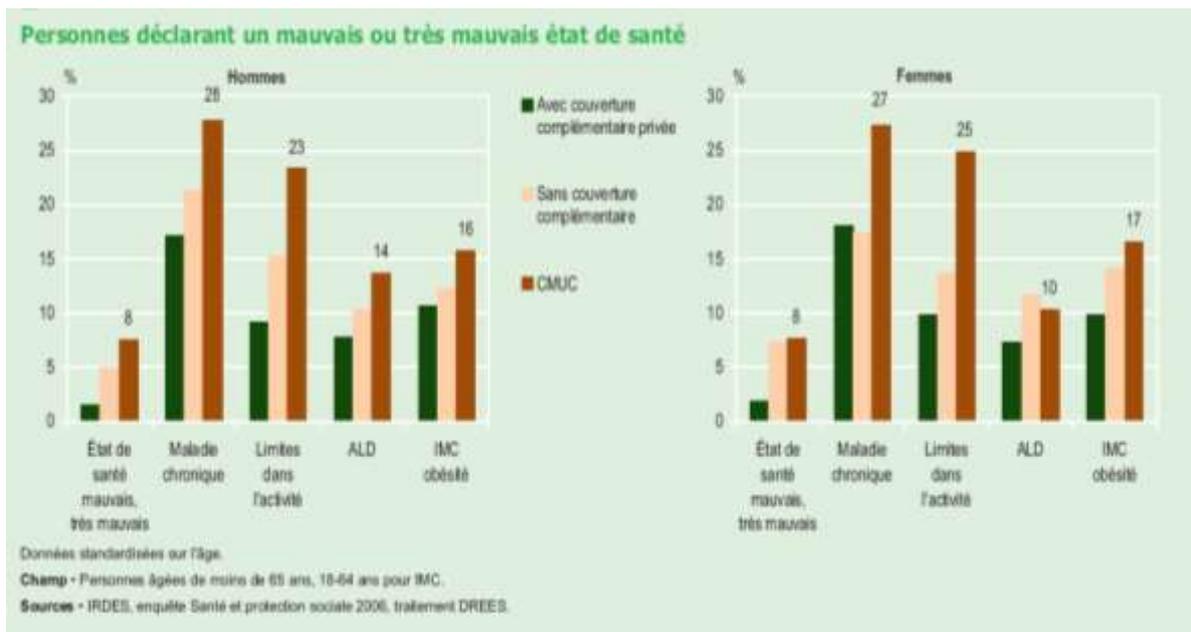
Taux annuel de décès en 2004 des personnes en ALD pour diabète



Taux annuel de décès en 2004 des personnes en ALD pour maladie coronaire



Sur le plan subjectif, nous avons déjà cité, dans la première partie, l'étude de l'IRDES de 2006, qui témoigne, qu'à structure d'âge et de sexe identique, les bénéficiaires de la CMUc sont proportionnellement presque 4 fois plus nombreux que le reste de la population à déclarer avoir un mauvais ou très mauvais état de santé [34]. Voici un graphique tiré de cette étude qui illustre ces déclarations, en séparant les déclarants, selon qu'ils n'ont pas de couverture complémentaire, qu'ils ont une CMUc ou une couverture complémentaire privée.



De même, dans l'étude de P. Chauvin et I. Parizot, pour les trois indicateurs de santé générale, physique et psychologique sur lesquels les personnes avaient été interrogées, on retrouve un gradient entre les types de quartier : les quartiers Zus et ouvriers hors Zus ont des résultats très proches et significativement plus défavorables que les quartiers moyens ou supérieurs. Ainsi, dans les quartiers Zus, les résidents perçoivent leur santé générale, physique et psychologique deux fois plus souvent comme étant mauvaise ou très mauvaise que dans les quartiers moyens ou supérieurs (respectivement 6 % pour la santé générale ou physique et 5 % pour la santé psychologique, contre 3 % des résidents en quartiers moyens ou supérieurs pour chacun de ces états de santé) [58].

De plus, les auteurs précisent qu'« en épidémiologie, la santé ressentie est globalement corrélée (au niveau populationnel) à d'autres indicateurs sanitaires, notamment la mortalité. Ces deux constats méritent toutefois d'être toujours relativisés dans l'interprétation de tels indicateurs. En effet, la santé ressentie déclarée par un individu est un indicateur subjectif reposant à la fois sur la connaissance de son état de santé et l'appréciation de cet état. Autant de composantes très variables en fonction de ses propres normes de santé, lesquelles se construisent (et se reconstruisent constamment au cours de la vie) en fonction de ses expériences antérieures de la maladie, de celles de ses proches ou de ses « pairs », de ses interactions avec le système de soins et la médecine, des symptômes ressentis, de son niveau et de ses capacités d'adaptation à un handicap ou une maladie chronique, etc. Les écarts sociaux de santé ressentis observés peuvent sous estimer les écarts de santé « objectifs » si on considère, par exemple, que les personnes dont la situation sociale est défavorisée ont un moindre recours aux soins et, par là, une moins bonne connaissance de leur état de santé » [58].

Sur le plan des affections psychiatriques, les bénéficiaires de la CMUc sont, à structure d'âge et de sexe équivalente, 2,29 fois plus nombreux à souffrir d'affections psychiatriques ouvrant droit à une ALD 30 que le reste de la population. On admet que la précarité, dans ces cas, est plutôt une conséquence de ces maladies qu'un facteur favorisant. Par exemple, dans la schizophrénie qui est la principale affection psychiatrique retrouvée, seuls 10% des patients ont une forme légère leur permettant une autonomie sociale suffisante [63]. C'est pourquoi il peut y avoir une surreprésentation de patients ayant une comorbidité psychiatrique à leur diabète chez les bénéficiaires de la CMUc.

On notera, néanmoins que dans notre enquête, pour les quelques cas de patients ayant un bon niveau socio-économique et des comorbidités somatiques, celles-ci étaient souvent déclarées comme « non interférant » avec le suivi du diabète. Ceci souligne, qu'indépendamment d'une fréquence accrue de comorbidités, il semblerait que la gestion des problèmes de santé soit différente entre les classes sociales, possiblement, du fait de la perception des ressources personnelles, du niveau de contrôle de sa santé ou bien d'un meilleur soutien social.

3.2. Facteurs liés au système de soin

3.2.1. Relation médecin-patient et communication

Au cours de cette enquête, les médecins ont souvent témoigné d'une incompréhension de nombreux patients bénéficiaires de la CMUc de leur maladie et de leur traitement. Parfois, le médecin non plus, n'arrive pas à comprendre les positions de son patient comme en témoignent les bilans alimentaires dits « infaisables ». Il semblerait donc qu'il y ait une part importante du domaine de la communication entre le médecin et son patient qui expliquerait la mauvaise observance des patients bénéficiaires de la CMUc. D'ailleurs, les

médecins interrogés, témoignent de ces difficultés de communication et du manque de temps ressenti pour pouvoir les atténuer.

On note dans l'étude menée en agglomération parisienne, qu'en moyenne, la majorité des franciliens trouve que les informations données par les médecins sont difficiles à comprendre. Cette affirmation est encore plus fréquente chez les personnes vivant en Zus (58%) que chez les personnes vivant dans des quartiers moyens et supérieurs (48%) [58].

Pour comprendre les éléments de l'interaction médecin-patient pouvant participer aux inégalités sociales de santé, une étude française, INTERMEDE, est en cours et dont tous les résultats n'ont pas encore été publiés. L'hypothèse de départ de ce projet est que l'interaction médecin-patient est un élément clé de l'utilisation et de l'efficacité du système de soins, mais surtout que cette interaction est différenciée selon les caractéristiques sociales du patient. Ces différences sociales dans l'interaction entre médecin et malade contribueraient à des pratiques socialement différenciées, tant du côté du prescripteur que du patient. Si les décisions diagnostiques ou thérapeutiques du médecin relèvent pour partie de sa propre histoire, indépendamment du patient qu'il soigne, elles dépendent aussi de l'interaction et des échanges avec le patient.

Les résultats préliminaires montrent que les médecins établissent des compromis en opérant un tri entre ceux qui sont dits « cortiqués », c'est-à-dire, ceux qui se prennent en charge, comprennent et font des efforts et ceux qui sont dits « non cortiqués » avec qui « c'est peine perdue » [65].

Du côté des patients, 2 types sont distingués, ceux qui sont plutôt gestionnaires de leur santé, consultant le médecin comme un « technicien compétent » et ceux qui sont plus aptes à déléguer leurs problèmes de santé aux professionnels à qui ils reconnaissent cette compétence. Ces positionnements induisent des modes d'être et de faire différents qui, en

interagissant avec les modes d'être et de faire des médecins, produisent des situations plus ou moins « coopératives » ou « tendues ».

Les patients qui peuvent se définir comme autonomes dans la gestion de leur santé arrivent dans le cabinet médical avec une demande précise, considérée comme une étape inscrite dans un carnet de bord sanitaire où les recours externes et les ressources sont importants. Ils font jouer ce rapport « éclairé » qu'ils ont à leur santé en manifestant une prise sur le déroulement de la consultation. Parfois, ils ont conscience de « diriger » la consultation et ceci est perçu par le médecin [65].

L'analyse sociologique est en cours, mais ceci fait écho aux patients des catégories socioprofessionnelles élevées qui sont dits « trop impliqués » ou réclamant et surveillant la bonne réalisation régulière de leurs examens complémentaires. On peut penser alors que le médecin, face à un patient ayant un degré d'exigence plus important, s'ajuste et propose davantage de prise en charge que pour les patients socio-économiquement défavorisés. Dans ce cas, les inégalités de soins résulteraient de la faible pression que les catégories sociales les plus basses sont capables d'exercer sur les professionnels et seraient qualifiées d'inégalités « par omission » [66].

