UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2018 N° 2018.179

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(DES de MEDECINE GENERALE) par

Sibylle le Cour Grandmaison épouse Hervouët

Née le 14 06 1987 à Nantes

Présentée et soutenue publiquement le 23 octobre 2018

RECUEIL DES DETERMINANTS SOCIAUX DE SANTE PAR LES MEDECINS GENERALISTES : ETUDE OBSERVATIONNELLE EN CONSULTATION DE MEDECINE GENERALE

Président : Monsieur le Professeur Remy Senand

Directeur de thèse : Madame Maud Jourdain

Membres du jury : Monsieur le Professeur Christian AGARD

Monsieur le Professeur Olivier Baron

REMERCIEMENTS

Au Docteur Maud Jourdain, un grand merci de m'avoir aidée pour ce travail, et pour tout le temps que tu m'as consacré. Merci d'avoir dirigé cette thèse et de m'avoir permis de mener à bien ce projet.

Au Professeur Rémy Senand, vous me faites l'honneur de présider ce jury. Veuillez trouver ici l'expression de ma gratitude.

Au Professeur Christian Agard, vous me faites l'honneur d'être membre de ce jury, merci de l'intérêt porté à mon travail et d'avoir accepté avec enthousiasme de participer à ce jury.

Au Professeur Olivier Baron, merci de l'intérêt porté à mon travail malgré le fait que cela ne soit pas votre spécialité, vous me faites l'honneur d'être membre de ce jury. Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance.

Merci aux Maîtres de stage de l'université de Nantes, pour m'avoir permis d'étudier leurs consultations et leurs dossiers.

Un grand merci aux 32 internes en stage de novembre 2017 à mai 2018, sans qui ce travail n'aurait pas pu être possible.

Merci à mes parents de m'avoir orientée vers ce beau métier, on peut dire que vous m'avez donné la vocation.

Merci à tous mes frères et sœurs, de m'avoir supportée durant toutes ces années d'étude. Merci d'avoir gardé nos enfants pour me permettre d'avoir des instants au calme pour travailler.

Merci à toi Cécile de m'avoir aidé à passer le cap de la page blanche et de ton aide pour la saisie des données. J'ai hâte de prendre des cafés avec des beignets chocolat/ caramel sans parler que du boulot.

Merci Bruno et Bruna, pour vos soirées consacrées à la création du logiciel de saisie, grâce à vous j'ai gagné beaucoup de temps.

Merci à toi aussi Inès de m'avoir aidée pour la saisie.

Merci à toi Josselin, mon frère, de m'avoir aidée à interpréter tous ces résultats, et de m'avoir accordé du temps pendant tes vacances à la Villirouët. (Je sais que tu avais bien mieux à faire)

Merci à toi mon Clem, de me redonner le sourire dans les moments de doute, et de t'occuper aussi bien de nos enfants.

Merci à vous mes trois amours : promis ma Philomène la thèse c'est fini, ma Dauphine garde ton merveilleux sourire, et toi mon Virgile : ton arrivée récente dans notre famille lui a apporté un doux équilibre qui a été propice à mon travail pour cette thèse.

INTRODUCTION **6**

CONTEXTE **8**
I.1. Préambule sur les définitions : **8**
I.1.1. Dimension objective de la santé : complexe à définir : 8
I.1.2. La santé perçue : dimension subjective : 9
I.2. Des facteurs de risques liés aux inégalités sociales de santé : **11**
I.2.1. Les inégalités sociales de santé : 11
I.2.2. Tabagisme, surpoids et thymie, des écarts liés au sexe, à l'âge, et aux catégories socioprofessionnelles : 12
I.3. Les inégalités sociales de santé plus marquées en France, malgré un système de santé performant : **16**
I.3.1. La politique de santé en France : 16
I.3.2. Les systèmes de santé européens : 17
I.4. Le recueil des déterminants sociaux de santé en médecine générale : **19**
I.4.1. La recommandation du Collège de Médecine Générale : 20
I.4.2. En réalité comment ce recueil est-il réalisé ? 21

MATERIEL ET METHODES **23**
II.1. Objectifs : **23**
II.2. Méthode : **23**
II.2.1. Type d'étude : 23
II.2.2. Critères d'inclusion/exclusion : 24
II.2.3. Recueil de données : 24
II.2.2.3. Analyses statistiques : 26

RESULTATS **28**
III.1. Description de la population étudiée : **28**
III.1.1. Description des caractéristiques des consultations : 28
III.1.2. Description des caractéristiques des médecins généralistes : 32
III.2. Les informations indispensables : **33**
III.2.1. Description : 33
III.2.2. Association entre le recueil des informations indispensables et le type de consultation ou le profil du patient : 34
III.2.3. Association entre les caractéristiques des MG et le recueil des informations indispensables : 38
III.3. Les informations secondaires : **40**
III.3.1. Description : 40
III.3.2. Association entre le recueil des informations secondaires et le type de consultation ou le profil du patient : 42
III.3.3. Association entre les caractéristiques des MG et le recueil des informations secondaires : 43

DISCUSSION **45**
IV.1. Représentativité de l'échantillon par rapport à la population : **45**
IV.2. Limites méthodologiques de l'étude : **46**
IV.3. Principaux résultats : **47**
IV.4. Où sont stockés les DSS : **48**
IV.4.1. Les 7 informations indispensables : 48
IV.4.2. Les 6 informations secondaires : 49
IV.5. Qu'est ce qui est en lien avec le recueil des DSS ? **49**
IV.5.1. Les caractéristiques de la consultation et du patient : 49
IV.5.2. Caractéristiques du médecin associé au recueil : 50

IV.6. Les actions à mettre en place pour réduire les ISS : **51**
IV.7. Comment y remédier ? **53**
CONCLUSION **54**
BIBLIOGRAPHIE **56**
ANNEXES **60**

LISTE DES ABREVIATIONS

AAH : Allocation Adulte Handicapé
ALD : affection longue durée
AMC : Aide Médicale complémentaire
AME : Aide Médicale d'Etat
AMO : Aide Médicale Obligatoire
APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie
ASALEE : Action de Santé Libérale en Equipe
AT /MP : Accident du travail/ Maladie professionnelle
CAF : Caisse d'allocations Familiales
CMG : Collège de Médecine Générale
CMU : Couverture Médicale Universelle
CMUc : Couverture Médicale Universelle complémentaire
CSP : Catégories Socio-professionnelles
DMI : Dossier Médical Informatisé
DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation, et des Statistiques
DSS : Déterminants Sociaux de Santé
DU : Diplôme Universitaire
IMC : Indice de Masse Corporelle
INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
IS : Inégalité de Santé
ISS : Inégalité Sociale de Santé
MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées
MG Médecin Généraliste
MSU : Maitre de Stage Universitaire
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
RSA : Revenu de Solidarité Active

INTRODUCTION

Le système de santé français est basé sur une assurance maladie qui permet l'accès au soin libre et gratuit et est théoriquement universel. Il est considéré comme un des plus performants. (1) Depuis sa mise en place, en avril 1928, il a permis d'améliorer considérablement l'état de santé des français. Par exemple depuis la fin des années 1970, les hommes de 35 ans ont gagné 7 ans d'espérance de vie et les femmes 5,5 ans.(2) Ce système de santé permet aujourd'hui aux français d'avoir un état de santé globalement bon par rapport aux pays de niveau de richesse similaire.(3)

Cette amélioration de santé a surtout concerné les personnes les plus socialement favorisées. Cela se traduit par une différence d'espérance de vie à 35 ans de 7 ans entre les ouvriers et les cadres supérieurs.(4) L'espérance de vie n'est pas seulement plus courte, elle n'est également pas comparable en termes de qualité; les incapacités étant plus fréquentes chez les ouvriers que les cadres.(5)

Les inégalités sociales de santé (ISS) correspondent aux différences d'état de santé observées entre des groupes sociaux. Elles font référence à toute relation entre la santé d'un individu et son appartenance à une catégorie sociale. Les ISS sont considérées comme « évitables » car elles ne sont pas le produit du hasard ou de la seule biologie, mais de déterminants socialement construits.(6)

Des stratégies ont été mises en place en France dans les années 2000 et celles-ci sont principalement axées sur l'accès aux soins et la lutte contre l'exclusion. Par exemple la réforme du médecin traitant en 2004 permet de mettre le médecin généraliste au centre du suivi médical du patient.

Cependant en 2014, le collège de médecine générale a rédigé une recommandation pour lutter contre les ISS toujours existantes et s'accroissant.(7) Il recommande de recueillir des données appelées déterminants sociaux de santé (DSS) qui permettent de prendre en considération le patient dans sa globalité et d'adapter sa pratique en fonction de sa situation sociale.

Suite à cette recommandation, il apparaît que le recueil des données sociales est difficile à évaluer de façon valide et objective et semble rarement recueilli de manière active et formalisée.(8)

L'absence de données quantitatives limite l'évaluation des stratégies mises en place pour réduire les ISS, alors que la généralisation du recueil de ces données serait un levier important pour témoigner des ISS et pour mettre en place des actions concrètes visant à les réduire.
Afin d'étudier, la pratique du recueil des DSS issue de la recommandation de 2014, une étude observationnelle a été réalisée en 2017, auprès des médecins généralistes universitaires (MSU) de Loire-Atlantique et de Vendée.

Ce travail s'articule en deux points :
En premier lieu, un état des connaissances a été réalisé sur les points suivants :
Définition du concept de la santé,
Etude des principaux facteurs de risques liés aux ISS,
Analyse du système de santé français comparé aux autres systèmes de santé européens,
Et présentation du recueil actuel des déterminants sociaux de santé.
Dans un second temps, la méthode de l'étude sera détaillée, ses résultats présentés puis analysés.

CONTEXTE

I.1. Préambule sur les définitions :

I.1.1. Dimension objective de la santé : complexe à définir :

La définition de la santé est : « état de bon fonctionnement de l'organisme » selon le dictionnaire Larousse.
Le mot santé provient du latin «saluto», «salutavi», «salutare». Il signifie : garder sain et sauf, préserver.
Un deuxième mot latin est en lien avec la santé, «sano», «sanare» qui est plutôt : rendre sain, guérir, réparer, ramener à la raison et «sanus», «sana», «sanum» qui signifie sain, en bonne santé, raisonnable.
En Grec, la santé vient des mots «ugiès» être sain et raisonnable et «ugieia» état d'un corps sain.

L'organisation mondiale de la santé (OMS) a donné sa première définition de la santé en 1946 dans le préambule de sa Constitution : « la santé est un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »

Cette définition est complétée par le droit à la santé pour tous que l'on retrouve dans l'article 25 de la Déclaration universelle des Droits de l'Homme(9) (en 1948) qui nous dit que « Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et celui de sa famille, quelles que soient son origine, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique et sociale »

En 1986, la Charte d'Ottawa, qui fut la première conférence pour la promotion de la santé, va compléter cette approche comme « le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci.
Cette démarche relève d'un concept définissant la "santé" comme 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. »
La Charte d'Ottawa reprend donc également les conditions nécessaires à la santé : « se loger, accéder à l'éducation, se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu, bénéficier d'un écosystème stable, compter sur un apport durable de ressources, avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable »
La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne et cela fait référence aux déterminants de santé qui sont des facteurs qui influencent l'état de santé d'une population.
La santé s'exprime dans toutes ses dimensions biologiques, sociales et psychologiques.

Il ne faut pas confondre inégalités de santé (IS) et inégalités sociales de santé (ISS). Les premières sont « naturelles », relatives à des caractéristiques « purement » biologiques non modifiables. Elles ne relèvent pas de la justice sociale mais d'autres facteurs (génétiques comme d'être un homme ou une femme ; physiologiques, comme d'être jeune ou vieux). Par exemple : le cancer de l'ovaire ne concerne que les femmes.(6) Les secondes ISS, sont «construites socialement», au sens où elles relèvent des conditions socialement déterminées : l'espérance de vie est plus longue chez les cadres, que chez les ouvriers. Le terme « social » permet d'indiquer les différences systématiques, évitables et importantes dans le domaine de la santé.

