

SORBONNE UNIVERSITÉ

FACULTÉ DE MÉDECINE SORBONNE UNIVERSITÉ

ANNÉE 2019

THÈSE

N°

**PRÉSENTÉE POUR LE DIPLOME
DE DOCTEUR EN MÉDECINE
Diplôme d'État**

SPÉCIALITÉ : Médecine Générale

PAR

Monsieur Victor LAZARD

Né le 15/09/1989 à Boulogne Billancourt

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT le 10 octobre 2019

**Recueil des indicateurs sociaux par les médecins
généralistes à partir de l'Étude RECOTEST**

MEMBRES DU JURY :

Monsieur le Professeur Dominique PATERON

Président du jury

Monsieur le Docteur Maxime ROZES

Directeur de thèse

Madame la Docteur Gladys IBANEZ

Assesseur

Monsieur le Docteur Vincent MIRAMONT

Assesseur

REMERCIEMENTS :

Á Monsieur le Professeur Dominique Pateron, pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider le jury de cette thèse au pied levé, veuillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

Á Madame le Docteur Gladys IBANEZ. Merci de m'avoir accompagné à travers l'internat en tant que tutrice. Merci de m'avoir proposé ce travail sur ce thème qui t'es cher et pour ta disponibilité dans l'élaboration de cette thèse. Merci particulièrement pour ton soutien et ta bienveillance permanente. C'est un honneur de te compter parmi mon jury aujourd'hui.

Á Monsieur le Docteur Maxime ROZES. Merci de m'avoir proposé de diriger cette thèse. Je suis très fier d'avoir réalisé ce travail sous ta direction et tu as toute ma reconnaissance. Merci pour tes conseils, ta disponibilité et ta bonne humeur. Merci pour tous les bons moments passés ensemble.

Á Monsieur le Docteur Vincent MIRAMONT, d'avoir accepté d'être membre de ce jury.

Á Monsieur le Professeur David Orlikowski, pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider le jury de cette thèse initialement, veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

Á mes parents, pour votre soutien dans tous les moments de la vie. Merci pour votre amour et la fierté dans vos regards. J'espère faire un jour aussi bien que vous dans tous les domaines. Je vous aime.

Á Martha, Baptiste, et Julie mes frères et sœurs, merci de composer cette famille si chère à mon cœur. Je suis très fier de ce lien qui nous unit tous. Je serai

toujours là pour vous et vos proches. A Baptiste en particulier : j'admire ton courage, continue !

Á Mathieu et Isaac, pour faire le bonheur de Martha et d'être dans ma vie.

Á mes grands-parents, mamie, pépé et mémé, mais aussi à mon papi Pierre. J'espère vous rendre fiers.

Á toute la famille Lazard, Christophe, Sylvie pour votre présence et Jeanne et Louise qui avait aussi fait le choix d'investir le champ de la santé.

Á toute la famille Mercier, Jean-Marc, Martine, Dominique, Marie-Claire, Benoit, Romain et Maïana pour tous les beaux souvenirs au Mesnard. Plus particulièrement à Evelyne ma marraine adorée, sans oublier Hortense, Achille et Olivier.

Á Nadège, Merci de partager ma vie chaque jour. Ton soutien et ton optimisme quotidiens me rendent meilleur. Merci aussi pour avoir la patience de me supporter tous les jours. J'ai hâte de vivre la suite de nos aventures.

Á Carole et Bertin, pour avoir fait de Nadège la femme qu'elle est. Bertin, vous nous manquez énormément et cette thèse vous est dédiée.

Á Denise, pour votre gentillesse et votre esprit.

Á Mégane et Chris, ma très belle sœur, mon très beau frère et à mon neveu qu'il me tarde de rencontrer.

Á la famille Rosadoni, merci pour votre bienveillance, vous avez toute mon affection.

À toute la famille Bretonne, en particulier Mamie Annick autour de qui la famille se rassemble chaque à La Chapelle Neuve. Que la Bretagne est Belle !

À mes ami(e)s de toujours : Hélène, Margaux, Perrine, Igor. Loin des yeux mais toujours prêts du cœur. Vous êtes essentiels.

À tous mes amis de Poitiers : Laurent, Thibault et Nicolas : les années d'études ont été belles. Votre amitié dure avec les années et c'est un vrai cadeau. Quel bonheur de vous avoir rencontrés.

Aux vieux copains, Charles et Antoine ; Tibère, Xavier et François : c'est parti pour durer.

À tous mes amis de Paris : Guillaume, Antoine, Jonathan, Gaétan, Véronica et Charlotte, nous avons déjà beaucoup de bons souvenirs qui n'attendent que la prochaine occasion pour s'agrandir.

À Victor et Philippine, Arthur et Louis, pour être toujours présents aux moments clés depuis le primaire.

À l'équipe du service de soin intensif et SMUR d'Arpajon pour m'avoir accueilli parmi vous et poussé dans la réalisation de ce travail. Merci à Sylvain pour tes conseils et ton amitié.

À l'équipe de gériatrie de Corentin Celton, pour votre amitié : Béatrice, Hamat, Zoé, Noëlle, Claude.

À l'équipe des urgences de Massy, pour la bonne entente et les moments partagés ensemble.

Et merci à **toutes les personnes** que j'ai pu croisées au cours de mon internat et qui ont compté : vous avez aussi fait de moi ce que je suis.

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS PRATICIENS HOSPITALIERS
--

1 ACAR	Christophe	Chirurgie thoracique	PITIE SALPETRIERE
2 AIT OUFELLA	Hafid	Réanimation médicale	SAINT ANTOINE
3 ALAMOWITCH	Sonia	Neurologie	SAINT ANTOINE
4 AMARENCO	Gérard	Rééducation fonctionnelle	TENON
5 AMOUR	Julien	Anesthésiologie	PITIE SALPETRIERE
6 AMOURA	Zahir	Médecine interne	PITIE SALPETRIERE
7 AMSELEM	Serge	Génétique	TROUSSEAU
8 ANDRE	Thierry	Hépto Gastro Entérologie	SAINT ANTOINE
9 ANDREELLI	Fabrizio	Endocrinologie	PITIE SALPETRIERE
10 ANTOINE	Jean-Marie	Gynécologie obstétrique	TENON
11 APARTIS	Emmanuelle	Physiologie	SAINT ANTOINE
12 ARLET	Guillaume	Bactériologie	TENON
13 ARNULF	Isabelle	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
14 ARRIVE	Lionel	Radiologie	SAINT ANTOINE
15 ASSOUAD	Jalal	Chirurgie thoracique	TENON
16 ASTAGNEAU	Pascal	Epidémiologie ²	PITIE-SALPETRIERE
17 AUBRY	Alexandra	Bactériologie	PITIE SALPETRIERE
18 AUCOUTURIER	Pierre	Immunologie	SAINT ANTOINE
19 AUDO	Isabelle	Ophthalmologie	CHNO 15/20
20 AUDRY	Georges	Chirurgie viscérale infantile	TROUSSEAU
21 AUTRAN	Brigitte	Immunologie/bio cellulaire	PITIE SALPETRIERE
22 BACHELOT	Anne	Endocrinologie	PITIE SALPETRIERE
23 BALLADUR	Pierre	Chirurgie générale	SAINT ANTOINE
24 BALLESTER	Marcos	Gynécologie Obstétrique	TENON
25 BARBAUD	Annick	Dermatologie	TENON
26 BARROU	Benoît	Urologie	PITIE SALPETRIERE
27 BAUJAT	Bertrand	O.R.L.	TENON
28 BAULAC <i>Surnombre</i>	Michel	Anatomie/Neurologie	PITIE SALPETRIERE
29 BAUMELOU	Alain	Néphrologie	PITIE SALPETRIERE
30 BAZOT	Marc	Radiologie	TENON
31 BEAUGERIE	Laurent	Gastroentérologie/Nutrition	SAINT ANTOINE
32 BEAUSSIER	Marc	Anesthésiologie/Réanimation	SAINT ANTOINE
33 BELMIN	Joël	Médecine interne/Gériatrie	Charles FOIX
34 BENVENISTE	Olivier	Médecine interne	PITIE SALPETRIERE
35 BERENBAUM	Francis	Rhumatologie	SAINT ANTOINE
36 BERTOLUS	Chloé	Stomatologie	PITIE SALPETRIERE
37 BILLETTE DE VILLEMEUR	Thierry	Neuro pédiatrie	TROUSSEAU
38 BITKER	Marc Olivier	Urologie	PITIE SALPETRIERE
39 BOCCARA	Franck	Cardiologie	SAINT ANTOINE
40 BODAGHI	Bahram	Ophthalmologie	PITIE SALPETRIERE
41 BODDAERT	Jacques	Médecine interne/Gériatrie	PITIE SALPETRIERE
42 BOELLE	Pierre Yves	Bio statistiques	SAINT ANTOINE
43 BOFFA	Jean-Jacques	Néphrologie	TENON
44 BONNET	Francis	Anesthésiologie/Réanimation	TENON
45 BORDERIE	Vincent	Ophthalmologie	CHNO 15/20
46 BOUDGHENE-STAMBOULI	Frank	Radiologie	TENON
47 BRICE	Alexis	Génétique	PITIE SALPETRIERE
48 BROCHERIOU	Isabelle	Anatomie pathologique	PITIE SALPETRIERE
49 BRUCKERT	Eric	Endocrinologie	PITIE SALPETRIERE
50 CACOUB	Patrice	Médecine interne	PITIE SALPETRIERE
51 CADRANEL	Jacques	Pneumologie	TENON

52	CALMUS	Yvon	Bio Cellulaire/Gastro Entérologie	PITIE SALPETRIERE
53	CALVEZ	Vincent	Virologie	PITIE SALPETRIERE
54	CAPRON	Frédérique	Anatomie pathologique	PITIE SALPETRIERE
55	CARBAJAL-SANCHEZ	Diomedes	Pédiatrie	TROUSSEAU
56	CARETTE	Marie-France	Radiologie	TENON
57	CARPENTIER	Alexandre	Neuro chirurgie	PITIE SALPETRIERE
58	CARRAT	Fabrice	Biostatistiques/inf médicale	SAINT ANTOINE
59	CARRIE	Alain	Biochimie	PITIE SALPETRIERE
60	CATALA	Martin	Histologie et Cytologie	PITIE SALPETRIERE
61	CAUMES	Eric	Maladies infectieuses/tropicales	PITIE SALPETRIERE
62	CHABBERT BUFFET	Nathalie	Endocrinologie	TENON
63	CHAMBAZ	Jean	Biologie cellulaire	PITIE SALPETRIERE
64	CHARTIER-KASTLER	Emmanuel	Urologie	PITIE SALPETRIERE
65	CHASTRE	Jean	Réanimation chirurgicale	PITIE SALPETRIERE
66	CHAZOILLERES	Olivier	Hépatologie	SAINT ANTOINE
67	CHERIN	Patrick	Médecine interne	PITIE SALPETRIERE
68	CHICHE	Laurent	Chirurgie vasculaire	PITIE SALPETRIERE
69	CHIRAS	Jacques	Radiologie/Imagerie médicale	PITIE SALPETRIERE
70	CHRISTIN-MAITRE	Sophie	Endocrinologie	SAINT ANTOINE
71	CLEMENT	Annick	Pneumologie	TROUSSEAU
72	CLEMENT-LAUSCH	Karine	Nutrition	PITIE SALPETRIERE
73	CLUZEL	Philippe	Radiologie/Imagerie médicale	PITIE SALPETRIERE
74	COHEN	Aron	Cardiologie	SAINT ANTOINE
75	COHEN	David	Pédo Psychiatrie	PITIE SALPETRIERE
76	COHEN	Laurent	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
77	COLLET	Jean-Philippe	Cardiologie	PITIE SALPETRIERE
78	COMBES	Alain	Réanimation médicale	PITIE SALPETRIERE
79	CONSTANT	Isabelle	Anesthésiologie/réanimation	TROUSSEAU
80	COPPO	Paul	Hématologie clinique	SAINT ANTOINE
81	CORIAT	Pierre	Anesthésiologie/réanimation	PITIE SALPETRIERE
82	CORNU	Philippe	Neuro chirurgie	PITIE SALPETRIERE
83	CORVOL	Henriette	Pédiatrie	TROUSSEAU
84	CORVOL	Jean-Christophe	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
85	COSNES	Jacques	Gastro Entérologie/Nutrition	SAINT ANTOINE
86	COULOMB	Aurore	Anatomie/cytolo patho	TROUSSEAU
87	CUSSENOT	Olivier	Anatomie/Urologie	TENON
88	DARAI	Emile	Gynécologie obstétrique	TENON
89	DAUTZENBERG	Bertrand	Pneumologie	PITIE SALPETRIERE
90	DAVI	Frédéric	Hématologie biologique	PITIE SALPETRIERE
91	DELATTRE	Jean-Yves	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
92	DELHOMMEAU	François	Hématologie biologique	SAINT ANTOINE
93	DEMOULE	Alexandre	Pneumologie/réanimation	PITIE SALPETRIERE
94	DERAY	Gilbert	Néphrologie	PITIE SALPETRIERE
95	DOMMERMUES	Marc	Gynécologie obstétrique	PITIE SALPETRIERE
96	DORMONT	Didier	Radiologie/imagerie médicale	PITIE SALPETRIERE
97	DOUAY	Luc	Hématologie biologique	TROUSSEAU
98	DOURSOUNIAN	Levon	Chirurgie orthopédique	SAINT ANTOINE
99	DRAY	Xavier	Gastroentérologie	SAINT ANTOINE
100	DUBOIS	Bruno	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
101	DUCOU LE POINTE	Hubert	Radiologie	TROUSSEAU
102	DUGUET	Alexandre	Pneumologie	PITIE SALPETRIERE
103	DUPONT DUFRESNE	Sophie	Anatomie/ Neurologie	PITIE SALPETRIERE
104	DURR	Alexandra	Génétique	PITIE SALPETRIERE
105	DUSSAULE	Jean-Claude	Physiologie	SAINT ANTOINE
106	DUYCKAERTS	Charles	Anatomie/Cytologie pathologique	PITIE SALPETRIERE
107	EL ALAMY	Ismaël	Hématologie biologique	TENON
108	EYMARD	Bruno	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
109	FAIN	Olivier	Médecine interne	SAINT ANTOINE
110	FARTOUKH	Muriel	Pneumologie/Réanimation	TENON

111	FAUTREL	Bruno	Rhumatologie	PITIE SALPETRIERE	
112	FERON	Jean-Marc	Chirurgie orthopédique	SAINT ANTOINE	
113	FERRE	Pascal	Biochimie/Biologie moléculaire	PITIE SALPETRIERE	
114	FEVE	Bruno	Endocrinologie	SAINT ANTOINE	
115	FITOUSSI	Franck	Chirurgie infantile	TROUSSEAU	
116	FLEJOU	Jean-François	Anatomie pathologique	SAINT ANTOINE	
117	FLORENT	Christian	Hépto Gastro-Entérologie	SAINT ANTOINE	
118	FOIX L'HELIAS	Laurence	Pédiatrie	TROUSSEAU	
119	FONTAINE	Bertrand	Neurologie	PITIE SALPETRIERE	
120	FOSSATI	Philippe	Psychiatrie d'adultes	PITIE SALPETRIERE	
121	FOURET	Pierre	Anatomie/Cytologie pathologique	PITIE SALPETRIERE	
122	FOURNIER	Emmanuel	Physiologie	PITIE SALPETRIERE	
123	FRANCES	<i>Surnombre</i>	Camille	Dermatologie	TENON
124	FUNCK- BRENTANO	Christian	Pharmacologie	PITIE SALPETRIERE	
125	GALANAUD	Damien	Radiologie et imagerie médicale	PITIE-SALPETRIERE	
126	GARBARG CHENON	Antoine	Virologie	TROUSSEAU	
127	GIRARD	Pierre Marie	Maladies infectieuses/tropicales	SAINT ANTOINE	
128	GIRERD	Xavier	Thérapeutique/Endocrinologie	PITIE SALPETRIERE	
129	GLIGOROV	Joseph	Oncologie	TENON	
130	GOROCHOV	Guy	Immunologie	PITIE SALPETRIERE	
131	GOSSEC	Laure	Rhumatologie	PITIE SALPETRIERE	
132	GOUDOT	Patrick	Stomatologie	PITIE SALPETRIERE	
133	GRATEAU	Gilles	Médecine interne	TENON	
134	GRENIER	<i>Surnombre</i>	Philippe	Radiologie	PITIE SALPETRIERE
135	GRIMPREL	Emmanuel	Urgences pédiatriques	TROUSSEAU	
136	GUIDET	Bertrand	Réanimation médicale	SAINT ANTOINE	
137	HARTEMANN	Agnès	Endocrinologie	PITIE SALPETRIERE	
138	HAROCHÉ	Julien	Médecine interne	PITIE SALPETRIERE	
139	HATEM	Stéphane	Département de Cardiologie	PITIE SALPETRIERE	
140	HAUSFATER	Pierre	Thérapeutique/Médecine d'urgence	PITIE SALPETRIERE	
141	HAYMANN	Jean-Philippe	Physiologie	TENON	
142	HELFT	Gérard	Cardiologie	PITIE SALPETRIERE	
143	HENNEQUIN	Christophe	Parasitologie	SAINT ANTOINE	
144	HERSON	<i>Surnombre</i>	Serge	Médecine interne	PITIE SALPETRIERE
145	HERTIG	Alexandre	Néphrologie	TENON	
146	HOANG XUAN	Khê	Neurologie	PITIE SALPETRIERE	
147	HOURY	Sydney	Chirurgie digestive/viscérale	TENON	
148	HOUSSET	Chantal	Biologie cellulaire	SAINT ANTOINE	
149	HULOT	Jean Sébastien	Pharmacologie	PITIE SALPETRIERE	
150	ISNARD-BAGNIS	Corinne	Néphrologie	PITIE SALPETRIERE	
151	ISNARD	Richard	Cardiologie	PITIE SALPETRIERE	
152	JARLIER	Vincent	Bactériologie	PITIE SALPETRIERE	
153	JOUANNIC	Jean-Marie	Gynécologie obstétrique	TROUSSEAU	
154	JOUVENT	Roland	Psychiatrie d'adultes	PITIE SALPETRIERE	
155	JUST	Jocelyne	Pédiatrie	TROUSSEAU	
156	KALAMARIDES	Michel	Neurochirurgie	PITIE SALPETRIERE	
157	KAROUI	Medhi	Chirurgie digestive	PITIE SALPETRIERE	
158	KAS	Aurélié	Biophysique/Médecine nucléaire	PITIE SALPETRIERE	
159	KATLAMA	Christine	Maladies infectieuses/tropicales	PITIE SALPETRIERE	
160	KAYEM	Gilles	Gynécologie-Obstétrique	TROUSSEAU	
161	KLATZMANN	David	Immunologie	PITIE SALPETRIERE	
162	KOMAJDA	<i>Surnombre</i>	Michel	Cardiologie	PITIE SALPETRIERE
163	KOSKAS	Fabien	Chirurgie vasculaire	PITIE SALPETRIERE	
164	LACAU SAINT GUILY	Jean	ORL	TENON	
165	LACAVE	Roger	Histologie et Cytologie	TENON	
166	LACORTE	Jean-Marc	Biologie cellulaire	PITIE SALPETRIERE	
167	LAMAS	Georges	ORL	PITIE SALPETRIERE	
168	LANDMAN-PARKER	Judith	Hématologie/oncologie pédiatriques	TROUSSEAU	
169	LANGERON	Olivier	Anesthésiologie	PITIE SALPETRIERE	

170	LAPILLONNE	Hélène	Hématologie biologique	TROUSSEAU
171	LAROCHE	Laurent	Ophtalmologie	CHNO 15/20
172	LAZENNEC	Jean-Yves	Anatomie/Chirurgie orthopédique	PITIE SALPETRIERE
173	LE FEUVRE	Claude	Cardiologie	PITIE SALPETRIERE
174	LE GUERN	Eric	Génétique	PITIE SALPETRIERE
175	LE HOANG	Phuc	Ophtalmologie	PITIE SALPETRIERE
176	LEBLOND	Véronique	Hématologie clinique	PITIE SALPETRIERE
177	LEENHARDT	Laurence	Endocrinologie/Médecine Nucléaire	PITIE SALPETRIERE
178	LEFEVRE	Jérémy	Chirurgie générale	SAINT ANTOINE
179	LEGRAND	Ollivier	Hématologie clinique	SAINT ANTOINE
180	LEHERICY	Stéphane	Radiologie/imagerie médicale	PITIE SALPETRIERE
181	LEMOINE	François	Immunologie	PITIE SALPETRIERE
182	LEPRINCE	Pascal	Chirurgie thoracique	PITIE SALPETRIERE
183	LESCOT	Thomas	Anesthésiologie/réanimation	SAINT ANTOINE
184	LETAVERNIER	Emmanuel	Physiologie	TENON
185	LEVERGER	Guy	Hématologie/oncologie pédiatriques	TROUSSEAU
186	LEVY	Rachel	Histologie et Cytologie	TENON
187	LEVY	Richard	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
188	LOTZ	Jean-Pierre	Oncologie médicale	TENON
189	LUBETZKI	Catherine	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
190	LUCIDARME	Olivier	Radiologie	PITIE SALPETRIERE
191	LUYT	Charles	Réanimation médicale	PITIE SALPETRIERE
192	MAINGON	Philippe	Radiothérapie	PITIE SALPETRIERE
193	MARCELIN	Anne Geneviève	Bactériologie	PITIE SALPETRIERE
194	MARIANI	Jean	Biologie cellulaire/médecine interne	Charles FOIX
195	MARTEAU	Philippe	Gastroentérologie	SAINT ANTOINE
196	MASQUELET	Alain Charles	Chirurgie Orthopédique	SAINT ANTOINE
197	MAURY	Eric	Réanimation médicale	SAINT ANTOINE
198	MAZERON	Jean-Jacques	Radiothérapie	PITIE SALPETRIERE
199	MAZIER	Dominique	Parasitologie	PITIE SALPETRIERE
200	MENEGAUX	Fabrice	Chirurgie générale	PITIE SALPETRIERE
201	MENU	Yves	Radiologie	SAINT ANTOINE
202	MEYOHAS	Marie Caroline	Maladies infectieuses/tropicales	SAINT ANTOINE
203	MILLET	Bruno	Psychiatrie d'adultes	PITIE SALPETRIERE
204	MITANCHEZ	Delphine	Néonatalogie	TROUSSEAU
205	MOHTY	Mohamad	Hématologie clinique	SAINT ANTOINE
206	MONTALESCOT	Gilles	Cardiologie	PITIE SALPETRIERE
207	MONTRAVERS	Françoise	Biophysique/Médecine nucléaire	TENON
208	MOZER	Pierre	Urologie	PITIE SALPETRIERE
209	NACCACHE	Lionel	Physiologie	PITIE SALPETRIERE
210	NAVARRO	Vincent	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
211	NETCHINE	Irène	Physiologie	TROUSSEAU
212	NGUYEN KHAC	Florence	Hématologie biologique	PITIE SALPETRIERE
213	NGUYEN QUOC	Stéphanie	Hématologie clinique	PITIE SALPETRIERE
214	NIZARD	Jacky	Gynécologie – Obstétrique	PITIE SALPETRIERE
215	OPPERT	Jean-Michel	Nutrition	PITIE SALPETRIERE
216	PAQUES	Michel	Ophtalmologie	CHO 15/20
217	PARC	Yann	Chirurgie digestive	SAINT ANTOINE
218	PASCAL-MOUSSELLARD	Hugues	Chirurgie orthopédique	PITIE SALPETRIERE
219	PATERON	Dominique	Thérapeutique/accueil des urgences	SAINT ANTOINE
220	PAUTAS	Eric	Gériatrie	Charles FOIX
221	PAYE	François	Chirurgie générale/digestive	SAINT ANTOINE
222	PERETTI	Charles	Psychiatrie d'Adultes	SAINT ANTOINE
223	PERIE	Sophie	ORL	TENON
224	PETIT	Arnaud	Pédiatrie	TROUSSEAU
225	PIALOUX	Gilles	Maladies infectieuses/tropicales	TENON
226	PLAISIER	Emmanuelle	Néphrologie	TENON
227	POIROT	Catherine	Cytologie et Histologie	
228	POITOU-BERNERT	Christine	Nutrition	PITIE SALPETRIERE

229	POYNARD	<i>Surnombre</i>	Thierry	Hépto Gastro Entérologie	PITIE SALPETRIERE
230	PRADAT		Pascale	Rééducation Fonctionnelle	PITIE SALPETRIERE
231	PUYBASSET		Louis	Anesthésiologie/Réanimation	PITIE SALPETRIERE
232	RATIU		Vlad	Hépto Gastro Entérologie	PITIE SALPETRIERE
233	RAUX		Mathieu	Anesthésiologie/réanimation	PITIE SALPETRIERE
234	RAY		Patrick	Réanimation/Médecine Urgence	TENON
235	REDHEUIL		Alban	Radiologie	PITIE SALPETRIERE
236	RIOU		Bruno	Urgences médico chirurgicales	PITIE SALPETRIERE
237	ROBAIN		Gilberte	Rééducation Fonctionnelle	ROTHSCHILD
238	ROBERT		Jérôme	Bactériologie	PITIE SALPETRIERE
239	RODRIGUEZ		Diana	Neurone pédiatrie	TROUSSEAU
240	RONCO		Pierre Marie	Néphrologie / Dialyse	TENON
241	RONDEAU		Eric	Néphrologie	TENON
242	ROSMORDUC		Olivier	Hépto Gastro Entérologie	SAINT ANTOINE
243	ROUGER		Philippe	Hématologie	INTS
244	ROUPRET		Morgan	Urologie	PITIE SALPETRIERE
245	ROZE		Emmanuel	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
246	SAHEL		José-Alain	Ophtalmologie	CHNO 15/20
247	SAMSON		Yves	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
248	SANSON		Marc	Histologie/Neurologie	PITIE SALPETRIERE
249	SARI ALI		El Hadi	Chirurgie orthopédique	PITIE SALPETRIERE
250	SAUTET		Alain	Chirurgie orthopédique	SAINT ANTOINE
251	SCATTON		Olivier	Chirurgie Hépto biliaire	PITIE SALPETRIERE
252	SEILHEAN		Danielle	Anatomie pathologique	PITIE SALPETRIERE
253	SESIK		Philippe	Hépto Gastroentérologie	SAINT ANTOINE
254	SELLAM		Jérémie	Rhumatologie	SAINT ANTOINE
255	SEZEUR		Alain	Chirurgie générale	DIACONESSES
256	SIFFROI		Jean-Pierre	Génétique	TROUSSEAU
257	SIMILOWSKI		Thomas	Pneumologie	PITIE SALPETRIERE
258	SIMON		Tabassome	Pharmacologie clinique	SAINT ANTOINE
259	SOKOL		Harry	Gastroentérologie	SAINT ANTOINE
260	SOUBRIER		Florent	Génétique	PITIE SALPETRIERE
261	SPANO		Jean-Philippe	Oncologie médicale	PITIE SALPETRIERE
262	STANKOFF		Bruno	Neurologie	SAINT ANTOINE
263	STEICHEN		Olivier	Urgences médico chirurgicales	TENON
264	STERKERS		Olivier	ORL	PITIE SALPETRIERE
265	STRAUS		Christian	Physiologie	PITIE SALPETRIERE
266	SVRCEK		Magali	Anatomie pathologique	SAINT ANTOINE
267	TALBOT		Jean-Noël	Médecine nucléaire	TENON
268	TANKERE		Frédéric	ORL	PITIE SALPETRIERE
269	THABUT		Dominique	Hépto Gastro Entérologie	PITIE SALPETRIERE
270	THOMAS	<i>Surnombre</i>	Guy	Médecine légale/Psy d'adultes	SAINT ANTOINE
271	THOMASSIN-NAGGARA		Isabelle	Radiologie	TENON
272	THOUMIE		Philippe	Rééducation fonctionnelle	ROTHSCHILD
273	TIRET	<i>Surnombre</i>	Emmanuel	Chirurgie générale/digestive	SAINT ANTOINE
274	TOUBOUL		Emmanuel	Radiothérapie	TENON
275	TOUNIAN		Patrick	Gastroentérologie/nutrition	TROUSSEAU
276	TOURAINÉ		Philippe	Endocrinologie	PITIE SALPETRIERE
277	TRAXER		Olivier	Urologie	TENON
278	TRESALLET		Christophe	Chirurgie générale	PITIE SALPETRIERE
279	TRUGNAN		Germain	Biochimie	SAINT ANTOINE
280	TUBACH		Florence	Biostatistiques/inf médicale	PITIE SALPETRIERE
281	ULINSKI		Tim	Pédiatrie	TROUSSEAU
282	UZAN		Catherine	Chirurgie générale/Gynécologie	PITIE SALPETRIERE
283	VAILLANT		Jean-Christophe	Chirurgie générale	PITIE SALPETRIERE
284	VERNY		Marc	Médecine interne/Gériatrie	PITIE SALPETRIERE
285	VIALLE		Raphaël	Chirurgie infantile	TROUSSEAU
286	VIDAILHET		Marie José	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
287	VIGOUROUX		Corinne	Biologie cellulaire	SAINT ANTOINE