Sur le plan de la compréhension mutuelle, l'étude Intermède s'est aussi intéressée à la concordance, immédiatement à l'issue d'une consultation, entre ce que le médecin déclare avoir dit et ce que le patient déclare avoir entendu de la part de son médecin. Cette étude est très intéressante car elle souligne les difficultés de compréhension ressenties par les médecins. En effet, à propos de certains éléments, la concordance entre les propos du médecin et ceux du patient était faible (coefficient Kappa < 0,41. K est compris entre -1 et +1. L'accord est d'autant plus élevé que K est proche de +1. Lorsque K = 1, l'accord est parfait, K = 0 indique un accord obtenu par hasard et K < 0 indique un parfait désaccord). Cela

concernait, entre autre, les domaines des conseils nutritionnels, des conseils d'activité physique, l'abord du problème du poids et de l'alimentation et l'évaluation de la pratique d'une activité physique. Ce qui est frappant, c'est que le niveau de concordance est encore plus faible à mesure que le niveau d'éducation du patient diminue. Par exemple, pour l'item « donner des conseils nutritionnels » on constate 89% d'accord chez les patients ayant un niveau bac et plus, 84% d'accord chez ceux ayant un niveau CAP, BEP, ou brevet, et 76% d'accord chez les personnes n'ayant aucun diplôme.

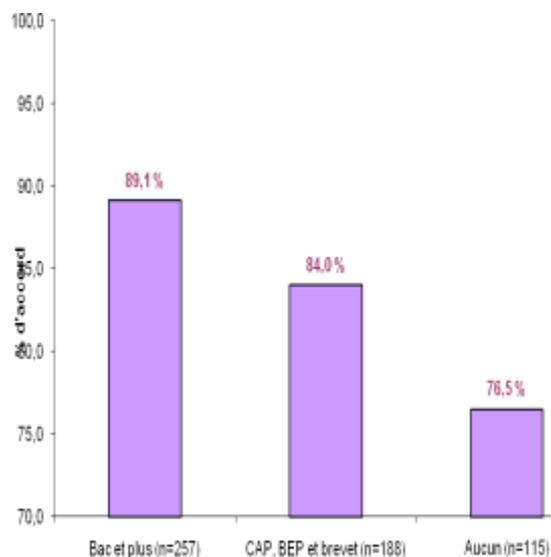
Voici quelques résultats [67] :

Accords entre médecins et patients

Concordance faible (Kappa <0,41)	% Accord observé	Kappa +/-ET
Evaluer la consommation d'alcool (plus de 2 verres standards) au cours d'une journée ordinaire	74,1%	0,24+/-0,05*
Aborder le sujet du poids et de l'alimentation	50,4%	0,33 +/-0,04*
Conseiller de pratiquer une activité physique	82,9%	0,34 +/- 0,04*
Evaluer la pratique habituelle d'un sport ou d'une activité physique	71,3%	0,36 +/-0,04*
Donner des conseils nutritionnels	84,9%	0,36 +/-0,04*
Conseiller de marcher davantage	83,9%	0,39 +/-0,04*
Concordance modérée (Kappa 0,41-0,60)		
Indiquer une cholestérolémie élevée	96,6%	0,48 +/-0,04*
Indiquer une glycémie élevée	97,6%	0,49+/-0,04*
Conseiller de perdre du poids	89,6%	0,56 +/-0,04*
Indiquer un poids élevé	90,2%	0,57 +/-0,04*
Concordance bonne (Kappa 0,61-0,80)		
Auscultation pendant la consultation	81,8%	0,61 +/-0,04*
Conseiller de réduire ou d'arrêter la consommation de tabac	84,4%	0,63+/-0,04*
Evaluer la consommation de tabac occasionnelle	61,3%	0,65+/-0,04*
Conseiller de réduire ou d'arrêter la consommation d'alcool	94,0%	0,66+/-0,04*
Indiquer une pression artérielle élevée	94,7%	0,66 +/-0,04*
Concordance excellente (Kappa>0,80)		
Mesurer le poids pendant la consultation	90,3%	0,81 +/-0,04*
Prendre la tension pendant la consultation	94,2%	0,84 +/-0,04*

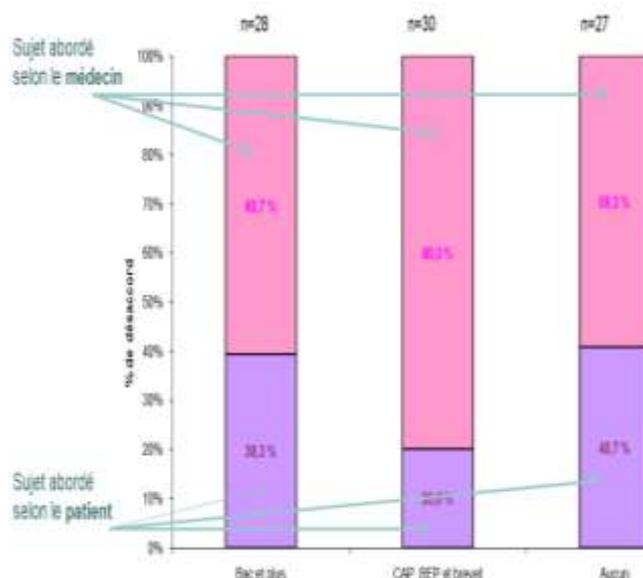
*p < 0,001

Concordance entre patients et médecins et niveau d'éducation des patients sur l'item « Donner des conseils nutritionnels » [65]



*p < 0,05

En cas de désaccord, discordance entre patients et médecins et niveau d'éducation des patients sur l'item « Donner des conseils nutritionnels » [65]



*p < 0,05

Ces résultats sont à relativiser du fait du manque de puissance de cette étude [67]. Néanmoins, ils suggèrent bien que les messages des médecins passent parfois mal aux patients et ce, d'autant plus qu'ils ont un bas niveau d'éducation qui accompagne souvent un bas niveau socioéconomique.

Ceci doit être encore plus important chez les patients avec qui existe une difficulté liée au langage et qui concerne ¼ de notre effectif des patients bénéficiaires de la CMUc.

Au-delà des difficultés de compréhension, un autre aspect intervenant dans l'observance, comme nous l'avons vu, est la qualité, ressentie par le patient, de la relation avec son médecin. Pour l'un des patients ayant une barrière linguistique, son médecin expliquait que sa prise en charge était, de ce fait, particulièrement somatique et technique avec très peu de communication. On est loin des critères de relation amicale avec attention, écoute, explications de la part du médecin et participation du patient aux décisions le concernant qui favorisent l'observance [54]. Des études sur la communication entre les médecins et leurs

patients de bas niveaux socio-économiques soulignent ces particularités. La communication avec ces patients est plus directive, comporte moins d'encouragements, laisse moins de place à la participation du patient aux décisions concernant sa prise en charge [31], [32]. Or, comme nous l'avons vu, tous ces déterminants sont associés à une moins bonne observance. Néanmoins, en dehors du cas cité, notre enquête ne nous permet pas de caractériser les particularités de la communication entre les patients socio-économiquement défavorisés et leur médecin.

3.2.2. Représentation des patients socioéconomiquement défavorisés chez les médecins

L'une de nos hypothèses, qui sera discutée dans le paragraphe suivant, est l'autocensure des prescriptions médicales secondaire à une perception des patients socio-économiquement défavorisés comme moins intelligents et moins impliqués dans la prise en charge de leur santé. Nos résultats témoignent que les médecins interrogés perçoivent un défaut d'implication un peu plus souvent chez les patients bénéficiaires de la CMUc (7 patients CMUc+ versus 5 CMUc-), et qu'ils perçoivent des limitations intellectuelles interférant avec la prise en charge chez 5 patients bénéficiaires de la CMUc sur 24 (et aucun chez les non bénéficiaires). Il est difficile d'établir si ces perceptions sont réelles ou le fruit d'un jugement subjectif. Globalement, nous n'avons pas observé de termes stigmatisant la population des bénéficiaires de la CMUc. Il s'agissait plutôt de propos négatifs autour du manque d'observance particulier de chaque patient. Néanmoins, il est arrivé, à propos d'un patient, d'entendre des termes de jugement dépréciateurs comme « c'est un mec louche qui doit faire du trafic avec l'étranger » alors que pour une patiente non bénéficiaire de la CMUc de ce même médecin, on a pu entendre « Elle ne pose pas de problème, elle est sérieuse ». Par ailleurs, il est évident que les médecins interrogés ont des termes plus positifs concernant

leurs patients qui sont bien observants et bien équilibrés et chez qui la prise en charge ne pose pas de difficultés. Un médecin en qualifie un de « patient modèle » qui témoigne de la norme de la représentation du patient pour le médecin. On notera, d'ailleurs, que pour 2 patients non bénéficiaires de la CMUc, le médecin interrogé quant aux prescriptions de suivi non effectuées par le patient, s'est posé la question d'un recueil incomplet des résultats des examens dans son dossier médical, alors que ce n'est jamais arrivé pour les patients bénéficiaires de la CMUc, pour qui, l'absence de résultat dans le dossier était systématiquement traduit en non observance.

Dans une étude belge sur la prise en charge du sevrage tabagique en médecine générale, les auteurs relevaient chez la plupart des médecins généralistes interrogés, une image négative de leurs patients défavorisés. Ils proposaient comme explication à cette image, l'échec fréquent de la difficile prise en charge de ces populations dont l'accumulation des échecs pouvait, de manière inconsciente, interférer sur la représentation que les médecins se font de ces populations [68].