La réalité dépasse cette dichotomie, qui est remise en cause notamment par l'émergence de l'épigénétique comme nous le développerons plus tard.

Les ISS ne sont pas synonymes de précarité, de pauvreté ou d'exclusion sociale. Elles existent au sein de l'ensemble de la société selon un gradient social. Elles font référence à toute relation entre la santé d'un individu et son appartenance à une catégorie sociale.(10)

I.1.2. La santé perçue : dimension subjective :

La santé perçue est un concept qui se rapproche de la notion de bien-être et que l'on peut donc mesurer à l'aide d'enquêtes.

En 2014, 70 % des personnes âgées de 15 ans et/ou plus, déclarent que leur état de santé est « bon » ou « très bon » ; 23% l'estiment « assez bon » et 7% se disent en « mauvaise » ou très mauvaise santé ». Ces résultats sont issus de l'enquête santé européenne.(11)
Les Français sont globalement en bonne santé par rapport aux pays ayant un niveau de richesse similaire, et leur espérance de vie n'a cessé de s'améliorer ces dernières années :(3) les hommes de 35 ans ont gagné 7 années d'espérance de vie et les femmes 5,5 depuis la fin des années 1970.(2)

Cependant la France fait partie des pays où les inégalités sociales de mortalité et de santé sont les plus élevées en Europe occidentale et celles-ci n'ont eu aucune tendance à diminuer ces dernières années(12)

Un classement établit en 2016 par l'EHCI [1](L'indice européen des consommateurs de soins et de santé), situe en 11ème place l'état des systèmes de santé français, sur les 35 pays européens.

Des disparités sociales significatives demeurent dans notre pays, appelées « gradient social » des inégalités de santé.

[1] L'indice européen des consommateurs de soins et de santé : en se fondant sur 48 indicateurs, allant de l'information aux patients, de leurs droits, à l'accessibilité aux soins autant que la prévention ou les résultats obtenus, Health Consumer Powerhouse établit une note sur 1000. Plus les pays se rapprochent du score maximum, mieux le patient devrait être soigné.

L'OMS définit le « gradient social » comme le fait que, plus un individu occupe une position socio-économique défavorable, plus il est en mauvaise santé : ce gradient social concerne toute l'échelle socio-économique, de haut en bas et ceci d'un point de vue mondial.
Les ISS résultent d'un ensemble de déterminants, à savoir l'accès aux soins et à la prévention, et aussi de conditions socio-économiques : logement, emploi et conditions de travail, niveau de ressources et d'éducation. Elles ne sont pas synonymes de précarité, de pauvreté ou d'exclusion sociale, commencent dès l'enfance et se sont sans doute déjà manifestées dans les générations précédentes.

En fonction du sexe, de l'âge, et de la catégorie socioprofessionnelle, les problèmes de santé diffèrent.(13)

Cette amélioration de la santé a surtout concerné les personnes les plus socialement favorisées.(2) Entre 2009-2013, l'écart d'espérance de vie à 35 ans est de 7.5 ans entre les diplômés du supérieur et les non diplômés. Cette espérance de vie n'est pas seulement plus courte, elle n'est également pas comparable en termes de qualité ; les années restant à vivre pour un ouvrier sont en effet, la plupart du temps, grevées d'incapacités : les différences touchent à la fois la quantité et la qualité : c'est ce qu'on appelle le concept de « la double peine ».(5)

L'émergence de deux indicateurs utilisés à partir des années 1990,(14) a permis de mettre en évidence que le taux de décès évitable en France était 50% plus élevé qu'au Royaume-Uni et presque deux fois plus qu'en Suède.(15) Il s'agit de la mortalité prématurée (ensemble des décès survenus avant 65 ans) d'une part, et de la mortalité « évitable » (sous-ensemble de la mortalité prématurée, définie par un regroupement de causes de décès fortement liés à des pratiques ou des comportements individuels dits « à risque »), d'autre part.
Compte-tenu de l'importance de la mortalité « évitable » en France, il est donc primordial en termes d'enjeux de santé publique, d'identifier les comportements de santé à risque des Français qui contribuent le plus à cette mortalité, afin d'en réduire son poids.(15)

I.2. Des facteurs de risques liés aux inégalités sociales de santé :

I.2.1. Les inégalités sociales de santé :

Au sein de la Littérature, on retrouve un constat récurrent sur les inégalités face à la consommation de tabac, d'alcool, et les habitudes alimentaires.
Récemment on assiste également à un intérêt pour l'état thymique de la population en fonction des catégories socio-professionnelles des individus.(16)

Certaines études s'appuient sur le rôle des conditions de naissance et de vie dans la petite enfance : en effet, lorsque celles-ci sont défavorables ou défaillantes, elles poseraient les fondements des ISS. De façon complémentaire, d'autres études se basent sur l'accumulation de déterminants sociaux et économiques défavorables, qui se combinent et interagissent au cours de la vie. « Il n'y a pas de déterminisme, mais des déterminants qui interagissent, s'enchainent, voire se modifient au cours de la vie ».
Un constat général consiste à dire que ces différents déterminants interviennent, sans pour autant que l'on puisse réellement expliquer comment, ni si l'un prédomine sur l'autre ou bien encore comment on peut les hiérarchiser.(17)

Les récentes découvertes biologiques et la progression de l'Epigénétique notamment, justifient une réflexion sur les implications de ces avancées biologiques sur les politiques de Santé Publique. On peut rappeler que l'Epigénétique permet un nouveau regard sur le lien entre santé et environnement, y compris environnement social.(18)
« L'épigénétique correspond à l'étude des changements dans l'activité des gènes n'impliquant pas de modification de la séquence d'ADN et pouvant être transmis lors des divisions cellulaires. Contrairement aux mutations qui affectent la séquence d'ADN, les modifications épigénétiques sont réversibles. » (Définition INSERM)
La traditionnelle opposition entre gènes et environnement est donc obsolète.

Les déterminants sociaux de santé s'intègrent dans une construction dynamique de la santé au cours de la vie et ceci est donc cohérent avec la définition la plus récente de la santé, évoquée précédemment. Il est donc important de prendre en compte l'environnement précoce, qui est susceptible de s'inscrire dans l'expression génique et de favoriser ainsi des pathologies à l'âge adulte. Cependant, il ne s'agit pas pour autant de réduire le social au biologique, mais plutôt de mettre en évidence les liens de cause à effet entre l'un et l'autre.(18)

I.2.2. Tabagisme, surpoids et thymie, des écarts liés au sexe, à l'âge, et aux catégories socioprofessionnelles :

I.2.2.1. Le tabagisme :

En France 28% des personnes fument, dont 22% quotidiennement ; soit un taux de fumeurs supérieur à la moyenne des pays européens, pour lesquels les données sont disponibles.(19)

On constate que la part des fumeurs reste plus importante que celle des fumeuses, mais la proportion des fumeuses ne diminue pas, et s'est rapprochée de celle des hommes (26 % des hommes contre 19 % des femmes)(20)

D'autre part, ouvriers et employés de commerce sont les catégories les plus concernées par le tabagisme : en effet le *Baromètre santé* a recueilli en 2010 de façon rétrospective le parcours de trois cohortes de naissances de 1941 à 1985 : les résultats montrent qu'après avoir été plus fréquent parmi les plus diplômés, le tabagisme a reculé dans ces milieux alors qu'il continue de progresser parmi les moins diplômés. (21) L'écart entre les chômeurs et les personnes qui travaillent, continue même à se creuser, alors même que les fumeurs les moins favorisés sont aussi nombreux que les autres à déclarer avoir envie d'arrêter de fumer.(20)

On observe une stabilité des ISS en matière de tabagisme. Un tel constat appelle à concevoir une aide ciblée selon les besoins spécifiques et les difficultés de chacun(20). Cette enquête (baromètre santé 2014) invite à porter une attention plus particulière aux populations à risque, comme les femmes de 55 à 64 ans, ou les personnes ayant un niveau de diplôme inferieur au bac et surtout les chômeurs.
C'est parce que les ISS se construisent dès l'entrée dans le tabagisme, qu'il est primordial de conduire dès que possible une politique de lutte et de prévention contre le tabac. Dans cette optique, le Ministre en charge de la Santé a fixé l'objectif de réduire de 10% la prévalence du tabagisme quotidien parmi les 15-75 ans d'ici à 2019, dans le cadre du Programme National de Réduction du Tabagisme.
Enfin, le tabagisme est responsable d'environ 30 % des cancers (22), mais aussi de nombreuses maladies cardio-vasculaires, ce qui entraine de nombreuses dépenses de Santé Publique ; d'où l'importance de la prévention primaire (maitriser les facteurs de risques) et secondaire (dépistage).

I.2.2.2. Le surpoids et l'obésité :

Selon l'OMS, l'obésité a atteint les proportions d'une épidémie mondiale.
La situation française est plus favorable que celle observée dans la plupart des autres pays européens. En effet en Europe, l'excès de poids concerne la moitié de la population, dont 15 % pour l'obésité et 35 % pour le surpoids.
La France est le pays pour lequel le surpoids est le moins fréquent, alors que le taux d'obésité est proche de la moyenne européenne.(19)

D'autre part, selon une étude de 2014, la moitié des Français adultes est en surpoids, et, parmi ceux-ci, un adulte sur six souffre d'obésité.(3)
Le lien entre le surpoids et le faible statut socio-économique dans les pays industrialisés, a été largement établi, aussi bien chez les adultes que chez les enfants.(23)
Selon l'étude Obépi (24), réalisée en 2012, l'obésité est près de deux fois plus répandue dans les catégories les moins favorisées : 16,7 % chez les ouvriers contre 8,7% chez les cadres supérieurs. Or, les pratiques alimentaires acquises dans l'enfance déterminent celles adoptées à l'âge adulte.(25)

Cette affection est aussi en augmentation chez les enfants ; il a en effet été montré que le surpoids des enfants était lié à la situation socio-économique des parents : 7% des enfants de cadres présentent un excès pondéral, en 2013, contre 16% des enfants d'ouvriers et 14% des enfants d'employés. Concernant l'obésité, les enfants d'ouvriers sont quatre fois plus touchés que les enfants de cadres.(26)
D'autre part, le niveau d'éducation entre également en compte : la fréquence de l'obésité passe en effet de 20 % chez les individus du niveau d'éducation primaire, à 6 %, chez ceux ayant bénéficié de l'enseignement supérieur.(23)

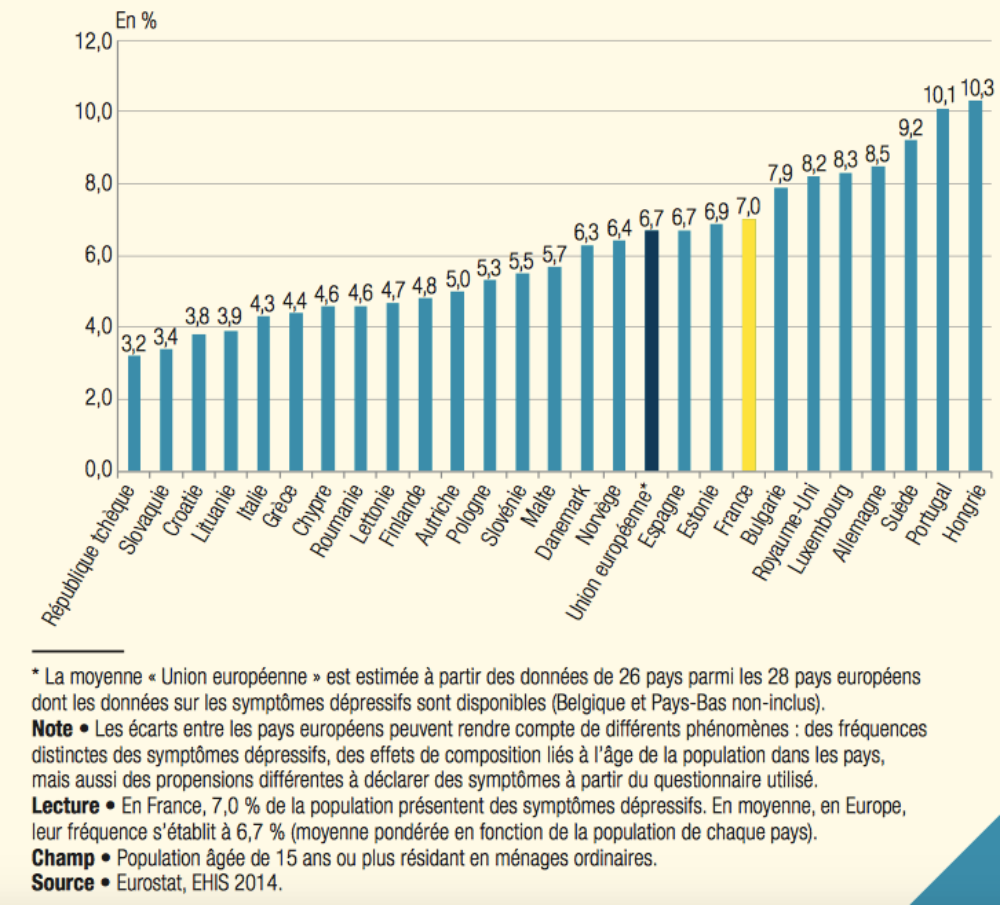
« Si les différences de corpulence, et en particulier l'obésité, sont, pour une part, liées à des facteurs génétiques, ces derniers ne peuvent expliquer cette brusque augmentation de la corpulence, qui tient plus à des facteurs sociaux, économiques et culturels. Les personnes qui vivent dans un même milieu, partagent en effet un mode de vie et des habitudes alimentaires dont la corpulence en particulier, est le reflet. »(27)