288 WALTI
289 WENDUM
290 WISLEZ

Hervé
Dominique
Marie

Pédiatrie / Néonatalité
Anatomie pathologique
Pneumologie

TROUSSEAU
SAINT ANTOINE
TENON

MEDECINE GENERALE

MAGNIER
CORNET (surnombre)

Anne Marie
Philippe

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES
PRATICIENS HOSPITALIERS**

1	ALLENBACH	<i>Stagiaire</i>	Yves	Médecine interne	PITIE SALPETRIERE
2	AMIEL		Corinne	Virologie	TENON
3	ARON WISNEWSKY		Judith	Nutrition	PITIE SALPETRIERE
4	ATLAN		Michael	Chirurgie reconstructrice	TENON
5	AUBART COHEN		Fleur	Médecine interne	PITIE SALPETRIERE
6	BACHET		Jean-Baptiste	Hépatogastroentérologie	PITIE SALPETRIERE
7	BACHY	<i>Stagiaire</i>	Manon	Chirurgie infantile	TROUSSEAU
8	BARBU		Véronique	Biochimie	SAINT ANTOINE
9	BELLANNE-CHANTELOT		Christine	Génétique	PITIE SALPETRIERE
10	BELLOCQ		Agnès	Physiologie/Explo fonctionnelle	PITIE SALPETRIERE
11	BENOLIEL		Jean-Jacques	Biochimie	PITIE SALPETRIERE
12	BENSIMON		Gilbert	Pharmacologie	PITIE SALPETRIERE
13	BERLIN		Ivan	Pharmacologie	PITIE SALPETRIERE
14	BIELLE	<i>Stagiaire</i>	Franck	Anatomie pathologique	PITIE SALPETRIERE
15	BILHOU-NABERA		Chrystèle	Génétique	SAINT ANTOINE
16	BIOUR		Michel	Pharmacologie	SAINT ANTOINE
17	BLONDIAUX		Eléonore	Radiologie	TROUSSEAU
18	BOISSAN		Mathieu	Biologie cellulaire	TENON
19	BOUHERAOUA	<i>Stagiaire</i>	Nacim	Ophthalmologie	15/20
20	BOULE		Michèle	Physiologie	TROUSSEAU
21	BOURRON		Olivier	Endocrinologie	PITIE SALPETRIERE
22	BOUTOLLEAU		David	Virologie	PITIE SALPETRIERE
23	BRIOUDE		Frédéric	Physiologie	TROUSSEAU
24	BRISOT	<i>Stagiaire</i>	Eolia	Hématologie clinique	SAINT ANTOINE
25	BUOB		David	Anatomie pathologique	TENON
26	BURREL		Sonia	Virologie	PITIE SALPETRIERE
27	CANLORBE	<i>Stagiaire</i>	Geoffroy	Chirurgie /Gynécologie	PITIE SALPETRIERE
28	CERVERA		Pascale	Anatomie pathologique	SAINT ANTOINE
29	CHAPIRO		Elise	Hématologie biologique	PITIE SALPETRIERE
30	CHAPPUY		Hélène	Pédiatrie	TROUSSEAU
31	CHARLOTTE		Frédéric	Anatomie pathologique	PITIE SALPETRIERE
32	CLARENCON		Frédéric	Radiologie et imagerie médicale	PITIE SALPETRIERE
33	COMPERAT		Eva Maria	Anatomie pathologique	TENON
34	CONTI -MOLLO		Filomena	Bio cellulaire Chirurgie hépatique	PITIE SALPETRIERE
35	COTE		Jean-François	Anatomie pathologique	PITIE SALPETRIERE
36	COULET		Florence	Génétique	PITIE SALPETRIERE
37	COUVERT		Philippe	Biochimie	PITIE SALPETRIERE
38	DANZIGER		Nicolas	Physiologie	PITIE SALPETRIERE
39	DECRE		Dominique	Bactériologie virologie	SAINT ANTOINE
40	DEGOS		Vincent	Anesthésiologie Réanimation	PITIE SALPETRIERE
41	DUPONT	<i>Stagiaire</i>	Charlotte	Biologie de la reproduction	TENON
42	ECKERT	<i>Stagiaire</i>	Catherine	Virologie	SAINT ANTOINE
43	ERRERA		Marie-Hélène	Ophthalmologie	CHNO 15/20
44	ESCUDIER		Estelle	Histologie/Génétique	TROUSSEAU
45	FAJAC-CALVET		Anne	Histologie Embryologie	TENON
46	FEKKAR		Arnaud	Parasitologie	PITIE SALPETRIERE
47	FERRERI		Florian	Psychiatrie Adultes	SAINT ANTOINE
48	FREUND		Yonathan	Médecine d'Urgences	PITIE SALPETRIERE
49	GANDJBAKHCH	<i>Stagiaire</i>	Estelle	Cardiologie	PITIE SALPETRIERE
50	GARDERET		Laurent	Hématologie	SAINT ANTOINE
51	GAURA-SCHMIDT		Véronique	Biophysique	TENON
52	GAY		Frederick	Parasitologie	PITIE SALPETRIERE
53	GAYMARD		Bertrand	Physiologie	PITIE SALPETRIERE

54	GEORGIN LAVIALLE	Sophie	Médecine interne	TENON
55	GEROTZIAFAS	Grigoris	Hématologie clinique	TENON
56	GIRAL	Philippe	Endocrinologie/Métabolisme	PITIE SALPETRIERE
57	GOZLAN	Joël	Bactériologie Virologie	SAINT ANTOINE
58	GUIHOT THEVENIN	Amélie	Immunologie	PITIE SALPETRIERE
59	GUITARD	Juliette	Parasitologie	SAINT ANTOINE
60	HABERT	Marie-Odile	Biophysique/Méd. Nucléaire	PITIE SALPETRIERE
61	HUBERFELD	Gilles	Physiologie	PITIE SALPETRIERE
62	HYON	Capucine	Histologie Embryologie	TROUSSEAU
63	ID BAIH	Ahmed	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
64	IRTAN	Sabine	Chirurgie infantile	TROUSSEAU
65	JERU	Isabelle	Génétique	SAINT ANTOINE
66	JOHANET	Catherine	Immunologie	SAINT ANTOINE
67	JOYE	Nicole	Génétique	SAINT ANTOINE
68	KARACHI AGID	Carine	Neurochirurgie	PITIE SALPETRIERE
69	KIFFEL	Thierry	Biophysique/Méd. Nucléaire	TENON
70	KINUGAWA-BOURRON	Kiyoka	Médecine interne/Gériatrie	Charles FOIX
71	LACOMBE	Karine	Maladies Infectieuses	SAINT ANTOINE
72	LACOMBLEZ	Lucette	Pharmacologie	PITIE SALPETRIERE
73	LAFUENTE	Carmelo	Médecine interne/Gériatrie	Charles FOIX
74	LAMAZIERE	Antonin	Biochimie	SAINT ANTOINE
75	LAMBERT-NICLOT <u>Stagiaire</u>	Sidonie	Bactériologie	SAINT ANTOINE
76	LAPIDUS	Nathanaël	Biostatistiques/ informatique médicale	SAINT ANTOINE
77	LASCOLS	Olivier	Biologie cellulaire	SAINT ANTOINE
78	LAUNOIS-ROLLINAT	Sandrine	Physiologie	SAINT ANTOINE
79	LAURENT	Claudine	Pédopsychiatrie	PITIE SALPETRIERE
80	LAVENEZIANA	Pierantonio	Physiologie	PITIE SALPETRIERE
81	LE BIHAN	Johanne	Biochimie	PITIE SALPETRIERE
82	LEBRETON	Guillaume	Chirurgie thoracique	PITIE SALPETRIERE
83	LUSSEY-LEPOUTRE <u>Stagiaire</u>	Charlotte	Biophysique/Méd. Nucléaire	PITIE SALPETRIERE
84	MAKSUD	Philippe	Biophysique/Méd. Nucléaire	PITIE SALPETRIERE
85	MEKINIAN	Arsène	Médecine interne	SAINT ANTOINE
86	MESNARD	Laurent	Néphrologie	TENON
87	MOCHEL	Fanny	Génétique	PITIE SALPETRIERE
88	MOHAND-SAID	Saddek	Ophthalmologie	CHNO 15/20
89	MORAND	Laurence	Bactériologie virologie	SAINT ANTOINE
90	MORENO-SABATER	Alicia	Parasitologie	SAINT ANTOINE
91	NAVA <u>Stagiaire</u>	Caroline	Génétique	PITIE SALPETRIERE
92	NGUYEN <u>Stagiaire</u>	Yann	O.R.L.	PITIE SALPETRIERE
93	PEYRE	Matthieu	Neurochirurgie	PITIE SALPETRIERE
94	PLU	Isabelle	Médecine légale	PITIE SALPETRIERE
95	POIRIER	Jean-Marie	Pharmacologie clinique	PITIE SALPETRIERE
96	POURCHER	Valérie	Maladies infectieuses/tropicales	PITIE SALPETRIERE
97	QUESNEL	Christophe	Anesthésiologie	TENON
98	RAINTEAU	Dominique	Biologie cellulaire	PITIE SALPETRIERE
99	REDOLFI	Stefania	Pneumologie	PITIE SALPETRIERE
100	RENARD-PENNA <u>Stagiaire</u>	Raphaële	Radiologie et imagerie médicale	TENON
101	ROOS-WEIL <u>Stagiaire</u>	Damien	Hématologie clinique	PITIE SALPETRIERE
102	ROSENBAUM <u>Stagiaire</u>	David	Thérapeutique/Endocrinologie	PITIE SALPETRIERE
103	ROSENHEIM	Michel	Epidémiologie/Santé publique	PITIE SALPETRIERE
104	ROSENZWAJG	Michelle	Immunologie	PITIE SALPETRIERE
105	ROSSO	Charlotte	Urgences cérébro vasculaires	PITIE SALPETRIERE
106	ROUSSEAU	Géraldine	Chirurgie générale	PITIE SALPETRIERE
107	SAADOUN	David	Médecine interne	PITIE-SALPETRIERE
108	SCHMIDT <u>Stagiaire</u>	Mathieu	Réanimation médicale	PITIE SALPETRIERE
109	SCHNURIGER	Aurélie	Bactériologie-Virologie	TROUSSEAU
110	SEROUSSI FREDEAU	Brigitte	Santé Publique	TENON
111	SERVAIS	Laurent	Chirurgie orthopédique pédiatrie	TROUSSEAU
112	SILVAIN	Johanne	Département de Cardiologie	PITIE-SALPETRIERE
113	SORIA	Angèle	Dermatologie/Allergologie	TENON
114	SOUGAKOFF	Wladimir	Bactériologie	PITIE SALPETRIERE
115	SOUSSAN	Patrick	Virologie	TENON

116	TANKOVIC	Jacques	Bactériologie virologie	SAINTE ANTOINE
117	TEZENAS DU MONTCEL	Sophie	Biostatistiques/ informatique médicale	PITIE SALPETRIERE
118	THELLIER	Marc	Parasitologie	PITIE SALPETRIERE
119	TISSIER-RIBLE	Frédérique	Anatomie pathologique	PITIE SALPETRIERE
120	TOUITOU	Valérie	Ophthalmologie	PITIE SALPETRIERE
121	TOURRET	Jérôme	Néphrologie	PITIE SALPETRIERE
122	VATIER	Camille	Biologie cellulaire	SAINTE ANTOINE
123	VAYLET	Claire	Biophysique/Méd. Nucléaire	TROUSSEAU
124	VEZIRIS	Nicolas	Bactériologie	PITIE SALPETRIERE
125	VIMONT BILLARANT	Sophie	Bactériologie	TENON
126	WAGNER	Mathilde	Radiologie et imagerie médicale	PITIE SALPETRIERE
127	YORDANOV	Youri	Thérapeutique/Médecine d'urgences	TENON

MEDECINE GENERALE

IBANEZ	Gladys
CADWALLADER	Jean-Sébastien

TABLE DES ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS

ACS : Aide au paiement d'une Complémentaire Santé

ADN : Acide désoxyribonucléique

ALD : Allocation Longue Durée

AMC : Assurance Médicale Complémentaire

AME : Aide Médicale d'État

AMO : Assurance Médicale Obligatoire

ARS : Agence Régionale de santé

CARE : Capacité et Ressources des Personnes Âgées

CDD : Contrat à Durée Déterminée

CDSS : Commission des Déterminants Sociaux de la Santé

CES : Centres d'Examens de Santé

CETAF : Centre Technique d'Appui et de Formation

CMG : Collège de la Médecine Générale

CMU : Couverture Maladie Universelle

CMU-C : Couverture Maladie Universelle Complémentaire

CNAV : Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse

CNRS : Centre National de la Recherche Scientifique

CSP : Catégorie Socioprofessionnelle

DADS : Déclarations Annuelles des Données Sociales

DARES : Direction de l'Animation de la Recherche, des Études et des Statistiques

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

DSS : Déterminants Sociaux de Santé

EDI : European Deprivation Index

EDP : Échantillon Démographique Permanent

EHESP : École des Hautes Études en Santé Publique

EHIS : European Health Interview Survey (enquête)

EHISESP : Enquête santé européenne-Enquête santé et protection sociale (enquête)

EIS : Études d'Impact en Santé

EPICES : Évaluation de la Précarité et des Inégalités de Santé dans les Centres d'Examens de Santé (Score)

ESPS : Enquête Santé et Protection Sociale

FCU : Frotti Cervico-Utérin

HAS : Haute Autorité de Santé
HCSP : Haut Conseil de Santé Publique
ICIS : Institut Canadien d'Information sur la Santé
IGAS : Inspection générale des Affaires Sociales
IMC : Indice de Masse Corporelle
INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé
INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques
INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale
InVS : Institut de Veille Sanitaire
IOM : Institute Of Medicine
IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé
IRIS : Îlots Regroupés pour l'Information Statistique de l'Insee
ISS : Inégalité Sociale de Santé
ISTS : Inégalité Sociale et Territoriales de Santé
MG : Médecin Généraliste
MT : Médecin Traitant
MSU : Maître de Stage Universitaire
NAM : National Academy of Medicine
OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Économiques
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
PASS : Permanence d'Accès Aux Soins
PMI : Protection Maternelle et Infantile
PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
PNSE : Plan National de Santé et Environnement
PNSP : Plan National de Santé Publique
PUMA : Protection Universelle Maladie
SIP : Santé et Itinéraire Professionnel
SIRS : Santé, Inégalités et Ruptures Sociales (cohorte)
SNDS : Système National des Données de Santé
SNIIRAM : Système National d'Information Inter-Régime de l'Assurance Maladie
SNS : Stratégie Nationale de Santé
SRCV : Statistiques sur les Ressources et les Conditions de Vie des ménages
SUMER : Surveillance Médicale d'Exposition aux Risques professionnels
TBS : Tableau de Bord Social
ZUS : Zones Urbaines Sensibles

Table des matières

TABLE DES ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS	15
Introduction :.....	20
1. Contexte	23
1.1. Inégalités sociales de santé	23
1.1.1. Définition	23
1.1.2. Le gradient social	24
1.1.3. La précarité.....	27
1.1.4. La vulnérabilité	27
1.2. Les déterminants sociaux de santé	29
1.2.1. Le modèle de la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé (CDSS).....	29
1.2.3. Environnement et épigénétique	35
1.2.4. Littératie en santé	39
1.3. Rôle des soins primaires et de la médecine générale	41
1.4. Avancées sociales et textes réglementaires en France	42
1.4.1. Rappel historique	42
1.4.2. Avancées récentes	43
1.4.3. L'universalisme proportionné	46
1.4.4. Comité interministériel de Santé	46
1.4.5. Actions territoriales et rôles des collectivités locales :	47
1.5. Des outils de différentes natures	50
1.5.1. Les scores	51
1.5.2. Les bases de données.....	52
1.5.3. Étude d'impact en santé	55
1.6. Une nécessaire évolution du système de santé	56
1.7. Recommandations du CMG pour le recueil des indicateurs sociaux	59
1.7.1. Informations indispensables	61
1.7.2. Informations utiles	62
2. Matériels et méthodes :.....	64
2.1. Recotest	64
2.1.1. Type d'étude et population étudiée	64
2.1.2. Déroulement de l'étude	64
2.1.3. Données recueillies	65
2.2. Recotest – AlmaPro®	67
2.2.1. Chronologie de l'étude	67
2.2.2. Mode de recueil des données sociales	67
2.2.3. Récapitulatif	68
2.2.4. Critère d'inclusion des patients	69
2.2.5. Critères d'exclusion.....	69
2.2.6. Analyse statistique	69
3. Résultats :	70
3.1. Caractéristiques des médecins	70
3.1.1. Taux de participation des médecins	70
3.1.2. Caractéristiques des médecins.....	71
3.2. Nombre de patients	73
3.3. Indicateurs du tableau social	75
3.4. Nombres de patients avec ≥ 3 indicateurs du TBS renseignés	80

3.5. Caractéristiques des patients avec ≥ 3 indicateurs du TBS renseignés	81
3.5.1. Sexe	81
3.5.2. Âge	81
3.5.3. Contrat de médecin traitant	82
4. Discussion :	83
4.1. Résumé des résultats :	83
4.2. Critique des résultats	84
4.3. Comparaison avec la littérature :	85
4.3.1. Quel interlocuteur pour le recueil de la situation sociale ?.....	85
4.3.2. Connaissance empirique des médecins généralistes.....	86
4.3.3. Acceptabilité du recueil par le MG	87
4.3.4. Acceptabilité du recueil par les patients.....	88
4.3.5. Comparaison de l'acceptabilité des MG et des patients	89
4.3.6. Un manque de formation.....	90
4.3.7. Analyse spécifique d'indicateurs.....	91
4.3.8. Les Freins au recueil	93
4.3.9. Un impact sur les pratiques	94
4.3.10. Influence du mode d'exercice et manque de valorisation des actes.....	94
4.3.11. Rôle de l'informatique et faisabilité	95
4.4. Les limites de l'étude :	95
4.5. Les points forts de l'étude :	96
4.6. Perspective	96
Conclusion :	98
Bibliographie :	101
ANNEXES	109
Annexe I : Définition	
Annexe II : Lettres de recrutement des médecins de Silk® et AlmaPro®	
Annexe III : Information aux patients	
Annexe IV : Aide au remplissage	
Annexe V : Exemple de déterminant des composantes de la vulnérabilité	
Annexe VI : Caractéristiques souhaitables des variables socio-économiques	
Annexe VII : Résultats par indicateurs sociaux	
Annexe VIII : Caractéristiques des patients avec ≥ 3 indicateurs du TBS renseignés	
RÉSUMÉ	123

Table des illustrations :

Table des figures

Figure 1: Evolution de la proportion d'individus en bonne santé selon le niveau de revenu et l'âge	25
Figure 2: Part de la trajectoire de santé perçue descendante entre 2006 et 2010 par groupe social chez la population en emploi	26
Figure 3: Vulnérabilité et déterminants	28
Figure 4: Modèle Pathway. Cadre conceptuel de la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS. 2011.....	32
Figure 5: Enquête santé périnatalité 2010	34
Figure 6: Enquête en milieu scolaire (GSM 2013)	34
Figure 7: Prévalence de l'obésité selon le groupe social des parents	35
Figure 8: 25 mesures phares du PNSP 2018.....	48
Figure 9: Approches et rôles différenciés des AVS / CLS	48
Figure 10: Convergence / Divergence CLS:AVS	49
Figure 11: Cadre conceptuel d'une médecine intégrative basée sur les soins primaires	58
Figure 12 : Chronologie de l'étude avec AlmaPro®	67
Figure 13 : Organigramme de sélections des médecins Almapro®	70
Figure 14: Nombre de patients inclus par médecin	75
Figure 15: Résumé des indicateurs du tableau social	78
Figure 16: Nombres de patients avec ≥ 3 indicateurs du TBS renseignés	81

Table des tableaux :

Tableau 1: Recueil des éléments de la situation sociale du patient en médecine générale (CMG 2014)	66
Tableau 2: Localisation des informations sociales dans le logiciel AlmaPro®	68
Tableau 3: Caractéristiques des médecins	76
Tableau 4: Activité des médecins	76
Tableau 5: Nombre de patients inclus par médecin	76
Tableau 6: Résultats par indicateurs du tableau social	76
Tableau 7: Résumé des indicateurs du tableau social	79
Tableau 8: Nombres de patients avec ≥ 3 indicateurs du TBS renseignés	80
Tableau 9: Caractéristiques de patients avec ≥ 3 indicateurs du TBS renseignés	80

Introduction :

En 1946, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a défini la santé comme « *un état de complet bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmi  * » (1). En 1986, la Charte d'Ottawa a fait évoluer cette vision statique de la santé en une vision dynamique. Ce texte présentait la santé comme une ressource de la vie quotidienne et non comme un but de la vie : « *La santé est la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci* » (2). La santé est donc un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques. En France, depuis la création de la sécurité sociale en 1945, les politiques de santé s'appuient sur une conception sociale s'inspirant de deux principes : l'universalisme et l'égalité. L'  tat de santé général résulte par ailleurs d'interactions complexes entre plusieurs facteurs d'ordre social, territorial et environnemental (3). La part attribuable aux soins de santé pèserait pour 20% dans la constitution d'un état de santé. Le reste étant attribué à la part génétique (jusqu'à 30%), les comportements de santé (30-40 %), les facteurs sociaux et économiques (15-40 %), et les facteurs environnementaux physiques (5-10 %) (4).

Le médecin généraliste (MG), observateur, coordinateur et acteur unique du système de santé se trouve au carrefour de ces interactions. Formé à la tradition biomédicale visant à l'amélioration des soins basée sur la preuve (Evidence Based Medicine) il pourrait, à force d'hyper-technicisation, perdre de vue l'originalité et l'individualité de son patient. Les pathologies sont bien connues des médecins, mais la réponse adaptée se situe à une échelle qui dépasse le colloque singulier défini par George Duhamel « comme la rencontre d'une confiance

et d'une conscience ». De par les interactions complexes que nous avons décrites la médecine générale doit défendre une démarche holistique de prise en soins s'inscrivant dans le modèle bio-psycho-social (5).

Cette démarche est un rempart nécessaire à une visée éthique de la médecine, car ne pas considérer la personne dans sa globalité (avec son environnement social et ses effets sur la santé) rend le professionnel de santé témoin et co-auteur d'une injustice sociale synonyme de régression de la solidarité et de la responsabilité. Ainsi on comprend que les inégalités sociales puissent constituer un obstacle majeur à la réalisation des objectifs de justice et de solidarité qui sont au cœur de la conception sociale de la santé en France. Récemment leur impact social a atteint un point de rupture traduit par la crise des « gilets jaunes ». Elles s'expriment à travers des déterminants de santé et selon un gradient social.

La recherche de ces Inégalité Sociale de Santé (ISS) a fait l'objet de recommandations du Haut Conseil de santé Publique et du Collège de Médecine Générale en 2014. L'objectif est d'appréhender d'un même regard l'ensemble des facteurs biologiques, environnementaux et sociaux. Ceci permettant d'envisager une compréhension du phénomène pathologique à travers le concept de vulnérabilité, c'est-à-dire en termes de risque comme en termes de réalisation de ces risques, de potentialité de maladie ou des pathologies avérée.

Dans la première partie de ce travail, nous décrirons les ISS et les déterminants sociaux qui influencent l'état de santé. Nous développerons la place centrale du MG et son rôle dans la réduction des ISS. Nous aborderons également les notions d'épigénétique et de littératie en santé qui permettent une meilleure intégration des ISS dans notre quotidien. Nous présenterons

les indicateurs de position sociale issus des recommandations 2014 du CNMG ainsi que des outils permettant d'évaluer la situation sociale d'un patient.

Dans la deuxième partie, nous présenterons à partir des données de l'Étude « Recotest » issues du logiciel métier « AlmaPro » l'analyse du recueil de ces indicateurs de position sociale. Nous les intégrerons alors dans la littérature scientifique existante dans le chapitre « Discussion ».

1. Contexte

1.1. Inégalités sociales de santé

1.1.1. Définition

Les inégalités sociales de santé sont définies comme des différences existant dans le domaine de la santé entre les divers groupes et liées à la structuration sociale hiérarchisée (6). Le rapport Black paru en 1980 en Angleterre fut l'un des premiers à révéler cette relation (7).

Il ne faut pas confondre inégalités de santé et inégalités sociales de santé. Les premières sont « naturelles », relatives à des caractéristiques purement biologiques et non modifiables, par exemple : génétiques avec le sexe ou physiologiques tel que l'âge. Les deuxièmes sont socialement construites. « *En matière de santé, la nature a fait des différences que la société a transformées en inégalités.* » (2)

La Banque de Données en Santé Publique les définit comme « *des différences systématiques, évitables et importantes dans le domaine de la santé, observées entre différents groupes sociaux* ».

En 2011, la déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé déclarait : « *que les inégalités en matière de santé dans chaque pays et entre les pays sont politiquement, socialement et économiquement inacceptables, mais aussi le plus souvent injustes et évitables et que la promotion de l'équité en santé est essentielle au développement durable, à une meilleure qualité de vie et au bien-être de tous, facteurs qui contribuent à la paix et à la sécurité.* » (8)

À ce titre, le Directeur général de l’OMS le Dr Chan, au sujet du rapport intitulé « *Comblar le fossé en une génération* »(9) faisait observer que « *les systèmes de santé ne tendent pas naturellement vers l’équité* »

La France fait partie des pays où les inégalités sociales de santé et de mortalité sont les plus élevées en Europe occidentale et celles-ci n’ont eu aucune tendance à régresser ces dernières années (10).

Cependant, il ne faut pas faire l’amalgame entre ISS, pauvreté, précarité et exclusion sociale. Les ISS existent à tous les niveaux de la société selon un gradient social.

1.1.2. Le gradient social

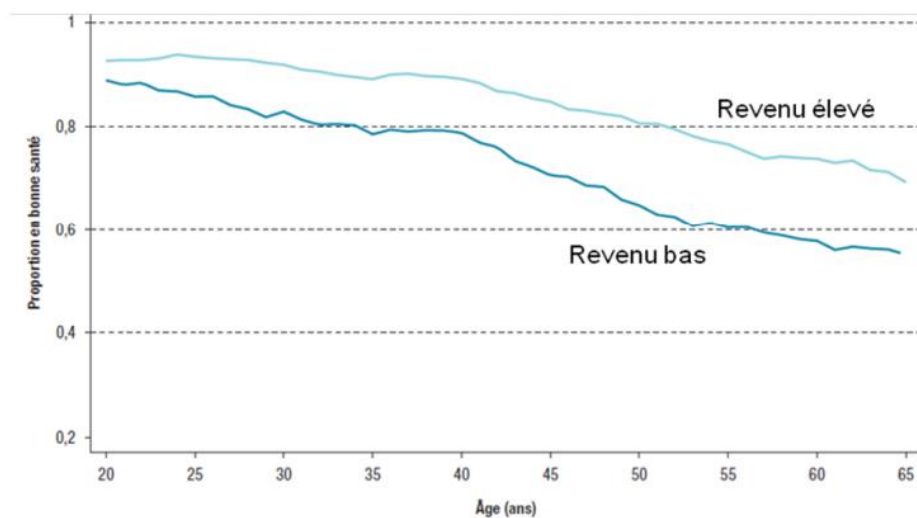
L’existence d’un gradient social de santé s’illustre par le fait que : « *Les personnes qui sont au sommet de la pyramide sociale jouissent d’une meilleure santé que celles qui sont directement en dessous d’elles, qui elles-mêmes sont en meilleure santé que celles qui sont juste en dessous, et ainsi de suite jusqu’au plus bas échelon.* » (11)

En France, depuis la fin des années 1970 les hommes de 35 ans ont gagné 7 années d’espérance de vie et les femmes 5,5 années. Toutes les catégories sociales ont profité de ce progrès mais les écarts entre les cadres et les ouvriers se sont maintenus contrastant avec l’amélioration du

niveau moyen de l'état de santé. Entre 2009-2013, un cadre masculin de 35 ans peut espérer vivre 49 ans, un ouvrier 42,6 ans (12,13).