On peut donc supposer que dans une représentation du patient, par le médecin, comme devant être observant, enthousiaste et coopératif, les difficultés de la prise en charge associée aux échecs, malgré les investissements, puissent créer un ressentiment vis-à-vis du patient et altérer, à terme, la communication et l'efficacité de la relation thérapeutique.

Nous signalerons aussi l'étude de C. Deprès, chercheur à l'IRDES, sur l'attitude des médecins et dentistes à l'égard des bénéficiaires de la CMUc [69]. Dans cette étude, l'auteur témoigne d'une fréquence de préjugés communs aux professionnels de santé de ville qu'ils reçoivent ou non des patients bénéficiaires de la CMUc. « Tout leur est dû » intervenait fréquemment ainsi que les « figures du tricheur » ou de « l'assisté ». Leur conduite était qualifiée d'irrespectueuse envers le soignant dont témoignaient les retards et les rendez-vous non

honorés sans prévenir. Ces conduites étaient associées au statut social de ces personnes considérées comme « des cas sociaux », ou manquant de culture ou d'éducation. L'auteur met aussi en relief le fait que les professionnels de santé avaient cette perception d'une illégitimité des ayants droits à la CMUc du fait de leur représentation de la pauvreté dont les bénéficiaires de la CMUc ne portaient pas les stigmates.

3.2.3. Absence de remise en question des médecins

Il ressort des résultats de cette enquête que les lacunes et les échecs de la prise en charge sont quasi-systématiquement expliqués par le manque d'observance du patient, ses difficultés de compréhension, son manque d'implication etc. A l'exception de l'utilisation du monofilament, rares sont les médecins qui déclarent avoir « oublié » de prescrire un examen (2 médecins pour 3 patients) ou s'autocritiquent dans leur conduite de la prise en charge (2 médecins). De même, concernant le respect des mesures diététiques, ils rendent systématiquement le patient volontairement et délibérément responsable et n'évoquent jamais des limitations liées au surcoût ou la façon dont ils exposent les mesures diététiques à leurs patients, que ce soit sur le plan qualitatif (adapté à la culture ?, avec quel degré de conviction ? avec quel niveau d'exigence ? etc) ou quantitatif (temps suffisant pour la bonne compréhension).

Il en est de même pour ce qui est du suivi ophtalmologique lorsqu'il se fait en pointillé. Jamais un médecin n'a évoqué d'éventuelles difficultés d'accès à l'ophtalmologue de ville pour tenter d'expliquer la mauvaise observance du patient, en particulier, bénéficiaire de la CMUc. Or, tout le monde sait qu'il y a des refus de soins aux bénéficiaires de la CMUc et que nombre d'ophtalmologues effectuent des dépassements.

A propos d'une patiente, son médecin illustre son manque de compréhension de la maladie diabétique par le fait qu'elle ne lui avait pas parlé de ses douleurs thoraciques et avait fait

un infarctus du myocarde symptomatique. Cependant, à aucun moment, il n'a évoqué le fait qu'il ne l'a pas interrogé sur d'éventuels signes fonctionnels.

Un autre exemple est le refus de certains patients de se déshabiller. Le médecin a-t-il insisté, a-t-il expliqué pourquoi l'examen était important ? Pour l'un de ces patients, son médecin m'explique qu'elle a pu, une fois, lui examiner les pieds en insistant beaucoup du fait qu'il boitait lors de sa venue en consultation. La façon dont le médecin présente l'étape de l'examen a donc une influence sur son acceptation chez certains patients, pour qui, examen physique n'est pas associé à consultation médicale.

Culturellement, les médecins ont peu tendance à se remettre en question et font plutôt endosser les responsabilités des échecs au patient. On notera que dans l'un de ses livres, M. Balint conceptualise, entre autres, une « fonction apostolique » du médecin qui comprend son besoin irrésistible de prouver à ses patients, au monde entier et à lui-même, qu'il est bon, bienveillant, avisé et efficace [70]. Les groupes Balint, qui se répandent en France depuis les années 60-70, visent à apprendre aux médecins à écouter leurs patients et constituent des possibilités pour les médecins généralistes pour prendre du recul sur leurs relations avec leurs patients.

Rares sont les médecins qui réalisent pleinement que l'efficacité de la prise en charge est fonction de la relation thérapeutique qui se construit à partir de l'interaction de leurs pratiques et des caractéristiques de leur patient. Devant un échec, ils ont tendance à chercher, uniquement chez le patient, les lacunes et peu d'entre eux se remettent en question quant à leur investissement dans la relation thérapeutique, aux modalités de la relation (ai-je été clair et compréhensible ? Ce que je dis est-il audible pour ce patient ? Ai-je pris le temps nécessaire ? etc) et de s'interroger quant à la nature des difficultés externes

que peuvent rencontrer les patients (coût, interaction avec la vie sociale, accès réel aux soins etc).

3.2.4. L'autocensure

Deux de nos hypothèses initiales consistaient en une diminution des prescriptions médicales de suivi du diabète par autocensure consciente ou inconsciente. Cette autocensure pouvait être secondaire, soit à une prise en charge globale d'un patient ayant des comorbidités et des difficultés sociales, soit à une perception subjective du patient, par son médecin, comme inapte à appliquer la prescription médicale.

Dans notre enquête, cette autocensure existait chez 1 patient sur 5 environ et concernait les patients bénéficiaires comme les non bénéficiaires de la CMUc avec une fréquence un peu plus importante, chez les bénéficiaires de la CMUc. Elle concerne rarement les examens de suivi, mais plus souvent, les mesures visant à renforcer l'équilibre glycémique.

La cause la plus fréquente et qui touche à la fois les bénéficiaires et les non bénéficiaires de la CMUc est liée à un défaitisme du médecin qui concerne la moitié des patients chez qui s'est effectuée une autocensure. Le médecin considère que sa proposition ne sera pas suivie par le patient et s'abstient de la lui soumettre. En analysant les motifs de ces autocensures, on notera qu'elles se sont faites, chez les bénéficiaires de la CMUc soit, du fait d'une perception d'inaptitude objective (barrière linguistique), soit du fait d'une très mauvaise observance avec perception par le médecin d'un désintéressement et d'une absence d'implication du patient qui seraient irrémédiables. Pour les patients non bénéficiaires de la CMUc, il s'agissait plutôt d'une adaptation du médecin à l'attitude de son patient : manque de temps pour l'un et refus antérieur d'une prescription pour l'autre.

Il est intéressant de noter que cette attitude d'autocensure par défaitisme concernant l'implication de patients bénéficiaires de la CMUc, peut renvoyer aux notions de stigmatisation éventuelle de cette population par certains médecins, comme nous l'avons vu au paragraphe précédent. Par ailleurs, cette attitude était parfois médecin-dépendant, c'est-à-dire que certains médecins avaient tendance à rester toujours dans l'action avec leurs patients, et d'autres, à soupirer sur l'échec de la prise en charge passée et actuelle du fait du manque d'implication ou de compréhension du patient. En revanche, même chez ces derniers médecins, paradoxalement, ils considèrent que l'équilibre glycémique est améliorable pour ces patients, surtout via l'escalade médicamenteuse.

Parallèlement, un autre motif d'autocensure est l'âge élevé du patient pour lequel les médecins allègent un peu la surveillance des complications liées au diabète, et surtout l'éducation diététique et l'optimisation de l'équilibre glycémique.

Ensuite, on dénombre 2 cas de patients bénéficiaires de la CMUc ayant des comorbidités qui sont passées au premier plan et ont entraîné une autocensure des prescriptions de suivi du diabète au titre de la prise en charge globale. Comme nous avons pu le souligner auparavant, certains patients de profession intermédiaire ou de 3^e niveau avaient des comorbidités sans que le médecin juge que celles-ci puissent gêner le suivi du diabète préexistant. Là encore, cela fait référence à la perception d'une réalité ou de préjugés quant à la capacité de certains patients à effectuer leur prise en charge.

Enfin, on pourra évoquer l'absence de proposition de prise en charge diététique en ville aux patients bénéficiaires de la CMUc du fait du coût que cela représente puisqu'il n'y a aucune prise en charge financière par l'assurance maladie.

3.2.5. Le manque de temps

L'analyse des facteurs liés au système de soin participant à une mauvaise observance met en avant le manque de temps perçu par le patient [54]. Ayant interrogé uniquement des médecins généralistes, notre enquête ne permet pas de savoir ce que perçoivent les patients. En revanche, pour un peu moins d'1/3 des patients bénéficiaires de la CMUc contre 1/6 des non bénéficiaires, les médecins interrogés se sont plaints d'un manque de temps pour réaliser l'éducation thérapeutique. Ce manque de temps témoigne d'une plus grande difficulté dans la relation médecin-patient pour faire passer des messages ou renforcer l'observance. Le temps vient à manquer dès que le patient sort du cadre du « patient modèle », ce qui limite les possibilités d'amélioration de l'observance chez les patients ayant un bas niveau socioéconomique pour qui l'éducation thérapeutique peut nécessiter plus de temps du fait de facteurs liés au patient dont nous avons parlé dans le paragraphe 3.1. (culture, représentations, normes, attitudes, niveau d'éducation, comorbidités).

Par ailleurs, le manque de temps apparaît aussi pour justifier les lacunes de l'examen clinique avec une fréquence à peine plus accrue, dans notre échantillon chez les bénéficiaires de la CMUc (4 patients CMUc+ contre 3 patients CMUc-). Ces résultats ne permettent donc pas d'établir l'hypothèse d'une corrélation entre la longueur du temps passé à l'éducation thérapeutique et l'absence d'examen clinique spécifique.