La mise en place du second Programme National Nutrition Santé (PNNS) 2006-2010, a fait de la lutte contre l'obésité, un enjeu essentiel des Politiques de Santé Publique.(28)

La prise en compte du surpoids et de l'obésité dans le suivi de ces patients, permet de lutter contre de nombreuses pathologies chroniques (maladies cardio-vasculaires, diabète de type 2, accident vasculaire cérébral, etc …) qui entrainent de larges dépenses en Santé Publique, et surtout qui diminuent l'espérance de vie des patients et leur qualité de vie.

I.2.2.3. La thymie :

Selon l'OMS, la dépression est désormais la première cause d'incapacité dans le Monde.
En France, 7% de la population déclare être ou avoir été atteinte de dépression au cours des 12 derniers mois, selon l'enquête EHIS-ESPS de 2014.
En moyenne la fréquence des symptômes dépressifs en Europe, s'établit à 6,7 %. L'étude s'appuie sur une population âgée de 15 ans ou plus, habitant en couple, en France métropolitaine.(19)



* La moyenne « Union européenne » est estimée à partir des données de 26 pays parmi les 28 pays européens dont les données sur les symptômes dépressifs sont disponibles (Belgique et Pays-Bas non-inclus).
Note • Les écarts entre les pays européens peuvent rendre compte de différents phénomènes : des fréquences distinctes des symptômes dépressifs, des effets de composition liés à l'âge de la population dans les pays, mais aussi des propensions différentes à déclarer des symptômes à partir du questionnaire utilisé.
Lecture • En France, 7,0 % de la population présentent des symptômes dépressifs. En moyenne, en Europe, leur fréquence s'établit à 6,7 % (moyenne pondérée en fonction de la population de chaque pays).
Champ • Population âgée de 15 ans ou plus résidant en ménages ordinaires.
Source • Eurostat, EHIS 2014.

Figure 1: Fréquence de la déclaration des symptômes dépressifs dans les pays européens. Etude Eurostat EHIS 2014

Le médecin généraliste a un rôle clef à jouer dans la prise en charge de cette affection, car les troubles mentaux sont susceptibles d'entrainer une souffrance psychique et/ou d'avoir des retentissements sur la vie quotidienne.

Des enquêtes réalisées en France (Baromètres Santé 2005 et Anadep en 2005) ont permis de mettre en évidence de façon stable des profils sociodémographiques à risque: les femmes, le veuvage, le divorce, le chômage ou l'invalidité, entre autres...(29)
Des disparités sociales d'état de santé mentale sont observées, par âge et sexe comparables. En utilisant la catégorie socio-professionnelle de la personne de référence du ménage : les employés déclarent nettement plus de syndrome dépressif que l'ensemble de la population.(30)

Par exemple :
En fonction du sexe : 9% des femmes contre 5% des hommes présentent des symptômes dépressifs.
En fonction de l'âge : la fréquence de ces symptômes varie puisque 13% des 75 ans ou plus, présentent des symptômes dépressifs contre 7% de l'ensemble des 15 ans ou plus.

Les cadres sont moins soumis aux risques professionnels que les ouvriers et, par ailleurs, ils appartiennent à un groupe social dont les modes de vie sont favorables à une bonne santé. Enfin l'état de santé peut lui même influer sur l'appartenance à une catégorie sociale : une santé défaillante peut empêcher la poursuite d'études et le maintien d'un individu dans son emploi.

Il existe un lien étroit entre handicap et situation socio-économique, comme décrit par Wood.(31) L'OMS, a d'ailleurs adopté en 2001 la Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé (CIF), appelée aussi « Classification de Wood ». Celle-ci précise le rôle des facteurs environnementaux dans la situation de handicap, et affirme que l'invalidité est le résultat d'une interaction entre les possibilités d'un individu et son environnement. Cette nouvelle classification va permettre la mise en avant des facteurs environnementaux. En effet, la situation de handicap découle de la rencontre entre une déficience et une situation de la vie courante, et donc des incompatibilités que cela implique, du fait d'un environnement inadapté.
En effet, le fait d'être en situation de handicap entraine plus de risques sur le plan socio-économique.
L'enquête « Handicaps, Incapacité, Dépendance », réalisée de 1998 à 2000, a mis en évidence les conséquences des problèmes de santé dans la vie quotidienne.(32)

Il est essentiel de prendre en compte le rôle de l'environnement et l'enjeu de certains comportements humains dans le développement des maladies telles que le diabète et le cancer d'où la nécessité d'agir sur les DSS. Le tabagisme, le surpoids et le syndrome dépressif sont plus marqués chez les personnes issues de CSP défavorisées.

Le recueil des DSS et donc la connaissance des critères sociaux permettent au MG d'améliorer ses pratiques soignantes et notamment ses pratiques d'éducations thérapeutiques, pour être au plus près des besoins des personnes concernées.

I.3. Les inégalités sociales de santé plus marquées en France, malgré un système de santé performant :

I.3.1. La politique de santé en France :

Le système de santé français est basé sur un système d'assurance maladie très complet et qui devrait permettre l'accès universel.
Malgré un accès au système de soins, libre et gratuit, les inégalités demeurent voire s'accroissent. Car la prise en compte des ISS est relativement récente : les premiers rapports publics sont abordés via le thème de la précarité « grande pauvreté et précarité économique et sociale » de J Wresinski. (1987)(33)

En France, la politique de santé est surtout orientée vers l'accès aux soins et la lutte contre les exclusions, entrainant un retard autant sur les plans scientifiques que politiques.

Ce n'est que dans les années 2000, qu'a été mise en place une politique de santé pour réduire les inégalités d'accès aux soins.
Ainsi, la CMU (Complémentaire Médicale Universelle, créée en 2000) permet aux personnes de faibles revenus, l'accès aux soins et le remboursement des frais engagés. La CMU est disponible pour toute personne résidant en France et n'étant pas couverte par un autre régime d'assurance maladie.
Depuis le 1er janvier 2016, la création de la PUMA (Protection Universelle Maladie) garantit la continuité de la protection sociale lors d'un changement matrimonial ou professionnel. Chaque Français, bénéficie de droits ouverts à vie sous conditions de résidence ou de travail en France. (art 59 de la loi de financement de la sécurité sociale 2016)(34)

La loi du 9 août 2004 (35) est la première loi qui évoque de manière explicite les ISS : elle évoque leur réduction par la promotion de la santé et le développement de l'accès aux soins

OBJECTIF		OBJECTIF PRÉALABLE	INDICATEURS
33	Réduire les obstacles financiers à l'accès aux soins pour les personnes dont le niveau de revenu est un peu supérieur au seuil ouvrant droit à la CMU.	Analyser les conséquences d'un effet « seuil » lié aux revenus sur le recours aux soins.	
34	Réduire les inégalités devant la maladie et la mort par une augmentation de l'espérance de vie des groupes confrontés aux situations précaires : l'écart d'espérance de vie à 35 ans est actuellement de 9 ans.	Identifier les meilleurs instruments de mesure des inégalités et des discriminations liées à l'origine.	* Probabilité de décès et espérance de vie selon les catégories professionnelles, le statut dans l'emploi, le lieu de naissance (à partir d'enquêtes longitudinales de cohorte).

Tableau 1: Objectifs « Précarité et inégalités » de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

La France a pris conscience que les ISS existent et posent problème ; et les gouvernants commencent à les percevoir comme un enjeu de politique publique, mais axé sur la précarité.

La loi du 9 aout 2004 crée le parcours de soins coordonnés : il consiste à confier à un médecin traitant, les différentes interventions des professionnels de santé pour un même assuré, dans un objectif de rationalisation des soins.(36)

Les consultations de médecine générale représentent 90 à 95 % des contacts de la population avec le corps médical.
Par cette loi : la nécessité de disposer d'un médecin traitant, la France a permis de rentrer dans un système de soins primaires où le MG est le « gatekeeper »[2] pour orienter son patient, assurer la continuité et la coordination des soins en lien avec les autres secteurs.
C'est donc lui qui est le mieux placé pour identifier les situations de vulnérabilités sociales et appréhender les déterminants sociaux de santé propres au contexte de vie des personnes consultantes.
La réduction des inégalités sociales de santé est un but visé par de nombreux pays européens(37). La France développe cet objectif suite à la publication, en 2009, du rapport du Haut Conseil de Santé Publique.

L'analyse des politiques mises en œuvre en Europe pour réduire des inégalités de santé montre que les pays structurés selon le principe de soins primaires ont été les premiers à mettre en œuvre de véritables stratégies de réduction des ISS.(37)

I.3.2. Les systèmes de santé européens :

Dans la Littérature, trois pays européens sont précurseurs dans l'élaboration de stratégies pour réduire les ISS, c'est le cas du Royaume Uni, des Pays Bas et de la Suède.
Les stratégies définies par ces trois pays comportent des volets visant à agir sur les déterminants sociaux des inégalités de santé en amont du système sanitaire. (38)

I.3.2.1. Le Royaume Uni :

Celui-ci a opté pour des objectifs chiffrés ciblant directement les inégalités en s'appuyant sur un réseau local.
Leur première approche date de 1997 où leur objectif était de réduire la mortalité infantile et d'augmenter l'espérance de vie à l'horizon 2010.
Pour cela, ils ont opté pour un plan d'actions transversales et interministérielles. Ils souhaitaient la réduction de la pauvreté, améliorer les conditions de vie et de logement, l'éducation et l'accès aux services publics.

[2] Gatekeeping : désigne la coordination de l'ensemble des soins par le médecin traitant, qui contrôle l'accès au second recours (les spécialistes et l'hôpital...).

La création de groupes de soins primaires a permis de développer des actions de prévention orientées plus particulièrement vers les populations ciblées. Ceux-ci sont récompensés financièrement si les objectifs sont atteints.

I.3.2.2. Les Pays Bas :

Les Pays-Bas ont choisi de lancer un programme de recherches pour faire un état des lieux national des ISS qui a été suivi d'un programme d'expérimentations locales soumis à des évaluations rigoureuses.

Ainsi, 12 expérimentations locales ont été menées à partir de quatre stratégies :

- Améliorer la position socio-économique des personnes les plus défavorisées.
- Réduire les conséquences des problèmes de santé sur la position socio-économique.
- Diminuer l'exposition aux facteurs de risques socialement déterminés.
- Optimiser l'accessibilité et la qualité des soins dans les populations désavantagées.