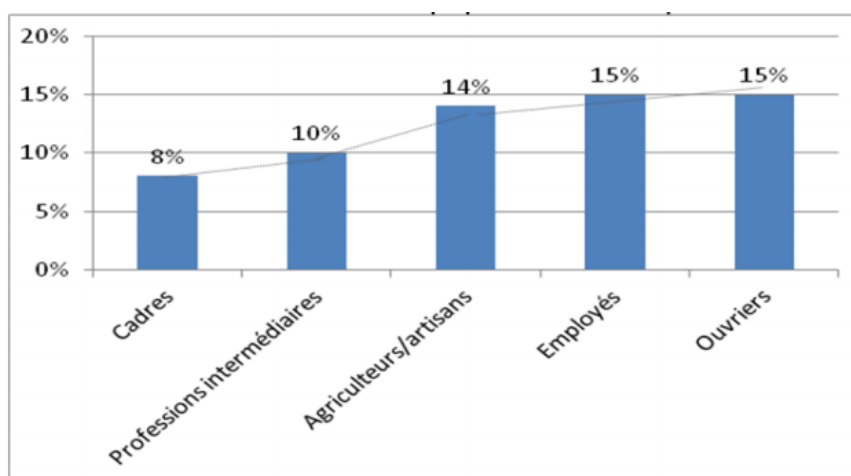
Mais cette espérance de vie n'a pas la même qualité. L'espérance de vie sans incapacité à 35 ans d'un cadre est de 34 ans alors qu'elle n'est que de 24 ans pour un ouvrier (3). C'est la « double peine » (14).

Figure 1: Évolution de la proportion d'individus en bonne santé selon le niveau de revenu et l'âge



Source : Apouey BH. Les disparités sociales de santé perçues au cours de la vie : le cas de la France (2004-2012). Bull Epidemiol Hebd. 2015;(24-25)456-65

Figure 2: Part de la trajectoire de santé perçue descendante entre 2006 et 2010 par groupe social chez la population en emploi



Source : "Inégalités de santé : influence du groupe social sur la santé perçue" DREES, 2014.

Plus le revenu national et les dépenses de santé sont élevés dans un pays, plus l'espérance de vie de sa population est longue. Mais ces facteurs ne peuvent expliquer qu'une partie des écarts constatés entre les pays. D'autres facteurs, tels que les déterminants sociaux de santé jouent un rôle majeur. Ainsi dans les pays de l'OCDE (15) :

- Une hausse de 10 % des dépenses de santé par habitant est associée à un allongement de 3,5 mois de l'espérance de vie.
- Une amélioration de 10 % des modes de vie est associée à un gain de 2,6 mois d'espérance de vie.

Les déterminants sociaux plus généraux entrent aussi en ligne de compte :

- Une hausse de 10 % du revenu par habitant se traduit par un allongement de 2,2 mois de l'espérance de vie,
- Une expansion de 10 % de la couverture de l'enseignement primaire est associée à un gain de 3,2 mois.

1.1.3. La précarité

À l'extrémité basse de ce continuum social se trouve la précarité qui s'inscrit au cœur de la question des ISS. De par son caractère multidimensionnel, la précarité est difficile à définir de façon consensuelle. D'après J. Wresinski (13) « *La précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux* ».

Elle est liée aux mutations socio-économiques survenues au cours de ce demi-siècle dans de nombreux pays industrialisés. Ces mutations sont à l'origine d'un double processus de précarisation : la montée du chômage et le développement des formes particulières d'emplois, dits emplois précaires (intérim, CDD, temps partiel, ubérisation du travail).

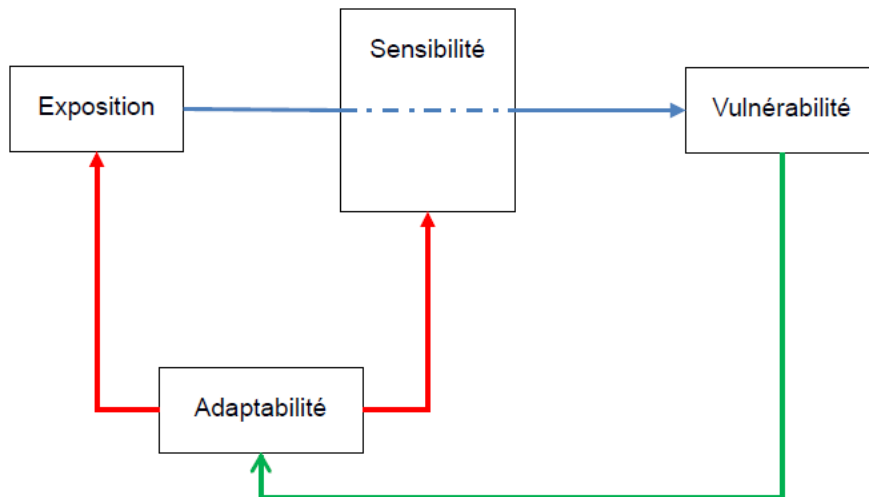
La précarité s'accompagne d'un risque accru de morbidité, de dépendances aux différents toxiques et d'un faible recours aux soins (16).

1.1.4. La vulnérabilité

Étymologiquement, la vulnérabilité vient du latin « vulnus », qui signifie « blessé », « qui peut être facilement atteint, qui se défend mal ». La vulnérabilité est une dimension présente chez tous les individus et repose sur l'hypothèse d'un continuum entre le normal et le pathologique sans les placer en opposition. Elle relève d'une fragilité ou sensibilité potentielle de la personne ou de la population considérée comme vulnérable. Elle nous amène à faire le

distinguo entre les facteurs de risque, les sujets à risque et les situations à risque. Le risque est la probabilité de survenue d'un évènement défavorable (17).

Figure 3: Vulnérabilité et déterminants



Source : Santé publique France, "Outils élaborés dans la cadre du programme « Inégalités sociales de santé, 2013-2015 », avril 2018.

La notion de vulnérabilité permet d'articuler le Sanitaire et le Social en repérant en même temps les déterminants sociaux de santé et les facteurs de risques établis (cardio-vasculaires par exemple) tout au long de l'échelle sociale (*voir annexe*). Elle s'intègre pleinement dans le modèle bio-psycho-social en plaçant les acteurs de santé à chaque niveau d'intervention : dépistage, prévention, pathologique.

1.2. Les déterminants sociaux de santé

Les déterminants sociaux de la santé (DSS) visent à expliquer comment les inégalités sociales se « transforment » en inégalités de santé (18). Selon l’OMS, ils sont définis comme « *les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie* » (9).

1.2.1. Le modèle de la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé (CDSS)

Il existe de nombreux modèles pour décrire les DSS (19), nous décrivons ici le modèle de la CDSS élaboré sous l’égide de l’OMS en 2008 (9). Cette commission a travaillé sur les causes fondamentales des ISS : les « *causes des causes* ». Ce modèle distingue trois composantes fondamentales :

- L’environnement général qui représente la dimension macro-économique et politique globale. Elle inclut tout le spectre de facteurs sociétaux qui ne peuvent être mesurés au niveau individuel : la gouvernance, les politiques macro-économiques, sociales, publiques, les valeurs sociétales et les conditions épidémiologiques.
- Les conditions de vie quotidiennes qui se composent des déterminants structurels liés à la position socio-économique des individus. Elle constitue l’élément central du modèle. Les inégalités étant déterminées par le statut socio-économique des individus, c’est-à-dire :

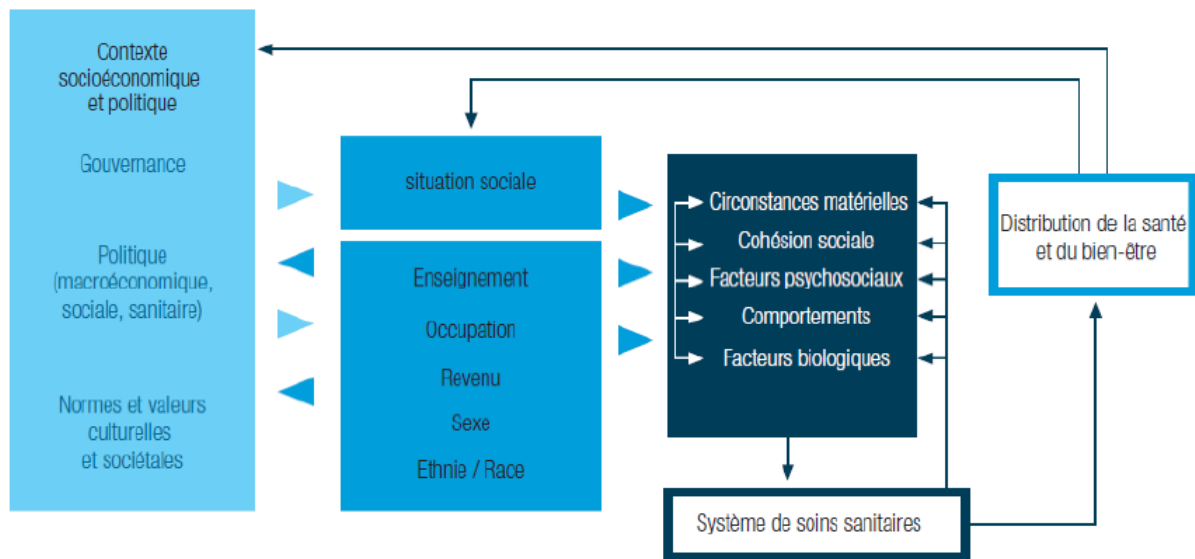
- o *Le revenu*, qui mesure directement la composante ressource matérielle de la position socio-économique. Avec la formation, il présente une association « dose réponse ».
 - o *La formation* reflète la transition entre la position socio-économique des parents (notamment intellectuelle et matérielles) et celle de leur enfant devenu adulte. C'est un fort déterminant social de son futur revenu et de sa capacité à trouver un emploi. Sa construction est influencée par l'accès et la performance lors de l'enseignement et n'évolue pas à l'âge adulte pour la plupart des gens.
 - o *L'emploi* est défini dans une double dimension : il indique l'exposition à des risques professionnels spécifiques et définit la place des individus dans la hiérarchie sociale. Les mécanismes qui expliquent la corrélation entre emploi et santé sont multiples : reflet du standing social, corrélation au revenu, exposition directe à un environnement de travail toxique, stress professionnel.
 - o *Le genre et l'ethnie* sont également des DSS et ont un rôle plus ou moins important selon les pays, selon qu'ils puissent être une variable discriminante pour l'accès à un emploi, une formation, aux ressources et la santé.
- Les comportements et styles de vie comprennent les déterminants intermédiaires de la santé. Ils déterminent les différences d'exposition et de vulnérabilité à des conditions défavorables à la santé.
- o *Les circonstances matérielles* incluent tous les déterminants liés à l'environnement physique de travail et de vie, notamment les moyens financiers pour un logement, une nourriture, et un habillement de qualité. Ces différences sont considérées comme le principal facteur intermédiaire selon la CDSS.

- o *Les circonstances psycho-sociales* incluent les facteurs de stress psycho-sociaux, au travail ou dans la vie courante, les évènements personnels négatifs, la faiblesse du support social ou familial, ainsi que les méthodes pour faire face au problème.
- o *Les facteurs comportementaux et biologiques* comprennent :
 - Les facteurs comportementaux en matière de dépendance, de régime alimentaire ou d'activité physique. Ils font référence au style de vie.
 - Les facteurs biologiques qui n'interviennent pas ici de manière directe mais peuvent apparaître dans le cadre de processus complexes.
- o *Le système de santé* : à l'intérieur de cette troisième catégorie, le modèle de l'OMS considère le système de santé comme un DSS à part entière. (20)

Ce modèle met en avant que les comportements de santé souvent évoqués comme principaux responsables des ISS ne sont pas qu'individuels mais sont également liés aux déterminants structurels et s'inscrivent dans un parcours de vie socialement déterminé. L'accès à l'information sur la santé, le niveau d'éducation, l'insertion sociale et le niveau de revenus sont autant d'éléments qui entrent en compte au-delà de la seule responsabilité individuelle.

De plus, les comportements en santé sont influencés par l'environnement créé par les politiques publiques (prix des aliments, lobby agro-alimentaire, accès à l'activité physique, répartition territoriale des ressources...) (18). Il est ainsi essentiel de distinguer les causes proximales (comportement des individus) des causes fondamentales (les contextes favorisant ou non) des DSS dans lesquelles ces comportements s'insèrent.

Figure 4 : Modèle Pathway. Cadre conceptuel de la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé de l'OMS. 2011



Source : Solar O., Irwin A., 2011, *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health, Social Determinants of Health*

À ce modèle théorique correspondent des outils tels que :

- Les modèles multi-niveaux qui permettent d'étudier le rôle joué par les environnements physique et social des individus ainsi que leur interaction avec les caractéristiques sociales des individus eux-mêmes (21).
- L'épidémiologie biographique « lifecourse epidemiology » qui cherche, d'une part, à comprendre comment les expériences s'incorporent biologiquement (nous y reviendrons avec l'épigénétique), mais également à analyser les mécanismes qui produisent des inégalités tout au long de la vie (22). Plusieurs modèles sont mobilisés :
 - o Le modèle cumulatif, qui considère l'état de santé à un âge donné comme résultant de la somme cumulée des effets délétères de différents facteurs de risque au cours de la vie. Cet effet d'accumulation joue de façon transversale

(travail, habitat...) et longitudinale (le cumul démarrant dès la vie intra-utérine et se perpétuant tout au long de la vie) ;

- o Un deuxième modèle s'attache à des périodes sensibles de la vie, au cours desquelles la survenue de certains facteurs de risque est susceptible d'entraîner des conséquences irréversibles sur l'état de santé ;
- o Le modèle des chaînes de causalité qui met l'accent sur l'enchaînement des phénomènes rencontrés au cours de la vie. Dans cette approche, un désavantage précoce dans la vie peut placer un individu sur une chaîne de risque le conduisant à une exposition future.

Tous ces modèles sont complémentaires. Ils sont complexes et font intervenir différentes approches et disciplines. De cette analyse découlent des choix en matière d'intervention et de politiques de réduction des inégalités sociales de santé.

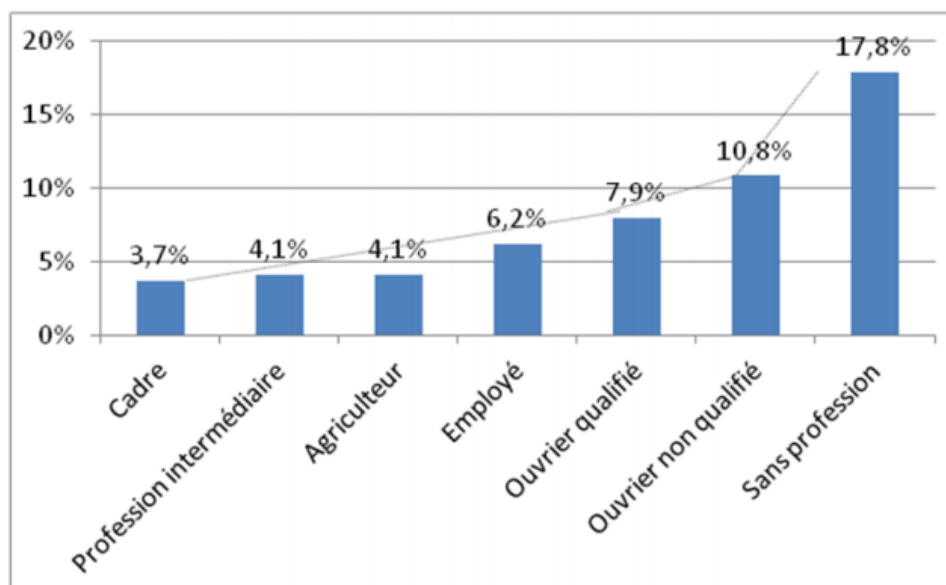
1.2.2. Impact des déterminants de santé tout au long de la vie

L'approche d'épidémiologie biographique souligne l'importance du continuum existant entre l'environnement précoce des personnes et le développement des maladies chroniques à l'âge adulte. Ainsi le développement de l'enfant a une influence déterminante sur son espérance de vie et sur sa santé future.

Les ISS sont présentes dès la grossesse (23) et sont observées dès le plus jeune âge (24). La période de l'enfance est donc critique de ce point de vue, car des travaux montrent son influence sur les maladies cardio-vasculaires, les cancers à l'âge adulte ou encore la mortalité totale. Elle est dans plusieurs domaines très difficilement réversible.(25,26)

Figure 5 : Enquête santé périnatalité 2010

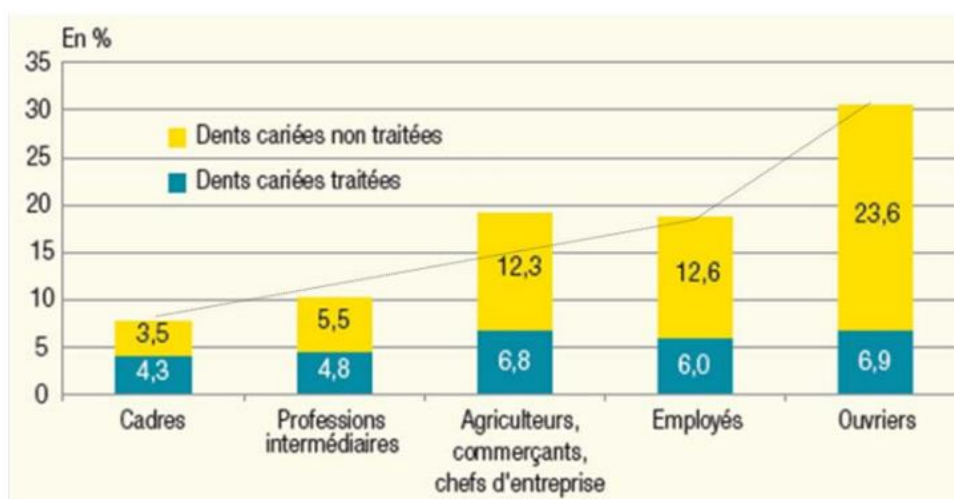
% de femmes n'ayant pas déclaré leur grossesse au premier trimestre



Source : "surveillance de la grossesse en 2010 : des inégalités sociodémographiques" Études et résultats, DREES, 2013

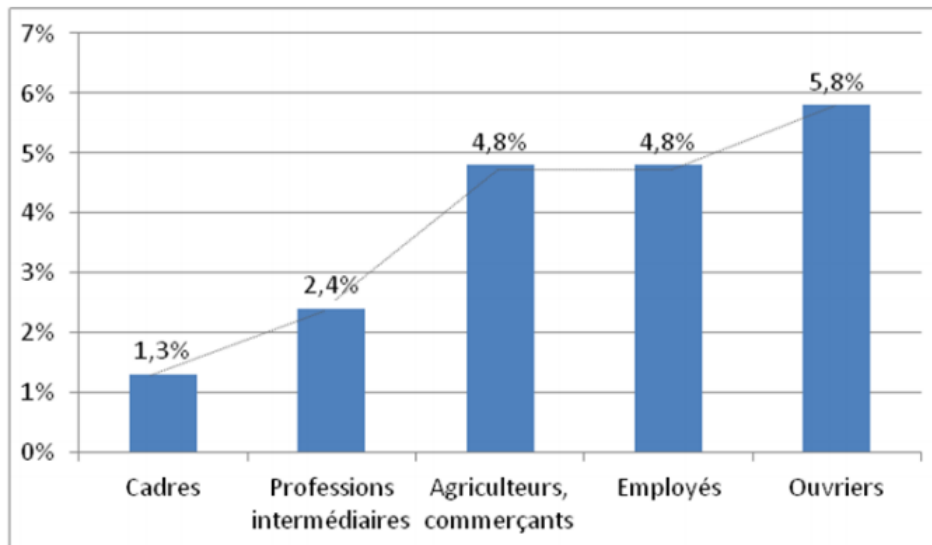
Figure 6 : Enquête en milieu scolaire (GSM 2013)

Prévalence de dents cariées en fonction du groupe social des parents



Source : "la santé des élèves en grande section maternelles en 2013 : des inégalités sociales dès le plus jeune âge" Études et résultats, DREES, 2015

Figure 7 : Prévalence de l'obésité selon le groupe social des parents



Source : « La santé des élèves ne grande section maternelles en 2013 : des inégalités sociales dès le plus jeune âge" Études et résultats, DREES, 2015

Dans une approche « Lifecourse » : il n'est jamais trop tôt, et il n'est jamais trop tard pour intervenir (27). Avec une perspective de prévention en santé publique, il faut mettre l'accent sur l'enfance et des périodes sensibles de vie.

1.2.3. Environnement et épigénétique

L'épigénétique renvoie à l'opposition entre gène et environnement et plus généralement l'opposition entre nature et culture. Dans les structures élémentaires de la parenté, Lévi-Strauss écrivait à ce propos : « *Nier ou sous-évaluer l'opposition, c'est s'interdire toute intelligence des phénomènes sociaux ; et, en lui donnant sa pleine portée méthodologique, on risque d'ériger en insoluble mystère le problème du passage entre les deux ordres. Où finit la nature ? Où commence la culture ?* » (28)

L'épigénétique peut être définie « *comme des changements stables dans la fonction des gènes, habituellement liés à des facteurs environnementaux, qui ne peuvent être expliqués par des différences dans la seule séquence du génome* » (29). Elle fait référence à toute information héritable pendant la division cellulaire en dehors de la séquence de l'ADN elle-même. La théorie de la transmission de caractères acquis attribuée à Lamarck au XIX^{ème} siècle puis délaissée au profit de la génétique Mendélienne, trouve ainsi dans l'épigénétique un appui moderne considérable (30).

Des travaux de recherche en biologie moléculaire suggèrent l'implication de mécanismes épigénétiques dans le phénomène d'incorporation biologique, l'épigénétique constituant ainsi un pont entre environnement, notamment social, et biologie.

Les autres mécanismes de cette incorporation biologique sont pour une partie d'entre eux bien connus et très classiques. Pour Hertzman (31), l'incorporation biologique se produit quand l'expérience, sociale, humaine biographique, pénètre sous la peau et influence le développement biologique humain. Toute exposition à un environnement stressant met en jeu des systèmes nerveux et neuro endocriniens connus depuis longtemps sous le terme de systèmes de réponse au stress. Ces systèmes impliquent notamment l'axe hypothalamo-hypophysaire (cortisol notamment), le système nerveux autonome (système adrénargique-noradrénargique), diverses zones du cortex cérébral (préfrontal) mais aussi le système immunitaire et inflammatoire. La réponse biologique est une réponse, une adaptation, à un environnement présent, à un temps donné. Dans le cas où l'environnement n'est pas « favorable », cette adaptation permanente s'obtient au prix d'un coût physiologique sur le long terme, nécessaire

pour que l'individu s'adapte à un environnement difficile ou hostile. En d'autres termes, l'adaptation à l'environnement « se paye » d'une usure physiologique multi-systèmes (32). Ainsi le paysage environnemental passé, y compris ses structures sociales et affectives, est susceptible de laisser des traces au niveau biologique et moléculaire.

Sur le plan biologique c'est aussi la notion de « charge allostatique » qui est relativement ancienne. Pour McEwen (32), la pression exercée sur le corps par des alternances de pics et de bas de la réponse physiologique et l'impact de l'usure sur un certain nombre de tissus et d'organes peut prédisposer un organisme aux maladies. On retrouve cette usure sous forme de stigmates biologiques présents sur des biomarqueurs sanguins. Cet état est défini comme la charge allostatique.

Pour illustrer ces concepts concernant la balance gène-environnement, des travaux épidémiologiques se sont intéressés à la concordance dans l'incidence des cancers entre des vrais jumeaux, pour tenter d'estimer la part attribuable au facteur héritable, c'est-à-dire les facteurs génétiques et la part attribuable à l'environnement (33). Les résultats montrent que 40 % des cancers seraient liés à la part génétique et 60 % liés à la part environnementale.

Depuis les travaux de l'école (sociologique) de Chicago, des liens ont été établis entre l'insécurité ou la dégradation des lieux publics et la santé mentale ou somatique (maladies cardiovasculaires, survenue de certains cancers) qui s'expliqueraient par l'exposition chronique au stress et/ou le repli sur soi entraînant un isolement social (34,35).

En France depuis 2005, la cohorte SIRS (Santé, inégalités et ruptures sociales) suit un échantillon représentatif de 3 000 adultes répartis dans 50 IRIS (Îlots regroupés pour l'information statistique de l'Insee) aléatoirement sélectionnés dans les 4 départements centraux d'Île de-France dans le cadre d'un programme de recherche pluridisciplinaire associant l'Inserm et le CNRS (36). Cet échantillon de la population a été interrogé en 2005 et en 2010. Il s'agit de la première cohorte représentative de la population générale constituée spécifiquement, en France, pour l'étude des déterminants sociaux et territoriaux de la santé et du recours aux soins. L'objectif principal de ce programme est d'étudier les inégalités socio-territoriales de santé en analysant les impacts respectifs (et éventuellement croisés) de caractéristiques sociales individuelles et de caractéristiques territoriales, sur la santé et le recours aux soins des habitants. Les données de la cohorte SIRS montrent par exemple une prévalence de l'obésité variant du simple au double entre les quartiers les plus riches et les quartiers classés en zones urbaines sensibles (ZUS) de la métropole. Ces inégalités étaient fortement liées au profil social et économique des habitants mais renvoyaient simultanément, toutes choses égales par ailleurs concernant les caractéristiques individuelles, à l'offre alimentaire et au type d'urbanisation des quartiers de résidence (37). Ainsi 13,6 % des personnes interrogées résidant dans des quartiers situés en zone urbaine sensible (ZUS) ou de type « ouvrier » étaient obèses contre seulement 6,6 % de celles résidant dans des quartiers de type moyen ou supérieur.

De même pour le recours au frottis du col de l'utérus (FCU), sa fréquence était associée aux caractéristiques socio-économiques et démographiques des individus (niveau de revenu, couverture maladie, niveau d'étude, vie en couple, origines migratoires). Notamment, il existait un fort gradient entre les femmes françaises nées de parents français, les Françaises issues de l'immigration et les immigrées. Celui-ci persistait après avoir pris en compte la variété des

situations socioéconomiques (38) et ce, y compris chez celles suivies régulièrement en gynécologie. Le recours au FCU était significativement associé au profil socio-économique du quartier et à la densité médicale (en généralistes ou gynécologues), mais uniquement pour les femmes qui concentraient l'essentiel de leurs activités quotidiennes dans leur seul quartier de résidence. Ces dernières se trouvaient en effet fortement dépendantes des opportunités et des contraintes de leur quartier de résidence.

La loi de santé publique à propos du Plan national de Santé et Environnement 3 (PNSE) de décembre 2014 introduit la notion d'exposome, c'est-à-dire de cumul, de durée, de vulnérabilité. Cette notion importante implique un changement de paradigme. (39)

1.2.4. Littératie en santé

Le terme « littératie » est un néologisme introduit au début des années 1990, dérivé de l'anglais « *literacy* ». Pendant positif du terme « illettrisme », il rend mieux compte du caractère continu et contextuel de la compétence à gérer les informations (40).

Si réduire la genèse des inégalités sociales de santé à une série de « choix mal informés » serait aussi réducteur qu'injuste – nos comportements sont souvent dictés par des contraintes, parfois très lucidement reconnues –, que ces inégalités puissent être renforcées par une « complexité non nécessaire » du système de soins, invite les professionnels à une remise en question constructive et à l'action.