Enfin, il est parfois à la source de la non réalisation d'un bilan alimentaire lorsque celui-ci est un peu plus complexe à faire en raison d'une barrière culturelle ou linguistique. Le médecin se dessaisit alors de cette évaluation et s'appuie sur une HDJ à venir.

3.2.6. L'accès aux soins

Des difficultés d'accès aux soins ont très peu été évoquées par les médecins interrogés. Seul un médecin a douté pour 2 de ses patients bénéficiaires de la CMUc et analphabètes de leur

capacité à prendre des rendez-vous chez les correspondants de ville. Jamais n'ont été évoqués des refus de soins par les correspondants ou une mauvaise observance pour cause financière (sauf chez 2 patients non bénéficiaires de la CMUc). Pour ce qui est du suivi ambulatoire, il ressort de l'étude Entred 2007, qu'après ajustements sur le sexe, l'âge, l'ancienneté du diabète et les traitements du diabète, les diabétiques de type 2 à plus bas revenus sont moins souvent suivis par un endocrinologue libéral, mais sont significativement plus nombreux à consulter fréquemment leur médecin généraliste (> 12 consultations/an, soit 60% de plus) que ceux à haut revenu [71].

Des enquêtes montrent qu'il y a un décalage entre l'accès théorique aux soins et l'accès pratique. Les refus de soins aux bénéficiaires de la CMUc sont une réalité et leur taux est variable en fonction des enquêtes. Dans une enquête, ils ne concernent quasiment pas les médecins généralistes de secteur 1 [69], mais le taux de refus s'élève à 8% chez eux dans une autre enquête [72]. Les refus sont plus fréquents chez les spécialistes et chez tous les praticiens de secteur 2 en comparaison avec ceux du secteur 1. Par exemple, pour les spécialités qui sont concernées par le suivi du diabète, on constate un refus de soins chez 9% des ophtalmologues de secteur 1 et 31% des ophtalmologues de secteur 2. Une autre enquête auprès des spécialistes de secteur 2 retrouve un taux de 17% des ophtalmologues et de 19% des cardiologues de ce secteur [72]. Mais ces taux de refus sont très différents en fonction des villes et des quartiers.

On notera que dans l'étude menée en Ile-de-France, presque la moitié des habitants en Zus sont tout à fait d'accord avec la proposition selon laquelle « il faut de l'argent pour se soigner », contre un tiers des habitants des quartiers moyens et supérieurs [58].

Par ailleurs, bien qu'il ne s'agisse pas d'un problème d'accès aux soins mais plutôt de coordination entre les soignants, on signalera ici les prises en charge incertaines du fait

d'une mauvaise communication entre les médecins correspondants ou entre les services hospitaliers et le médecin traitant. En effet, 3 médecins se sont plaints de ne pas recevoir de compte rendu d'hospitalisation ou de consultation ophtalmologique et ne pouvaient savoir si ces HDJ ou l'examen du fond d'œil avait bien été faits ou pas et quels en étaient les résultats.

3.2.7. Le manque de formation des médecins aux inégalités sociales de santé et à la communication

Parmi les facteurs intervenant à la fois dans les inégalités sociales de santé et dans les paramètres influençant l'observance décrits par l'OMS [54] figure la formation des professionnels de santé. En dehors de la formation dans la prise en charge standard des patients diabétiques, intervient ici la formation en matière de communication et d'inégalités sociales de santé.

Le bulletin officiel du 30/08/2001 [73] qui fixe les objectifs du 2^{ème} cycle des études médicales prévoit, dans le module d'apprentissage de l'exercice médical, un item qui comprend, entre autres, la relation médecin malade. Dans cet item, on retrouve pêle-mêle les sujets tels que « expliquer les bases de la communication avec le malade, établir avec le patient une relation empathique, dans le respect de sa personnalité et de ses désirs, se comporter de façon appropriée lors de l'annonce d'un diagnostic de maladie grave, d'un handicap ou d'un décès, élaborer un projet pédagogique individualisé pour l'éducation d'un malade porteur d'une maladie chronique en tenant compte de sa culture, ses croyances ». Autant de sujets vastes et brièvement évoqués. C'est le seul item sur les 345 définis faisant référence à l'apprentissage de la communication et l'adaptation de celle-ci au patient. Bien que l'activité principale du médecin soit de communiquer avec ses patients, les études de médecine ne comportent pas de cours de communication à proprement parler comme c'est

le cas dans d'autres formations dans le domaine des sciences politiques, du commerce ou du marketing. Il n'y a pas non plus de formation à l'écoute du patient, mais plutôt à la façon d'annoncer la maladie, c'est-à-dire, plus sur le versant émetteur du médecin. En 2^{ème} cycle, l'étudiant ne reçoit pas de formation sur la relation thérapeutique, les facteurs d'observance qui sont pourtant essentiels à la qualité de la prise en charge.

Par ailleurs, la sensibilisation aux inégalités sociales de santé ne figure pas dans la liste des items qui sont enseignés au tronc commun des futurs médecins.

Pour ce qui est des médecins généralistes, les objectifs de l'enseignement du 3^{ème} cycle visent à faire acquérir des compétences, dont celle d'une communication efficace avec les patients. Néanmoins, les modalités pratiques sont très variables d'une faculté à l'autre.

La notion d'inégalités sociales de santé est peu enseignée à la faculté de médecine et ne fait pas partie des items officiels.

De nombreux médecins ne sont donc pas sensibilisés aux inégalités sociales de santé et n'ont pas conscience de la particularité de la prise en charge des patients socio-économiquement défavorisés en dehors des facteurs économiques. De ce fait, ils ont un désavantage pour lutter contre ces inégalités.

3.2.8. Des recommandations de pratiques cliniques standards

On note, dans notre enquête, que plusieurs médecins modulent les recommandations de la HAS en fonction de l'âge de leurs patients, de leur équilibre glycémique ou de l'ancienneté de leur diabète. Les recommandations servent de références et aucun ne les a remis globalement en question. Cependant, les médecins prennent leurs distances lorsqu'ils estiment que la situation du patient ne nécessite pas de suivre les recommandations de pratique clinique qui sont des recommandations standardisées ne prenant pas en compte la particularité des patients comme les paramètres que nous venons d'évoquer (âge, équilibre

glycémique, ancienneté du diabète). D'ailleurs, dans l'étude de J. Bachimont, les médecins interrogés se plaignaient beaucoup de cet encadrement des pratiques de façon rigide, sans tenir compte des particularités des patients et de la singularité de l'échange et de la relation entre le médecin et son patient [28].

On ne retrouve pas non plus dans le texte des recommandations [35], la notion de caractéristiques socio-économiques. Elles ne tiennent pas compte de ces facteurs et ne proposent pas, de ce fait, des mesures concernant l'éducation thérapeutique chez les populations à bas niveau socio-économique ou le renforcement du lien pour favoriser l'observance etc. Or, le suivi de ces patients peut nécessiter ce genre de mesures. On peut donc considérer que l'absence de propositions, quant au suivi des patients diabétiques socio-économiquement défavorisés dans les recommandations, participe à la permanence des inégalités sociales de prise en charge.

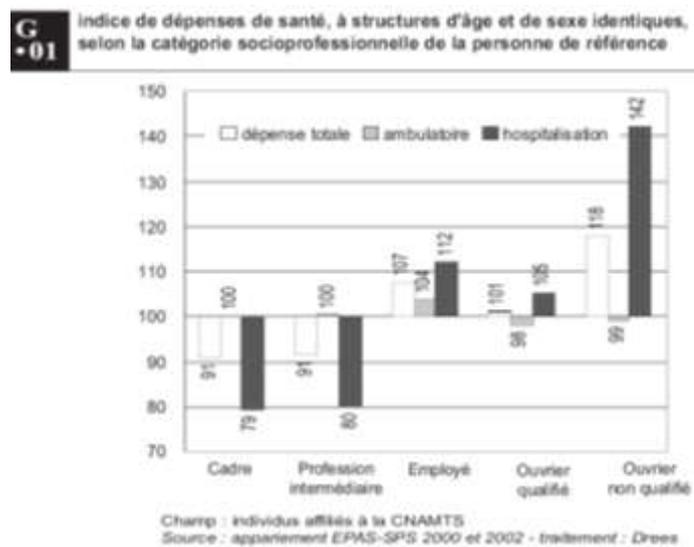
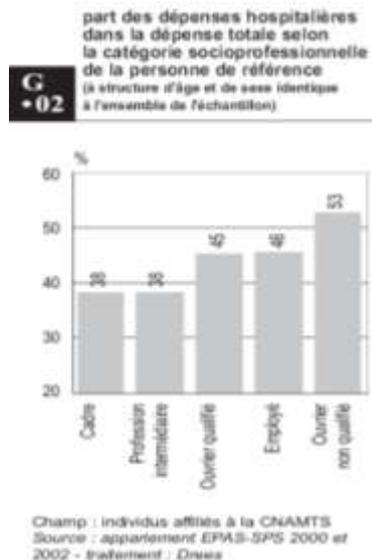
4. Moyens de lutte contre les inégalités sociales dans le suivi du diabète en ville

4.1. Recours à l'hospitalisation

Au décours de cette enquête, il semblerait que les médecins généralistes ont plus souvent recours aux hospitalisations pour leurs patients socio-économiquement défavorisés. Celles-ci leur permettraient de compenser leur manque de temps pour renforcer l'éducation thérapeutique chez des patients pour qui elle est plus difficile et permettrait de renforcer l'observance par un recadrage ou simplement par la réalisation des examens complémentaires sur place. Le recours à l'hospitalisation apparaît donc, dans leur pratique, comme un moyen pour aplanir le gradient social de santé en améliorant l'observance.