Les conclusions ont été connues dans les années 2000. Il en ressort que les interventions sur les conditions de travail semblent efficaces et, d'autre part, que les interventions locales ou ciblées sont à privilégier.

I.3.2.3. La Suède :

La Suède a mis en place une Commission Nationale de Santé Publique composée de représentants des différents partis politiques et d'experts chargés de définir des objectifs nationaux de développement de la santé et les stratégies pour les atteindre.
Leur objectif étant « la santé dans les mêmes termes pour tous : objectif de santé publique », la santé est donc une condition pour que chacun puisse exercer pleinement sa citoyenneté.

Malgré la diversité des stratégies adoptées, le point commun est la mise en place d'une politique de lutte ciblée contre les ISS.

Toutefois un constat peut être fait: il est nécessaire de conjuguer une approche interministérielle, et une action au niveau local.(39)
En ce qui concerne la France, le processus est un peu moins avancé dans la mesure où la question des ISS n'est apparue que récemment.

L'analyse des politiques mises en œuvre en Europe pour réduire les inégalités sociales de santé, souligne tout d'abord que ce sont les pays d'Europe, structurés selon les principes des soins primaires[3] comme le Royaume-Uni, les Pays-Bas et la Suède, qui ont été les premiers à mettre en œuvre de véritables stratégies de réduction des ISS.(40)
Les politiques de santé semblant les moins inégalitaires sont celles qui mettent la médecine de premier recours au cœur de l'organisation des soins, et le médecin généraliste dans un rôle de coordinateur des soins et d'orientateur dans le système (« gatekeeper »), comme nous l'avons vu pour le Royaume Uni ou les Pays Bas.

I.4. Le recueil des déterminants sociaux de santé en médecine générale :

Comme nous l'avons vu précédemment la mise en place de la réforme du médecin traitant, en France, en 2004, se rapproche de la fonction de « gate-keeping ».
Le médecin généraliste est donc en première ligne du système de santé et c'est à lui qu'il incombe de savoir repérer les personnes socialement vulnérables. Ses compétences, à travers le modèle bio-psycho-social, lui permettent de faire interagir les éléments biomédicaux et psychiques du patient, ainsi que son environnement social. En tant que médecin de premiers recours, il intervient dans les champs de la prévention, du diagnostic, ainsi que des soins curatifs et palliatifs. Il a donc une place privilégiée et un rôle primordial à jouer dans la diminution des ISS.(41)
La vulnérabilité sociale est un facteur de risque à part entière. La recueillir est donc indispensable au même titre que les autres facteurs de risques.

Les données pour agir sur les inégalités sociales de santé en médecine générale sont peu nombreuses dans la littérature.(42) Or, la médecine générale est concernée par des inégalités sociales de santé à trois niveaux, sur lesquelles il serait possible d'agir :

- L'organisation du système de santé :

L'étude de la DREES en 2002(43), a montré que pour un état de santé donné, le recours aux soins ambulatoires est plus faible dans les ménages ouvriers, alors qu'ils ont des consommations hospitalières et des dépenses de santé globalement plus élevées. De plus, les médecins généralistes qui exercent en milieu défavorisé sont moins nombreux et ont le plus souvent des consultations surchargées : l'effet combiné de consultations plus courtes et

[3] Définition de l'OMS « Les soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels, fondés sur des méthodes et une technologie pratique, scientifiquement viable et socialement acceptable, rendus universellement accessibles aux individus et aux familles, dans la communauté, par leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays, puissent assumer à chaque stade de leur développement, dans un esprit d'auto-responsabilité et d'auto-détermination. » Déclaration d'ALMA-ATA, 1978.

de l'accumulation de problèmes somatiques, psychologiques et sociaux accroît la probabilité que les questions non urgentes, et notamment la prévention, soient laissées de côté pendant les consultations.

- Les interactions médecin-patient :

Dans la Littérature, on relève que l'influence du statut socio-économique et l'origine ethnique interagissent sur la communication entre médecin et patient. Les patients défavorisés bénéficieraient de moins d'informations, et les médecins seraient plus directifs. La distance instaurée pendant la consultation augmente le risque de malentendus à propos des symptômes, des attentes du patient, conduisant à des décisions moins adaptées.(44)
Le recueil de ces informations sociales permet au médecin d'ouvrir le dialogue, puisque le MG montre à son patient l'intérêt qu'il lui porte en s'adaptant à son contexte de vie et de construire ainsi une bonne relation médecin-malade.

- L'approche biomédicale :

L'efficacité thérapeutique est fortement modulée par le contexte de vie du patient.

I.4.1. La recommandation du Collège de Médecine Générale :

Suite au rapport publié par l'OMS en 2005 (« Combler le fossé en une génération »)(45), le Collège de Médecine Générale (CMG) recommande, en 2014, au médecin généraliste de recueillir systématiquement pour chaque patient des informations à caractère social, qui peuvent jouer sur son état de santé. Cela permet au médecin de mettre en évidence des différences sociales de santé dans sa patientèle, de guider les pratiques visant à réduire celles-ci, et ainsi de contribuer à la réduction des ISS.(7)
La sensibilisation à la question des ISS des professionnels de santé peut être un levier efficace pour un accès aux soins, équitable.

L'objectif de ces informations consiste à adapter, pour le médecin, sa pratique pour chaque patient, à améliorer ainsi la qualité des soins, et à permettre la mesure des inégalités comme l'exprime H. Falcoff dans l'ouvrage de l'INPES. C'est la perspective envisagée, mais aucune documentation n'est actuellement référencée.(41)

Comme évoqué ci-dessus, l'environnement socio-économique d'un individu a un impact tout au long de sa vie, et peut influencer ses comportements de santé comme le tabagisme ou certaines mauvaises conduites alimentaires.
Le médecin généraliste peut être ainsi un acteur dans la réduction des ISS.

Or, à ce jour, les connaissances des médecins sur les ISS sont généralement intuitives et fragmentaires. Si les problèmes de santé accrus des plus pauvres sont évidents, il est probablement plus difficile de se rendre compte de l'existence d'un gradient social de santé au sein d'une patientèle.(7) Le recueil de la situation sociale des patients doit donc s'envisager dans la pratique quotidienne des médecins.

Les résultats d'un groupe de travail réalisé en 2014, dont est issue la recommandation du CMG, ont permis de définir les informations à recueillir : elles sont réparties en deux groupes :

En 1er lieu, sept informations à caractère indispensable sont à recueillir pour tous les patients et dès la première consultation, quel que soit le type de consultation :

- Le sexe
- La date de naissance
- L'adresse
- Le statut par rapport à l'emploi
- La profession éventuelle
- Le type de couverture sociale
- Les capacités de langage écrit

Puis, neuf informations complémentaires, devraient être recueillies tout au long du suivi :

- Le fait d'être en couple,
- Le nombre d'enfants à charge,
- Le fait de vivre seul,
- Le pays de naissance,
- Le niveau d'études,
- La catégorie socioprofessionnelle INSEE,
- Le fait de bénéficier de minima sociaux,
- Les conditions de logement,
- La situation financière perçue.

Le patient est libre de donner ou non ces informations. Elles peuvent être enregistrées par un autre professionnel que le médecin. Il est nécessaire d'en garantir la confidentialité liée au secret professionnel, et que celles-ci soient mises à jour régulièrement.

I.4.2. En réalité comment ce recueil est-il réalisé ?

Si la publication de ces recommandations est une première étape indispensable, elle n'assure pas que ces informations soient réunies en pratique courante, même si l'importance de ce recueil est reconnue.

Deux thèses, réalisées par B. Girard en 2011(46) et A. David-Meslin (47) en 2013 ont en effet mis en avant que les médecins généralistes repèrent la vulnérabilité sociale ou la précarité plutôt par raisonnement analogique, ou de manière intuitive ou empirique, et non par l'utilisation de scores ou d'outils formalisés.

Une thèse réalisée en 2014(8) s'est interrogée sur les modalités de ce recueil par les médecins généralistes: si les données sociales étaient recueillies? de quelles manières? par l'intermédiaire d'entretiens standardisés ?
Il en est ressorti que les médecins pensent le plus souvent connaître une partie ou l'ensemble de la situation sociale de leur patient. Cette situation sociale est souvent collectée de manière passive : par ressentis, arguments indirects (présentation, comportement…), connaissance au fur et à mesure du suivi du patient ; et lorsqu'il est effectué, ce recueil est rarement formalisé.

Ce recueil intuitif et non formalisé rejoint les résultats de certaines thèses, comme celle réalisé par A Meslin en 2013 sur le repérage des situations de précarité par les médecins généralistes en Loire Atlantique.(47)

Ainsi, le recueil de données sociales n'est pas facile à évaluer de façon précise. Même lorsque l'information est jugée intéressante, et est finalement supposée du médecin, elle semble rarement recueillie de manière active et formalisée.

Le stockage de l'information collectée par le médecin est difficile à mettre en place pour qu'elle soit retrouvée facilement dans le dossier du patient car celle-ci peut être connue au cours de la première consultation ou tout au long du suivi ; et donc plus difficilement repérable informatiquement.

La thèse de 2014 avait exprimé comme perspective de travail entre autres la réalisation d'une étude observationnelle afin d'étudier les pratiques des médecins et de documenter leur recueil effectif, au-delà du déclaratif.

C'est l'objet du travail de cette thèse, qui vise à décrire ce recueil, par une étude observationnelle des pratiques concrètes lors de consultations, en prenant compte de cette dimension potentiellement implicite du recueil, jusqu'à l'enregistrement dans le dossier du patient.

MATERIEL ET METHODES

II.1. Objectifs :

L'objectif principal était de connaître, par une étude observationnelle, la réalité concrète du recueil des déterminants sociaux de santé par les médecins généralistes.
Nous nous sommes basées sur la recommandation du Collège de Médecine Générale pour établir la liste des déterminants sociaux de santé (les 16 informations).

Le collège recommande l'enregistrement de la situation sociale dans le dossier du patient.

Il a été décidé d'élargir la notion de recueil de déterminants sociaux de santé à ce qui est connu ou abordé en consultation même sans être enregistré dans le dossier.

La distinction a été faite entre recueil implicite et explicite de la façon suivante :
Recueil implicite : ce qui est connu sans en être expressément communiqué/exprimé.
Recueil explicite : ce qui est clairement énoncé au cours de la rencontre de soins observée.

Les données étaient recueillies par les internes en stage praticien de niveau 1 chez les maitres de stage universitaires (MSU)

L'objectif secondaire était d'explorer si ce recueil était en lien avec un contexte de santé particulièrement concerné par les ISS : le tabagisme, le surpoids, la thymie

II.2. Méthode :

II.2.1. Type d'étude :

Nous avons mené une étude observationnelle descriptive, transversale, multicentrique.
La démarche consistait à recueillir et analyser des informations sur les méthodes de recueil des DSS par les médecins généralistes, par l'intermédiaire des internes en stage praticien de niveau 1, qui assistaient à la consultation de manière observationnelle.
La faculté de Nantes dispose d'une expérience de telles études depuis plusieurs années.

II.2.2. Critères d'inclusion/exclusion :

Le recrutement correspondait au médecin généraliste maitre de stage universitaire (MSU) de l'université de Nantes pour le semestre novembre 2017 à mai 2018. L'enquête s'est déroulée sur les deux premiers mois du semestre soit novembre et décembre 2017.
Etait inclus : tout patient consultant dans les premières journées de stage, auxquelles participait l'interne.
Étaient non-incluses : les personnes mineures, les personnes ne pouvant donner leur consentement et les consultations à motif strictement administratif (tutelle, assurance, permis de conduire …).

Une étude de faisabilité a été réalisée auprès d'un médecin généraliste lors d'une ½ journée.

Les internes ont été informés de leur participation à cette recherche lors d'un séminaire ou nous leur avons expliqué les modalités du recueil à l'aide de la grille questionnaire consultation », ainsi que la grille questionnaire « caractéristiques médecin ». Lors de ce séminaire, il leur a été remis : une fiche explicative récapitulant comment remplir les deux grilles, une fiche explicative pour le MSU, une fiche explicative pour la salle d'attente.