À l'ère de la démocratie en santé, les usagers et les acteurs du système de santé (professionnels, élus) sont associés à l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques de santé. (37,38). Ils sont également plus impliqués et responsabilisés dans les prises en charge médicales tout en étant plus autonomisés dans leur parcours de soin : c'est « l'empowerment ». Notre système de santé évoluant d'une médecine paternaliste vers l'émancipation des patients et la reconnaissance législative de leurs droits tout en conduisant vers la pratique d'une médecine normative (41,42). On perçoit ainsi le potentiel en termes d'ISS du concept de littératie.

Notre époque brasse un volume gigantesque d'informations et, dans le même temps, sollicite de manière incessante la responsabilité des individus. Dans certaines situations, nos capacités à gérer ces informations peuvent être inadéquates ou dépassées, et ce déséquilibre entraîner des conséquences néfastes pour la santé. Si le système de soins n'est qu'un des contextes dans lesquels se joue la santé des individus, il peut être considéré comme l'archétype d'un milieu où des informations complexes doivent être échangées. Or, nous ne sommes pas égaux face à ces difficultés.

Toutes les études s'accordent sur le fait qu'un faible niveau de littératie en santé est fréquent au sein de la population générale. Dans la première « *European Health Literacy Survey* », à laquelle il faut le noter, la France n'a pas pris part, le niveau de littératie en santé était qualifié d'« inadéquat » chez 12 % des répondants et de « problématique » chez 35 % d'entre eux (43). Selon le dernier rapport de l'OCDE sur les compétences des adultes, le niveau de littératie général des Français se situe parmi les plus bas des 22 pays participants (44). Les auteurs les plus investis dans le domaine n'hésitent pas à qualifier la littératie en santé de « déterminant-clé de la santé » (45) . Une forte corrélation a été démontrée, même après

correction pour diverses variables socio-économiques, entre un bas niveau de littératie en santé et une série d'indicateurs de santé, comme par exemple un faible recours à la vaccination contre la grippe, une moindre adhésion thérapeutique médicamenteuse ou une plus grande mortalité chez la personne âgée (46). Les problèmes de littératie sont, par ailleurs, largement sous-estimés par les professionnels de la santé (47), alors que les usagers sont demandeurs d'interventions en la matière.

De plus le vieillissement de la population, la tendance à la surmédicalisation des problèmes, ainsi que la pression mise sur les patients et leur entourage pour une plus grande autogestion des maladies chroniques, pourraient, dans le futur, accentuer le problème.

1.3.Rôle des soins primaires et de la médecine générale

D'après la déclaration de Alma-Ata en 1978, « *les soins de santé primaires font partie intégrante du système national de santé, dont ils sont la cheville ouvrière. Ils sont le premier niveau de contact des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire* » (48). Plusieurs travaux ont montré l'intérêt du système de soins primaires dans la réduction des ISS (10). Les systèmes se basant sur des soins de santé primaires « forts », comme les Pays-Bas, le Royaume-Uni, se sont révélés en moyenne plus efficaces pour améliorer la santé des populations que ceux ayant des soins primaires « faibles » (49). De plus, plusieurs expérimentations ont montré que le système de soins, s'il prenait conscience des différences de

traitement qu'il mettait en œuvre entre catégories de patients, pouvait agir sur ces différences par le biais d'interventions orientées vers des populations spécifiques par exemple (50). Les médecins généralistes ont un rôle important dans la réduction des ISS en répondant au mieux aux besoins de la population, en s'engageant dans les pratiques préventives et en atteignant les populations qui ne consultent pas régulièrement leur cabinet (51).

1.4. Avancées sociales et textes réglementaires en France

1.4.1. Rappel historique

D'un point de vue historique, plusieurs dates peuvent être retenues : en 2000, les recherches sur les ISS ont été reconnues comme légitimes. En 2009-2010, jusque-là surtout tournée vers l'accès au soin et la lutte contre l'exclusion et la précarité (Couverture Maladie Universelle (CMU), Aide Médicale d'État (AME) ou Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS)) ; la réduction des ISS est arrivée sur l'agenda politique. En 2013, elle obtenait une place centrale de la stratégie nationale de santé (SNS). Elle constituait également un des axes majeurs du troisième plan cancer et était présente dans les plans stratégiques régionaux de santé de plusieurs agences régionales de santé (ARS).

L'importance, pour la France, de l'enjeu que constitue la réduction des ISS a également été rappelée par la ministre de la Santé dans un éditorial publié dans le magazine *The Lancet* en 2011 (52).

Afin de lutter contre ces inégalités, il est indispensable de disposer d'outils qui permettent de les observer, de les mesurer et de les suivre dans le temps. A l'époque, le manque d'un système de surveillance des ISS avait été souligné dans différents rapports notamment du Haut Conseil de la santé publique (HCSP) (53,54) et de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) (18). Ces rapports insistaient sur la nécessité de produire des indicateurs de suivi des ISS de façon régulière. L'objectif de développer la recherche interventionnelle est alors apparu. Différents outils ont été élaborés par Santé Publique France (issue de la fusion de l'InVS et de l'INPES): des fiches « Variables socioéconomiques », des fiches « Indices de désavantage social », et une définition opérationnelle de la vulnérabilité en santé publique (17). Les ISS sont par la suite dénommées Inégalités Sociale et Territoriales de Santé (ISTS).

Dans cette continuité la loi du 26 janvier 2016 dite de « *modernisation de notre système de santé* » est votée. La lutte contre le renoncement aux soins pour des raisons financières constitue un point nodal de la réforme. Elle inscrit une conception organisationnelle des soins, inhérente à la nécessité de garantir un égal accès à des soins de qualité sur l'ensemble du territoire national avec le « Pacte-Territoire-Santé » et les « contrats territoriaux santé » en lien avec les ARS. (55)

1.4.2. Avancées récentes

Janvier 2016 voit également la création de la Protection Universelle Maladie (PUMa) (56). Elle garantit à toute personne travaillant ou résidant en France de manière stable et régulière (plus de trois mois ininterrompus) un droit à la prise en charge de ses frais de santé à titre personnel et de manière continue tout au long de la vie. Cette prise en charge est assurée y

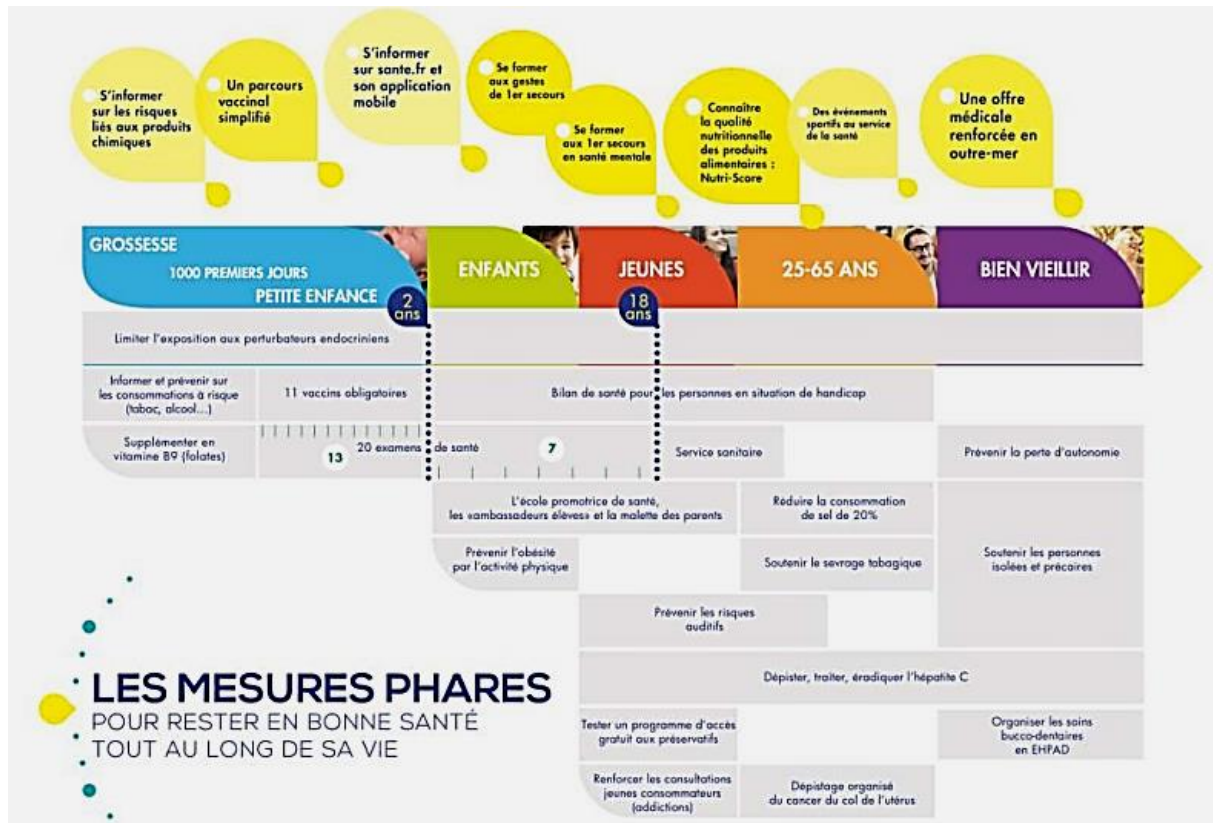
compris en cas de perte d'activité ou de changement de situation personnelle. Les éventuelles périodes de rupture des droits sont ainsi évitées.

Plus récemment, l'objectif de réduction des ISS constitue l'un des quatre principaux axes de la SNS 2018-2022 (57). A ce sujet, Mne A Buzyn Ministre de la santé déclarait : *« L'espérance de vie dans notre pays est l'une des meilleures au monde. Pourtant, la mortalité prématurée demeure encore trop élevée, tout comme les inégalités de mortalité et de morbidité –entre hommes et femmes, entre territoires et entre groupes sociaux: à mesure que les conditions de vie s'altèrent, en termes de logement, de travail, ou encore d'éducation, le risque de mortalité et de morbidité s'accroît. Ces inégalités sont inacceptables. Pour les combattre, nous devons intervenir le plus tôt possible et tout au long de la vie des Français, sur les facteurs de risque, ainsi que sur les déterminants socio-environnementaux. »* (58)

Cependant, pour le HCSP, la SNS telle qu'annoncée ne rend toujours pas suffisamment compte de la complexité et de la nécessité d'une lutte ambitieuse contre les ISTS puisqu'elle ne concerne essentiellement que les soins (renforcer la présence médicale et soignante dans les territoires, généraliser les usages du numérique en santé) et l'aspect financier (renforcer l'accès aux droits sociaux à la couverture maladie, limiter les dépenses de santé restant à la charge des assurés) (59,60). Il insiste à nouveau sur la prise en compte des déterminants sociaux de la santé, les notions de gradient social et d'universalisme proportionné. Il encourage des actions entreprises au niveau interministériel pour considérer la santé dans toutes les politiques et incite à la réalisation d'études d'impact en santé (EIS) prenant en compte les inégalités de santé afin d'évaluer l'impact des politiques conduites. Enfin il met en avant le rôle des collectivités locales et la nécessité d'améliorer leur implication dans la lutte contre les ISTS.

Dans cette lignée le Plan National de Santé Publique 2018 (PNSP) baptisé « *j'agis pour ma santé* » issu de la réflexion d'un Comité interministériel de santé vise plus spécifiquement les DSS à travers 25 mesures (58):

Figure 8 : 25 mesures phares



Source : Plan National de Santé Publique 2018, Comité Interministériel de Santé

Ce plan est aussi à l'origine du lancement du « service sanitaire » qui mobilisera chaque année près de 50 000 étudiants en santé dans des actions de prévention citoyenne et scolaire.

Dans cette même dynamique institutionnelle, citons le prochain plan Santé-Environnement (PNSE 4), préparé par les rencontres nationales santé-environnement ayant eu lieu en mars 2019 (61).

1.4.3. L'universalisme proportionné

Aussi nommées mesures universelles proportionnées, c'est un concept défini par Sir Michael Marmot dans son rapport établi à la demande du Ministère de la santé britannique (2010) (9). L'universalisme proportionné permet une intégration de l'approche universelle et ciblée de santé. Il permet d'offrir une intervention à tous, mais avec des modalités ou une intensité qui varient selon les besoins propres. C'est mettre en œuvre des actions de prévention et de promotion de la santé s'adressant à l'ensemble de la population (universalisme) et d'agir sur chaque catégorie de la population selon ses besoins (proportionnalité). Il est basé sur le principe de l'équité en santé.

1.4.4. Comité interministériel de Santé

Créé par un décret en 2014 (62), le comité interministériel a pour mission de promouvoir la santé dans l'ensemble des politiques publiques grâce à une action coordonnée sur l'ensemble des déterminants de la santé. Il vise à améliorer l'état de santé de la population et à réduire les ISTS. Ce comité regroupe autour du Premier ministre tous les ministres. Il veille à ce que l'articulation des politiques publiques en faveur de la santé soit développée au niveau régional. Il adopte un rapport annuel sur l'état de santé de la population et sur les inégalités de santé.

1.4.5. Actions territoriales et rôles des collectivités locales :

1.4.5.1. Atelier ville santé et Contrat local de santé :

L'Atelier Santé Ville (ASV) et le Contrat Local de Santé (CLS) sont à la fois des démarches locales et des dispositifs publics qui se situent à la croisée de la politique territoriale et des politiques de santé. Leur objectif est de contribuer à la réduction des ISTS (63,64). Leur intérêt réside dans leur capacité à initier et coordonner un projet territorial de santé en développant des approches intersectorielles de promotion globale de la santé et d'accès aux soins par mobilisation des compétences existantes localement (éducative, emploi, prévention de la délinquance, acteurs de l'action sanitaire, sociale et médico-sociale). Pour les ASV elles sont d'abord destinées aux quartiers prioritaires de la politique de la ville.

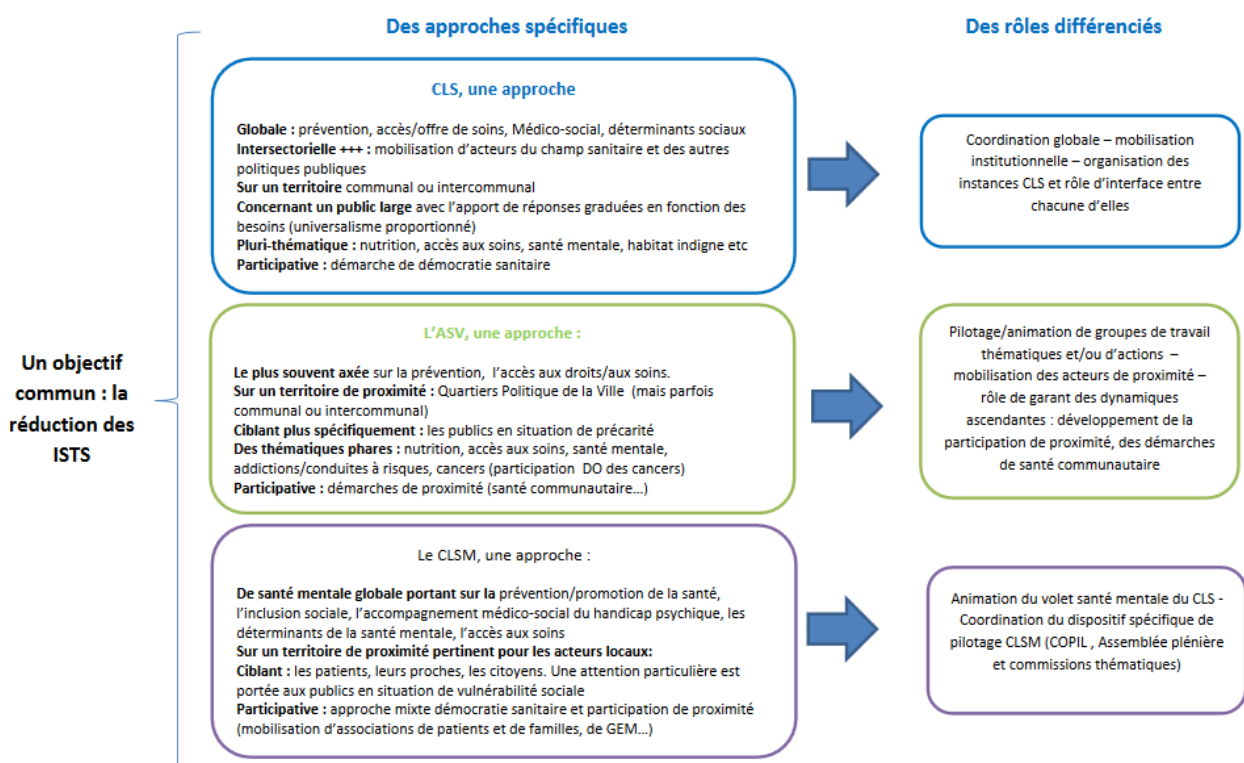
Mise en place par le Comité interministériel de la Ville en 1999, la démarche ASV s'inscrit dans la loi relative à la lutte contre les exclusions et s'articule avec les priorités régionales des programmes d'accès à la prévention et aux soins (Praps).

S'inscrivant aujourd'hui dans le nouveau contexte issu des dispositions de la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) du 21 juillet 2009, les ASV peuvent être intégrés aux contrats locaux de santé (CLS) élaborés entre les agences régionales de santé (ARS) et les collectivités locales en déclinaison des Projets Régionaux de Santé (PRS). On identifie aussi les Contrats Locaux de Santé Mentale (CLSM) en psychiatrie. Les CLS et ASV s'articulent et se complètent, dans la mesure où le premier relève de la politique régionale de santé et le second de la politique de la ville.

Rôles de ces démarches :

- Réaliser un diagnostic partagé des besoins de santé du territoire réalisé en lien avec les collectivités locales, l'ARS et les services de l'État.
- Élaborer une programmation locale d'actions de santé favorisant la promotion de la santé, l'accès à la prévention et à l'offre de soins de premier recours, ainsi que l'accompagnement médico-social.
- Il doit constituer une occasion de promouvoir la démocratie sanitaire en intégrant la participation de la population qui constitue à la fois un objectif et un moyen de promotion de la santé sur le territoire.

Figure 9 : Approches et rôles différenciés des AVS / CLS



Source : Référentiel Contrat Local de Santé, ARS Ile de France, janvier 2016

Figure 10 : Convergence / Divergence CLS-AVS

CONVERGENCES	DIVERGENCES
Articulation avec le Projet régional de santé	CLS : orientations politico institutionnelles plus affichées ASV approche plus « participative » (santé communautaire)
Coordination des acteurs	Champ d'intervention + large pour le CLS (domaines d'intervention de l'ARS)
Finalité commune : réduction des inégalités de santé	ASV : approche populationnelle CLS : logique du gradient social

Source : Centre de Ressources Politiques de la ville de Guyane, "Développement d'une démarche locale de santé: stratégie, thématiques, méthodes et outils", janvier 2014

Les ASV sont déployés aujourd'hui sur près de 270 sites sur l'ensemble du territoire national.

1.4.5.2. Réseau Français ville santé de l'OMS

Le mouvement des Villes-Santé a été créé par le bureau Européen de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) à Copenhague après le colloque et l'élaboration de la Charte d'Ottawa en 1986 (65). Leur slogan : « Penser globalement, agir localement ».

Une Ville-Santé est une ville qui améliore constamment la qualité de son environnement, favorise le développement d'une communauté solidaire et qui participe à la vie de la cité. Elle agit en faveur de la santé et réduit les inégalités en donnant à chacun les moyens d'avoir accès à la culture et de réaliser son potentiel de créativité.

En janvier 1990, est créé le Réseau français des Villes Santé (RFVS) de l'OMS dans le but de permettre une coopération entre ces villes. Il y a un objectif principal : c'est agir sur les inégalités sociales.

Pour cela, le RFVS favorise les échanges d'expériences, relaie l'information nationale et internationale de santé publique. Il organise des journées de réflexion et conduit des groupes de

travail dans le cadre de conventions avec la Direction Générale de la Santé, l'École des hautes études en santé publique et l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.

1.5. Des outils de différentes natures

De nombreux outils existent pour l'étude des ISS, impliquant un très grand nombre d'acteurs et de déterminants comme le montre les données de l'EHESP (66).

- Dans la pratique clinique, des scores de dépistage de précarité peuvent être utilisés.

- Dans la recherche, les sources de données mobilisables sont de trois types : les enquêtes, les cohortes, et les données médico-administratives. Les premières ont pour avantage de caractériser finement les données sociodémographiques mais portent sur des échantillons réduits du fait de leur coût. Les secondes ont un avantage important qui tient à leur dimension longitudinale permettant des travaux de recherche étiologique. Les dernières offrent des potentialités d'analyse importantes et modernes.

- Dans l'élaboration de projets institutionnels, nous aborderons les Études d'Impact en Santé (EIS).

1.5.1. Les scores

Il existe deux types de scores : les scores épidémiologiques et les scores écologiques.

Les scores épidémiologiques sont utilisables en pratique ambulatoire et se présentent sous forme de questionnaire plus ou moins exhaustifs. Ces scores permettent de classer les patients dans des catégories de précarité avec des gradients selon les critères.

Les scores écologiques fonctionnent différemment, il s'agit d'un repérage de la précarité à partir d'une base de données médico-administratives à laquelle on applique un certain nombre d'indicateurs (nationalité, éducation, famille monoparentale, chômage, accès au logement. Etc.). Ce type de score répond à la fois à la question des inégalités sociales et territoriales.

Une revue de la littérature sur les différents moyens de repérage de la précarité (67), a permis de retrouver 5 scores français et 6 scores internationaux. En France et par ordre chronologique de création, on retrouve le score Évaluation de la précarité et des inégalités de santé dans les centres d'examens de santé (EPICES), le score Pascal, le score Handicap social, l'*European Deprivation Index* (EDI) et le score PRECAR. La limite commune aux trois premiers scores épidémiologiques est qu'ils n'ont ni été conçus, ni évalués pour une utilisation en soins primaires. Par ailleurs, la réactualisation des scores en fonction de l'évolution de nos normes sociétales n'est pas prévue (68).

1.5.2. Les bases de données

1.5.2.1. Les enquêtes

De nombreuses enquêtes existent au sujet des ISTS, nous en dressons ici en exemple une liste non exhaustives : (26)

- l'enquête « handicap santé » de la DREES et de l'Insee, conduite en 2008-2009 auprès des personnes vivant en ménage d'un côté et personnes vivant en institution de l'autre.
- l'« enquête santé et protection sociale (ESPS) » de l'IRDES, réalisée tous les deux ans. L'édition 2014 a servi de support à l'enquête EHIS (European Health Interview Survey) française. La prochaine édition de l'enquête santé européenne aura lieu en 2019 et sera réalisée par la DREES et l'IRDES.
- l'enquête « Statistiques sur les ressources et les conditions de vie des ménages » (SRCV), réalisée par l'Insee chaque année et qui tous les trois ans comporte un module sur la santé. Une grande enquête santé a eu lieu en 2019.
- le baromètre santé de Santé publique France réalisé chaque année. Il ne porte pas toujours sur la santé en général mais permet de disposer en routine d'informations variées et riches sur l'état de santé et les facteurs de risque en population générale ou auprès de populations particulières.

Des enquêtes auprès de populations spécifiques, comme par exemple :

- l'enquête nationale périnatale. Toutes les femmes ayant accouché une semaine donnée sont interrogées sur leur santé et leur suivi de grossesse jusqu'au moment de leur accouchement. La dernière édition date de 2016.
- les enquêtes en milieu scolaire. Ces enquêtes sont réalisées par la DREES, deux directions du ministère de l'Éducation nationale et bénéficient également du soutien de Santé publique France. Elles concernent trois niveaux de scolarité différents : les grandes sections maternelles, les élèves de CM2 et les élèves de 3e. Elles ont lieu tous les deux ans, si bien que les données relatives à un cycle scolaire donné sont disponibles tous les six ans.
- L'enquête « Capacité et ressources des personnes âgées (CARE). Cette enquête s'est intéressée à l'étude des inégalités sociales aux âges avancés, en matière de dépendance ou du partage de l'aide entre aide informelle et aide professionnelle.
- L'enquête nationale sur les ressources des jeunes réalisée récemment par la DREES et l'Insee.

Enfin, les conditions de travail sont un déterminant important de la santé, et socialement très différenciées.

- Les enquêtes « conditions de travail », réalisées par la DARES depuis 1978 tous les six ans avec en alternance tous les trois ans une enquête sur les risques psycho-sociaux.
- Les enquêtes « Surveillance médicale d'exposition aux risques professionnels » (SUMER)

- L'enquête « Santé et itinéraire professionnel » (SIP).

1.5.2.2. Les Cohortes

L'avantage des cohortes est la masse d'informations qu'elles collectent, que ce soit par le biais de questionnaires, d'exams ou grâce à des extractions de données médico-administratives (données de remboursement du SNIIR-AM, données hospitalières du PMSI, données de carrière de la CNAV, causes de décès de l'Inserm...).

Différentes cohortes peuvent être citées selon le thème abordé (69):

- Les déterminants sociaux de la santé, avec un focus sur les populations immigrées vivant en France dans le but d'examiner les relations entre statut migratoire, acculturation et discrimination et santé : cohortes CONSTANCES, ELFE et SIRS ;
- Les inégalités sociales de santé vie entière et à travers les générations : cohortes ELFE, EDEN et TEMPO, projet BIEN-ETRE ;
- Les conséquences sociales des maladies chroniques : cohortes CANTO et IMPACTS ;
- Les conséquences des caractéristiques sociétales et politiques sur les inégalités sociales de santé : cohorte DEPICT et SIRS ;
- etc...

1.5.2.3. Les bases de données médico-administratives

Au premier rang desquelles le Système National des Données de Santé (SNDS). Il regroupe les données du SNIIR-AM, du PMSI, CépiDc, avec les données de l'échantillon

démographique permanent de l'Insee (EDP). L'EDP comporte notamment des données issues du recensement de la population, des déclarations annuelles des données sociales (DADS), des données d'état civil, etc...

Des appariements à visée exhaustive, ou tout du moins de plus grande taille que l'EDP, pourraient également être envisagés entre les données du SNDS et des données sociales issues de différentes bases nationales telles que le recensement, les bases des caisses d'assurance-vieillesse ou les bases des déclarations de revenu aux impôts. De tels appariements sont techniquement réalisables en respectant les règles de confidentialité des données. Ils apporteraient la possibilité d'études fines de l'évolution des disparités de santé en population générale.

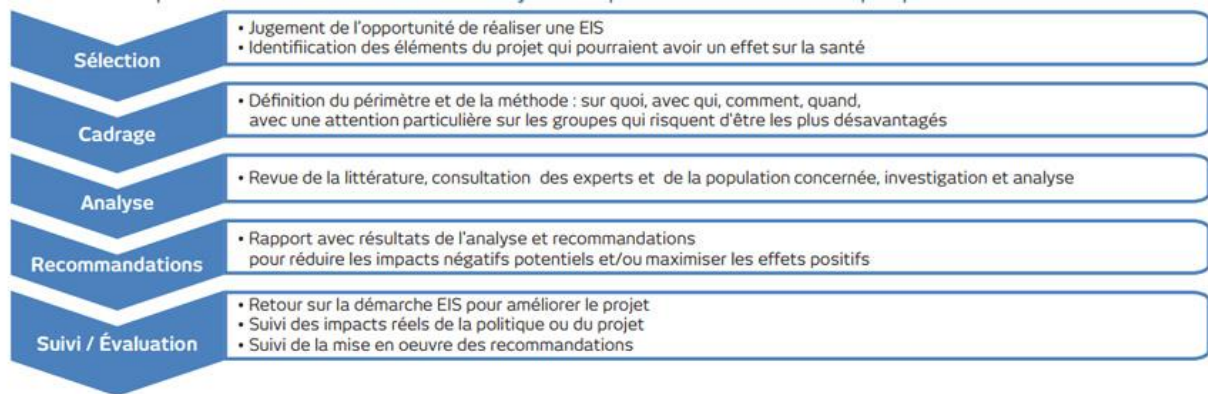
1.5.3. Étude d'impact en santé

D'après le Consensus de Göteborg de l'OMS (70), c'est « une combinaison de processus, méthodes et outils, qui permettent de juger d'un programme ou d'un projet quant à leurs effets potentiels sur la santé d'une population et à la distribution de ces effets à l'intérieur de la population. »

L'EIS introduit de façon explicite la prise en compte de la composante santé dans l'élaboration des projets des collectivités. L'EIS permet d'agir sur les déterminants de la santé. Or, en travaillant sur les déterminants de la santé on contribue à la réduction des inégalités sociales, environnementales et territoriales de santé.