Une étude de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) de 2005 [74], montre que les personnes issues des ménages défavorisés ont plutôt

recours aux soins hospitaliers. Les ouvriers ont des dépenses d'hospitalisation supérieures de 42% à la moyenne, alors que les cadres et les professions intermédiaires dépensent respectivement 21% et 20% de moins. Les cadres privilégient plus les dépenses ambulatoires [74].



Extraits de Raynaud D. [74]

Le niveau d'étude semble aussi corrélé au type de soins : les personnes issues de ménages dont la personne de référence a un niveau scolaire équivalent, au mieux, à l'école primaire, ont des dépenses hospitalières, toutes choses égales par ailleurs, plus élevées que celles qui appartiennent à un ménage dont la personne de référence a un meilleur niveau d'éducation. A contrario, elles ont de plus faibles probabilités de consulter un spécialiste. En matière d'éducation, il semblerait que l'absence d'éducation secondaire soit discriminante dans le parcours de soins plutôt que le niveau d'étude atteint. Ainsi, il ne semble pas exister de différence significative entre la consommation de soins des personnes issues de ménages dont la personne de référence est diplômée du supérieur ou a juste atteint un niveau d'éducation secondaire. En revanche, les personnes issues de ménages dont la personne de référence n'a pas atteint le niveau secondaire ont une consommation bien davantage

ournée vers l'hôpital. De même, celles issues de ménages dont la personne de référence n'a jamais été scolarisée ont plutôt recours à l'hôpital et peu à la médecine de ville [74].

L'auteur suggère, en explication, que les populations ouvrières ou ayant un faible niveau d'éducation ont davantage recours à l'hôpital qu'à la médecine de ville et que des comportements de prévention moins fréquents et une prise en charge plus tardive de la maladie aboutissent à des dépenses hospitalières plus importantes [74].

Cependant, cette hypothèse d'un recours plus fréquent à l'hospitalisation dans la prise en charge du diabète chez les populations socio-économiquement défavorisées semble démentie, à l'échelle nationale, par les résultats de l'étude Entred 2007 qui ne retrouve pas plus d'hospitalisations chez ces populations [71]. Néanmoins, on pourra supposer que ce recours à l'hospitalisation se fait d'autant plus que la structure hospitalière est proche et facile d'accès, ce qui est le cas à Paris. En effet, plusieurs études françaises montrent que la distance parcourue par les patients pour ses soigner augmente avec le niveau d'étude [66]. Une faible densité de l'offre de soins aurait donc des répercussions plus importantes sur la consommation de soins des personnes appartenant au bas de la hiérarchie sociale. On peut donc supposer que dans certaines zones géographiques, comme à Paris et sa proche banlieue, où la proximité des structures hospitalières rend facile leur recours, les médecins généralistes utilisent plus souvent des hospitalisations courtes pour leurs patients socio-économiquement défavorisés. En revanche, lorsque l'hôpital est plus loin, ce serait peut être les patients ayant un meilleur statut socio-économique qui se rendraient plus à l'hôpital. Au final, il n'y aurait pas de différence observée sur la moyenne des hospitalisations des 2 groupes.

4.2. Recours au réseau

Peu de médecins avaient inclus leurs patients dans un réseau pour diabétiques. Néanmoins, ceux qui le faisaient, incluaient préférentiellement les patients ayant un bas niveau socioéconomique afin d'améliorer l'encadrement et l'éducation diététique, ou améliorer l'accès aux soins (recours moins onéreux au podologue ou à la diététicienne).

Le bénéfice des réseaux, en terme de suivi du diabète, est appuyé par une étude de 2007 [75] qui montre que les patients suivis par un réseau ont un suivi annuel du diabète plus complet que le groupe témoin. En revanche, cette étude ne s'est pas intéressée à la comparaison de l'équilibre du diabète entre les 2 groupes.

Une étude californienne de 2004 [76] a évalué l'impact d'un suivi rapproché du diabète chez des populations de bas niveau socioéconomique. Il s'agissait d'un programme établissant, au cas par cas, une stratégie d'éducation thérapeutique individuelle en fonction de l'évaluation propre de l'alimentation, de l'activité physique et des difficultés particulières de chacun des patients. Les patients bénéficiaient, ainsi, de consultations de diététique, de consultations infirmières, voire de consultations d'endocrinologie. Les rendez vous étaient réguliers, l'équipe s'assurait aussi de la bonne observance des prescriptions médicales. Les résultats de cette étude montrent une réduction du taux initial d'HbA1c significativement supérieure à celle du groupe contrôle et soulignent la faisabilité d'un programme de renforcement du suivi de patients diabétiques ayant un faible niveau socio-économique.

Une analyse systématique de la littérature de 2006 [77] concernant les interventions, chez les populations socioéconomiquement défavorisées, pour améliorer la prise en charge du diabète, a montré des résultats positifs dans 11 études sur 17. Elle souligne qu'une meilleure efficacité est obtenue lorsque le programme tient compte des particularités culturelles, utilise une éducation sur le mode interactif, des consultations d'évaluation et de

réévaluation personnalisées, fréquentes et sur un long terme, et se focalise sur les savoir-faire. Autant d'éléments déterminants dans l'observance [54].

4.3. Programmes de suivi spécialisé

Devant l'efficacité prouvée des démarches de renforcement du suivi des personnes diabétiques, des programmes de « coaching » se sont développés en France depuis quelques années.

Dans un souci de renforcer la prévention des complications, l'assurance maladie a créé en 2006 un programme, baptisé Sophia, qui consiste en un accompagnement des patients diabétiques volontaires. Depuis sa création, il compte 53 000 adhérents dans les 11 départements où le service est expérimenté, soit un taux d'adhésion total de 26,5%. L'accompagnement consiste en des informations complémentaires par brochures écrites ou documentation en ligne. Le patient qui choisit d'adhérer à sophia reçoit aussi un questionnaire personnel sur sa perception de la maladie, ses habitudes de vie et ses activités. Il doit ensuite l'actualiser chaque année. Ce questionnaire permet d'adapter et de personnaliser le programme sophia. Le site Internet www.sophia-infoservice permet aux adhérents d'accéder à des informations qui leur sont dédiées avec un espace d'information sur le diabète, vaste ensemble documentaire en ligne qui traite de tous les aspects de la maladie (symptômes, suivi, traitements, examens...). Depuis octobre 2008, une cinquantaine de conseillers en santé appellent les adhérents sophia pour leur apporter de l'information sur leur maladie, des conseils pratiques et une écoute attentive. Ce sont des infirmiers qui ont été spécifiquement formés à l'accompagnement des patients diabétiques. Ils contactent les patients en fonction de leur état de santé, de leurs besoins et de leur situation personnelle. Ils appellent les patients pour s'assurer de la bonne compréhension des recommandations du médecin traitant et leur apporter un soutien dans le temps, étape par

étape. Leur rôle est d'aider les patients à faire évoluer leurs comportements, en relais de l'action des médecins traitants et des diabétologues.

Les études de satisfaction menées montrent que 9 adhérents sur 10 estiment que Sophia les aide à comprendre le diabète et ses complications [78].

Parallèlement, l'Association Nationale de Coordination des Réseaux Diabète (ANCREDE), propose, elle aussi, un programme de « Suivi des diabétiques en difficulté » (SUDD) destiné à améliorer la prise en charge des diabétiques ayant un parcours de soins complexe. Parmi les critères d'inclusion, figure l'existence de « barrières faisant obstacle au traitement du diabète telles que précarité, particularités culturelles, addiction, isolement, difficultés d'observance ». L'inclusion est réalisée par le médecin traitant qui est un partenaire important du programme. Une infirmière spécialement formée par le réseau diabète rencontre le patient et réalise un diagnostic de prise en charge. Il s'ensuit une réunion de concertation pluridisciplinaire en présence du médecin traitant permettant l'adoption d'un plan personnalisé de suivi. Le suivi est réalisé pendant un an et ponctué de 3 à 4 consultations avec une infirmière. Un bilan est effectué au terme de ce suivi pour évaluer l'atteinte des objectifs personnalisés.

4.4. Le renforcement du soutien socio-familial

Au cours de notre enquête, nous avons pu remarquer que les efforts réalisés par les médecins généralistes pour mobiliser les proches autour de l'observance du traitement ou des rendez-vous médicaux a permis chez 4 patients bénéficiaires de la CMUc de les rendre beaucoup plus observants.

Dans le cas d'un patient très isolé et ayant une psychose non étiquetée, c'est même l'assistante sociale qui s'est mobilisée et qui cherchait initialement le patient à son domicile

pour l'emmener aux consultations et en hospitalisation. Au fur et à mesure, le patient s'est habitué à son suivi et vient désormais seul et régulièrement.

Un autre patient qui n'était pas observant et venait très épisodiquement en consultation, vient désormais régulièrement pour le renouvellement de ses ordonnances, emmené par un membre de sa famille. Son médecin estime que sans cela, il ne viendrait pas.

Pour 2 de ces patients, c'est en répondant aux questions concernant le suivi technique que le médecin a réalisé les progrès effectués en terme d'observance. Il disait au début de l'entretien que ces patients n'étaient pas du tout observants, mais a ensuite remarqué qu'aucun examen de suivi n'était manquant et que les patients venaient très régulièrement en consultation.

CONCLUSION

Chez les patients diabétiques, comme dans tout problème de santé, existe un gradient social en termes de mortalité et de morbidité. Les études menées sur les inégalités sociales de santé font ressortir un ensemble de facteurs participant à ces inégalités. Parmi eux, certains sont du domaine du patient, d'autres de celui du système de soin et de ses acteurs, dont les médecins. Les données de l'étude Entred 2007, comparée à celle de 2001, montrent encore que les diabétiques de type 2 de bas niveau socio-économique bénéficient moins souvent du dépistage des complications du diabète, bien qu'ils aient recours plus fréquemment que les autres patients à leur médecin généraliste et que la prévalence des complications soit plus élevée dans cette population.