Les MSU ont été informés par email et à l'aide d'une fiche explicative remise par l'interne en stage au sein de leur cabinet.

Les patients étaient informés de l'étude en cours par une affiche dans la salle d'attente et leur consentement leur était demandé par l'interne au début de la consultation.

II.2.3. Recueil de données :

II.2.3.1. Description de la grille de recueil « consultation » :

La grille de recueil a été élaborée en reprenant les différentes informations indispensables et secondaires qui ont été établies lors des recommandations de 2014 du Collège de Médecine Générale.

Le rôle de l'interne dans ce travail consistait à relever ces informations sur la grille standardisée à l'occasion de l'observation des consultations en notant :

- Si elles avaient été recueillies lors de l'entretien de consultation (en cochant O), en spécifiant si cela avait été abordé en premier par le médecin (M) ou par le patient (P)
- Si elles figuraient dans le dossier médical informatisé (en cochant D)
- Ou enfin si elles étaient simplement connues par le médecin généraliste sans avoir ni été abordées lors de cette consultation observée, ni notées dans le dossier, en posant les questions au MSU à l'issue de la consultation (en cochant M).

L'accord du patient était recueilli au début de la consultation, au moment de la présentation de l'interne : « Est-ce que vous m'autorisez à renseigner une grille d'observation de la consultation pour une recherche en médecine générale menée par la faculté ? »

Les patients étaient informés d'une étude en cours par une fiche explicative dans la salle d'attente.

La population de l'étude concernait les personnes majeures, selon la recommandation du Collège de Médecine Générale.

L'étude a été réalisée lors des deux premiers mois du semestre de novembre 2017 à mai 2018 soit novembre et décembre 2017, par les internes en stage praticien de niveau 1 lors de la phase d'observation des consultations.

La grille de recueil « consultation » comprenait :

- En premier lieu :
    - Dispositif ASALEE (Action de Santé Libérale en Equipe)[4]
    - La durée de la consultation,
    - Le motif de consultation,
    - Si c'était une première consultation avec le médecin,
    - Si ce médecin était leur médecin déclaré
    - L'antériorité de la relation (année de début de suivi)

Nb : Ces critères ont été recueillis car cela pouvait influencer sur la quantité et la qualité des informations retranscrites.

Les motifs de consultation étaient inscrits en texte libre, ils ont été recodés à l'aide de l'International Classification of Primary Care 2ème édition (ICPC-2), puis nous les avons regroupés en huit classes : pathologies chroniques, pathologies aigues autres, pathologies aigues respiratoires, psychosocial, prévention/dépistage, locomoteur, grossesse, vaccination plutôt que par appareils.

- En second lieu : les déterminants sociaux de santé indispensables et secondaires retenus par la recommandation du collège de Médecine Générale.

- Les facteurs de risques liés aux inégalités sociales de santé : le tabagisme, l'IMC et la thymie devaient être relevés s'ils étaient connus ou non.

La profession était également recueillie en texte libre et a ensuite été recodée selon la catégorie socio professionnelle INSEE.

Nous avons voulu également demandé aux internes et aux MSU s'ils relevaient d'autres déterminants de santé.
Le montant de règlement a été demandé, ce qui nous a permis de faire un rétrocontrôle relatif, sur la donnée assurance maladie.

[4] Article 51 de la loi hôpital, patients, santé et territoires (HPST) de 2009

II.2.3.2. Description de la grille de recueil « caractéristiques médecins »

Une grille de recueil « caractéristiques médecins » a été réalisée pour étudier si cela influençait sur le recueil des DSS. Pour cela nous avons voulu connaître :

Le lieu d'exercice
Le sexe du médecin
Son âge
Les diplômes universitaires, capacités, formations particulières qu'il avait pu réaliser
La proportion de patients sous le régime CMU selon l'estimation faîte par le médecin
Activité professionnelle autre
Parcours particuliers.

Les informations (diplômes universitaires/ capacités, formations particulières et activité professionnelle autre) saisies en texte libre ont été recodées en deux sous parties : activité biomédicale et activité psychosociale.

Lors du semestre de novembre 2017 à mai 2018, 72 internes faisaient leur stage praticien de niveau 1, chez 204 MSU sur les départements de la Loire-Atlantique et de la Vendée.
Pour avoir un nombre de grilles suffisant pour chaque médecin participant, 20 questionnaires devaient être remplis par médecin soit un total de 4080 grilles de recueil « consultation ».

Une étude de faisabilité a été réalisée auprès d'un médecin généraliste lors d'une ½ journée.

Les données manquantes concernant les caractéristiques des médecins ont fait l'objet d'un recueil secondaire via un formulaire adressé aux MG directement.

L'évaluation des pratiques des professionnels ne relève pas d'une autorisation de la CNIL et /ou du comité consultatif de protection des données.(48)

II.2.2.3. Analyses statistiques :

Les différentes variables qualitatives ont été décrites par les effectifs et fréquences de chaque modalité. Les variables quantitatives ont quant à elles été décrites par leur moyenne (μ) et écart-type (σ).

Dans un premier temps, des analyses ont été réalisées pour savoir si certaines caractéristiques de la consultation ou certains déterminants sociaux de santé étaient associés sur le plan statistique au recueil de la totalité des 7 informations indispensables (ou des 6 informations secondaires). Pour cela des analyses bivariées ont d'abord été réalisées à l'aide de modèles linéaires mixtes, pour pouvoir ajuster sur l'effet aléatoire du médecin généraliste. Puis les variables ayant une probabilité critique supérieure à 0.2 lors des analyses bivariées, ont été inclues dans un modèle multivarié, pour pouvoir ajuster leur effet, les unes par rapport aux autres.
Dans un second temps, nous avons ensuite voulu étudier si certaines caractéristiques des médecins (âge, sexe, lieu d'exercice …) pouvaient être en lien avec un pourcentage de leurs

patients pour lesquels les 7 informations indispensables étaient connues. Pour cela, des analyses bivariées et multivariées, ont été réalisées, à l'aide de régressions linéaires.

La variable : « situation sociale difficile » a été créée en regroupant plusieurs indicateurs de situations défavorisées. « Situation sociale difficile » regroupe les variables : « CMUc », « Chômage », « Minima sociaux », « AME », « tiers payant » et « situation financière difficile ».

Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel R version 3.4.3., par la statisticienne du Département de Médecine Générale de Nantes.

RESULTATS

III.1. Description de la population étudiée :

A l'issue de la journée de recherche, 64 des 72 internes en stage ont récupéré les grilles de recueil « consultation » et « caractéristiques médecins ».

- 32 internes ont rempli les grilles de recueil « consultation » pour 73 MSU. (Sur les 204 référencés). Le taux de participation des internes a été de 44,4%.
- 14 internes ont complété totalement les 20 grilles demandées pour 24 MSU.
- 48 grilles « caractéristiques médecin » ont été récupérées, les 25 autres ont été recueillies suite au rappel fait par email par un questionnaire réalisé à l'aide de google form. Le taux de participation des médecins a été de 35,8%.

A la fin de la période d'observation, début janvier 2018, 955 grilles « consultation » ont été récupérées.

III.1.1. Description des caractéristiques des consultations :

Sur les 955 consultations étudiées, la majorité (55,3%) a duré entre 11 et 20 minutes (Cf. Tableau 2).

Les motifs de consultations étaient variés et ont été classés en 8 catégories. Les 3 principaux étaient :

- Les pathologies chroniques : 29,3%
- Les pathologies aigues autres que respiratoires : 21,8%
- Les troubles locomoteurs : 16,0%.

Les motifs de consultation : psychosocial (7,85%) et prévention/dépistage (6,6%), étaient en $5^{ème}$ et $6^{ème}$ position.

Durée et motif des consultations		Effectif	Pourcentage (%)
Durée de consultation	0-10	129	13,5%
	11-20	**528**	**55,3%**
	21-30	157	16,4%
	31-60	45	4,71%
	60 et plus	10	1,05%
	Non réponse	86	9,0%
Total		955	-
Motifs de consultation	**Pathologie chronique**	**280**	**29,3%**
	Psychosocial	75	7,85%
	Prévention / Dépistage	63	6,6%
	Locomoteur	**153**	**16,02%**
	Grossesse	31	3,25%
	Vaccination	55	5,76
	Pathologie aigue respiratoire	82	8,59%
	Pathologie aigue autre	**208**	**21,8%**
	Non réponse	8	0,84%
Total		955	-

Tableau 2: Durée et motifs des consultations. Etude observationnelle 2017, sur 955 consultations, des déterminants sociaux de santé issus de la recommandation du collège de médecine générale.

La grande majorité des patients (90,7%) avaient déjà rencontré le Médecin Généraliste (MG) lors d'une précédente consultation. Celui-ci était considéré comme leur MG déclaré pour 87,1%.

Nous avons regardé où étaient stockées les informations comme indiquées ci-dessous :

- Inscrites dans le Dossier Médical Informatisé (DMI)
- Connues seulement par le médecin
- Apprises lors de l'observation de la consultation

Pour la caractéristique « médecin déclaré traitant » ce paramètre était inscrit dans les dossiers à 74,16% (cf. Tableau 3).

	Effectifs sur les 955 consultations	%	Sources d'information			
			Dossier	Médecin	Observation	Non réponse
1ère consultation	84	8,8%	**34** **40,48%**	6 7,14%	37 44,05%	2 2,38%
Médecin déclaré	832	87,1%	**617** **74,16%**	90 10,8%	116 13,9%	9 1,1%
Antériorité de la relation	496	51,9%	**0**	0	31 6,25%	460 92,34%

Tableau 3: Caractéristiques de la relation médecin-patient. Etude observationnelle 2017, sur 955 consultations, des déterminants sociaux de santé issus de la recommandation du collège de médecine générale.

Les types de couvertures sociales étaient renseignés pour 928 patients lors des 955 consultations. Une dispense d'avance des frais a été effectuée pour 270 consultations dans les situations suivantes :

- 18,12% des patients étaient en ALD
- 5,13% étaient sous le régime de la CMUc
- 4,61% étaient en arrêt de travail/maladie professionnelle
- 0,42% bénéficiaient de l'AME.

De plus, 230 consultations ont été réglées par le système du tiers payant (cf. Tableau 4).

Nombres de consultation	**Total**	**Effectifs**	**%**
Assurance maladie	AMO	919	96,23%
	AMC	411	43,04%
	CMUc	**49**	**5,13%**
	ALD	173	18,12%
	AT/MP	44	4,61%
	AME	4	0,42%
	Non réponse	27	2,83%
	Total	955	-
Règlement Tiers payant	Non	695	72,77%
	Oui	**230**	**24,1**
	Non réponse	30	3,14%
	Total	955	-

Tableau 4: Type de couverture sociale. Etude observationnelle 2017, sur 955 consultations, des déterminants sociaux de santé issus de la recommandation du collège de médecine générale.

Le tabagisme, l'indice de masse corporelle et la thymie, sont des facteurs de risques liés aux ISS. Ils ont été renseignés (présence et/ou absence) lors des consultations comme indiqués dans le tableau 5.

Facteurs de risques liés Aux ISS	Effectifs sur les 955 consultations	%	Sources d'information			
			Dossier	Médecin	Observation	Non-réponse
Tabac	599	62,7%	193	**208**	126	23
IMC	694	72,7%	**418**	49	128	24
Thymie	526	55,1%	80	**221**	116	22

Tableau 5: Source d'information des facteurs de risques liés aux ISS et à la thymie. Etude observationnelle 2017, sur 955 consultations, des déterminants sociaux de santé issus de la recommandation du collège de médecine générale.

Lors de 599 consultations où le paramètre « tabagisme » a été renseigné, 431 patients étaient déclarés non-fumeurs. Cette information était principalement connue par le médecin (178) et inscrite dans le DMI dans 131 cas (cf. Tableau 6).

Tabagisme	Effectifs	Sources d'information			
		Dossier	Médecin	Observation	Inconnues
Non	**431**	131	**178**	100	22
Oui	168	62	30	75	1
Non réponse	356	0	0	0	356

Tableau 6: Le tabagisme. Etude observationnelle 2017, sur 955 consultations, des déterminants sociaux de santé issus de la recommandation du collège de médecine générale.