L'EIS est une démarche volontaire et participative. Elle associe les élus et les citoyens autour d'un projet et suscite un dialogue autour des questions de santé. Elle favorise ainsi la prise de conscience des acteurs des autres secteurs quant aux impacts de leurs activités ou de leurs choix sur la santé des populations. Elle contribue à une responsabilisation collective.

Enfin, l'EIS s'appuie sur une méthode qui fait consensus au niveau international. Le modèle qui a émergé est présenté comme une démarche systématique articulée autour de 5 étapes (71).



1.6. Une nécessaire évolution du système de santé

- Une démarche populationnelle vers une médecine intégrative

Dans le contexte d'ISTS, les MG sont amenés à prendre en charge des patients complexes et vulnérables : pathologie chroniques, parfois multiples, troubles thymiques, addictions, comportements à risques et vulnérabilité sociale.

Les déterminants du succès des prises en charge autour de ses situations complexes reposent sur trois composantes (72):

- La relation de médecin-patient : qui se construit avec le temps, basée sur une compréhension motivationnelle des patients, en les incluant dans une démarche participative.
- Une organisation de soins adaptée : à partir d'une évaluation des besoins et des attentes de santé et sociales des patients, avec une équipe pluridisciplinaire et plurisectorielle.
- Identifier les obstacles et difficultés inhérentes : évaluations sans projets, mise à profit de ce qui est présent plutôt que ce qui est requis, objectifs inatteignables, opportunités manquées (renoncement), aboutissant au contournement des règles.

D'autre part, la bonne conduite de ces prises en charge implique des différents acteurs le partage d'une vision normative basée sur des valeurs professionnelles et scientifiques communes, ainsi qu'une vision fonctionnelle reposant sur une responsabilité individuelle à chaque niveau (73).

On retrouve ces paramètres dans la démarche de médecine intégrée qui se développe depuis le début du XXIème siècle. Elle est définie par la coordination de plusieurs acteurs dans le champ de la santé et hors du champ pour permettre une prise en charge adaptée aux besoins et aux priorités de chaque individu (73). Cette pratique permet de décloisonner et de rapprocher les différents acteurs intervenant dans la prise en charge des patients. Grâce à des temps d'échanges entre professionnels, à la collaboration au sein équipe multidisciplinaire elle permet également de diminuer l'épuisement professionnel.

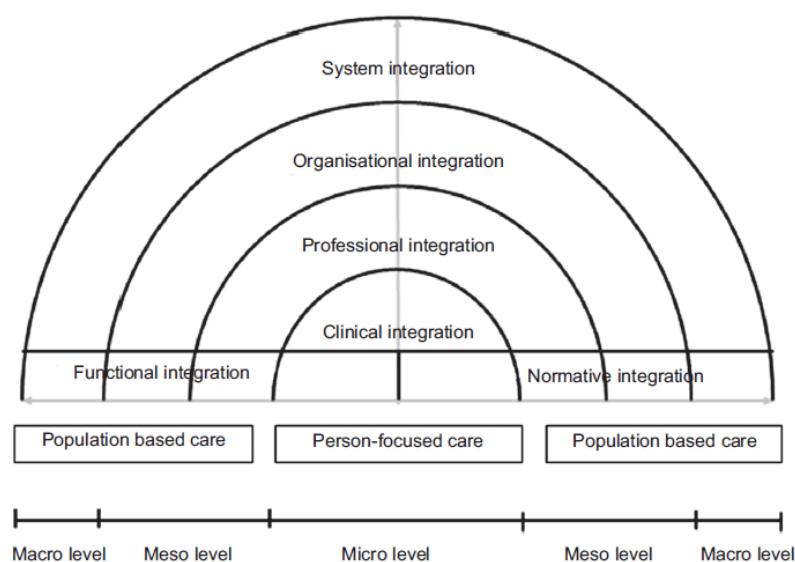
Ce mode d'exercice va au-delà de la médecine « holistique », car il ne s'agit plus seulement de considérer une personne dans sa globalité, mais d'intégrer l'ensemble des regards et

compétences disponibles des professionnels pour répondre aux problématiques des personnes (74). C'est une véritable adaptation des soins autour des besoins formulés par le patient qui devient acteur de sa propre santé pour améliorer sa qualité de vie. Les professionnels et le patient mettent en place ensemble une réponse coordonnée à une problématique de santé définie avec et pour le patient.

Ainsi, l'intégration diffère de la coordination simple par l'obligation d'une responsabilité conjointe de l'ensemble des acteurs vis-à-vis des réponses données à leurs patients.

L'intégration de cette démarche dans la pratique médicale nécessitera d'élaborer une nouvelle sémiologie médicosociale intégrant le repérage d'éléments médicaux, mais également sociaux tels que les DSS à l'intersection de deux disciplines : santé publique et médecine de premier recours. Réunies, elles peuvent augmenter leur pertinence en pratique clinique.

Figure 11 : Cadre conceptuel d'une médecine intégrative basée sur les soins primaires



Source: Valentijn & al. "Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care", *International Journal of Integrated Care*, Mars 2013

Afin d'y arriver, les disciplines doivent réinventer leurs modes d'exercices et s'affranchir d'un certain nombre de contraintes d'organisation des soins actuels et être soutenue par une politique de santé forte et courageuse

En France, le modèle de la médecine intégrative trouve un cadre structurel en médecine de ville sous la forme des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) (75). Créées par la loi du 26 janvier 2016, elles associent des professionnels de santé du premier et du second recours avec des acteurs sociaux et médico-sociaux de ville, qu'ils exercent en libéral, sous statut salarié en dehors de l'hôpital, ou sous un statut mixte (libéral et hospitalier). Elles présentent une approche « populationnelle » au sens où l'enjeu est la prise en charge de la population d'un territoire et non plus de patientèles attirées. Elles reposent sur un projet de santé visant une meilleure organisation des parcours de soin des patients.

1.7. Recommandations du CMG pour le recueil des indicateurs sociaux

Pour remplir leur rôle dans la réduction des ISS, les MG ont besoin de connaître les caractéristiques et les besoins de leur patientèle.

L'enregistrement systématique des données socioéconomiques fait partie des stratégies de réduction des ISS (76). Cependant, les informations permettant d'identifier les patients les plus socialement désavantagés ne sont pas collectées de façon systématique et standardisée (77). Les progrès de l'informatique ont permis le développement des logiciels métiers, permettant une

meilleure intégration des déterminants sociaux de la santé dans les dossiers médicaux électroniques. Au Canada, des « normes relatives au contenu du dossier médical électronique en lien avec les soins de santé primaires » ont été diffusées en 2011. Les données démographiques telles que le sexe, le niveau de scolarité le plus élevé, la situation de logement et la langue maternelle sont amenées à être standardisées selon les recommandations de l'Institut Canadien d'Information sur la Santé (ICIS) (78). Aux Etats-Unis, le recueil en routine, dans le dossier médical électronique, de onze déterminants sociaux de santé a été recommandé par la National Academy of Medicine (NAM) (79). Parmi eux figurent par exemple les ressources financières, l'origine ethnique, les violences intimes. Au Royaume Uni, l'âge et le sexe sont enregistrés en routine, mais l'origine ethnique, le langage, l'invalidité, le statut socioéconomique le sont de façon variable (80).

En France, en 2014, le Collège de la Médecine Générale (CMG) a émis des recommandations sur l'enregistrement de la situation sociale d'un patient adulte. Elles distinguent, 3 niveaux d'exploitation des données sociales pour le médecin généraliste en pratique :

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

Sept indicateurs sociaux ont été jugés indispensables à recueillir en consultation et neuf indicateurs optionnels selon les besoins (81,82).

1.7.1. Informations indispensables

- Date de naissance, sexe et adresse

Ces variables sont renseignées quasi systématiquement dans tous les dossiers médicaux. L'adresse peut être un moyen de repérer une situation sociale précaire par la connaissance des quartiers de résidence.

- Assurance Maladie

Trois champs d'informations doivent être renseignés : assurance maladie obligatoire (oui/non), assurance maladie complémentaire (aucune, complémentaire santé privée, CMUc, AME), exonération du ticket modérateur (aucune, accident de travail/maladie professionnelle, affections de longue durée, invalidité, ...). Cela permet d'identifier les patients qui pourraient renoncer aux soins pour une raison financière.

- Statut par rapport à l'emploi et Profession

Pour le statut par rapport à l'emploi, il faut choisir parmi : actif travaillant actuellement, au chômage, retraité(e)/pré-retraité(e) ou en congé (en fin d'activité), étudiant, au foyer, en invalidité (avec pension), autre situation. Pour la profession, la donnée recueillie est la dernière profession exercée, tout en conservant l'historique des professions exercées. Ces deux indicateurs permettent (comme mentionnés précédemment) de situer le patient socialement, de préciser sa situation économique et d'évaluer ses risques professionnels.

- *Capacité de compréhension du langage écrit*

Cette capacité est évaluée par la question suivante : « *Avez-vous besoin que quelqu'un vous aide pour comprendre des ordonnances ou des documents d'information médicale remis par votre médecin ou votre pharmacien ?* ». Il s'agit de s'assurer que le patient comprend de façon générale les recommandations du médecin.

1.7.2. Informations utiles

Le recueil de ces informations peut être réalisé en plusieurs fois au cours des consultations.

- *En couple, nombre d'enfants à charge, vit seul(e)*

Pour le fait d'être en couple et le nombre d'enfants à charge, l'objectif est de préciser le mode de vie du patient et sa situation économique. Pour le fait de vivre seul, l'objectif est de savoir si le patient peut être aidé par un autre adulte en cas de besoin.

- *Pays de naissance*

L'objectif de ce recueil est d'approcher l'origine géographique des patients, qui peut jouer sur leur santé et leur comportement.

- *Niveau d'études (primaire, secondaire, supérieur, aucun)*

Comme mentionné précédemment, l'intérêt de ce recueil est lié au fait qu'il a été constaté que le niveau d'études était lié à de nombreux comportements de santé.

- *Catégorie socioprofessionnelle (INSEE)*

- *Minima sociaux, Statut vis-à-vis du logement (propriétaire, locataire, en foyer, hébergé, sans abri)*

Ces informations permettent au médecin de repérer une situation de précarité.

- *Situation financière perçue*

Pour le recueil de la situation financière perçue, le groupe d'experts propose de poser la question suivante : « *En ce qui concerne la situation financière de votre foyer, diriez-vous que : 1) vous n'avez pas de problème particulier, 2) c'est juste, il faut faire attention, 3) vous avez du mal à y arriver, 4) c'est très difficile ?* ». Il s'agit ici d'estimer de façon globale la situation financière des patients sans être trop intrusif.

En 2014, l'Étude « Recotest » a permis de tester ces recommandations en termes de faisabilité et d'acceptabilité en consultation de médecine générale à travers l'utilisation des données issues du logiciel métier éO-médecin®. Ces résultats ont été présentés dans la thèse de du Docteur Maryline Pham en 2016. Notre étude vient compléter ce travail par les données obtenues à partir d'un second logiciel métier de l'étude : Alma-pro®.

L'objectif de notre étude est de rechercher à partir des données d'Alma-pro® quels indicateurs sociaux étaient les mieux renseignés lors du recueil de la situation sociale des patients adultes en médecine générale. L'objectif secondaire est de caractériser la population qui avait le plus d'indicateurs renseignés.

2. Matériels et méthodes :

2.1. Recotest

L'Étude Recotest a été réalisée par la Société de Formation Thérapeutique du Généraliste (SFTG) avec le soutien de l'INPES.

2.1.1. Type d'étude et population étudiée

L'étude Recotest est une étude descriptive de cohorte d'une durée de 12 mois. Elle a été réalisée auprès des médecins généralistes utilisateurs de logiciels de gestion du dossier médical, et de leurs patientèles de plus de 18 ans pendant la durée de l'étude. Trois éditeurs de logiciel ont été contactés pour participer à l'étude : éO médecin® (Silk Informatique, Angers), AlmaPro® (Alma, Paris) utilisés essentiellement dans des cabinets de ville ; Maidis® (Maidis, Chatou) utilisé dans les centres de santé. Parmi ces logiciels, éO médecin® a accepté de participer à l'étude dans son ensemble, AlmaPro® a accepté de participer à l'étude sous une forme simplifiée et Maidis® n'a pas participé à l'étude. Tous les médecins inclus dans l'étude devaient être installés ou collaborateurs. Les médecins remplaçants étaient exclus.

2.1.2. Déroulement de l'étude

Chaque logiciel a créé son interface de saisie des données sociales. Un mail de recrutement a été envoyé aux médecins utilisateurs de ces logiciels. Les médecins recrutés remplissaient un questionnaire initial décrivant leurs pratiques. Puis, ils ont participé à une

formation de sensibilisation aux inégalités sociales de santé et à la manipulation de la nouvelle interface du logiciel. Pendant la période de l'étude, les médecins ont recueilli librement en consultation les informations décrivant la situation sociale des patients qui leur paraissaient pertinentes. Les données ont ensuite été extraites à 3 mois (M3), 6 mois (M6), 9 mois (M9) et 12 mois (M12). Enfin, un questionnaire final a été remis aux médecins pour évaluer leur ressenti sur ce recueil.

Les patients ont reçu une information de l'étude par un affichage dans la salle d'attente et par une notice individuelle. Leur consentement oral était indispensable au recueil des données. Le patient pouvait exercer un droit de retrait à tout moment de l'étude.

2.1.3. Données recueillies

Les informations sociales étaient celles recommandées par le CMG, et jugées « indispensables » ou « utiles » à recueillir en consultation de médecine générale (Tableau 1, page suivante).

Tableau 1: Recueil des éléments de la situation sociale du patient en médecine générale (CMG 2014)

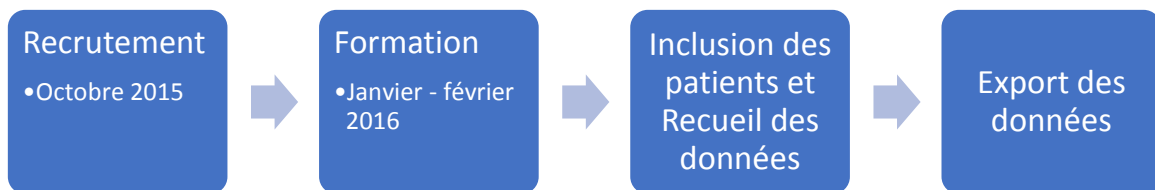
Information sociale	Groupe A Indicateurs indispensables	Groupe B Indicateurs utiles
Date de naissance	X	
Sexe	X	
Adresse	X	
Assurance maladie	X	
Statut par rapport à l'emploi	X	
Profession	X	
Capacités de compréhension du langage écrit	X	
Pays de naissance		X
Vit seul (e)		X
Est en couple		X
Nombre d'enfants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

2.2.Recotest – AlmaPro®

2.2.1. Chronologie de l'étude

L'étude a été réalisée d'octobre 2015 à juin 2016, soit 9 mois au total. Les différentes étapes sont résumées dans la Figure 11.

Figure 12 : Chronologie de l'étude avec AlmaPro®



2.2.2. Mode de recueil des données sociales

Les données étaient présentes dans la fiche administrative appelée Tableau de Bord Social (TBS) des dossiers médicaux des patients. Cette fiche était divisée en 5 onglets : « État civil », « Couverture santé », « Données sociales », « Confidentiel » et « Dossiers liés ». Certaines données étaient déjà présentes à partir du logiciel métier dans la page « État civil ». Les onglets « Confidentiel » et « Dossiers liés » n'étaient pas concernés par l'étude. Les investigateurs avaient le libre choix sur le remplissage des informations sociales.

2.2.3. Récapitulatif

Un récapitulatif du mode de recueil est synthétisé dans le Tableau 2.

Tableau 2: Localisation des informations sociales dans le logiciel AlmaPro®

Informations sociales	État civil	Couverture santé	Données sociales
Date de naissance	X		
Sexe	X		
Renseignement de l'adresse	X		
Pays de naissance			X
Assurance maladie obligatoire		X	
Assurance maladie complémentaire		X	
Exonération du ticket modérateur		X	
Statut par rapport à l'emploi			X
Profession			X
Capacités de compréhension du langage écrit			X
Vit seul (e)			X
Est en couple			X
Nombre d'enfants à charge			X
Niveau d'études			X
Catégorie socioprofessionnelle			X
Bénéficie de minima sociaux			X
Statut vis à vis du logement			X
Situation financière perçue			X

2.2.4. Critère d'inclusion des patients

Les patients ayant eu au moins un indicateur du TBS renseigné en dehors de la page « état civil » étaient inclus pour l'analyse des données.

2.2.5. Critères d'exclusion

Les patients n'ayant aucun autre indicateur du TBS renseigné que ceux de la page « état civil » étaient exclus de l'analyse des données.

2.2.6. Analyse statistique

Les données ont été exploitées à partir des exports de chaque médecin sous forme de fichier du logiciel Microsoft Excel. Chaque donnée a été traitée sous forme de pourcentage, moyenne ou d'écart-type.

3. Résultats :

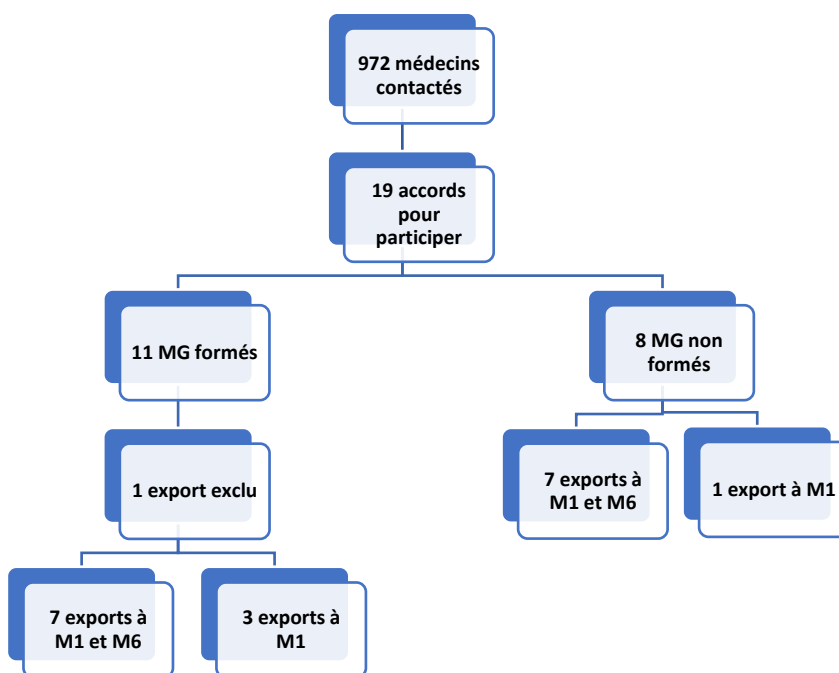
3.1. Caractéristiques des médecins

3.1.1. Taux de participation des médecins

Parmi les 972 médecins contactés en France, 19 (2%) d'entre eux, exerçant en Ile de France et en Alsace (lieux des formations), ont accepté de participer à l'étude.

Les données n'ont été exportées qu'à deux reprises : à M1 et M6. 14 (1.5%) médecins ont exporté leurs données à deux reprises ; 5 (0,5%) ne les ont exportées qu'une fois à M1. Un médecin a été exclu de l'analyse pour données inexploitable. L'organigramme de sélection des médecins est présenté dans la Figure 12.

Figure 13 : Organigramme de sélections des médecins Almapro®



3.1.2. Caractéristiques des médecins

Parmi les médecins inclus, 72.7% étaient des hommes, l'âge moyen était de 54.9 ans \pm 9.8. Ils exerçaient en Ile de France (72.7%) et en Alsace (27.3%), majoritairement dans un cabinet de groupe (90.9%), tous en milieu urbain. Ils étaient principalement MSU (81,8%). Ils étaient installés depuis 27 ans en moyenne \pm 11.2.

54.5% des médecins recevaient entre 100 et 150 patients par semaine, avec une durée moyenne de consultation estimée à 17.1 minutes \pm 3.3. Ils estimaient leur patientèle bénéficiaire de la CMUc à 12.1 % en moyenne \pm 12.6 et porteuse d'une ALD à 17.7 % en moyenne \pm 6.5.

Les caractéristiques des médecins inclus dans l'étude sont présentées dans les Tableaux 3 et 4.

Tableau 3 : Caractéristiques des médecins (n=11/14)

	n (%)	Moyenne (écart-type)
Sexe		
Homme	8 (72.7)	
Femme	3 (27.3)	
Age (ans)		
		54.9 (9.8)
Région d'exercice		
Ile de France	8 (72.7)	
Alsace	3 (27.3)	
Milieu d'exercice		
Urbain	11 (100)	
Rural	-	
Semi urbain	-	
Durée d'exercice (ans)		
		27 (11.2)
Structure		
Cabinet seul	1 (9.1)	
Cabinet de groupe	10 (90.9)	

Remplaçant	
Oui	9 (81.8)
Non	2 (18.2)
MSU	
Oui	9 (81.8%)
Non	2 (18.2)

Tableau 4 : Activité des médecins (n=11/14)

	n (%)	Moyenne (écart-type)
Nombre de patients vus par semaine		
0-25	-	
26-50	-	
51-100	4 (36.4)	
101-150	6 (54.5)	
151-200	1 (9.1)	
Durée de consultation estimée (min)		17.1 (3.3)
Ressenti du temps de consultation		
Très à l'aise	1 (9.1)	
A l'aise	2 (18.2)	
Juste	7 (63.6)	
Très juste	1 (9.1)	
Patients CMUc (% estimé)		12.1 (12.6)
Patients ALD (% estimé)		17.7 (6.5)
Patients > 18 ans (% estimé)		72.7 (11.5)
Patientèle socialement favorisée (% estimé)		38.6 (21.1)
Patientèle socialement défavorisée (% estimé)		27.7 (13.7)

Demi-journées de travail par semaine	8.2 (2.0)
Heures de consultation par semaine	
0-10	-
10-20	1 (9.1)
20-30	3 (27.3)
30-40	3 (27.3)
40-50	1 (9.1)
50-60	2 (18.2)
> 60	1 (9.1)

3.2. Nombre de patients

177609 entrées de patients figuraient dans les exports des TBS. 42107 patients (23,7%) avaient au moins un indicateur du TBS renseigné et ont été inclus sur la période de l'étude. Soit en moyenne 2340 patients par médecin (min= 368 ; max= 6430).

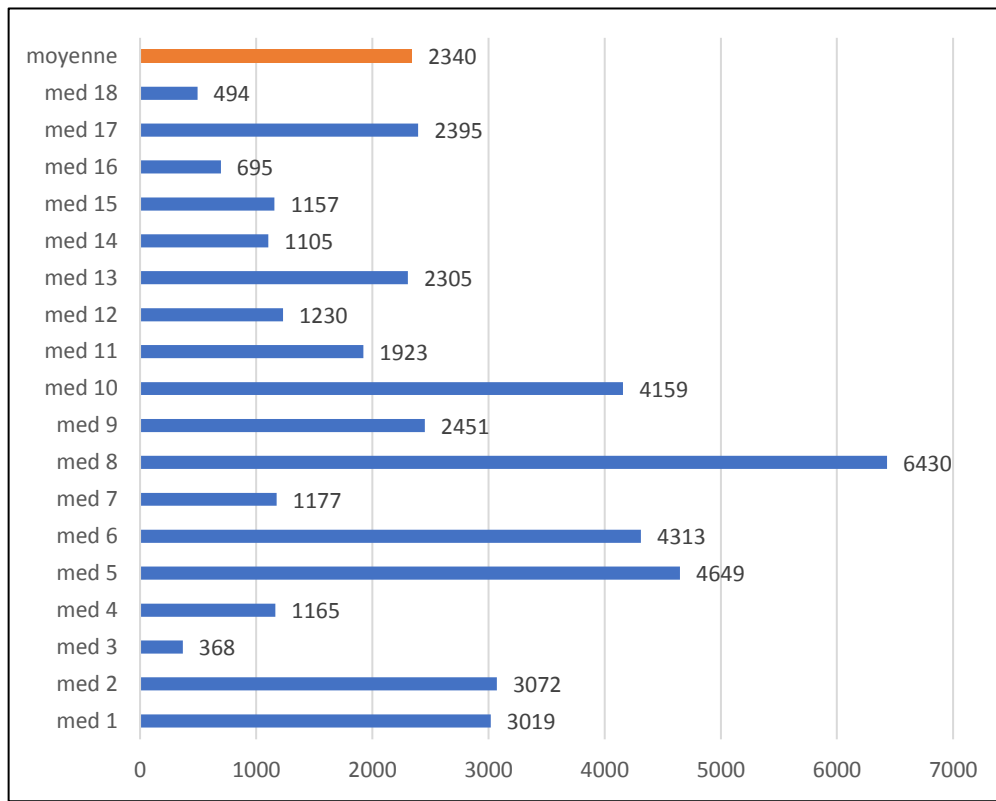
Le nombre de patients inclus par médecin est représenté dans le Tableau 5 et la Figure.13.

Tableau 5 : Nombre de patients inclus par médecin

	N
Médecin 1	3019
Médecin 2	3072
Médecin 3	368
Médecin 4	1165
Médecin 5	4649

Médecin 6	4313
Médecin 7	1177
Médecin 8	6430
Médecin 9	2451
Médecin 10	4159
Médecin 11	1923
Médecin 12	1230
Médecin 13	2305
Médecin 14	1105
Médecin 15	1157
Médecin 16	695
Médecin 17	2395
Médecin 18	494
TOTAL	42107
MOYENNE ÷ écart-type	2340 ± 1669

Figure 14 : Nombre de patients inclus par médecin



3.3. Indicateurs du tableau social

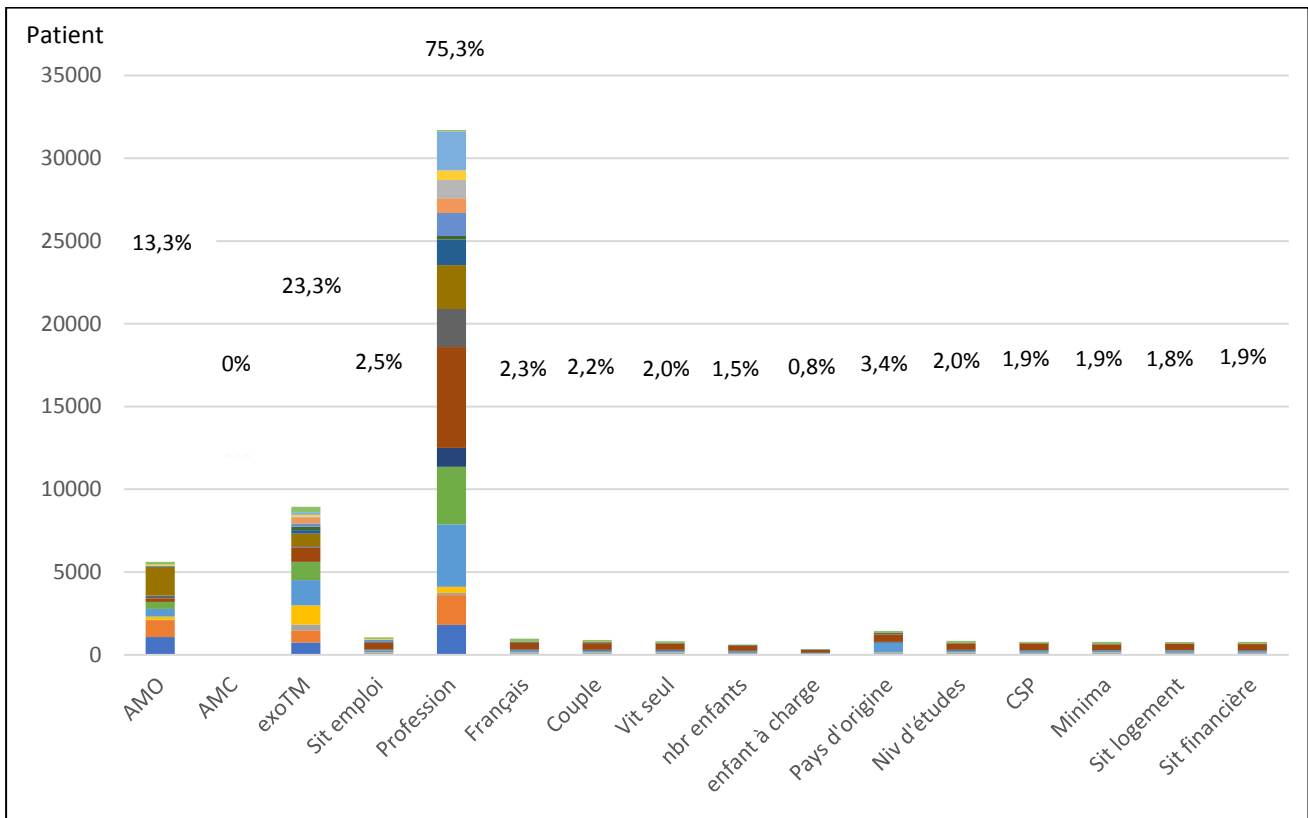
Les indicateurs les plus remplis sont la profession à $75,3\% \pm 26,3$, l'AMO à $13,3\% \pm 14,2$, l'exonération du ticket modérateur à $21,3\% \pm 29,4$. Les autres indicateurs sont remplis à 2% sauf pour le nombre d'enfants et le nombre d'enfants à charge qui sont en dessous. Le pays d'origine est renseigné à $3,4\% \pm 8,3$. L'indicateur AMC n'est rempli par aucun médecin. Les résultats sont présentés dans le tableau 6 et la figure 14.