Pour comprendre les fondements de cette observation paradoxale, nous avons enquêté auprès de 12 médecins généralistes d'Ile-de-France ayant des conditions d'exercice et des environnements populationnels variés. Il s'agissait d'une enquête qualitative pour déterminer si les différences observées étaient liées à une limitation de prescription de leur part et/ou à une mauvaise observance de la part des patients. Avec eux, nous nous sommes attelés à analyser leur prise en charge comparative de patients diabétiques bénéficiaires de la CMUc et de non bénéficiaires afin de comprendre, d'un côté, les motivations des éventuelles limitations de prescription et, de l'autre, caractériser la mauvaise observance des patients au regard du médecin interrogé.

Nos résultats révèlent, que pour les médecins interrogés, l'inégalité de prise en charge constatée serait beaucoup le fruit d'un manque d'observance des diabétiques ayant un bas niveau socioéconomique du fait de facteurs dépendant du patient et de facteurs dépendant du système de soin. La mauvaise observance du patient serait la conséquence d'une mauvaise adhésion au concept de la maladie chronique nécessitant un traitement préventif

au long cours liée à une culture, à des normes et à des croyances en santé différentes et insuffisamment prises en compte par les professionnels de santé ; à une perception de leur niveau de contrôle sur leur santé inférieure à celles des catégories plus favorisées ; à un faible niveau d'éducation ; à l'existence plus fréquente de comorbidités ; et à un manque de soutien social pour faire face à la maladie et aux impératifs de son traitement. Tous ces paramètres associés interagissent entre eux et peuvent se renforcer l'un l'autre, dans la direction d'une mauvaise observance, comme le faible niveau d'éducation qui ne favorise pas la critique des croyances de santé liées à la culture ou encore la perception d'un faible niveau de contrôle sur la santé qui rend difficile la gestion de plusieurs pathologies à la fois etc.

Pour ce qui est des facteurs liés au système de soin participant à la mauvaise observance de ces patients à bas niveau socio-économique, on retiendra la communication plus difficile avec le médecin, les représentations du patient par le médecin et le temps de consultation insuffisant face aux particularités de l'éducation thérapeutique à mener chez ces patients. Dans une moindre mesure, participerait une autocensure, par les médecins généralistes, de leurs prescriptions pour renforcer le contrôle glycémique, du fait d'une perception du patient comme inapte à les accomplir. Enfin, les personnes ayant un meilleur niveau d'éducation et un meilleur niveau socioéconomique seraient plus demandeurs d'examens, ce qui créerait une disparité par ajustement du comportement du médecin aux demandes de son patient. Les aspects de l'accès aux soins, notamment aux consultations cardiologiques et ophtalmologiques, n'ont pas été mentionnés par les médecins interrogés, mais pourraient participer aux différences de prises en charge observées. Un complément d'enquête auprès des patients serait nécessaire pour le mettre en évidence. De même, le manque de formation des médecins à la communication, à l'écoute, à la relation

thérapeutique, leur manque de culture de l'auto-remise en question et l'absence de prise en compte des inégalités sociales de santé dans les recommandations de pratiques cliniques participent au maintien du gradient social de santé.

Les résultats de notre enquête suggèrent que les médecins généralistes, ayant conscience des effets néfastes de la mauvaise observance chez ces patients, ont plus souvent recours à un renforcement de l'observance via une hospitalisation courte ou un encadrement par une structure de type réseau. Cependant, ce recours plus fréquent à l'hospitalisation n'est pas vérifié à l'échelle nationale par l'étude Entred 2007 et doit probablement être variable en fonction des médecins et de la proximité des structures hospitalières.

Cette enquête souligne donc que, du côté des médecins généralistes, l'amélioration de la prise en charge du diabète chez les patients ayant un bas niveau socio-économique et d'éducation repose sur les efforts concernant les facteurs de mauvaise observance en soignant tout particulièrement la communication avec les patients. Pour cela, un complément d'information et de formation sur l'influence des caractéristiques socio-économiques sur les comportements de santé devrait être proposé aux médecins généralistes ainsi que des recommandations de pratiques cliniques prenant en compte ces particularités. Un effort devrait être fait, lors des consultations, pour permettre une appropriation de la maladie par le patient, renforcer son sentiment de contrôle dans l'évolution de la maladie et l'encourager à la manière d'un coach. Techniquement, il faudrait peut être aussi envisager une codification tarifaire particulière pour permettre aux médecins de prendre le temps nécessaire pour renforcer, au cabinet, l'éducation thérapeutique et la relation avec le patient.

Devant les difficultés d'observance qui fondent beaucoup les inégalités observées à l'échelle de la consultation entre un médecin généraliste et son patient, des programmes de

renforcement de l'encadrement des patients diabétiques socioéconomiquement défavorisés ont montré leur efficacité dans l'amélioration des objectifs glycémiques et du suivi médical. Il faut renforcer leur promotion auprès des médecins généralistes et leur utilisation pour compléter ce qui ne peut être fait au cours d'une consultation médicale dont le temps est limité.

Enfin, que ce soit au cabinet médical, en hospitalisation ou lors de la prise en charge par un réseau, un effort de sensibilisation et de participation des proches du patient à l'éducation thérapeutique permettrait d'améliorer le soutien socio-familial qui est fondamental pour la qualité et le maintien de l'observance.

BIBLIOGRAPHIE

1. Les inégalités sociales de santé / ed. sous la dir. d'Anette Leclerc, Didier Fassin, Hélène Grandjean, Monique Kaminski et Thierry Lang. Paris : La Découverte, 2000. (Recherches) 448 p.
2. Denantes M., Chevillard M., Renard J.F., Flores P. Accès aux soins et inégalités sociales de santé en médecine générale. *Exercer* 2009 ; 20, n°85 : 22-26.
3. Mackenbach J.P., Kunst A.E., Cavelaars A.E., Groenhouf F., Geurts J.J. Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in western Europe. *Lancet* 1997 ; 349 : 1655-1659.
4. Willems S. The socio-economic gradient in health: a never-ending story? A descriptive and explorative study in Belgium. Ghent: Ghent University 2005 : 11-52. Cité dans : Gillis O., Mertens R. Pourquoi pauvreté ne rime pas avec santé. *Education santé* 2008, 239. Disponible sur <http://www.educationsante.be/es/article.php?id=1058>.
5. Huisman M. et al. Socioeconomic inequalities in mortality among elderly people in 11 European populations. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2004 ; 58 (6) : 468-75.
6. Jusot F. Mortalité et inégalités de revenu en France. Paris. Document de travail du DELTA, 2004, 32, 33 p.
7. Bossuyt N., Gadeyne S., Deboosere P., Van Oyen H. Socio-economic inequalities in health expectancy in Belgium. *Public Health* 2004 ; 118 : 3-10.
8. Collectif. Handicaps, incapacités, dépendance (numéro spécial). *Revue française des affaires sociales*, 2003, 1-2.
9. Black D., Morris J.N., Smith C., Townsend P. The Black report, London : Pelican 1982. Cité dans : Couffinhal A., Dourgnon P., Geoffard P.Y., Grignon M., Jusot F., Lavis J., Naudin F., Polton D. Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé ? Un éclairage européen. Première partie : les déterminants des inégalités sociales de santé et le rôle du système de santé. *Questions d'économie de la santé IRDES* n° 92. 2005/02.

10. Lang T. et al. Is hospital care involved in equalities in coronary heart disease mortality? Result from the French WHO-MONICA project in men aged 30-64. *Journal of epidemiology community health* 1998 ; 52, 10 : 665-671.
11. OMS. Comblent le fossé en une génération. Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. Commission on social determinants of health (CSDH). Résumé analytique du rapport final, août 2008.
12. Gillis O., Mertens R. Pourquoi pauvreté ne rime pas avec santé. *Education santé* 2008, 239. Disponible sur www.educationsante.be/es/imprarticle.php?id=1058.
13. Marmot M. Health in an unequal world. *Lancet* 2006 ; 368 : 2081-2094.
14. Lynch J.W., Davey Smith G., Kaplan G.A., House J.S. Income inequality and mortality : importance to health of individual income, psychosocial environment, or material conditions. *BMJ* 2000 ; 320 : 1200-1204.
15. Aïach P., Fassin D. L'origine et les fondements des inégalités sociales de santé. *La Revue du praticien* 2004 ; 20 (54) : 2221-27.
16. Devaux M., Jusot F., Trannoy A., Tubeuf S. Inégalités des chances en santé : influence de la profession et de l'état de santé des parents. *Questions d'économie de la santé*, n° 118, février 2007. En ligne : www.irdes.fr/espacerecherche/qes2007.html
17. Rabi D.M., Edwards A.L., Southern D.A., Svenson L.W., et al. Association of socio-economic status with diabetes prevalence and utilization of diabetes care services. *BMC Health Services Research* 2006 ; 6 : 124-130.
18. Forssas E.H., Keskimäki I.T., Reunanen A.R., Koskinen S.V. Coronary heart disease among diabetic and nondiabetic people – socioeconomic differences in incidence, prognosis and mortality. *Journal of diabetes complications* 2008 ; 22 (1) : 10-7.
19. Saydah S., Lochner K. Socioeconomic status and risk of diabetes-related mortality in the US. *Public Health Reports* 2010; 125 (3) : 377-388.
20. Bonaldi C., Romon I., Fagot-Campagna A. Impacts du vieillissement de la population et de l'obésité sur l'évolution de la prévalence du diabète traité : situation de la France métropolitaine à l'horizon 2016. *BEH* 2006 ; n°10 : 69-71.