Le paramètre IMC a été renseigné dans 694 grilles de consultation. Celui-ci était connu pour 488 patients et inscrit dans le DMI pour 330 d'entre eux (cf. Tableau 7).

IMC	Effectifs	Sources d'information			
		Dossier	Médecin	Observation	Inconnues
Non	261	88	28	129	16
Oui	**488**	**330**	21	74	8
Non réponse	261	2	0	0	259

Tableau 7: L'Indice de Masse Corporelle (IMC). Etude observationnelle 2017, sur 955 consultations, des déterminants sociaux de santé issus de la recommandation du collège de médecine générale.

L'humeur du patient a été relevée lors de 526 consultations : Les internes rapportaient une thymie basse pour 301 patients. Pour ce paramètre, le médecin était la principale source d'information. Le DMI était peu renseigné à ce sujet (cf. Tableau 8)

Thymie	Effectifs	Sources d'information			
		Dossier	Médecin	Observation	Inconnues
Non	225	35	121	56	13
Oui	**301**	46	**100**	146	9
Non réponse	429	1	2	1	425

Tableau 8: La Thymie. Etude observationnelle 2017, sur 955 consultations, des déterminants sociaux de santé issus de la recommandation du collège de médecine générale.

III.1.2. Description des caractéristiques des médecins généralistes :

Dans cette étude, 73 médecins ont été enquêtés et 47,8 % d'entre eux étaient des hommes. Concernant le lieu d'exercice 57,5% pratiquaient en zone rurale, le reste exerçait en zone urbaine.

Au niveau du mode d'exercice : 43 médecins travaillaient en groupe (dont 8 en maison de santé pluridisciplinaire), 2 travaillaient seul, et 2 exerçaient pour SOS médecins.

Proportion de la patientèle sous CMU :

- 20 médecins estimaient avoir un taux inférieur à 10% de patients sous CMU
- 20 médecins estimaient avoir un taux entre 10 et 30%
- 1 médecin estimait avoir en taux de 30 à 50%
- 32 médecins n'ont pas répondu.

Au sujet de leurs formations, 40% avaient un diplôme universitaire ou une capacité de type biomédical et 28,9% une activité psychosociale. Le dispositif ASALEE (coopération entre médecin généraliste et infirmier) était mis en place au cabinet pour 8 des médecins, soit 11% (cf. Tableau 9).

Caractéristiques des médecins généralistes		Effectifs	%
Sexe	Femme	36	52,2%
	Homme	**33**	**47,8%**
	Non-réponse	4	
	Total	73	-
Lieu d'exercice	Rural	42	57,5%
	Urbain	31	42,5%
	Total	73	
	Cabinet	35	47,9%
	MSP	8	11,0%
	Seul	2	2,7%
	SOS médecin	2	2,7%
	Non-réponse	26	
	Total	73	
Estimation de la proportion de patients sous CMU	Moins de 10%	20	48,8%
	Entre 10 et 30%	20	**48,8%**
	Entre 30 et 50%	1	2,4%
	Total	73	
DU/Capacité biomédicale = Oui		18	40,0%
Activité psychosociale = Oui		**13**	28,9%
Dispositif ASALEE= Oui		**8**	11,0%

Tableau 9: Caractéristiques des médecins généralistes. Etude observationnelle 2017, sur 955 consultations, des déterminants sociaux de santé issus de la recommandation du collège de médecine générale.

La moyenne d'âge était de 48,95 ans pour les 39 médecins qui l'avaient renseigné (cf. Tableau 10).

			Min	Q1	Médiane	Moyenne	Q3	Max	Standard déviation
Âges	**Valeurs quantitatives**	39	34	44,50	49	**48,95**	54	65	7,91
	Non réponses	34							

Tableau 10: Ages des médecins étudiés. Etude observationnelle 2017, sur 955 consultations, des déterminants sociaux de santé issus de la recommandation du collège de médecine générale.

III.2. Les informations indispensables :

III.2.1. Description :

Sur les 955 consultations étudiées, les 7 informations indispensables ont été retrouvées à 71,6% (cf. Tableau 11).

Nombre d'informations indispensables connues	Effectifs	%
2	3	0,3%
3	4	0,4%
4	19	2,0%
5	25	2,6%
6	220	23,0%
7	**684**	**71,6%**
TOTAL	955	100%

Tableau 11: Proportion d'informations indispensables recueillies lors des consultations. Etude observationnelle 2017, sur 955 consultations, des déterminants sociaux de santé issus de la recommandation du collège de médecine générale.

Nous avons voulu connaître où étaient stockées ces informations : dans le DMI (Dossier) (comme le préconise la recommandation de 2014), au cours de la consultation (Observation), ou connues seulement du médecin (Médecin).

Sur les 7 informations indispensables, le sexe, l'âge, l'adresse et le type d'assurance maladie étaient très largement recueillis (> 95%) et inscrits dans le DMI du patient (cf. Tableau 12). La capacité de langage écrit était le paramètre le moins connu (76,2%) et celui-ci était majoritairement perçu lors de la consultation ou connu par le médecin lui-même.

Type d'information indispensable	%	Source d'information			
		Dossier	Médecin	Observation	Non réponses
Sexe	99,9%	**718**	16	204	16
Age	99,8%	**718**	16	204	15
Adresse	95,6%	**810**	34	65	4
Statut par rapport à l'emploi	96,5%	308	229	361	24
Profession	96,8%	198	179	220	327
Assurance maladie	97,7%	**502**	134	251	46
Capacité langage écrit	76,2%	39	**306**	**370**	13

Tableau 12: Proportion d'informations indispensables connues avec leurs respectives sources d'information lors des 955 consultations. Etude observationnelle 2017, sur 955 consultations, des déterminants sociaux de santé issus de la recommandation du collège de médecine générale.

III.2.2. Association entre le recueil des informations indispensables et le type de consultation ou le profil du patient :

Selon la durée de consultation et son motif, on note des différences concernant le recueil des 7 informations indispensables (Cf. Tableau 13). Par exemple, la durée de consultation est associée à un recueil plus complet des 7 informations. (p = 0,087). Le recueil avait tendance à être plus exhaustif pour une durée de consultation discrètement plus longue (18,8 minutes versus 18,4). (Cf. Tableau 14). Les motifs de consultation comme : la grossesse (p = 0,036), les motifs de consultations classés dans la catégorie « prévention et le dépistage » (p = 0,187) sont associés à un recueil moins complet des informations indispensables. Le motif de consultation classé dans la catégorie « psychosocial » est associé à un recueil plus exhaustif des 7 informations indispensables (p = 0,062).

Paramètres des consultations		Effectif total	Informations indispensables = 7		*p*-value
			Effectif (n / µ)	Proportions (% / σ)	
Durée de consultation		-	18,8	12,0	**0,087**
Première consultation	Oui	84	63	75,0%	0,5
	Non	866	619	71,5%	
	Non Réponse	5	2		
Motifs de consultation principale	**Pathologie chronique**	280	188	67,1%	0.836
	Autre	666	492	73,9%	
	Psychosocial	75	58	77,3%	**0,062**
	Autre	871	622	71,4%	
	Prévention dépistage	63	42	66,7%	**0,187**
	Autre	883	638	**72,3%**	
	Locomoteur	151	114	75,5%	0.531
	Autre	795	566	71,2%	
	Grossesse	31	16	**51,6%**	**0,036**
	Autre	915	664	**72,6%**	
	Vaccination	55	42	76,4%	0,313
	Autre	891	638	71,6%	
	Aigue respiratoire	82	63	76,8%	0,943
	Autre	864	617	71,4%	
	Autre pathologie aigue	207	155	74,9%	0,560
	Autre	739	525	71,0%	
	Non Réponse	9	4		

Tableau 13: Paramètres de la consultation influant sur le recueil des 7 informations indispensables. Etude observationnelle 2017, sur 955 consultations, des déterminants sociaux de santé issus de la recommandation du collège de médecine générale.

Paramètres des consultations	Informations indispensables <7		Informations indispensables = 7		*p*-value
	Effectif (n / µ)	Proportion (% / σ)	Effectif (n / µ)	Proportion (% / σ)	
Durée de la consultation	**18,4**	9,4	**18,8**	12,0	0,087

Tableau 14: Paramètres de la consultation influant sur le recueil des 7 informations indispensables. Etude observationnelle 2017, sur 955 consultations, des déterminants sociaux de santé issus de la recommandation du collège de médecine générale.

Certaines caractéristiques du patient sont associées à la collecte des 7 informations indispensables (cf. Tableau 15). Les patients tabagiques (*p* = 0,167) et dont l'IMC était connu (*p* = 0,007), avaient moins souvent les 7 informations indispensables recueillies.

Informations sur le patient		**Effectif total**	**Informations indispensables = 7**		***p*-value**
			Effectif (n / μ)	**Proportions (% / σ)**	
Age			54,6	18,7	0,969
Sexe	Femme	554	394	71,1%	
	Homme	396	287	72,5%	0,899
	Non réponse	5	3		
Tabac	Oui	168	126	75,0%	
	Non	431	366	**84,9%**	**0,167**
	Non réponse	356	192		
IMC	Oui	488	344	70,5%	
	Non	206	182	**88,3%**	**0,007**
	Non réponse	261	158		
Thymie	Oui	301	244	81,1%	
	Non	225	188	83,6%	0,842
	Non réponse	429	252		

Tableau 15: Caractéristiques du patient influant sur le recueil des 7 informations indispensables. Etude observationnelle 2017, sur 955 consultations, des déterminants sociaux de santé issus de la recommandation du collège de médecine générale.

On note que la situation économique du patient a un lien significatif sur le recueil des 7 informations indispensables. En effet, les patients réglant avec le tiers-payant ($p < 0.001$), qui avaient une situation financière difficile (p = 0,011), qui avaient la CMUc (p = 0,032) avaient significativement moins d'informations indispensables recueillies. La variable « Situation sociale difficile » regroupant : « CMUc », « Chômage », « Minima sociaux », « AME », « tiers payant » et « situation financière difficile » avait également un recueil moins complet des 7 informations indispensables (p = 0,056) (Cf. Tableau 16).

Caractéristiques économiques du patient		Effectif total	Informations indispensables = 7		*p*-value
			Effectif (n / μ)	Proportions (% / σ)	
Règlement tiers payant	Oui	238	159	66,8%	**<0,001**
	Non	695	518	**74,5%**	
	Non réponse	30	15		
Situation financière difficile	Oui	46	34	73,9%	**0,011**
	Non	462	409	**88,5%**	
	Non réponse	447	241		
CMUC	Oui	49	34	69,4%	**0,032**
	Non	906	650	**71,7%**	
Situation sociale difficile	Oui	271	180	66,4%	**0,056**
	Non	684	504	**73,7%**	

Tableau 16: Profil économique influant sur le recueil des 7 informations indispensables. Etude observationnelle 2017, sur 955 consultations, des déterminants sociaux de santé issus de la recommandation du collège de médecine générale.

L'analyse multivariée sur le recueil des 7 informations indispensables montre que 3 critères permettent de mieux collecter les informations indispensables, ils sont :

- Le mode de règlement par le tiers payant
- Le motif de consultation grossesse

On note que le paramètre « effet du médecin » est très significatif ($p < 0.001$) (Cf. Tableau 17)

Paramètres	Odds Ratio	Indice de Confiance		p-value
Règlement Tiers payant Oui	0,5807	0,3608	0,9350	**0,025**
Motif Grossesse	0,3330	0,1099	1,0272	**0,0522**
Effet Médecin				*< 0,001*

Tableau 17: Critères influant sur le recueil des informations indispensables. Analyse multivariée avec « l'effet Médecin inclus ». Etude observationnelle 2017, sur 955 consultations, des déterminants sociaux de santé issus de la recommandation du collège de médecine générale.