Tableau 6 : Résultats par indicateurs du tableau social

Renseigné (n=42107)	N	%
AMC		
Oui	5617	13,3
Non	36490	26,7
AMO		
Oui	0	0
Non	42107	100
Exonération du ticket modérateur		
Oui	8952	21,3
Non	33155	18,7
Situation d'emploi		
Oui	1048	2,5
Non	41059	26,7
Profession		
Oui	31700	75,3
Non	10407	24,7
Parle le français		
Oui	974	2,3
Non	41133	97,7
En couple		
Oui	908	2,2
Non	41199	97,8
Vit seul		
Oui	828	2,0
Non	41279	98,0
Nombre d'enfants		
Oui	629	1,5
Non	41478	98,5
Nombre d'enfants à charge		
Oui	319	0,8
Non	41788	99,2
Pays d'origine		

Oui	1434	3,4
Non	40673	96,6
Niveau d'études		
Oui	850	2,0
Non	41257	98,0
CSP		
Oui	789	1,9
Non	41318	98,1
Minima sociaux		
Oui	779	1,9
Non	41328	98,1
Situation de logement		
Oui	761	1,8
Non	41346	98,2
Situation financière		
Oui	782	1,9
Non	41325	98,1

Figure 15 : Résumé des indicateurs du tableau social



Le taux de renseignement par médecin de chaque indicateur du TBS est présenté dans le Tableau 7.

Les résultats permettent de distinguer trois profils de médecins :

- Les favorable : ceux qui renseignent le plus d'indicateurs sociaux possibles pour tous leurs patients (médecin 5 et 18) ;
- Les mobilisables : ceux qui renseignent en routine certains indicateurs sociaux de leur choix (la profession, l'AMO, l'exonération du ticket modérateur) et les autres indicateurs en fonction des situations ;
- Les réticents : ceux qui ne renseignent que la profession, l'AMO et l'exonération du ticket modérateur (médecin 17, 15) et jamais les autres indicateurs.

	AMO	AMC	Exonération TM	Emploi	Profession	Français	Couple	Vit seul	Nombre enfants	enfants à charge	Pays d'origine	Niveau d'études	CSP	Minima	logement	Situation financière
médecin 1	34,00%	0,00%	24,00%	0,30%	58,00%	0,30%	0,20%	0,20%	0,10%	0,10%	0,40%	0,30%	0,20%	0,19%	0,16%	0,20%
médecin 2	34,00%	0,00%	24,00%	0,10%	59,00%	0,20%	0,20%	0,10%	0,10%	0,10%	0,20%	0,20%	0,10%	0,13%	0,13%	0,10%
médecin 3	1,00%	0,00%	94,00%	32,30%	36,00%	32,30%	32,30%	32,40%	26,40%	13,90%	32,10%	32,30%	31,30%	32,07%	32,07%	32,10%
médecin 4	18,00%	0,00%	100,00%	1,10%	32,00%	1,00%	0,90%	0,90%	0,80%	0,70%	1,00%	0,90%	0,90%	0,95%	0,94%	0,90%
médecin 5	10,00%	0,00%	33,00%	2,80%	81,00%	2,80%	2,60%	2,70%	1,80%	1,00%	12,70%	2,60%	2,60%	2,54%	2,50%	2,40%
médecin 6	10,00%	0,00%	25,00%	0,10%	80,00%	0,10%	0,20%	0,10%	0,10%	0,10%	0,10%	0,10%	0,10%	0,10%	0,12%	0,10%
médecin 7	0,00%	0,00%	1,00%	3,20%	97,00%	3,40%	3,50%	3,20%	3,40%	2,50%	3,70%	2,20%	2,00%	1,53%	1,44%	1,40%
médecin 8	3,00%	0,00%	14,00%	6,50%	95,00%	6,30%	6,30%	5,70%	4,90%	2,30%	6,90%	6,20%	6,20%	5,57%	6,21%	6,00%
médecin 9	7,00%	0,00%	4,00%	1,20%	94,00%	1,40%	1,10%	1,10%	0,60%	0,40%	3,80%	1,10%	0,80%	0,77%	0,78%	0,80%
médecin 10	42,00%	0,00%	18,00%	0,20%	63,00%	0,20%	0,30%	0,00%	0,10%	0,00%	0,20%	0,20%	0,00%	0,12%	0,19%	0,10%
médecin 11	0,00%	0,00%	12,00%	0,10%	80,00%	0,10%	0,10%	0,10%	0,10%	0,10%	0,00%	0,00%	0,10%	0,05%	0,05%	0,10%
médecin 12	0,00%	0,00%	17,00%	0,80%	18,00%	1,20%	1,70%	0,50%	1,10%	0,00%	0,20%	0,20%	0,20%	0,16%	0,00%	0,00%
médecin 13	2,00%	0,00%	9,00%	5,50%	60,00%	0,00%	0,60%	0,70%	0,10%	0,00%	0,00%	0,00%	0,10%	0,04%	0,13%	0,10%
médecin 14	3,00%	0,00%	29,00%	0,20%	80,00%	0,10%	0,20%	0,00%	0,00%	0,00%	0,10%	0,00%	0,10%	0,00%	0,00%	0,10%
médecin 15	0,00%	0,00%	6,00%	0,60%	96,00%	0,00%	0,10%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,09%	0,09%	0,00%
médecin 16	9,00%	0,00%	16,00%	4,60%	82,00%	4,30%	3,60%	1,40%	2,90%	0,00%	2,90%	1,20%	1,20%	0,00%	0,14%	0,10%
médecin 17	0,00%	0,00%	6,00%	0,00%	98,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
médecin 18	32,00%	0,00%	69,00%	19,40%	20,00%	32,20%	19,20%	18,90%	4,70%	2,60%	15,80%	21,70%	13,60%	22,88%	10,73%	20,20%
Pourcentage	13,3%	0,0%	21,3%	2,5%	75,3%	2,3%	2,2%	2,0%	1,5%	0,8%	3,4%	2,0%	1,9%	1,9%	1,8%	1,9%
Ecart-type	14,2%	0,0%	29,4%	8,4%	26,7%	10,2%	8,4%	8,4%	6,2%	3,3%	8,3%	8,8%	7,7%	8,9%	7,7%	8 ?-%

Tableau 7: Résumé des indicateurs du tableau social



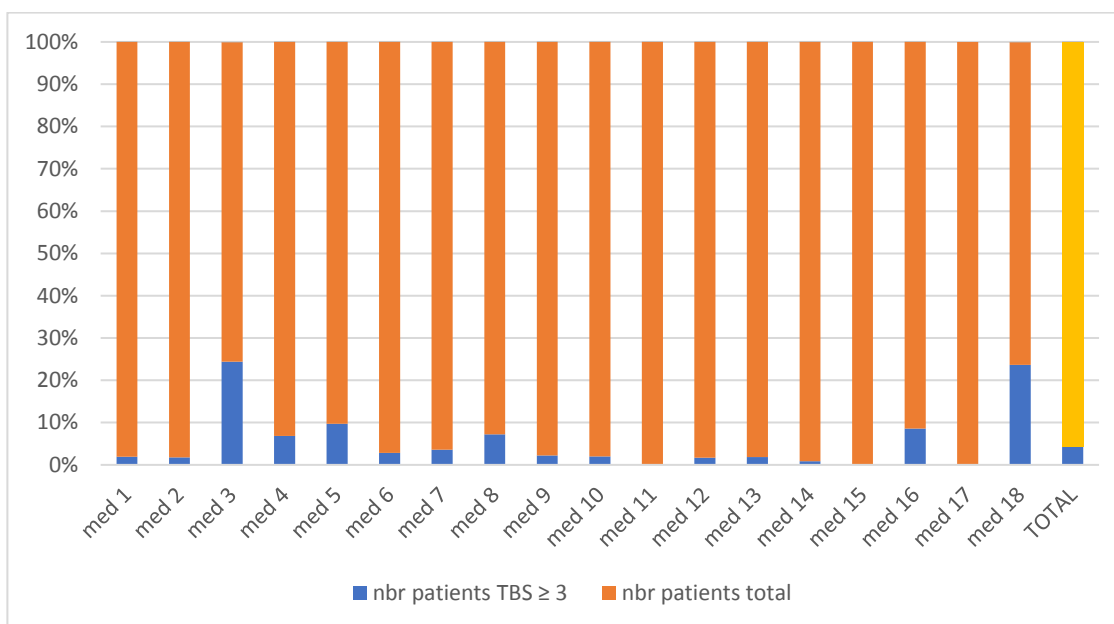
3.4. Nombres de patients avec ≥ 3 indicateurs du TBS renseignés

1928 (5%) patients avaient au moins 3 indicateurs du TBS renseignés. Les résultats sont présentés dans le Tableau 8.

Tableau 8 : Nombres de patients avec ≥ 3 indicateurs du TBS renseignés

	Nombre de patients	
	/	Pourcentage
	Nombre total de patient	
Médecin 1	59 / 3019	1,95 %
Médecin 2	56 / 3072	1,82 %
Médecin 3	119 / 368	32,34 %
Médecin 4	86 / 1165	7,38 %
Médecin 5	502 / 4649	10,80 %
Médecin 6	124 / 4313	2,88 %
Médecin 7	44 / 1177	3,74 %
Médecin 8	500 / 6430	7,78 %
Médecin 9	55 / 2451	2,24 %
Médecin 10	86 / 4159	2,07 %
Médecin 11	2 / 1923	0,10 %
Médecin 12	21 / 1230	1,71 %
Médecin 13	44 / 2305	1,91 %
Médecin 14	10 / 1105	0,90 %
Médecin 15	1 / 1157	0,09 %
Médecin 16	65 / 695	9,35 %
Médecin 17	1 / 2395	0,04%
Médecin 18	153 / 494	30,97 %
TOTAL	1928 / 42 107	5%

Figure 16 : Nombres de patients avec ≥ 3 indicateurs du TBS renseignés



3.5. Caractéristiques des patients avec ≥ 3 indicateurs du TBS renseignés

3.5.1. Sexe

La population de l'étude était répartie de façon équivalente entre les deux sexes avec une légère majorité d'hommes à 52%.

3.5.2. Age

La population comportait une majorité d'adultes à 67% puis 30% de personnes âgées et une minorité de jeunes à 3%.

3.5.3. Contrat de médecin traitant

45% des patients de la population avaient déclaré le médecin vu en consultation en tant que médecin traitant. Pour 30% des patients, le médecin n'était pas le médecin traitant et pour 27% des patients, l'indicateur n'était pas renseigné.

Tableau 9 : Caractéristiques des patients avec ≥ 3 indicateurs du TBS renseignés

	N	%
Sexe (n=1934)		
Femme	922	48
Homme	1012	52
Age (n=1934)		
18-20 ans	922	3
20-65 ans	1294	67
>65 ans	587	30
Médecin traitant (n=1934)		
Oui	868	43
Autre	579	30
Non renseigné	530	27

4. Discussion :

4.1. Résumé des résultats

Les médecins inclus étaient majoritairement des hommes (72,7%), avec un âge moyen de 54,9 ans \pm 9.8. Ils exerçaient principalement en Ile de France (72,7%), majoritairement en cabinet de groupe (90,9%) et tous en milieu urbain. Ils étaient installés depuis 27 ans en moyenne \pm 11,2 et étaient principalement MSU (81,8%).

L'indicateur social le mieux renseigné était la profession à 75,3%. Suivi de l'exonération du ticket modérateur à 21,3% et l'AMO à 13,3%.

Les autres indicateurs étaient renseignés à 2% en dehors du nombre d'enfants à 1,5% et le nombre d'enfant à charge à 0,8%.

Bien que renseigné à 3,4%, le pays d'origine n'était jamais renseigné par 4 médecins. Tout comme le niveau d'étude renseigné à 2% ne l'était jamais par 5 médecins.

L'AMC n'était jamais renseignée par les médecins généralistes.

Les résultats permettent de distinguer trois profils de médecins par rapport à la réalisation du recueil : les favorables, les mobilisables, les réticents.

Parmi les patients ayant au moins 3 indicateurs du TBS renseignés, on retrouvait :

- Autant d'hommes que de femmes,
 - Principalement des adultes entre 20 et 65 ans,
 - 30% des patients étaient âgés de plus de 65 ans,
 - Pour 43% des patients, le médecin ayant réalisé l'inclusion était le médecin traitant.
- L'indicateur n'était pas renseigné pour 27% des patients.

4.2.Critique des résultats

Tous les MG inclus n'ont pas participé aux formations de sensibilisation aux ISS. Cela peut constituer un biais de formation par rapport au design original de l'Étude Recotest. En revanche, ce biais aura permis d'obtenir un échantillon de MG plus représentatif de la population générale.

Parmi les patients ayant au moins 3 indicateurs du TBS renseignés un biais d'échantillonnage peut exister pour la répartition en fonction de l'âge puisque au sein de la population générale la part âgée de 20 à 65 ans est majoritaire à 55,9% (enquête démographique 2018 de l'INSEE.)

Ayant fixé le critère d'inclusion à 18 ans, la population âgée de 18 à 20 ans n'est représentée qu'à 3%. Par comparaison, les moins de 18 ans représentent 24,1% de la population générale et les MG interrogés avaient estimé cette part de leur patientèle à 27,3%.

30% des patients étaient âgés de plus de 65 ans contre 20% dans la population générale toujours selon l'INPES. Ainsi, une tendance à un recueil plus fréquent des indicateurs se dessine chez la personne âgée. D'autant plus que certains indicateurs du TBS peuvent être moins pertinents

pour cette classe d'âge : nombre d'enfant à charge, situation d'emploi. Cependant, il peut là aussi exister un biais de sélection en fonction du profil de patientèle des médecins.

Enfin, le facteur « médecin traitant » semblait améliorer l'exhaustivité du recueil chez ses patients (43% contre 30% de « autre ») sous réserve d'absence de l'information pour 27% des patients. 73% des patients avaient un médecin traitant déclaré ce qui est inférieur au 91,4% de la population âgée de plus de 16 ans (83). Résultat sujet à la même réserve.

4.3. Comparaison avec la littérature :

4.3.1. Quel interlocuteur pour le recueil de la situation sociale ?

Le rôle des MG dans les soins primaires en fait des acteurs désignés pour recueillir les déterminants sociaux de santé, en particulier dans les situations de précarité (84,85). En 2015, dans une étude qualitative réalisée par entretiens semi-dirigés auprès de 24 patients, la plupart des patients avaient identifié le MG comme le principal interlocuteur parmi les spécialités médicales susceptible d'effectuer ce recueil. Pour d'autres, seul un travailleur social en avait le rôle (16).

Le recueil de la situation sociale par auto-questionnaire pouvait être une alternative envisageable comme le montre la thèse de J.V. Caurette réalisée à Rennes en 2016 (86) ou une autre étude menée au Canada sur tablette numérique (87). Ces méthodes permettent d'aborder la question des déterminants de santé avec les patients tout en standardisant la méthode de recueil. Cette alternative présente néanmoins une limite importante chez les personnes analphabètes.

4.3.2. Connaissance empirique des médecins généralistes

De nombreux travaux montrent que le recueil de la situation sociale n'est pas réalisé de façon pro-active, traçable et standardisée par les médecins généralistes. Ils s'en remettent à une stratégie empirique basée sur leur ressenti et sur le suivi de leur patientèle au long cours (84,88). Dans cette démarche, il faut noter que les plus expérimentés déterminaient mieux la vulnérabilité sociale de leur patient. Leur expérience favorisait aussi le travail en réseau et la bonne relation aux patients. (85,89)

À l'appui une étude observationnelle quantitative réalisée par S. La Cour Grandmaison auprès de 73 MSU de Loire Atlantique et Vendée évalués via 32 internes en stage par l'intermédiaire d'une grille d'évaluation standardisée basée sur les recommandations du CNMG. On retrouvait que si les informations indispensables étaient majoritairement recueillies et inscrites dans le dossier médical informatisé (>95%), les informations secondaires étaient moins recueillies (25,3%) et sans traçabilité dans le dossier médical. (90)

Mais cette stratégie empirique est source d'erreur. Une étude réalisée en 2015 par L. Casanova et pour laquelle 8 données sociales étaient évaluées par 52 MSU. Parallèlement ces mêmes données étaient recueillies par auto-questionnaire auprès de 35 hommes et 35 femmes de leur patientèle. Le taux de concordance des résultats était élevé pour la CMU et l'ALD respectivement de 90 % et 86,5 %. Il était bien moins acceptable pour l'AMC, la CSP et la situation financière avec respectivement des taux à 64,5 %, 54 % et 51,2 %. De plus, les réponses discordantes surestimaient le plus souvent le statut social du patient favorisant « l'inverse care law » (91).

4.3.3. Acceptabilité du recueil par le MG

Dans sa thèse quantitative, au travers de l'étude RECOTEST réalisée en 2014, M Pham a montré que le recueil d'informations sociales dans les dossiers médicaux semblait faisable, peu chronophage et apprécié par les médecins généralistes (92).

Les trois indicateurs les plus difficiles à remplir étaient, par ordre décroissant, la catégorie socioprofessionnelle, la situation financière perçue et le niveau d'études.

Des disparités existaient selon le sexe, le lieu et le mode d'exercice. Pour l'exonération du ticket modérateur, le fait d'être en couple, de vivre seul, le nombre d'enfant à charge, les minima sociaux, les médecins femmes remplissaient significativement plus ces indicateurs que les hommes ($p < 0.01$). De même, les médecins exerçant en milieu rural remplissaient davantage le TBS, sauf pour l'information « Vit seul », plus remplie par les médecins exerçant en milieu urbain. Enfin, les médecins exerçant en maison de santé remplissaient davantage le TBS que ceux en cabinet seul ou de groupe.

De même, dans le travail de C. Ernst Toulouse et C. Nollet, l'intérêt du recueil pour la prise en charge du patient était reconnu par la plupart des médecins même si cela variait selon les critères et les médecins interrogés. Les médecins travaillant en campagne retrouvaient par exemple un intérêt moindre à ce recueil. Ils pensaient mieux connaître le patient et sa famille qu'ils suivaient depuis de nombreuses années ainsi que leur environnement et leur contexte de vie (88).

4.3.4. Acceptabilité du recueil par les patients

Une étude menée au Canada par A. Pinto, en 2016 (87), montrait que le recueil des déterminants sociaux de la santé était faisable et acceptable du point de vue des patients. Quatre organismes de santé à Toronto ont collaboré pour identifier 14 questions qui couvraient un panel de déterminants sociaux de la santé. Celles-ci ont été traduites en 13 langues. Les patients répondaient aux questions à l'aide d'une tablette électronique dans la salle d'attente de la clinique de soins primaires. Sur 407 patients interrogés, le taux de réponse pour chaque question allait de 84% à 100%. Plus de 95% des participants étaient disposés à répondre aux questions concernant l'année de naissance, l'orientation sexuelle, la religion, le logement, l'origine, le sexe et les compétences linguistiques. Les questions qui posaient le plus de difficultés concernaient la situation financière, notamment le revenu et le nombre de personne à charge.

À travers sa thèse, réalisée par entretiens semi-dirigés auprès de 24 patients, L. Sekula Cabrol rapportait que la plupart des patients mentionnaient un intérêt médical bienveillant notamment dans l'adaptation des soins. Certains ont vu un « rôle d'alerte » du médecin généraliste à travers le repérage des patients en difficultés ou en situation de fragilité sociale. Pour être compris et accepté, ce recueil devait être fait de façon progressive en instaurant un climat de confiance et devait être réévalué au fil du temps

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

L'acceptabilité par les patients de ce dernier critère dépendait de la qualité d'écoute du médecin et de leur niveau de précarité (16).

4.3.5. Comparaison de l'acceptabilité des MG et des patients

Le Dr Sekula Cabrol, en comparant ses résultats à ceux des Dr Ernt Toulouse et Nollet - obtenus par études qualitatives respectivement auprès de patients et de MG - montrait que les médecins et les patients avaient globalement des perceptions similaires concernant le recueil de la situation sociale des patients par les MG.

Leur acceptabilité quant au recueil des 16 informations sociales étaient à peu près semblables. Leurs principales réticences concernaient les recueils du niveau d'études, de la capacité de compréhension du langage écrit, du fait de bénéficier de minima sociaux, du statut vis-à-vis du logement et de la situation financière perçue. La formulation de la question pour le recueil de la situation financière perçue était jugée trop formelle par les deux groupes. Les MG étaient parfois gênés de recueillir le statut relatif à l'emploi, alors que les patients, eux, n'y voyaient pas d'inconvénient.

Médecins et patients voyaient les mêmes intérêts et partageaient plus ou moins les mêmes réserves concernant les recommandations. Ils consentaient à dire que la mise en évidence par le MG d'un lien entre l'information à recueillir et la prise en charge médicale favorisait l'acceptabilité du recueil par le patient. Pour les informations sociales et financières difficiles à recueillir, le caractère « dérangeant » était mentionné par les deux partis.

4.3.6. Un manque de formation

Les représentations des MG sur les ISS dépendent principalement de l'intégration qu'ils ont du modèle bio-psycho-social. Nous venons de le voir, ces connaissances sont acquises de façon empirique.

De fait, notre étude met en évidence l'existence d'une typologie de MG avec 3 profils distincts : les favorables, les mobilisables, les réticents. Cette constatation était déjà faite en fonction de la conception du soin et de la sensibilisation des MG aux ISS dans l'étude de Ernst Toulouse et Nollet dont nous avons repris la dénomination. Ainsi, les données reconnues par les médecins comme ayant un retentissement sur la santé ou sur leur prise en charge quotidienne sont bien recueillies. À l'inverse, lorsque le médecin n'est pas sensibilisé au rôle d'un déterminant sur la santé du patient ou pense que le recueil de ce critère n'a pas d'impact sur sa pratique, celui-ci est alors peu recueilli.

Dans deux travaux incluant des « focus group » sur 21 MG de Meurthe-et-Moselle (84) et une étude qualitative composée d'entretiens semi-dirigés chez 15 MG avignonnais (85), les MG rapportaient ne pas rechercher systématiquement les déterminants sociaux de santé bien qu'ils aient conscience de leurs conséquences dans leur pratique et sur la santé de leurs patients. Ils l'expliquaient soit par le manque de formation, soit par la peur d'être trop intrusifs et/ou « jugeant ».

Toujours dans l'étude de G. Martin (84), une approche quantitative complémentaire par auto-questionnaire auprès de 856 médecins généralistes montre que parmi les 46,5% de répondants, 92,5% des médecins déclaraient rencontrer des difficultés dans la prise en charge de leurs patients précaires dont 87,5% déclaraient connaître moyennement ou insuffisamment les

structures médico-sociales de leur territoire. Enfin, les deux tiers se disaient intéressés par une formation spécifique.

Bien que les ISS apparaissent déjà dans le référentiel métier et compétences de la médecine générale (93), il paraît pertinent d'appuyer la question des ISS dans la formation initiale et continue des MG en intégrant la notion du « gradient social » plus tôt dans la formation initiale pour sensibiliser au mieux les futurs professionnels de santé. (82)

4.3.7. Analyse spécifique d'indicateurs

Dans la littérature (88,94), les données administratives étaient recueillies systématiquement et jusqu'à 83.9% et 89.5% pour l'adresse et le téléphone. Dans notre étude, ces données étant déjà consignées dans le logiciel métier des MG, elles n'ont donc pas fait l'objet d'une analyse. De même, comparativement à nos résultats, les données professionnelles étaient souvent renseignées.

Les capacités de compréhension du langage écrit étaient souvent ressenties mais non recueillies via un critère formalisé. Certains indicateurs pouvaient être jugés redondants comme la CSP et le niveau d'étude par rapport à la profession. Les données familiales sont recueillies de façon variable en fonction de la situation et de son vécu propre à chacun.

Comparativement à nos résultats, le pays de naissance était peu renseigné (8%).

L'AMO, indicateur indispensable, n'était renseignée qu'à 13,3% dans notre étude. En revanche, l'exonération du ticket modérateur, deuxième indicateur le mieux renseigné, l'était à 21,3%. Il existe donc une liaison implicite entre ces deux renseignements puisqu'une exonération du ticket modérateur implique l'affiliation à une AMO. D'ailleurs, quatre médecins ne

renseignaient jamais l'AMO mais 3 d'entre eux renseignaient l'exonération du ticket modérateur.

Ainsi, dans l'étude Recotest éO-médecin®, seulement 50,7% des patients avaient eu l'AMO remplie au bout d'un an. Dans une autre étude, l'AMO était recueillie grâce à la carte vitale ce qui aurait aussi pu améliorer le recueil dans notre étude (88).

En revanche, dans l'étude éO-médecin® de Recotest les 14 informations du TBS étaient remplies entre 42.1% et 51.0%. Cela est nettement supérieur aux résultats que nous présentons (environ 2%). Bien que dans ce travail les données aient été recueillies jusqu'à 12 mois de suivi, tous les éléments étaient essentiellement renseignés au cours du premier trimestre : 44.9 % au bout de 3 mois et 47.9% au bout de 12 mois (92), ne pouvant par conséquent expliquer cette différence.

Nos résultats montrent que l'AMC n'était jamais renseignée par les médecins généralistes. Comme nous l'avons détaillé dans l'étude de L. Casanova (91), l'AMC figure également parmi les éléments les moins bien renseignés et connus par les MG. Pourtant, l'absence de complémentaire santé est associée au renoncement aux soins. Ainsi, en méconnaissant une absence de complémentaire santé, un praticien risque de proposer à son patient une prise en charge trop onéreuse, dépassant ses ressources financières.

En 2014, selon les données de l'Enquête Santé Européenne-Enquête Santé et Protection Sociale (EHISESP), 95% des personnes sont couvertes par une complémentaire santé en France métropolitaine, dont 7% par la CMU-C. La question se pose alors de savoir si cet indicateur n'apparaîtrait pas superflu à renseigner ? Cependant, malgré l'existence de la CMU-C et de l'ACS, plus de 12% des personnes parmi les 20% les plus modestes ne bénéficient d'aucune couverture, contre 5 % de celles du deuxième quintile de revenu, 3% de celles du troisième, et

2 % à partir du quatrième. Les personnes sans couverture complémentaire sont ainsi plus nombreuses parmi celles ayant de faibles revenus (95).