21. Dalichampt M., Fosse S., Fagot-Campagna A. Prévalence du diabète et relations avec les caractéristiques socioéconomiques et le pays d'origine, selon l'enquête décennale Santé 2002-2003. In : Congrès de l'Association de langue française pour l'étude du diabète et des maladies métaboliques, Bruxelles, 25-28 mars 2008. Diabetes and Metabolism 2008 ; 34 : A37.
22. Programme de santé publique sur la prise en charge du diabète de type 2 : évolution de la prise en charge des diabétiques non insulino traités entre 1998 et 2000 - CNAMTS. Direction du service médical - Département des soins de ville ; 2002.
23. Romon I., Dupin J., Fosse S., Dalichampt M., Dray-Spira R., Varroud-Vial M., Weill A., Fagot-Campagna A. Relations entre caractéristiques socio-économiques et état de santé, recours aux soins et qualité des soins des personnes diabétiques, Entred 2001. Bull Epidemiol Hebd 2006 ; 45 : 47-350.
24. Dalichampt M., Fosse S., Fagot-Campagna A. prévalence du diabète, pays de naissance et caractéristiques socio-économiques selon l'Enquête décennale santé 2002-2003. In : Journées Scientifiques de veille sanitaire 2007, Paris.
25. Fournier C., Gautier A., Attali C., Bocquet-Chabert A., Mosnier-Pudar H., Aujoulat I., Fagot-Campagna A. Besoins d'information et d'éducation des personnes diabétiques, pratiques éducatives des médecins, étude Entred, France, 2007. Bull Epidémiol Hebd 2009 ; 42 : 43-460.
26. Saillour-Glenisson F., Michel P. Facteurs individuels et collectifs associés à l'application des recommandations de pratique par le corps médical. Revue de la littérature. Rev Epidemiol Sante Publique 2003 ; 51 : 65-80.
27. Freeman A.C., Sweeney K. Why general practitioners do not implement evidence : qualitative study. BMJ 2001 ; 323 : 1-5.
28. Bachimont J., Cogneau J., Letourmy A. Pourquoi les médecins généralistes n'observent-ils pas les recommandations de bonnes pratiques cliniques ? L'exemple du diabète de type 2. Sciences sociales et santé 2006 ; 24(2) : 75-104.
29. Larne A.C., Pugh J.A. Evidence-based guidelines meet the real world. The case of diabetes care. Diabetes Care 2001 ; 24 : 1728-1733.

30. Van Ryn M., Burke J. The effect of patient race and socio-economic status on physician's perceptions of patients. *Social Science and Medicine* 2000 ; 50 : 813-828.
31. Willems S., De Maesschalk S., Deveugele M., Derese A., De Maeseneer J. Socio-economic status of the patient and doctor-patient communication : does it make a difference ? *Patient education and counseling* 2005 ; 56 : 139-146.
32. Brown A.F., Ettner S.L., Piette J., Weinberger M., et al. Socioeconomic position and health among persons with diabetes mellitus : a conceptual framework and review of the literature. *Epidemiol rev* 2004 ; 26 : 63-77.
33. Wissow L. Assessing socio-economic differences in patient-provider communication. *Patient Education and Counseling* 2005 ; 56 : 137-138.
34. Boisguérin B., 2009. Quelles caractéristiques sociales et quel recours aux soins pour les bénéficiaires de la CMUc en 2006. *Etudes et Résultats n° 675*, DREES, janvier 2009.
35. HAS. Recommandation professionnelle. Traitement médicamenteux du diabète de type 2 (actualisation). Nov 2006.
36. HAS. Guide affection de longue durée. Diabète de type 1 de l'adulte. Juillet 2007.
37. HAS. Guide affection de longue durée. Diabète de type 2. Juillet 2007.
38. INSEE. PCS 2003 – Niveau 1 – Liste des catégories socioprofessionnelles agrégées. Disponible sur www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=nomenclatures/pcs2003/liste_n1.htm, consulté le 26/05/2010.
39. Boisguérin B., 2006. Les bénéficiaires de la CMU au 31 décembre 2005. *Etudes et résultats n° 512*, DREES, août.
40. Rapport d'activité 2008. Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie. Disponible sur www.cmu.fr, consulté le 17/02/2010.
41. Fagot-Campagna A., Fosse S., Roudier C., Romon I., et al. Caractéristiques, risque vasculaire et complications chez les personnes diabétiques en France métropolitaine :

- d'importantes évolutions entre Entred 2001 et Entred 2007. BEH 2009, N°42-43 : 450-455.
42. Alfediam-SFGG. Guide pour la prise en charge du diabétique âgé. Médecine des maladies métaboliques 2008 ; vol 2, Hors série 1 : S69-S121.
 43. Liste des actes et prestations affection de longue durée. Diabète de type 1 et de type 2. HAS 2008.
 44. Séances de prévention des lésions des pieds chez le patient diabétique, par le pédicure-podologue. HAS 2007.
 45. Lorant V., Nguyen L.H., Prignot J. Pourquoi les populations défavorisées fument elles plus ? Louvain médical 2006 ; 125, 9 : 354-363.
 46. Stead M., MacAskill S., MacKintosh A.M., Reece J., Eadie D. "It's as if you're locked in" : Qualitative explanations for area effects on smoking in disadvantaged communities. Health Place 2001 ; 7 : 333-343.
 47. Jackson C. Initial and experimental stages of tobacco and alcohol use during late childhood : Relation to peer, parent, and personal risk factors. Addictive Behaviors 1997 ; 22 : 685-698.
 48. Allison K.W., Crawford I., Leone P.E., Trickett E., Perez-Febles A., Burton L.M., et al. : Adolescent substance use : Preliminary examinations of school and neighborhood context. American Journal of Community Psychology 1999 ; 27 : 111-141.
 49. Jarvis M., Wardle J. Social patterning of individual health behaviours : the case of cigarette smoking. In : Marmot M., Wilkinson R., ed. Social determinants of health. Oxford : Oxford University Press, 1999 : 240-255.
 50. Bancroft A., Wiltshire S., Parry O., Amos A. "It's like an addiction first thing...afterwards it's like a habit": daily smoking behaviour among people living in areas of deprivation. Soc Sci Med 2003 ; 56 : 1261-1267.
 51. Lawlor D.A., Frankel S., Shaw M., Ebrahim S., Smith G.D. Smoking and ill health: Does lay epidemiology explain the failure of smoking cessation programs among deprived populations ? American Journal of Public Health 2003 ; 93 : 266-270.

52. Eschwège E., Charles M.A., Basdevant A., INSERM, Institut Roche, TNS healthcare. Obépi 2009 : enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité, 2009.
53. Bachmann M.O., Eachus J., Hopper C.D., Davey Smith G., et al. Socio-economic inequalities in diabetes complications, control, attitudes and health service use : a cross sectional study. *Diabetic medicine* 2003 ; 20 : 921-929.
54. Adherence to long-term therapies. Evidence for action / éd. par Eduardo Sabaté. Genève, World Health Organization 2003. 192 p.
55. Reach G. La clinique de l'observance, l'exemple des diabètes. Paris : John Libbey Eurotext 2006. 188 p.
56. Reach G. Pourquoi se soigne-t-on ? Une esquisse philosophique de l'observance. Latresne : Le Bord de l'Eau 2005. 272 p.
57. Werle C., Dantas D.C., Boesen Mariani S. Les déterminants du comportement de santé préventive : revue de la littérature, perspectives de recherche et étude exploratoire. 29p. Disponible sur <http://ed275.upmf-grenoble.fr/docsn/CarolinaWerle.pdf>
58. Chauvin P., Parizot I. Les inégalités sociales et territoriales de santé dans l'agglomération parisienne. Une analyse de la cohorte Sirs (2005). 2009. 105 p. Disponible sur http://www.programme-sirs.org/publications/Chauvin_Parizot_DIV_Onzus_2009.pdf
59. Boudreaux E., Carmack C.L., Scarinci I.C., Brantley P.J. Predicting smoking stage of change among a sample of low socioeconomic status, primary care outpatients : replication and extension using decisional balance and self-efficacy theories. *International Journal of Behavioral Medicine* 1998 ; 5 : 148-165.
60. Stroncks K., Van de Mhenn H.D., Looman C.W.N., Mackenbach J.P. Cultural, material and psychosocial correlates of the socioeconomic gradient in smoking behavior among adults. *Preventive medicine* 1997 ; 26 : 754-766.
61. Willems S. et al. Problématique des inégalités socio-économiques de santé en Belgique. *Santé conjugulée* 2007 ; 40 : 25-34.