III.2.3. Association entre les caractéristiques des MG et le recueil des informations indispensables :

Les médecins de sexe masculin recueillent significativement plus les informations indispensables que les médecins de sexe féminin (p=0,048). Dans cette étude 47,8 % des médecins étaient des hommes et ils ont recueilli en moyenne 80,2% des informations indispensables contre 64,3% pour les femmes.
Le lieu et le mode d'exercice n'ont pas d'incidence sur le recueil des informations indispensables (Cf. Tableau 18).

Caractéristiques des médecins généralistes		**Taux de patient ayant les 7 informations indispensables**			
		Effectif	**%**	**µ**	***p-value***
Sexe	Femme	36	52,2%	64,3	**0,048**
	Homme	33	**47,8%**	**80,2**	
	Non réponse	4			
	Total	73			
Lieu d'exercice	Rural	42	57,5%	72,38	0,987
	Urbain	31	42,5%	72,45	0,997
	Total	73			
	Cabinet	35	47,9%	70,0	0,545
	MSP	8	11,0%	73,2	0,946
	Seul	2	2,7%	85	0,587
	SOS médecin	2	2,7%	75	0,912
	Non réponse	26			
	Total	73			
Estimation de la proportion de patients sous CMU	Moins de 10%	20	48,8%	79,5	
	Entre 10 et 30%	20	48,8%	67,9	0,235
	Entre 30 et 50%	1	2,4%	60	0,536
	Non réponse	32			
	Total	73			

Tableau 18: Caractéristiques des médecins généralistes influant sur le recueil des informations indispensables. Etude observationnelle 2017, sur 955 consultations, des déterminants sociaux de santé issus de la recommandation du collège de médecine générale.

On note que la pratique d'une activité psychosociale par les MG permet un recueil plus important des informations indispensables (p=0,156). Cependant les MG ayant une capacité biomédicale ou le dispositif ASALEE ne recueillent pas plus d'informations indispensables que leurs collègues (Cf. Tableau 19)

Caractéristiques des médecins généralistes (formations & activités)		Taux de patients ayant les 7 informations indispensables			
		Effectif	%	µ	*p-value*
DU/ capacité biomédicale	Oui	18	40,0%	70,5	0,74
	Non	27	60,0%	73,7	
	Non réponse	28			
	Total	73			
Activité psychosociale	Oui	13	28,9%	**82,8**	**0,156**
	Non	32	71,1%	68,3	
	Non réponse	28			
	Total				
Dispositif ASALEE	Oui	8	11,0%	72,4	0,973
	Non	65	89,0%	72,8	
	Total	73			

Tableau 19: Caractéristiques des médecins généralistes (formations & activités) influant sur le recueil des informations indispensables. Etude observationnelle 2017, sur 955 consultations, des déterminants sociaux de santé issus de la recommandation du collège de médecine générale.

L'âge du médecin n'intervient pas dans le recueil des informations indispensables (Cf. Tableau 20).

Caractéristiques des médecins généralistes (âges)		Effectifs	Coefficient de régression	p-value
Ages	Valeurs quantitatives	39	0,4331	0,4681
	Non réponse	34		

Tableau 20: Caractéristiques des médecins généralistes (âges) influant sur le recueil des informations indispensables. Etude observationnelle 2017, sur 955 consultations, des déterminants sociaux de santé issus de la recommandation du collège de médecine générale.

L'analyse multivariée des caractéristiques des médecins généralistes montre que 2 critères sont associés à un recueil plus complet des 7 informations indispensables, sans attendre le seuil de significativité statistique. (p<0,2) (Cf. Tableau 21) :

- Le sexe du médecin (homme) avec p = 0,099
- Activité psychosociale avec p = 0,186

Paramètres	Coefficient	Indice de Confiance		p-value
Sexe homme	16,35	-3,23	35,93	**0,099**
Activité psychosociale = oui	14,00	-7,03	35,03	0,186

Tableau 21: Caractéristiques des médecins généralistes influant sur le recueil des informations indispensables. Analyse multivariée. Etude observationnelle 2017, sur 955 consultations, des déterminants sociaux de santé issus de la recommandation du collège de médecine générale.

III.3. Les informations secondaires :

III.3.1. Description :

La recommandation du CMG a établi 9 critères secondaires à recueillir dans le DMI du patient. Les données n'étaient pas exploitables pour 3 critères et ont donc été exclus de l'analyse statistique :

- Bénéficier des minima sociaux
- La catégorie INSEE
- Le fait de vivre seul

Sur les 955 consultations étudiées, les 6 informations secondaires ont été recueillies dans 25,3% des cas (Cf. Tableau 22).

Nombre d'informations secondaires connues	Effectif	%
0	72	7,5%
1	95	9,9%
2	122	12,8%
3	139	14,6%
4	124	13,0%
5	161	16,9%
6	**242**	**25,3%**
TOTAL	955	100%

Tableau 22: Proportion d'informations secondaires recueillies lors des consultations. Etude observationnelle 2017, sur 955 consultations, des déterminants sociaux de santé issus de la recommandation du collège de médecine générale.

L'état civil (en couple ou célibataire) est la donnée qui est la plus recueillie avec 84,5% des grilles remplies. Cette information a été relevée principalement lors de la consultation (339 sur 788) et est relativement peu inscrite dans le DMI (177 sur 788).

Les critères :

- Enfants à charge (43,7%)
- Pays de naissance (49,49%)
- Niveau d'études (51,1%)
- Conditions de logement (65,2%)

Etaient majoritairement connus par le médecin et ces informations étaient peu stockées dans le DMI.

La situation financière perçue par le patient : « très difficile », « difficile », « c'est juste » et « pas de problème ») était renseignée dans 53,3% des grilles (avec un total de grilles remplies de 509 consultations sur 955). Cette situation était connue principalement par le médecin. (Cf. tableau 23).

Type d'informations secondaires	%	Sources d'information			
		Dossier	Médecin	Observation	Non réponse
En couple	84,5%	177	272	**339**	19
Enfant(s) à charge	79,5%	186	**332**	214	27
Pays de naissance	62,2%	149	**294**	108	43
Niveau d'études	43,7%	79	**213**	106	19
Conditions de logement	44,3%	32	**276**	103	12
Situation financière perçue	53,7%	16	**329**	149	15
Minima sociaux	3,45%	12	8	12	3

Tableau 23: Proportion d'informations secondaires connues avec leurs respectives sources d'information lors des 955 consultations. Etude observationnelle 2017, sur 955 consultations, des déterminants sociaux de santé issus de la recommandation du collège de médecine générale.

III.3.2. Association entre le recueil des informations secondaires et le type de consultation ou le profil du patient :

On note que certaines caractéristiques de la consultation et du patient sont en lien avec le recueil des 6 informations secondaires. Comme par exemple :
Les patients ne consultant pas pour la première fois ont un recueil plus important des informations secondaires (p=0,199), ainsi que les patients sous le régime de la CMUc (p=0,0595).

Paramètres des consultations		Effectif total	Informations indispensables = 6		*p*-value
			Effectif (n / μ)	Proportions (% / σ)	
Durée de consultation		-	18.3	8,8	0,479
Première consultation	Oui	84	13	15,5%	**0,199**
	Non	866	227	**26,2%**	
	Non réponse	5	2		
Motifs de consultation	**Pathologie chronique**	280	69	24,6%	0.583
	Autre	666	170	25,5%	
	Psychosocial	75	17	22,7%	0,326
	Autre	871	222	25,5%	
	Prévention dépistage	63	12	19,0%	0,617
	Autre	883	227	25,7%	
	Locomoteur	151	43	28,5%	0,453
	Autre	795	196	24,7%	
	Grossesse	31	4	12,9%	0,721
	Autre	915	235	25,7%	
	Vaccination	55	13	23,6%	0,472
	Autre	891	226	25,4%	
	Aigue respiratoire	82	22	26,8%	0,207
	Autre	864	217	25,1%	
	Autre pathologie aigue	207	59	28,5%	0,989
	Autre	739	180	24,4%	
	Non réponse	9	3		
CMUc	Oui	49	13	**26,5%**	**0,059**
	Non	906	229	25,3%	

Tableau 24: Influence des caractéristiques de consultation et du patient sur le recueil des informations secondaires. Etude observationnelle 2017, sur 955 consultations, des déterminants sociaux de santé issus de la recommandation du collège de médecine générale.

L'analyse multivariée montre un très fort effet « médecin » qui est associé à un recueil plus complet des informations secondaires (p<0,001).

Paramètres	Coefficient	Indice de Confiance		p-value
Sexe patient homme	0.2502	-0,1622	0,6632	0.234
Médecin				***< 0,001***

Tableau 25: Critères influant sur le recueil des informations indispensables. Analyse multivariée avec « l'effet Médecin inclus ». Etude observationnelle 2017, sur 955 consultations, des déterminants sociaux de santé issus de la recommandation du collège de médecine générale.

III.3.3. Association entre les caractéristiques des MG et le recueil des informations secondaires :

Les médecins de sexe masculin recueillent significativement plus les informations secondaires que les médecins de sexe féminin (p=0,048). Dans cette étude 47,8 % des médecins étaient des hommes, et ceux-ci ont recueilli en moyenne 30,89% des informations secondaires contre 18,9% pour les médecins femmes. (p=0,104)

Le mode d'exercice en cabinet a un lien avec le recueil des informations secondaires (Cf. Tableau 26).

Caractéristiques des médecins généralistes		Taux de patient ayant les 6 informations secondaires			
		Effectif	%	µ	*p-value*
Sexe	Femme	36	52,2%	18,9	**0,104**
	Homme	33	47,8%	30,9	
	Non réponse	4			
	Total	73			
Lieu d'exercice	Rural	42	57,5%	22,58	0,744
	Urbain	31	42,5%	24,79	0,769
	Total	73			
	Cabinet	35	47,9%	15,52	**0,027**
	MSP	8	11,0%	35,12	0,253
	Seul	2	2,7%	35	0,59
	SOS médecin	2	2,7%	0	0,264
	Non réponse	26			
	Total	73			
Proportion de patients sous CMU	Moins de 10%	20	48,8%	17,76	
	Entre 10 et 30%	20	48,8%	27,08	0,265
	Entre 30 et 50%	1	2,4%	0	0,51
	Non réponse	32			
	Total	73			

Tableau 26: Caractéristiques des médecins généralistes influant sur le recueil des informations secondaires. Etude observationnelle 2017, sur 955 consultations, des déterminants sociaux de santé issus de la recommandation du collège de médecine générale.

Le « DU/capacité biomédicale », « l'activité psychosociale » et le « Dispositif ASALEE » n'ont pas de liens significatifs sur le recueil des informations secondaire (Cf. Tableau 27).

Caractéristiques des médecins généralistes (formations & activités)		Taux de patients ayant les 6 informations secondaires			
		Effectif	%	µ	*p-value*
DU/ capacité biomédicale	Oui	18	40,0%	14,98	0,296
	Non	27	60,0%	23,22	
	Non réponse	28			
	Total	73			
Activité psychosociale	Oui	13	28,9%	20,47	0,929
	Non	32	71,1%	19,71	
	Non réponse	28			
	Total				
Dispositif ASALEE	Oui	8	11,0%	23,3	0,845
	Non	65	89,0%	25,6	
	Total	73			

Tableau 27: Caractéristiques des médecins généralistes (formations & activités) influant sur le recueil des informations secondaires. Etude observationnelle 2017, sur 955 consultations, des déterminants sociaux de santé issus de la recommandation du collège de médecine générale.

L'âge du médecin est en lien avec un recueil plus complet des informations secondaires (p = 0,089) (Cf. Tableau 28).

Caractéristiques des médecins généralistes (âges)		Effectif	Coefficient de régression	p-value
Age	Valeurs quantitatives	39	0,9152	**0,089**
	Non réponses	34		

Tableau 28:Influence des caractéristiques des médecins généralistes sur le recueil des informations secondaires. Etude observationnelle 2017, sur 955 consultations, des déterminants sociaux de santé issus de la recommandation du collège de médecine générale.

L'analyse multivariée des caractéristiques des médecins généralistes montre que 3 critères sont associés de façon statistiquement significative et indépendante au recueil des 6 informations secondaires.