4.3.8. Les Freins au recueil

On retrouve dans la littérature divers arguments avancés par les MG (88) :

- Des difficultés logistiques liées au format de la consultation médicale au rang desquelles : le manque de temps, la priorisation dans les motifs, l'oubli, la nécessité de mises à jour des informations en fonction de l'évolution de la situation sociale des patients.
- La crainte de l'acceptabilité des patients sur des sujets intimes, faisant face à leur réticence. Peur que les patients ne se sentent contraints de répondre.
- Un recueil systématique jugé intrusif et associé à la peur de catégoriser et de stigmatiser les patients.
- Des difficultés techniques en rapport avec l'outil informatique insuffisamment ergonomique ou fluide.
- Une réticence à consigner de façon écrite des informations intimes contrairement aux données médicales vis-à-vis du secret et de la sécurité des informations.
- Certains critères mal acceptés.

4.3.9. Un impact sur les pratiques

Dans la thèse de M Pham (92), les médecins généralistes s'accordaient à dire que ces informations étaient utiles pour leur pratique (97.4%). La situation financière perçue et la compréhension du français écrit étaient les deux informations qui les avaient le plus surpris lors du recueil (33.3% et 17.9%).

Pour 59% d'entre eux, la prise en compte de ces informations sociales avaient permis d'adapter leur pratique et une majorité pensait continuer à utiliser le recueil au-delà de l'étude (87.1%).

4.3.10. Influence du mode d'exercice et manque de valorisation des actes.

Les médecins libéraux et les médecins salariés de CMS cohabitent dans l'offre de soin aux plus défavorisés. Une étude quantitative par auto-questionnaire, auprès de 97 médecins traitants d'Ile-de-France salariés de centre municipal de santé (CMS) et auprès de médecins libéraux soulignait une meilleure dynamique de groupe au sein des médecins de CMS, se sentant plus concernés (86) et plus compétents face aux ISS (96). En CMS, la pratique du tiers payant était plus fréquente et l'accès aux correspondants plus facile qu'en libéral. Cependant, on ne notait pas de différence en termes de durée des consultations, de fréquence des actes de prévention et de dépistage malgré une population plus précaire en CMS.

Les ISS doivent être intégrées dans les réflexions sur l'organisation des soins primaires. La généralisation du tiers-payant, actuellement praticable selon la volonté des MG (janvier 2019) pourrait diminuer le taux de renoncement au soin.

Certains auteurs évoquent également la possibilité d'une valorisation financière par la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) du recueil de la position sociale (82).

4.3.11. Rôle de l'informatique et faisabilité.

L'étude Recotest eO-médecin® a étudié le recueil d'informations sociales dans les dossiers médicaux grâce à outil informatique incluant 5249 patients. 73.1% des patients inclus avaient eu la saisie d'au moins une information sur le TBS social. Sur ces dossiers, le TBS avait été saisi en moyenne 1.1 fois \pm 0.4 pour une durée moyenne de saisie cumulée sur 12 mois de 144.5 secondes \pm 229.4 (médiane =107).

De même, au bout de 12 mois, les médecins avaient visualisé en moyenne 2.3 fois \pm 4.7 ce TBS. Les médecins étaient plutôt satisfaits de ce mode de recueil.

4.4. Les limites de l'étude :

Notre étude présente des points faibles qui limitent la validité des résultats.

- Il existe un biais de sélection puisque tous les MG exerçaient en milieu urbain et la plupart étaient MSU en cabinet de groupe, ce qui pouvait influencer leur pratique et leur sensibilité au ISTS ;
- Le design initial de l'Étude Recotest n'a pas pu être suivi : absence de données après 6 mois et données absentes pour certains médecins à M6 ;
- Un formulaire de non-opposition au recueil des données devait être coché en début de consultation ce qui pouvait dissuader une partie des patients de participer au recueil.

4.5. Les points forts de l'étude :

Notre étude présente également des points forts.

- Une thématique peu abordée dans la littérature et plutôt récente, en accord avec l'actualité des plans de santé ;
- L'effectif important de patients inclus ;
- Basée sur les données de l'Étude Recotest à la méthodologie robuste ;
- Choix d'un critère positif (oui/non) supprimant un possible biais de rappel.

4.6. Perspective

La poursuite de la réduction des ISS passe par une démarche d'équité en santé. Pour tendre vers cet objectif, les disciplines doivent réinventer leurs modes d'exercices et s'affranchir d'un certain nombre de contraintes d'organisation des soins actuels, soutenues par une politique de santé forte et courageuse. Pour y parvenir, plusieurs axes peuvent être suivis.

Améliorer la formation des professionnels de santé, pour susciter une prise de conscience dans leur rôle de santé publique. Les sensibiliser précocement à la notion de gradient social et de vulnérabilité pour prévenir la stigmatisation des patients au sein de cette démarche. Poursuivre cette formation tout au long de leur exercice professionnel.

Continuer à développer et perfectionner les outils existants, en particulier informatique. Par l'amélioration de la standardisation et l'efficacité du recueil pour dépasser les contraintes de la consultation médicale et mieux intégrer la situation sociale des patients dans la prise de décision

médicale. Faciliter la communication des renseignements entre professionnels au travers de ces outils tel que le dossier médical partagé.

Poursuivre le changement de paradigme amorcé dans les stratégies de gestion de soin et les modes d'exercices, à travers une approche populationnelle avec des structures telles que les CPTS. En incluant aussi les nouvelles professions de santé : assistant médical, infirmière de pratique avancée, dans le but de et faciliter l'accès au soin et de lutter contre le renoncement au soin. Créer une rémunération pour ces prises en charge à travers de nouvelles cotations ou objectifs de ROSP afin de s'adapter à l'évolution de la pratique médicale en valorisant l'acte social au même titre que l'acte médical.

Enfin, il semble que l'avenir de la médecine réside dans le travail pluriprofessionnel et intersectoriel permettant de diminuer l'épuisement professionnel, d'ouvrir le champ des possibilités et de favoriser une prise en charge globale : médico-psycho-sociale.

Parallèlement à ce travail, une étude qualitative sur le ressenti des MG ayant participé au recueil de la situation sociale des patients de l'Étude Recotest fait l'objet d'une thèse qui sera prochainement soutenue. Elle apportera des informations complémentaires sur les leviers et les freins rapportés par les MG au sujet du recueil des indicateurs sociaux d'après les recommandations du CMG.

Par ailleurs, une seconde version de ces recommandations est en cours d'élaboration pour faciliter l'adhésion des MG au recueil et envisager sa réalisation par une tierce personne.

Enfin, de nouvelles études quantitatives utilisant ces recommandations en incluant une plus grande population de MG permettrait d'évaluer leurs bénéfices et de continuer à évaluer les pratiques ; en association avec des études qualitatives pour documenter l'évolution des facteurs facilitants et des obstacles issus de ces nouvelles recommandations.

Conclusion :

Les Inégalités Sociales et Territoriales de Santé (ISTS) sont une réalité bien connue en France. Malgré leur inscription dans les stratégies de politiques de santé, elles n'ont aucune tendance à régresser, au contraire elles n'ont jamais été aussi présentes dans l'actualité et les débats qu'à l'heure actuelle.

L'objectif de lutte contre les ISTS est inscrit au niveau politique dans les stratégies de santé (SNS 2018-2022). Pour mieux orienter les actions entreprises, de nombreux outils sont développés - en pratique clinique et en recherche interventionnelle - permettant le repérage de la vulnérabilité principalement en situation de précarité ainsi que de « monitorer » l'évolution des ISTS.

Le Médecin Généraliste en tant que « gatekeeper » à rôle centrale dans l'organisation des soins. Leur sensibilisation aux ISTS permettrait de les diminuer, ou tout du moins de ne pas les accentuer et d'améliorer l'état de santé des populations. A partir de ces considérations le CMG a émis en 2014 des recommandations sur le recueil standardisé de la situation sociale des patients de médecine générale. L'étude Recotest a montré par la suite que la mise en application

de ces recommandations grâce à un outils informatique était faisable et acceptable par les médecins généralistes.

Ce travail montre que moins d'un quart des patients avaient un indicateur renseigné en dehors de l'état civil. L'indicateur social le mieux renseigné était la profession pour trois quarts des patients suivi de l'exonération du ticket modérateur pour et de l'AMO pour environ un quart et un dixième des patients. L'assurance maladie complémentaire n'était jamais renseignée. Les autres indicateurs n'étaient renseignés qu'à 2% et parmi eux le niveau d'étude et le pays d'origine n'était aucunement renseigné par 5 et 4 des 18 MG.

Les patients qui avaient ≥ 3 indicateurs sociaux renseignés étaient des adultes entre 20 et 65 ans sans prédominance de sexe. Pour ces patients le facteur « médecin traitant » semblait améliorer l'exhaustivité du recueil sous réserve d'absence du renseignement pour 27% des patients. De plus, une tendance à une fréquence d'un recueil plus complet apparaissait dans la population âgée.

Enfin nous mettons en évidence une typologie de MG déjà décrite dans la littérature et probablement dépendante de leur sensibilisation au ISS.

Bien que les MG s'accordent à dire que la prise en compte de la situation sociale des patients peut avoir un impact dans leur pratique, un certain nombre d'obstacles peuvent expliquer nos résultats. Ils ont déjà été décrits et sont liés : au facteur humain (gène, sentiment d'intrusion), à la pratique quotidienne (manque de temps, contraintes organisationnelles) ou à l'outil informatique, etc... Dans cette optique une deuxième version simplifiée des recommandations du CMG est en cours d'élaboration et des alternatives à ce mode de recueil pourraient être exploités (auto-questionnaire, tierce personne)

D'autres leviers sont également identifiés visant l'amélioration d'une pratique dite de « santé publique clinique » des MG à travers l'amélioration de la formation, la sensibilisation à la notion d'équité en santé, le travail en équipe pluriprofessionnelle et la perspective d'une valorisation financière des actes.

Enfin, des changements dans nos pratiques professionnelles sont nécessaires pour envisager une réduction effective des inégalités sociales de santé. De nouveaux modes d'exercices doivent être poursuivis dans une visée éthique de responsabilité sociale de la médecine. Ceci ne peut qu'encourager les pratiques interdisciplinaires et favoriser la prise en charge globale : médico-psycho-sociale.

Ces changements ne peuvent être entrepris qu'avec un appui institutionnel fort et décloisonné ne se limitant pas au champ de la santé, en impliquant les usagers à travers des démarches locales (CLS, AVS) et des méthodes réflexives (EIS).

Bibliographie :

1. World Health Organization. Documents fondamentaux. Place of publication not identified: World Health Organization; 2007.
2. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, 1986 [Internet]. 2017 [cité 12 sept 2019]. Disponible sur: <http://www.euro.who.int/fr/publications/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986>
3. Mme Pierrette Crosemarie,. Inégalités environnementales et sociale: identifier les urgences, créer des dynamiques [Internet]. 14 janvier 201A [cité 12 sept 2019]. (JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE). Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/avis_cese_inegalites_environnementales_sociales-2.pdf
4. Institute for Alternative Futures. Community Health Centers Leveraging the Social Determinants of Health [Internet]. [cité 12 sept 2019]. Disponible sur: <http://www.altfutures.org/pubs/leveragingSDH/IAF-CHCsLeveragingSDH.pdf>
5. Siksou M. Georges Libman Engel (1913-1999): Le modèle biopsychosocial et la critique du réductionnisme biomédical. *J Psychol.* 2008;260(7):52.
6. Ibanez Gladys, Le Masne Arielle, Herr Jeanne. Prendre en compte les inégalités sociales de santé en médecine générale [Internet]. CMG, INPES; 2014 [cité 12 sept 2019]. Disponible sur: <http://lecmg.fr/wp-content/uploads/2019/02/reperespourvotreprat-ISS.pdf>
7. Gray AM. Inequalities in Health. *The Black Report: A Summary and Comment.* *Int J Health Serv.* 1 juill 1982;12(3):349-80.
8. Rio Political Declaration on Social Determinants of Health | National Collaborating Centre for Determinants of Health [Internet]. [cité 9 août 2019]. Disponible sur: <http://nccdh.ca/fr/resources/entry/rio-political-declaration-on-social-determinants-of-health>
9. Marmot M, Allen J, Bell R, Bloomer E, Goldblatt P. WHO European review of social determinants of health and the health divide. *The Lancet.* 15 sept 2012;380(9846):1011-29.
10. Couffinhal A, Dourgnon P. Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé ? Un éclairage européen. 2005;6.
11. Potvin L, Jones CM, Moquet M-J, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Réduire les inégalités sociales en santé. Saint-Denis (Paris): Institut national de prévention et d'éducation pour la santé; 2012.
12. Blanpain N. L'espérance de vie s'accroît, les inégalités sociales face à la mort demeurent. :4.

13. Les hommes cadres vivent toujours 6 ans de plus que les hommes ouvriers - Insee Première - 1584 [Internet]. [cité 28 août 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1908110>
14. Cambois E, Laborde C, Robine J-M. La double peine des ouvriers : plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte. *Rev DÉpidémiologie Santé Publique*. oct 2008;56(6):S367.
15. Organisation européenne de coopération économique. Panorama de la santé 2017: les indicateurs de l'OCDE. Paris: OCDE; 2017.
16. Sekula Cabrol L. Acceptabilité par les patients du recueil de leur position sociale par le médecin généraliste: une étude qualitative [Thèse d'exercice]. [France]: Université Pierre et Marie Curie (Paris). UFR de médecine Pierre et Marie Curie; 2015.
17. Outils élaborés dans la cadre du programme « Inégalités sociales de santé », 2013-2015 [Internet]. Promosanté IdF. 2018 [cité 5 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.promosante-idf.fr/sinformer/ressources-documentaires/outils-elabores-dans-la-cadre-du-programme-inegalites-sociales-de-sante-2013-2015>
18. Moleux M, Schaezel F, Scotton C, Inspection Générale des Affaires Sociales. (I.G.A.S.). Paris. FRA. Les inégalités sociales de santé : déterminants sociaux et modèles d'action. Paris: IGAS; 2011 p. 120p.
19. Whitehead M, Dahlgren G. What can be done about inequalities in health? *The Lancet*. 26 oct 1991;338(8774):1059-63.
20. Cantoreggi N. Pondération des déterminants de la santé en Suisse. Rapport final. Genève: Institut des sciences de l'environnement; 2010.
21. Diez-Roux AV. Multilevel analysis in public health research. *Annu Rev Public Health*. 2000;21:171-92.
22. Kuh D, Ben-Shlomo Y, Lynch J, Hallqvist J, Power C. Life course epidemiology. *J Epidemiol Community Health*. oct 2003;57(10):778-83.
23. Vilain A, Gonzales L, Rey S, Matet N, Blondel B. Surveillance de la grossesse en 2010 : des inégalités sociodémographique. *Etude Result*. juill 2013;n°848:6 P.
24. De Saint Pol T, Chardon O, Guignon N. La santé des élèves de grande section de maternelle en 2013 : des inégalités sociales dès le plus jeune âge. *Études Résultats*. juin 2015;(920):1-6.
25. Kelly-Irving M, Lepage B, Dedieu D, Lacey R, Cable N, Bartley M, et al. Childhood adversity as a risk for cancer: findings from the 1958 British birth cohort study. *BMC Public Health*. 19 août 2013;13:767.
26. A Life Course Approach to Chronic Disease Epidemiology [Internet]. Oxford University Press; 2004 [cité 12 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.oxfordscholarship.com/view/10.1093/acprof:oso/9780198578154.001.0001/acprof-9780198578154>

27. Thierry LANG, Valérie ULRICH. Les inégalités sociales de santé: Actes du séminaire de recherche de la DREES 2015-2016 [Internet]. DREES; 2015 2016 [cité 18 août 2019]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ouvrage_actes_seminaire_iss_pour_bat_cabinet_-_web.pdf
28. LÉVI-STRAUSS C. Les structures élémentaires de la parenté [Internet]. Mouton & Cie/Maison des sciences de l'homme. 1967 [cité 12 sept 2019]. Disponible sur: <http://www.leconflit.com/article-les-structures-elementaires-de-la-parente-de-claude-levi-strauss-101889011.html>
29. Epigenetics and Future Generations. - PubMed - NCBI [Internet]. [cité 12 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25644664>
30. Lang T, Kelly-Irving M, Lamy S, Lepage B, Delpierre C. Construction de la santé et des inégalités sociales de santé : les gènes contre les déterminants sociaux ? Sante Publique (Bucur). 8 juin 2016;Vol. 28(2):169-79.
31. Hertzman C. Putting the concept of biological embedding in historical perspective. Proc Natl Acad Sci U S A. 16 oct 2012;109 Suppl 2:17160-7.
32. McEwen BS, Stellar E. Stress and the individual. Mechanisms leading to disease. Arch Intern Med. 27 sept 1993;153(18):2093-101.
33. Roos L, Spector TD, Bell CG. Using epigenomic studies in monozygotic twins to improve our understanding of cancer. Epigenomics. juin 2014;6(3):299-309.
34. Barker DJ, Winter PD, Osmond C, Margetts B, Simmonds SJ. Weight in infancy and death from ischaemic heart disease. Lancet Lond Engl. 9 sept 1989;2(8663):577-80.
35. Kelly-Irving M, Lepage B, Dedieu D, Bartley M, Blane D, Grosclaude P, et al. Adverse childhood experiences and premature all-cause mortality. Eur J Epidemiol. sept 2013;28(9):721-34.
36. Chauvin P, Parizot I, Vallée J. Les inégalités sociales et territoriales de santé en milieu urbain : enseignements de la cohorte SIRS. Actual Doss En Santé Publique. 1 mars 2013;Mars 2013:29-32.
37. Cadot E. Inégalités sociales et territoriales de santé : l'exemple de l'obésité dans la cohorte SIRS, agglomération parisienne,. Veille nutrition. Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH), n° 8-9,. mars 2011;91-94.
38. Rondet C, Lapostolle A, Soler M, Grillo F, Parizot I, Chauvin P. Are immigrants and nationals born to immigrants at higher risk for delayed or no lifetime breast and cervical cancer screening? The results from a population-based survey in Paris metropolitan area in 2010. PloS One. 2014;9(1):e87046.
39. Le Plan national Santé Environnement et les plans régionaux santé environnement [Internet]. Ministère de la Transition écologique et solidaire. [cité 12 sept 2019]. Disponible sur: <http://www.ecologique-solidaire.gouv.fr/plan-national-sante-environnement-et-plans-regionaux-sante-environnement>

40. Henrard G, Ketterer F, Giet D, Vanmeerbeek M, Belche J-L, Buret L. La littératie en santé, un levier pour des systèmes de soins plus équitables ? Des outils pour armer les professionnels et impliquer les institutions. *Santé Publique*. 2018;S2(HS2):139.
41. Lefeuvre-Darnajou K, Ollivier R, Gross O, Ceretti A-M, Yatim-Daumas F. La démocratie en santé en question(s). 2018.
42. Tabuteau D. Démocratie et santé. *Trib Sante*. 18 avr 2014;n° HS 3(5):3-5.
43. Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health*. déc 2015;25(6):1053-8.
44. Perspectives de l'OCDE sur les compétences 2013 [Internet]. [cité 10 août 2019]. Disponible sur: https://www.oecd-ilibrary.org/education/perspectives-de-l-ocde-sur-les-compences-2013_9789264204096-fr
45. Kickbusch I, Pelikan JM, Apfel F, Tsouros AD, World Health Organization, éditeurs. *Health literacy: the solid facts*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2013. [Internet]. [cité 10 août 2019]. Disponible sur: <http://apps.who.int/bookorders/anglais/detart1.jsp?codlan=1&codcol=34&codcch=134>
46. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Viera A, Crotty K, et al. Health literacy interventions and outcomes: an updated systematic review. *Evid Report Technology Assess*. mars 2011;(199):1-941.
47. Health in the « hidden population » of people with low literacy. A systematic review of the literature. - PubMed - NCBI [Internet]. [cité 12 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20687946>
48. OMS | Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires [Internet]. WHO. [cité 12 sept 2019]. Disponible sur: https://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/
49. Macinko J, Starfield B, Shi L. The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970-1998. *Health Serv Res*. juin 2003;38(3):831-65.
50. Narrowing the health gap between a deprived and an endowed community. - PubMed - NCBI [Internet]. [cité 12 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3122988>
51. Fleming DM, McCormick A, Charlton J. The capture of socioeconomic data in general practice. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract*. avr 1996;46(405):217-20.
52. Achieving universal health coverage in France: policy reforms and the challenge of inequalities. - PubMed - NCBI [Internet]. [cité 6 sept 2019]. Disponible sur: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=\(Achieving%20universal%20health%20coverage%20in%20France%3A\)%20AND%20lancet](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=(Achieving%20universal%20health%20coverage%20in%20France%3A)%20AND%20lancet)
53. DICOM Jocelyne M, Haut conseil de la santé publique : Objectifs de santé publique : Evaluation des objectifs de la loi du 9 août 2004 et propositions [Internet]. Ministère des

- Solidarités et de la Santé. 2010 [cité 7 août 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/haut-conseil-de-la-sante-publique-objectifs-de-sante-publique-evaluation-des>
54. Haut Conseil de la Santé Publique. (H.C.S.P.). Paris. FRA. Indicateurs de suivi de l'évolution des inégalités sociales de santé dans les systèmes d'information en santé. Paris: HCSP; 2013. 56p.
 55. loi de modernisation de notre système de santé : tiers payant, médecin traitant, tabac, cabines UV. Loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé - Panorama des lois - Actualités - Vie-publique.fr [Internet]. [cité 6 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/actualite/panorama/texte-discussion/projet-loi-relatif-sante.html>
 56. Qu'est-ce que la protection universelle maladie (Puma) ? | service-public.fr [Internet]. [cité 6 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F34308>
 57. La stratégie nationale de santé 2018-2022 [Internet]. [cité 9 août 2019]. Disponible sur: <http://www.ars.sante.fr/la-strategie-nationale-de-sante-2018-2022-1>
 58. Plan national de santé publique : la prévention pour lutter contre les inégalités de santé [Internet]. Gouvernement.fr. [cité 9 août 2019]. Disponible sur: <https://www.gouvernement.fr/plan-national-de-sante-publique-la-prevention-pour-lutter-contre-les-inegalites-de-sante>
 59. HCSP. Stratégie nationale de santé : Contribution du Haut Conseil de la santé publique [Internet]. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2017 sept [cité 9 août 2019]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=629>
 60. HCSP. Avis sur le projet de Stratégie nationale de santé [Internet]. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2017 nov [cité 8 août 2019]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=642>
 61. DGS Anne.M. Rencontres nationales santé-environnement 2019 [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cité 3 sept 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/evenements/article/rencontres-nationales-sante-environnement-2019>
 62. Décret n° 2014-629 du 18 juin 2014 portant création du comité interministériel pour la santé. 2014-629 juin 18, 2014.
 63. Secrétariat générale du comité interministériel des villes (SGCIV). Référentiel national des ateliers santé ville (ASV) [Internet]. MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA COHÉSION SOCIALE; 2012 mai [cité 9 sept 2019]. (BO Santé – Protection sociale – Solidarité no 2012/4). Disponible sur: <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/sites/default/files/2016-12/CLS-referentiel.pdf>

64. Référentiel Contrat local de santé (CLS) [Internet]. Agence Régionale de Santé Ile-de-France; 2016 janv [cité 9 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/sites/default/files/2016-12/CLS-referentiel.pdf>
65. Réseau français des Villes-Santé de l'OMS | Agir sur les déterminants de la santé, réduire les inégalités, créer des environnements propices à la santé, collaborer dans l'intérêt des plus vulnérables,... [Internet]. [cité 3 sept 2019]. Disponible sur: <http://www.villes-sante.com/>
66. Chevaillier G. Retrouvez tous nos produits documentaires sur le site du Service documentation : <http://documentation.ehesp.fr>. 2018;26.
67. Martinière A. Les scores et déterminants de la précarité dans la pratique clinique : revue de la littérature. [Internet]. Université de Poitiers, faculté de médecine et de pharmacie; 2018 [cité 13 sept 2019]. Disponible sur: <http://petille.univ-poitiers.fr/notice/view/59266>
68. Fouchard A, Bréchat P-H, Castiel D, Pascal J, Sass C, Lebas J, et al. Caractéristiques métrologiques et comparaison de trois outils de repérage de la précarité sociale dans une permanence d'accès aux soins de santé hospitalière à Paris. *Rev DÉpidémiologie Santé Publique*. août 2014;62(4):237-47.
69. iPLESP - Institut Pierre Louis d'Epidémiologie et de Santé Publique - UMR S 1136 [Internet]. [cité 13 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.iplesp.upmc.fr/>
70. Sabouraud A. ETUDE D'IMPACT SANTE: principaux concepts et méthode proposée - Consensus de Göteborg - décembre 1999. juill 2005;15.
71. Evaluation d'Impact sur la santé (EIS) [Internet]. [cité 3 sept 2019]. Disponible sur: <http://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/evaluation-dimpact-sur-la-sante-eis>
72. Kuluski K, Ho JW, Hans PK, Nelson ML. Community Care for People with Complex Care Needs: Bridging the Gap between Health and Social Care. *Int J Integr Care* [Internet]. 21 juill 2017 [cité 7 août 2019];17(4). Disponible sur: <http://www.ijic.org/articles/10.5334/ijic.2944/>
73. Valentijn PP, Schepman SM, Opheij W, Bruijnzeels MA. Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *Int J Integr Care* [Internet]. 22 mars 2013 [cité 7 août 2019];13(1). Disponible sur: <http://www.ijic.org/article/10.5334/ijic.886/>
74. Estryn-Behar M, Doppia M-A, Guetarni K, Fry C, Machet G, Pelloux P, et al. Emergency physicians accumulate more stress factors than other physicians-results from the French SESMAT study. *Emerg Med J EMJ*. mai 2011;28(5):397-410.
75. Fauchier-Magnan E, Wallon V. Déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé Appui à la DGOS [Internet]. 2018 août [cité 8 sept 2019]. Report No.: N°2018-041R. Disponible sur: http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/IGAS2018-041R_.pdf
76. Smeeth L, Heath I. Tackling health inequalities in primary care. *BMJ*. 17 avr 1999;318(7190):1020-1.

77. Bierman AS, Lurie N, Collins KS, Eisenberg JM. Addressing racial and ethnic barriers to effective health care: the need for better data. *Health Aff Proj Hope*. juin 2002;21(3):91-102.
78. santé (ICIS) I canadien d'information sur la. Norme pancanadienne provisoire relative au contenu du dossier médical électronique en lien avec les soins de santé primaires - Perspective opérationnelle [Internet]. 2012 [cité 13 sept 2019]. Disponible sur: <https://secure.cihi.ca/estore/productFamily.htm?locale=fr&pf=PFC1587>
79. Committee on the Recommended Social and Behavioral Domains and Measures for Electronic Health Records, Board on Population Health and Public Health Practice, Institute of Medicine. *Capturing Social and Behavioral Domains and Measures in Electronic Health Records: Phase 2* [Internet]. Washington (DC): National Academies Press (US); 2015 [cité 13 sept 2019]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK268995/>
80. Tarrant C, Wobi F, Angell E. Tackling health inequalities: socio-demographic data could play a bigger role. *Fam Pract*. déc 2013;30(6):613-4.
81. Pourquoi et comment enregistrer la situation sociale d'un patient adulte en médecine générale ? Version 3.1. Collège de la Médecine Générale; 2014.
82. Cadwallader JS, Ruelle Y. Pourquoi et comment enregistrer la situation sociale d'un patient adulte en médecine générale ? *Exerc Rev Francoph Médecine Générale*. avr 2015;(118 suppl 1):24-5.
83. BFMTV. Un Français sur 12 ne trouve pas de médecin traitant [Internet]. BFMTV. [cité 15 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.bfmtv.com/economie/un-francais-sur-12-ne-trouve-pas-de-medecin-traitant-1545006.html>
84. Martin G. Patients en situation de précarité: quel parcours de soins en médecine générale : étude qualitative par focus group auprès de médecins généralistes installés et remplaçants en Nord-Pas-de-Calais [Thèse d'exercice]. [Lille ; 1969-2017, France]: Université du droit et de la santé; 2015.
85. Lesoin C. Représentations des médecins généralistes sur les inégalités sociales de santé: étude qualitative réalisée chez quinze médecins généralistes de la région avignonnaise [Thèse d'exercice]. [Grenoble, France]: Université Joseph Fourier; 2012.
86. Caurette J-V. La Caractérisation de la situation sociale des patients par les médecins généralistes: comment la mettre en oeuvre? =Characterization of patients' social position by general practitioners : how to implement it ? [Thèse d'exercice]. [France]: Université Bretagne Loire; 2016.
87. Pinto AD, Glattstein-Young G, Mohamed A, Bloch G, Leung F-H, Glazier RH. Building a Foundation to Reduce Health Inequities: Routine Collection of Sociodemographic Data in Primary Care. *J Am Board Fam Med JABFM*. juin 2016;29(3):348-55.
88. Ernst Toulouse C, Nollet C, Jourdain M. Recueil de la situation sociale des patients et prise en charge des inégalités sociales de santé: perspectives en médecine générale : entretiens auprès de 25 médecins généralistes de Loire-Atlantique et Vendée. France; 2014.