62. Dalstra J.A.A., Kunst A.E., Borrell C., Breeze E. et al. Socioeconomic differences in the prevalence of common chronic diseases : an overview of eight european countries. *International Journal of Epidemiology* 2005 ; 34 : 316-326.
63. Païta M, Ricordeau P, de Roquefeuil L, Studer A., Vallier N., Weill A. Les affections de longue durée des bénéficiaires de la CMU complémentaire. *CNAMTS Points de repère* n°8, août 2007.
64. Griffith L.S., Fields B.J., Lustman P.J. Life stress and social support in diabetes : association with glycemic control. *International journal of Psychiatry in Medicine* 1990 ; 20 : 365-372.
65. Rolland C., Mantovani J., Pascal J., Afrite A., Membrado M., Lang T. et l'ensemble du groupe Intermède. Comment l'étude sociologique des interactions médecin-patient peut-elle éclairer la question des inégalités sociales de santé ? (INTERMEDE). *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique* 2008 ; vol 56, issue 6, suppl. 1 : S366-S367.
66. Couffinal A., Dourgnon P., Geoffard P.Y., Grignon M., Jusot F., Lavis J., Naudin F., Polton D. Politiques de réduction des inégalités sociales de santé, quelle place pour le système de santé ? Un éclairage européen. Première partie : les déterminants des inégalités sociales de santé et le rôle du système de santé. *Bulletin d'information en économie de la santé* 2005, n°92.
67. Schieber A.C., Lang T. La relation patient-médecin généraliste dans la prise en charge des facteurs de risque cardio-vasculaires. Quelles conséquences sur les inégalités sociales de santé ? Master 2 Recherche d'épidémiologie clinique, INSERM U558, université Toulouse III, France. Juillet 2009.
68. Nguyen L.H., Lorant V., Prignot J., Laperche J. La prise en charge du sevrage tabagique des patients défavorisés en médecine générale. *Louvain médical* 2006 ; 125, 9 : S364-S370.
69. Desprès C. La couverture maladie universelle, une légitimité contestée : analyse des attitudes de médecins et dentistes à l'égard de ses bénéficiaires. *Pratiques et Organisation des Soins* 2010 ; 41, n°1 : 33-43.
70. M. Balint. *Le médecin, son malade et la maladie*. 3^{ème} édition. Paris, Payot 1988. 418 p.

71. Sauvanet J.P. Congrès de la Société francophone du Diabète « Diabète - Lille 2010 » :
Prise en charge du diabète en France.
Disponible sur <http://www.bd.com/fr/diabetes/page.aspx?cat=6979&id=32519>.
72. Résoudre les refus de soins. Rapport annuel sur le respect des droits des usagers du système de santé adopté en séance plénière de la Conférence Nationale de Santé le 10 juin 2010.
73. Bulletin officiel du ministère de l'éducation nationale et du ministère de la recherche. Enseignement supérieur, recherche et technologies. Etudes médicales. Objectifs pédagogiques terminaux pour les items de la 2^{ème} partie du 2^{ème} cycle des études médicales. N°31 du 30/08/2001 : 1634-1658.
74. Raynaud D. Les déterminants individuels des dépenses de santé : influence de la catégorie sociale et de l'assurance maladie complémentaire. Etudes et résultats 2005, n°378.
75. Boyer L., Ohrond C., Fontanier C., Fourny M., Horte C., Loï R., Chanut C., François P. Qualité, coût et impact de la prise en charge coordonnée des patients diabétiques de type 2 dans un réseau de santé. Pratiques et Organisation des Soins 2007 ; vol 38, n°2 : 111-117.
76. The California Medi-Cal Type 2 Diabetes Study Group. Closing the gap: effect of diabetes case management on glycemic control among low-income ethnic minority populations. Diabetes Care 2004 ; 27 (1): 95-103.
77. Glazier R.H., Bajcar J., Kennie N.R., Willson K. A systematic review of interventions to improve diabetes care in socially disadvantaged populations. Diabetes Care 2006 ; 29 (7): 1675-1688.
78. Sophia, le service d'accompagnement de l'Assurance Maladie pour les patients atteints de maladies chroniques. Sophia : premiers résultats des études de satisfaction auprès des adhérents et des médecins. 26 janvier 2010. 14p. Disponible sur http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/DP_sophia_26jan2010.pdf

ANNEXES : Guide d'entretien

1- Statut socio-économique

- Couverture complémentaire

- CMUc
 - Mutuelle
 - ALD demandée
obtenue
- Si « NON », pourquoi ?

- Niveau d'étude

- Analphabète (lecture et écriture)
- Primaire
- BEPC
- Bac
- > Bac

- Profession

- Catégorie 1 : Ouvrier
- Catégorie 2 : Profession intermédiaire, employé, agriculteur
- Catégorie 3 : Cadre, profession libérale, commerçant, artisan, chef d'entreprise

2- Caractéristiques du diabète

- Type de diabète.
- Ancienneté du diagnostic.
- Ancienneté de la prise en charge par le médecin généraliste.
- Complications ? Lesquelles ? Ancienneté.
- IMC

3- Prescriptions médicales de suivi au cours de la dernière année

Pour chaque item, si « NON », pourquoi ?

- Nombre d'HbA1c par an
- ≥ une consultation ophtalmologique
- ≥ un ECG
- ≥ un bilan lipidique
- ≥ une créatinine plasmatique
- ≥ une microalbuminurie/protéinurie
- Prescriptions non réalisées par le patient ? (Motif invoqué ? Problème de coût ?, Non adhésion du patient ?)

4- Contrôle glycémique

- Satisfaisant ?
- Non satisfaisant ?
(Si HbA1c > 6,5% avec mesures hygiéno-diététiques+ mono ou bithérapie orale)

Ou si HbA1c > 7% avec mesures hygiéno-diététiques et (trithérapie ou insuline))

→ Proposition de prise en charge **diététique individuelle ou en groupe** via un réseau ou une association ou une consultation chez une diététicienne?

Si « NON », pourquoi ?

→ Proposition de **consultation endocrinologique**, en ville ou à l'hôpital?

Si « NON », pourquoi ?

→ Proposition d'inclusion dans un **réseau** pour diabétiques ?

Si « NON », pourquoi ?

→ Proposition d'**HDJ** de diabétologie ?

Si « NON », pourquoi ?

- Pensez-vous pouvoir améliorer l'équilibre du diabète de ce patient ?

5- Education thérapeutique : maladie, complications, mesures hygiéno-diététiques, traitement suspensif et observance.

- Difficultés ?
Si « OUI », lesquelles ?
- Barrière de langage ?
- Niveau de compréhension insuffisant ?
- Implication du patient dans l'amélioration de son état de santé ?
- Manque de compliance ? (Régime respecté ?, Traitement et prescriptions de suivi observés ?)
- Manque de temps ? (Multiplicité des motifs de consultation ?)
- Avez-vous fait un « bilan alimentaire » en consultation ?

6- Si patient tabagique

- Message court, information sur les risques ?
Si « NON », pourquoi ?
- Evaluation de la consommation et de la dépendance à la nicotine ?
Si « NON », pourquoi ?
- Test de Fargenström fait ?
- Prescription ou proposition de substituts nicotiques si dépendance ?
- Si dépendance très importante et non gérable, proposition de prise en charge en centre de tabacologie/addictologie ?
Si « NON », pourquoi ?

7- Contrôle lipidique

- Satisfaisant par rapport aux recommandations
Si mauvais contrôle, pourquoi ?
- Satisfaisant d'après le médecin pour ce patient ?
- Pourquoi si discordance ? (Contexte psychique, contexte social, contexte économique, personnalité...)

8- Contrôle tensionnel

- $\leq 130-80$ mmHg

Si « NON », pourquoi ?

9- Examen clinique au cours de la dernière année

- \geq un examen des pieds au monofilament

Si « NON », pourquoi ?

- \geq un examen des pouls périphériques

Si « NON », pourquoi ?

- Recherche de souffle vasculaire?

Si « NON », pourquoi ?

10- Interférences avec le suivi

- Pluri-pathologies interférant avec le suivi ?
- Difficultés sociales ou affectives interférant avec le suivi ?

RESUME :

Bien qu'ayant plus de complications et consultant plus souvent leur médecin généraliste, les patients diabétiques socioéconomiquement défavorisés ont moins d'exams complémentaires et un moins bon suivi que les patients de meilleur niveau socioéconomique.

Pour comprendre les particularités des modalités du suivi du diabète chez ces populations par les médecins généralistes, nous avons effectué des entretiens semi-dirigés auprès de 12 d'entre eux à partir de l'analyse de leurs pratiques dans le suivi du diabète de 24 patients bénéficiaires de la CMUc et de 24 patients non bénéficiaires ayant un meilleur niveau socioéconomique.

D'après les médecins généralistes interrogés, les différences observées sont principalement liées à une moindre observance des patients diabétiques bénéficiaires de la CMUc par rapport aux patients ayant un meilleur niveau socioéconomique. Celle-ci trouve ses racines dans l'interaction de leurs croyances en santé, de leurs normes, de leur faible niveau d'éducation, de leur perception du niveau de contrôle, de leur manque de soutien social, de la fréquence de leurs comorbidités et des difficultés dans la communication avec leur médecin. Dans une très faible mesure, ces patients pourraient aussi être victimes d'une autocensure des prescriptions par le médecin, adoptant une attitude défaitiste, les jugeant inaptes à les réaliser.

De nombreuses études montrent que l'observance et l'équilibre glycémique sont améliorés chez ces patients par les programmes de suivi rapproché et personnalisé.

SUMMARY :

Despite of having more diabetes related complications and more often attending their general practitioner, diabetic people with low socioeconomic status have a less full follow up than people with higher socioeconomic status.

In order to understand the follow up specificities of people with low socioeconomic status, we realized semi-directive interviews of 12 general practitioners about their follow up of 24 patients with CMUc and 24 patients with higher socioeconomic status.

We found that patients with CMUc was told by their physician to have little adherence to follow up, comparing with higher socioeconomic status patients. This lack of adherence was linked to the effects of several elements: their health beliefs, their norms, their low level of education, their lack of social support, their prevalence of co morbidities, and difficulties in patient-doctor communication. Sometimes, general practitioners might renounce to prescribe further follow up to them, thinking they won't be able to achieve it.

A lot of studies show evidence that providing low socioeconomic diabetic people an individualized management case program improves their adherence and their glycemic control.

MOTS-CLES:

Diabète – Inégalité sociale – Médecine générale – Relations médecin-patient – Patients-coopération.