89. Flye Sainte Marie C, Querrioux I, Baumann C, Di Patrizio P. Difficultés des médecins généralistes dans la prise en charge de leurs patients précaires. *Santé Publique*. 2015;27(5):679.
90. Le Cour Grandmaison Hervouët S, Jourdain M. Recueil des déterminants sociaux de santé par les médecins généralistes: étude observationnelle en consultation de médecine générale. France; 2019.
91. Casanova L, Ringa V, Bloy G, Falcoff H, Rigal L. Factors associated with GPs' knowledge of their patients' socio-economic circumstances: a multilevel analysis. *Fam Pract*. 26 août 2015;cmv068.
92. Pham M. Etude Recotest : acceptabilité et faisabilité du recueil de la situation social des patients en médecine générale. [Paris 6]: Université Pierre et Marie Curie (Paris). UFR de médecine Pierre et Marie Curie.; 2016.
93. Attali C, Huez J-F, Valette T, Lehr-Drylewicz A-M. Les grandes familles de situations cliniques. 24:5.
95. Célant N, Rochereau T, Institut de recherche et documentation en économie de la santé (France). L' Enquête santé européenne: enquête santé et protection sociale (EHIS-ESPS) 2014. 2017.
96. Gérard D. Différentes modalités d'exercice et de rémunération des médecins traitants face à l'objectif de réduction des inégalités sociales de santé: enquête de pratique auprès de médecins généralistes d'Ile-de-France [Thèse d'exercice]. [France]: Université Pierre et Marie Curie (Paris). UFR de médecine Pierre et Marie Curie; 2014.

ANNEXES

Annexe I : Définition

Définition OCDE :

L'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE) a, en 1961, succédé à l'Organisation européenne de coopération économique (OECE), fondée en 1948 pour gérer l'aide américaine d'après-guerre (plan Marshall).

L'OCDE regroupe plus d'une trentaine de pays : toute l'Europe occidentale et l'Amérique du nord, plus le Japon, l'Australie, la Nouvelle-Zélande, la Corée et, depuis 1995 et 1996, certains pays d'Europe centrale (République tchèque, Hongrie, Pologne) et, depuis 2010 le Chili, la Slovénie, Israël, et l'Estonie.

L'OCDE est le principal rassembleur de statistiques sur les pays développés. L'OCDE siège à Paris.

Annexe II : Lettres de recrutement des médecins de Silk® et AlmaPro®



Cher confrère,

SFTG Recherche et Silk Informatique vous proposent de participer à une étude nationale, financée par l'INPES, dans le champ des inégalités sociales de santé. Il s'agit de tester l'intérêt et la faisabilité du recueil d'informations sociales dans le dossier du patient. Cette étude s'appuie sur les recommandations récentes du Collège de la Médecine Générale et s'inscrit dans les priorités de la Stratégie nationale de santé.

En pratique, nous vous proposons d'intégrer un « tableau de bord social » à votre logiciel métier qui pourrait être complété au fil des consultations. La SFTG organisera une journée de formation sur les inégalités sociales de santé qui pourra être indemnisée. Au cours de cette journée, vous pourrez vous familiariser avec l'outil.

Si vous souhaitez participer à cette étude, envoyez-nous un mail de réponse à recotest@sftg-recherche.fr. Des dates et lieu de formation vous seront proposés ultérieurement.

Pour accéder aux recommandations du Collège de la Médecine Générale, cliquez ici :

http://www.lecmg.fr/photos/doc_iss_02_04.pdf

ou

<http://www.lecmg.fr/gazette/Gazette%20CMG%20N2.pdf>

Nous comptons sur vous !

Gladys IBANEZ, responsable de projet et présidente de la SFTG Recherche

Hector FALCOFF, chargé de recherche

Isabelle DUPIE, chargée de recherche

Maryline PHAM, chargée d'étude



Chère consœur, cher confrère,

La SFTG Recherche et AlmaPro vous proposent de participer à une étude nationale, financée par l'INPES, dans le champ des inégalités sociales de santé. Cette étude s'appuie sur les recommandations récentes du Collège de la Médecine Générale. Elle porte sur la manière dont sont notés dans le dossier médical les éléments sociaux impactant la prise en charge. Le Groupe des Utilisateurs d'Almapro a participé à l'intégration de ces données dans la fiche administrative qui seront donc utilisables par tous les utilisateurs et chacun pourra les compléter au fil des consultations.

Notre objectif est de tester l'intérêt et la faisabilité du recueil d'informations sociales dans le dossier du patient. Nous recrutons pour cela deux groupes de médecins :

Groupe 1 : des médecins qui seront sensibilisés à la question des inégalités sociales de santé au cours d'une formation qui aura lieu lors d'une soirée. La formation sera organisée par la SFTG et fmc Action et indemnisée (les modalités vous seront communiquées ultérieurement).

Groupe 2 : des médecins qui n'auront pas eu de formation mais accepteront qu'on recueille des informations sur la manière dont ces données sont notés dans le dossier. (Dans un cabinet de groupe, il est préférable que tous les médecins du cabinet participent à l'étude.)

Concrètement, un outil d'extraction des données vous sera fourni que vous aurez à déclencher périodiquement pour renseigner automatiquement le taux de remplissage de ces informations.

Choisissez l'une des options ci dessous :

[Je souhaite participer au groupe 1](#)

[Je souhaite participer au groupe 2](#)

[Je ne souhaite pas participer à cette étude](#)

Pour accéder aux recommandations du Collège de la Médecine Générale, cliquez ici : <http://www.cmge-upmc.org/IMG/pdf/enr-social-mars2014.pdf>

En vous remerciant à l'avance de votre réponse, bien cordialement

Gladys IBANEZ, responsable de projet et présidente de la SFTG Recherche
Maryline PHAM, chargée d'étude
Jean Pierre Enrione Thorrand, président de l'association Alma.

Annexe III: Information des patients

Madame, Monsieur,

Votre médecin participe à une étude financée par l'INPES¹ visant à prendre en compte **les inégalités sociales de santé en médecine générale**. Cette étude s'inscrit dans les objectifs prioritaires décrits dans la Stratégie Nationale de Santé de 2013.

L'objectif est de vérifier la faisabilité d'un **recueil d'informations décrivant la situation sociale** des patients dans le dossier médical.

Si vous n'y êtes pas opposés, votre médecin vous posera quelques questions décrivant votre contexte social. **Les données recueillies demeureront strictement confidentielles sans mention de nom et de prénom**. La participation ou non à l'étude ne modifiera pas votre prise en charge, ni le suivi ultérieur.

Cette étude est coordonnée par SFTG Recherche et les départements de médecine générale des facultés de Paris Descartes (Paris V) et Pierre et Marie Curie (Paris VI). Si vous le désirez, vous pouvez être tenus informés des résultats globaux de l'étude, une fois que celle-ci sera achevée, comme le prévoit l'article L1122-1 du code de la Santé Publique.

Vous pouvez à tout moment exercer votre droit d'accès, de rectification et de retrait des données (sans justification et sans conséquence) auprès de votre médecin (loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée).

Nous vous remercions par avance de votre collaboration et restons à votre disposition pour toute information complémentaire.

Dr Gladys IBANEZ, responsable de l'étude
Et l'équipe médicale en charge de l'étude



SFTG Recherche est une association dédiée à la recherche en médecine générale, dans le champ de la qualité des soins. Les données recueillies à l'occasion de cette étude feront l'objet d'un traitement informatisé à des fins de saisie, d'analyse statistique et d'édition de résultats par les chercheurs de l'étude. Elles ne seront consultées que par l'équipe médicale en charge de l'étude et des représentants des autorités sanitaires et judiciaires habilitées ; dans ce cas, vous serez identifiés à l'aide d'un numéro d'identification. L'étude a fait l'objet d'une déclaration à la CNIL², au CCTIRS³, et au CPP⁴.

¹ INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé

² CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

³ CCTIRS : Comité Consultatif sur le Traitement de l'Information en matière de Recherche dans le domaine de la Santé

⁴ CPP : Comité de Protection des Personnes

Annexe IV : Aide au remplissage

Assurance maladie obligatoire (AMO)

La CMU de base et l'AME sont des AMO, il faut donc noter « oui ».

Assurance maladie complémentaire (AMC)

La CMU-complémentaire (CMUc) est bien une AMC qui complète la CMU de base. L'AME fait office d'AMO et d'AMC.

Minimas sociaux

Revenu de solidarité active (RSA) : Le revenu de solidarité active (RSA) est destiné à assurer aux personnes sans ressource ou disposant de faibles ressources un niveau minimum de revenu variable selon la composition de leur foyer. Le RSA est ouvert, sous certaines conditions, aux personnes âgées d'au moins 25 ans et aux personnes âgées de 18 à 24 ans si elles sont parents isolés ou justifient d'une certaine durée d'activité professionnelle.

Allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) : elle est destinée aux personnes âgées disposant de faibles revenus en vue de leur assurer un niveau minimum de ressources. Elle remplace le minimum vieillesse depuis 2006.

Allocation supplémentaire d'invalidité (ASI) : c'est une prestation versée sous certaines conditions aux personnes invalides titulaires d'une pension de retraite ou d'invalidité qui n'ont pas atteint l'âge légal de départ à la retraite pour bénéficier de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa). Depuis 2006, l'Asi remplace l'allocation supplémentaire du minimum vieillesse.

Allocation adulte handicapé (AAH) : L'allocation aux adultes handicapés (AAH) est versée, sous conditions de ressources, aux adultes déclarés handicapés afin de leur assurer un revenu minimum. Des compléments peuvent être versés pour compenser l'incapacité de travail ou faire face aux dépenses de logement.

Allocation de solidarité spécifique (ASS) : elle peut être attribuée, sous certaines conditions d'activité antérieure et de ressources, à certains demandeurs d'emploi de 50 ans et plus.

Allocation équivalent retraite (AER) : L'allocation équivalent retraite (AER), destinée aux demandeurs d'emploi n'ayant pas atteint l'âge de la retraite mais justifiant des trimestres requis pour bénéficier d'une retraite à taux plein, est supprimée depuis le 1er janvier 2011. Seules les

personnes dont les droits à l'AER ont été ouverts avant le 1er janvier 2011 continuent à la percevoir jusqu'à l'expiration de leurs droits. L'AER est remplacée depuis le 1er juillet 2011 par l'allocation transitoire de solidarité (ATS).

Allocation transitoire de solidarité (ATS) : L'allocation transitoire de solidarité (ATS) est destinée aux demandeurs d'emploi n'ayant pas atteint l'âge de la retraite mais justifiant des trimestres requis pour bénéficier d'une retraite à taux plein. Elle remplace l'allocation équivalent retraite (AER).

Allocation temporaire d'attente (ATA) : elle est destinée

- aux étrangers se trouvant dans des situations particulières (demandeur d'asile majeur, bénéficiaire de la protection temporaire ou de la protection subsidiaire, apatride, titulaire d'une carte de séjour temporaire « vie privée et familiale » accordée en raison d'une plainte ou d'un témoignage à l'encontre d'une personne poursuivie pour l'infraction de traite d'être humain ou de proxénétisme)
- à certains ex-détenus (durée de détention égale ou supérieure à 2 mois et sorti de prison)
- à certains salariés expatriés de retour en France (non couvert par le régime d'assurance chômage et justifiant de 182 jours de travail au cours des 12 mois précédant la fin du contrat de travail)

Allocation veuvage (AV) : elle peut être attribuée sous certaines conditions liées notamment à l'âge et aux ressources.

Allocation parent isolé (API) : depuis juin 2009, l'API a été intégrée dans le RSA.

Définitions et Informations

L'AMO (Assurance Maladie Obligatoire)

L'Assurance maladie obligatoire concerne tous les ouvriers et employés du secteur privé, ainsi que tous les fonctionnaires de l'Etat et des collectivités locales : Agents commerciaux ou manœuvres sur un chantier. Tous peuvent se faire soigner et se faire rembourser une partie des frais des prestations médicales et cela depuis 1945.

Qui dit « AMO » désigne les régimes de base comme la Sécurité Sociale pour les salariés ; les chefs d'exploitation agricole dépendront de L'AMEXA, et le RSI pour les Travailleurs indépendants et Professions libérales. Ainsi pour chaque individu, il sera tenu compte de son ancienne ou nouvelle situation professionnelle pour définir le régime obligatoire auquel il doit être rattaché.

Source : Glossaire lexique de www.mutuelle.com (16 février 2015)

L'AMC (Assurance Maladie Complémentaire)

L'Assurance Maladie Complémentaire « AMC » est un système d'assurance maladie qui complète celui du régime général en intervenant sous forme d'un complément de remboursement des soins. L'abréviation « AMC » représente un ensemble de compagnies mutuelles, institutions de prévoyance et compagnies d'assurances auxquelles chaque individu peut s'adresser pour une demande adhésion mutuelle en complément du régime obligatoire.

L'adhésion dans le cas d'une « AMC individuelle » est libre. Par contre l'assurance maladie complémentaire est dite « de groupe » lorsqu'elle est proposée par l'entreprise moyennant une participation obligatoire.

Source : Glossaire lexique de www.mutuelle.com (16 février 2015)

L'ETM - Exonération du ticket modérateur

Lorsqu'on parle de ticket modérateur, il faut comprendre que c'est la part des frais qui reste à charge pour l'assuré et cela en fonction du taux de remboursement appliqué par l'assurance maladie pour chaque acte ou délivrance de médicaments. Ce reste à charge peut-être pris en charge par la mutuelle ou assurance complémentaire santé.

TM = BRSS - RSS

BRSS : Base de Remboursement Sécurité Sociale

RSS : Remboursement Sécurité Sociale

TM : Ticket Modérateur (partie qui reste à charge de l'assuré ou de la mutuelle santé)

Sont exonérées du TM (Ticket modérateur), toutes personnes atteintes de certaines maladies considérées comme affections longue durée : on dit alors qu'il s'agit d'une exonération du ticket modérateur au titre d'une affection de longue durée (ALD).

Bénéfice d'une ETM

Cette ETM est accordée :

- aux bénéficiaires d'une rente d'accident du travail avec un taux d'incapacité de travail au moins égal à 66,66%, d'une pension militaire d'invalidité ou les victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle (sauf pour les assurés du RSI).
- aux personnes qui souffrent d'une ALD (Affection longue durée)
- aux femmes enceintes pour tous leurs examens obligatoires et tous les soins et cela à compter du 1er jour du 6ème mois de grossesse jusqu'au 12ème jour qui suit l'accouchement.
- pour les traitements longs et coûteux effectués aux bénéficiaires ALD hors liste (c'est à dire une maladie grave et invalidante qui nécessite des traitements coûteux pour une durée supérieure à 6 mois).
- aux personnes qui doivent subir un acte médical « lourd » : c'est à dire un acte dont le tarif est égal ou supérieur à 120€.
- aux nouveaux nés hospitalisés à domicile ou dans un établissement de santé dans les 30 jours qui suivent la naissance.
- aux enfants et adolescents victimes de sévices sexuels

Il est fortement conseillé aux personnes bénéficiaires de l'ETM de souscrire à une complémentaire santé. En effet, comme il a été dit précédemment, l'ETM ne concerne que les soins liés à la pathologie en question.

Source : Glossaire lexicque de www.mutuelle.com (16 février 2015)

Enfant à charge

Un enfant est considéré comme à charge (et donnant le droit aux prestations familiales) sous conditions d'âge et de liens de fait avec ses parents. S'il travaille, il ne doit pas dépasser une certaine rémunération.

L'enfant à charge peut être :

- né de parents mariés ou non mariés,
- adopté ou confié en vue d'adoption,
- recueilli.

Quelque soit le lien juridique, il faut assurer **la charge effective et permanente** de l'enfant.

La notion de charge consiste à assurer le logement ou la nourriture mais aussi la responsabilité éducative.

L'enfant est considéré à charge jusqu'à l'âge de 20 ans. Toutefois l'âge limite pour l'attribution de certaines prestations est de 21 ans.

Source : <http://vosdroits.service-public.fr/> (16 février 2015)

CSP

La CSP ou catégorie socioprofessionnelle regroupe les individus en classes définies par la situation d'activité et le cas échéant la profession. Les CSP ont été remplacées par les **PCS** (Professions et catégories sociales) en 1982 mais le terme reste très utilisé, c'est pourquoi il a été retenu.

Les catégories entre lesquelles il faut choisir dérivent de la nomenclature de l'INSEE en 8 groupes avec deux modifications :

- la catégorie INSEE « artisans, commerçants et chefs d'entreprise » a été scindée en 2 dans le tableau de bord : « artisans » et « commerçants et chefs d'entreprise » ;
- la catégorie INSEE « retraités » a été supprimée car il y a un item « retraité » dans l'élément « Statut vis à vis de l'emploi ».

Dans l'élément CSP il faut **renseigner la catégorie du dernier emploi exercé**.

Vit en couple

Cette information permet de savoir si la personne a une relation de couple. Elle n'implique pas la vie à deux sous le même toit.

Habite seul

Cette information permet de savoir si la personne peut être aidée si nécessaire par un(e) autre adulte vivant sous le même toit : compagnon ou compagne, membre de la famille ou ami(e). Cette information se différencie de l'information "Est en couple" car une personne peut avoir une relation de couple tout en vivant seule.

Situation financière perçue

Cette information permet d'estimer de façon globale la situation financière des patients telle qu'ils la perçoivent, quelque soit leur situation objective. C'est une information subjective, mais plusieurs études ont montré qu'elle était liée aux comportements de santé, particulièrement dans le domaine de la prévention.

Annexe V : Exemples de déterminants des composantes de la vulnérabilité

Déterminants	Effets	
	Sur l'exposition	Sur la sensibilité
Déterminants environnementaux (au niveau d'une population)		
<i>Environnement physique et chimique</i>	Pollution atmosphérique, plomb, habitat insalubre, pesticides et perturbateurs endocriniens, intoxications par le CO, rayonnement ionisants...	Pollens, Exposition chronique à la pollution atmosphérique, perturbateurs endocriniens => augmentation de la sensibilité/épigénétique
<i>Environnement microbiologique</i>	Voyages, relations interhumaines, contact avec animaux (professionnels, animaux familiers), alimentation, voies respiratoires...	Contacts répétés => immunisation, ou sensibilisation ; modificateurs immunitaires (ex : virus et cancer), mécanismes épigénétiques ?
<i>Environnement social, culturel, économique, politique</i>	Conditions sociopolitiques (famille, communautés, culture, valeurs de la société) et économiques (PIB, statut de l'emploi...) ; politiques publiques (systèmes de santé) mises en œuvre pour préserver la santé et prendre en charge les personnes malades	Conditions sociopolitiques (également famille, communautés, liens sociaux) et économiques (PIB, statut de l'emploi ...) ; effets délétères sur la santé de certaines politiques publiques (stigmatisation/criminalisation des usagers de drogues...) ?
Déterminants individuels sociaux, économiques, culturels (et comportements)	Habitudes de vie, tabac, alcool, alimentation défavorable à la santé, drogues et autres addictions, inactivité physique, niveau culturel [Organisation mondiale de la santé, 2010]	Histoire personnelle, habitudes de vie
Déterminants physiologiques	Âge (et besoins nutritionnels différents selon les étapes de la vie), grossesse, allaitement, ménopause...	Âge, grossesse
Déterminants génétiques	Anomalies ou prédispositions génétiques (hémophilie et exposition au sang contaminé)	Anomalies ou prédispositions génétiques (anomalies génétique et alimentation/contacts cutanéomuqueux : intolérance, allergie...)
Déterminants pathologiques	Maladies et exposition aux médicaments	Allergènes

Source : Santé publique France, "Outils élaborés dans le cadre du programme « Inégalités sociales de santé, 2013-2015 », avril 2018.

Annexe VI : Caractéristiques souhaitables des variables socio-économiques

Thématiques	Variables
Niveau d'instruction	Niveau d'éducation – Diplôme le plus élevé Nombre d'années passées à l'école Niveau d'éducation – Diplôme le plus élevé des parents
Situation professionnelle	Situation vis-à-vis de l'emploi Profession ou dernière profession exercée Contrat de travail (CDD, intérim, CDI, temps partiel subi/choisi) Temps de travail (temps plein, temps partiel subi/choisi) Situation vis-à-vis de l'emploi et profession du (de la) conjoint(e) ou de la « personne de référence du ménage »
Revenus	Sources de revenus Revenus net avant impôts du ménage – Revenu disponible Perception de sa situation financière Reste à vivre Renoncement aux soins pour raison financière Minimas sociaux
Immigration internationale	Pays de naissance et nationalité Année d'arrivée en France Origine géographique des ascendants Situation administrative au regard du séjour Couverture maladie Langue parlée à la maison
Couverture du risque maladie	Couverture de base Couverture complémentaire Prise en charge à 100%
Les variables suivantes ont également été abordées mais n'ont pas fait l'objet d'une fiche :	
Habitat/Logement	Statut d'occupation du logement Type d'habitat Lieu d'habitation
Constitution du ménage	Situation matrimoniale Nombre d'habitants Description du ménage...
Autres variables	Relation sociales Accès aux soins Événements négatifs dans l'enfance...

Source: Outils élaborés dans la cadre du programme « Inégalités sociales de santé », 2013-2015.

Annexe VII : Résultats par indicateurs du tableau social

	AMO	AMC	Exonération TM	Emploi	Profession	Français	Couple	Vit seul	Nombre enfants	enfants à charge	Pays d'origine	Niveau d'études	CSP	Minima	logement	Situation financière
médecin 1	1076	0	749	8	1812	9	5	5	4	3	11	8	6	6	5	5
médecin 2	1034	0	736	4	1803	6	4	4	3	2	7	5	4	4	4	4
médecin 3	2	0	345	119	132	119	119	119	97	51	118	119	115	118	118	118
médecin 4	209	0	1160	13	374	12	11	11	9	8	12	10	11	11	11	11
médecin 5	453	0	1528	128	3769	128	122	122	82	48	590	123	121	118	116	110
médecin 6	420	0	1078	5	3464	6	6	6	4	3	5	5	4	4	5	4
médecin 7	3	0	15	38	1143	41	41	38	40	30	44	26	24	18	17	17
médecin 8	211	0	871	420	6107	403	403	368	312	149	444	401	401	358	399	384
médecin 9	180	0	89	29	2300	34	26	25	14	10	92	28	19	19	19	19
médecin 10	1728	0	745	8	2637	9	12	3	3	0	8	8	2	5	8	5
médecin 11	1	0	226	1	1544	1	1	1	2	2	0	0	1	1	1	1
médecin 12	2	0	206	10	220	15	21	7	13	0	3	2	2	2	0	0
médecin 13	43	0	199	127	1393	0	14	16	3	0	1	0	3	1	3	2
médecin 14	29	0	324	2	886	1	2	0	0	0	1	0	1	0	0	1
médecin 15	0	0	74	7	1106	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0
médecin 16	66	0	111	32	570	30	25	10	20	0	20	8	8	0	1	1
médecin 17	3	0	153	1	2340	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
médecin 18	157	0	343	96	100	159	95	93	23	13	78	107	67	113	53	100
Total	5617	0	8952	1048	31700	974	908	828	629	319	1434	850	789	779	761	782
Pourcentage	13,3%	0,0%	21,3%	2,5%	75,3%	2,3%	2,2%	2,0%	1,5%	0,8%	3,4%	2,0%	1,9%	1,9%	1,8%	1,9%

Annexe VIII : Caractéristiques des patients avec ≥ 3 indicateurs du TBS renseignés

	nbr patients TBS ≥ 3	Femme	% Femme	Homme	% Homme	< 20 ans	% < 20 ans	20-65 ans	% 20- 65 ans	> 65 ans	% >65 ans	contrat MT	% contrat MT	autre contrat MT	% autre contr	MT non renseigné	% MT non rens
médecin 1	59	28	47%	31	53%	2	3%	43	73%	14	24%	18	31%	23	39%	18	31%
médecin 2	56	28	50%	28	50%	1	2%	41	73%	14	25%	21	38%	19	36%	16	29%
médecin 3	119	54	45%	65	53%	0	0%	86	72%	39	28%	45	39%	73	61%	44	51%
médecin 4	86	42	49%	44	51%	0	0%	70	81%	16	19%	36	42%	32	37%	18	21%
médecin 5	502	250	50%	252	50%	14	3%	363	72%	125	25%	80	16%	323	64%	99	20%
médecin 6	124	51	41%	73	59%	0	0%	45	36%	79	64%	76	61%	28	23%	20	16%
médecin 7	45	27	60%	18	40%	1	2%	42	93%	2	4%	7	16%	5	11%	33	73%
médecin 8	505	257	51%	248	49%	12	2%	336	67%	157	31%	349	69%	7	1%	149	30%
médecin 9	55	31	56%	24	44%	5	9%	44	80%	6	11%	16	29%	25	45%	14	25%
médecin 10	86	30	35%	56	65%	1	1%	46	53%	39	45%	49	57%	10	12%	27	31%
médecin 11	2	1	50%	1	50%	0	0%	2	100%	0	0%	1	50%	0	0%	1	50%
médecin 12	21	13	62%	8	38%	0	0%	14	67%	7	33%	8	38%	1	5%	12	57%
médecin 13	44	17	39%	27	61%	0	0%	28	64%	16	36%	19	43%	22	50%	3	7%
médecin 14	10	4	40%	6	60%	0	0%	2	20%	8	80%	9	90%	1	10%	0	0%
médecin 15	1	0	0%	1	100%	0	0%	1	100%	0	0%	1	100%	0	0%	0	0%
médecin 16	65	27	42%	38	58%	0	0%	38	58%	27	42%	14	22%	10	18%	41	63%
médecin 17	1	1	100%	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%	1	100%	0	0%	0	0%
médecin 18	153	61	40%	92	60%	23	15%	93	61%	37	24%	118	77%	0	0%	35	23%
Total	1934	922		1012		59		1294		587		868		579		530	
Pourcentage			48%		52%		3%		67%		30%		43%		30%		27%

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

RÉSUMÉ

Contexte. Les Inégalités sociales de Santé (ISS) sont une réalité bien connue en France. Malgré leur inscription dans les stratégies de politiques de santé, elles n'ont aucune tendance à régresser. Le Médecin Généraliste (MG) en tant que « gatekeeper » peut repérer les populations vulnérables. A ce titre le Collège de la Médecine Générale (CMG) a émis des recommandations sur l'enregistrement de 16 indicateurs sociaux. L'objectif de ce travail était d'étudier le recueil standardisé de ces indicateurs en médecine générale.

Méthodes. Analyse statistique à partir des données obtenues par le logiciel métier Alma-Pro® lors de l'étude « Recotest ». Ont été inclus les patients ayant eu au moins un indicateur social renseigné en dehors de l'onglet « état civil » d'octobre 2015 à juin 2016.

Résultats. 42 107 patients (23,7%) ont été inclus. L'indicateur social le mieux renseigné était la profession à 75,3%, puis l'exonération du ticket modérateur à 21,3% et l'assurance maladie obligatoire à 13,3%. L'assurance maladie complémentaire n'était jamais renseignée. Les autres indicateurs étaient remplis à 2%. Une tendance se dessinait chez les patients avec ≥ 3 indicateurs sociaux renseignés en faveur d'une population âgée suivie par un MG traitant. Une typologie de MG semblait apparaître selon leur sensibilisation au ISS.

Conclusion. L'enregistrement standardisé des indicateurs sociaux par les MG, basé sur une connaissance empirique, semble éloigné des recommandations actuelles. Une amélioration de la formation, la sensibilisation à la notion d'équité en santé, le travail pluriprofessionnel et la perspective d'une valorisation financière de ces actes seraient des leviers mobilisables.

Mots clés : médecine générale, inégalités sociales de santé, déterminants sociaux de santé, statut socioéconomique, tableau de bord de suivi, dossier médical électronique.