Deux critères sont associés dans le sens du recueil :

- Le sexe du médecin (homme) avec p = 0,889
- L'âge du médecin avec p = 0,287

Un critère est en lien négativement avec le recueil :

- Le mode d'exercice « en cabinet » avec p = 0,004 (Cf. Tableau 29)

Paramètres	Coefficient	Indice de Confiance		p-value
Sexe homme	1,36	-18,29	21,01	0,889
Âge	0,64	-0,56	1,83	0,287
Lieu d'exercice : « en cabinet »	-31,18	-51,95	-10,41	0,004

Tableau 29: Influence des caractéristiques des médecins généralistes sur le recueil des informations secondaires. Analyse multivariée. Etude observationnelle 2017, sur 955 consultations, des déterminants sociaux de santé issus de la recommandation du collège de médecine générale.

DISCUSSION

Cette thèse fait suite aux travaux de B. Girard en 2011(46), A. David-Meslin(47) qui avaient mis en avant l'importance du repérage de la vulnérabilité sociale par les MG. Une autre étude réalisée en 2014 par C. Ernst et C. Nollet (8) indiquait que la situation sociale est souvent recueillie de manière passive et non-formalisée.
Pour aller plus loin, cette étude a cherché à répondre aux questions suivantes : Comment étaient recueillis les DSS par le MG ? Où étaient stockées ces informations ? Quelles étaient les caractéristiques (du médecin, du patient et du type de consultation), qui influaient sur le recueil des DSS. Cette étude est unique car pour le moment aucun travail n'avait établi de manière quantitative ces différents paramètres.

IV.1. Représentativité de l'échantillon par rapport à la population :

Dans la limite de ce qui a pu être comparé avec la population notre échantillon est représentatif :
Par exemple :

- La durée moyenne de la majorité des consultations était comprise entre 11 et 20 minutes, ce qui correspond à la moyenne française qui est de 16,7 minutes avec une dispersion de 5 à 32 minutes.(49)
- La proportion de CMUc estimée par les MG de l'enquête est de 5,13% et nous savons que la proportion de patients bénéficiaires de la CMUc est de 5,6% en Loire Atlantique et de 3,7% en Vendée. (D'après l'annuaire statistique du fond CMUc décembre 2016(50))
- Dans notre étude, 58,9% des médecins exerçaient en groupe ce qui est proche de la moyenne en Pays de Loire (65% des MG sont installés en groupe pour 53% pour la moyenne nationale).
- La moyenne d'âge était de 48,95 ans pour les 39 médecins qui l'avaient renseigné, ce qui est comparable à celle des Pays de la Loire qui est de 50,1.(51)

On note néanmoins que nous avions un pourcentage de médecins femmes élevé (52,2%) alors que la moyenne en Loire Atlantique est de 43% et en Vendée de 33% (ARS Pays de la Loire)(52), cela est probablement dû au fait qu'il y a plus de femme MSU. (51% de femmes MSU pour le DMG de Nantes)

Il semble donc possible d'extrapoler les résultats de cette étude à la population des MG de Loire Atlantique et Vendée.

IV.2. Limites méthodologiques de l'étude :

En premier lieu, nous avons pu relever un effet Hawthorne, ou expérience Hawthorne (53): en effet, principalement pour les informations secondaires, on observe que beaucoup de données ont été recueillies lors de la période d'observation de la consultation. Les internes et les MSU étaient conscients de participer à une expérience dans laquelle ils étaient testés, ce qui s'est probablement traduit par une plus grande motivation. On a donc probablement une surestimation du recueil.

Pour les informations secondaires, seules 6 sur les 9 informations ont pu être exploitées :

- Le fait d'être en couple, (sans distinction entre être en couple ou vivre seul)
- Le nombre d'enfants à charge,
- Le pays de naissance,
- Le niveau d'études,
- Les conditions de logement,
- La situation financière perçue.

Nous avons demandé si les patients étaient en couple mais pas s'ils vivaient seuls.
Le fait de bénéficier des minimas sociaux a été difficilement interprétable et donc exclu. En effet trop peu de grilles ont été remplies pour ce critère (3,45%), et l'absence de cases à cocher « non » à diminuer le nombre de réponses.
La catégorie socio-professionnelle INSEE, n'a pas été exploitée. Il serait intéressant dans une étude complémentaire d'étudier cette variable recodée en fonction de la profession. La catégorie socio-professionnelle INSEE est une variable pertinente (synthétique de la situation sociale) et donc intéressante pour les caractéristiques du patient. Cependant elle n'est pas recueillie pour les retraités donc valide uniquement pour ceux en âge avant la retraite. Nous avions fait le choix de ne pas évaluer le recueil de cette donnée par les MG (pas recueillie selon l'étude qualitative(8) et niveau 2 d'intérêt pour la recommandation du CMG(7))

L'imperfection de l'étude repose également sur le fait que c'était pour moi la première fois que je réalisais une grille de recueil. Malgré l'étude de faisabilité, des erreurs dans la grille ont été relevés a posteriori limitant l'investigation statistique des données.

L'objectif secondaire était de savoir si les comportements de santé comme le tabagisme, le surpoids ou l'obésité, et une humeur basse pouvaient avoir une influence sur le recueil des DSS issu de la recommandation de 2014. Or le recueil était sujet à interprétation pour ces critères, d'où un probable biais d'information à déplorer. Les internes ont juste relevé si le tabagisme, l'indice de masse corporelle ou la thymie (sans précision) étaient abordés. Pour le critère « thymie » on n'a pas retrouvé de résultat significatif, car l'évaluation est très subjective et le recueil difficile.
Le tabagisme et le poids malgré un biais d'information ont permis d'avoir des résultats significatifs sur le recueil des DSS.

Un « effet médecin » important a été noté dans cette étude.
La variabilité des internes n'a pas été étudiée mais on ne peut l'exclure. En effet, la participation des internes a été inégale. La consigne du recueil de 20 grilles par MG, qui

aurait peut-être permis de prendre en compte cet effet, n'a pas été respectée par tous. Pouvoir refaire l'étude avec un effectif d'internes plus important et une participation plus complète, permettrait de le mettre en avant.

Ce travail était le premier sur le sujet, les MG sensibilisés semblent recueillir les DSS de manière plus active. Cette donnée de la sensibilisation mériterait d'être développée ultérieurement pour être mieux comprise.

Un travail similaire pourrait être réalisé en croisant les données sociales issues du DMI des MG et les données sociales demandées directement aux patients.

IV.3. Principaux résultats :

Pendant la période de novembre à décembre 2017, 955 consultations ont été observées par 32 internes en stage auprès de 73 MG.

Concernant les caractéristiques des médecins de l'étude :

- 47,8% des MG étaient des hommes.
- 20 médecins estimaient avoir un taux de CMU entre 10 et 30%
- 13 médecins avaient une activité de type psychosocial.

Sur les 955 consultations étudiées, les 7 informations indispensables ont été retrouvées à 71,6%. Les informations de type administrative sont inscrites majoritairement dans le DMI (>95%). La capacité de langage écrit, information plus sensible, est moins renseignée (76,2%) et est majoritairement perçue lors de la consultation ou connue par le médecin.

Les 6 informations secondaires ont été recueillies dans 25,3% des cas. L'état civil est la donnée la plus recueillie (84,5%), mais est peu inscrite dans le DMI.
Les 5 autres critères étaient majoritairement connus par le médecin, et peu stockés dans le DMI.

Pour les facteurs de risques liés aux ISS et la thymie :

- 431 patients étaient déclarés non-fumeurs et cette information était principalement connue par le médecin (178)
- L'IMC était connu pour 488 patient et inscrit dans le DMI (330)
- La thymie a été relevée pour 301 patients et le médecin était la principale source d'information (100)

Les caractéristiques économiques du patient ont un effet significatif sur le recueil des 7 informations difficiles. En effet les patients en situation sociale difficile, variable regroupant : « CMUc », « chômage », « minima sociaux », « AME », « tiers payant », et « situation financière difficile » avaient un recueil moins exhaustif des DSS.
Pour les motifs de consultation comme la grossesse, la prévention et le dépistage, on retrouve aussi un recueil moins complet. Le motif psychosocial quant à lui permet un recueil plus important.

On observe également un faible recueil des DSS pour les patients qui ont des comportements de santé à risque.

Cette étude nous a permis de mettre en avant que les populations de type précaire ou qui présentaient des comportements de santé à risque avaient un moins bon recueil des DSS. Cela rejoint la théorie de « l'inverse car Law » (54) qui stipule que « la disponibilité de soins de santé de qualité varie inversement avec le besoin de la population servie », autrement dit les personnes qui ont le plus besoin de soins, en bénéficient le moins. Soit parce que le système de santé ne leur permet pas un accès aux soins adéquat (manque de médecins dans les zones défavorisées, consultations plus longues), soit parce que le manque de sensibilisation des MG aux ISS entraine une « distance » sociale qu'il va falloir diminuer.(55)

De plus les médecins de sexe masculin recueillent plus d'informations indispensables et secondaires que les femmes ; et les MG sensibilisés aux ISS par leur activité psychosociale, recueillent plus d'informations indispensables.
Notre étude a mis en avant un fort « effet médecin », influant de manière positive sur le recueil des DSS. Malgré l'étude de certaines caractéristiques des MG, nous n'avons pas pu mettre en avant de spécificités qui peuvent l'expliquer. Cet « effet médecin » provient de pratiques individuelles qu'il serait intéressant de rechercher.

IV.4. Où sont stockés les DSS :

IV.4.1. Les 7 informations indispensables :

Les 7 informations indispensables sont majoritairement recueillies et connues par le MG. Dans cette étude, 684 grilles de consultations sur 955 avaient les 7 informations au complet.

Les données administratives : le sexe, l'âge, l'adresse et le type de couverture sociale, sont pour la plupart correctement renseignées dans le DMI. Ce résultat est attendu car le sexe et la date de naissance s'inscrivent automatiquement à la lecture de la carte vitale dans le DMI. L'adresse du patient elle, est inscrite par le MG manuellement sur le DMI et est particulièrement utile en cas de visite à domicile et/ou pour l'envoi de courrier (ex : convocation par un spécialiste). Quant aux types de couverture sociale, le MG est informé au moment de la création de la feuille de soins électronique, c'est alors à lui de l'inscrire manuellement dans le DMI.

Le statut par rapport à l'emploi et la profession est également largement connu du MG. Cependant ils sont moins inscrits dans le DMI et plus souvent connus par le médecin seul ou observés lors de la consultation. On note un fort taux de « non-réponse » pour la profession du patient (34%) et cela est probablement dû à la proportion importante de retraités (38%) dans notre population étudiée.
La connaissance du statut « retraité » du patient paraît suffisante pour le MG, cependant l'ancienne profession peut avoir son importance pour une prise en charge adaptée.

La capacité de langage écrit est le paramètre le moins connu des informations indispensables. Il permet de s'assurer que le patient comprend l'ordonnance et les recommandations de son MG. Cette information est peu renseignée dans le DMI et majoritairement connue du MG seul ou observé lors de la consultation. Ce résultat peut s'expliquer par les points suivants : l'information est plus sensible, plus subjective et plus soumise à l'interprétation du MG que les autres informations indispensables.

IV.4.2. Les 6 informations secondaires :

Lors des 955 consultations seulement 25,3 % des 6 informations secondaires étaient connues. En plus de ce faible résultat, ces données étaient très peu renseignées dans le DMI. La situation familiale (en couple et enfants à charge) étaient les informations secondaires les mieux renseignés (>79%), le caractère peu sensible de ces informations semble expliquer ce niveau important. Les informations les plus délicates à collecter : la situation financière perçue, le niveau d'études et les conditions de logement étaient les moins renseignés. Ces données sont particulièrement importantes car signes de vulnérabilité sociale, ne pas les connaitre peut donc être dommageable pour une bonne prise en charge.

Plus généralement concernant l'ensemble des DSS (indispensables et secondaires) on remarque que plus l'information est sensible et difficile à obtenir, moins elle est connue. Elle est également moins formalisée dans le DMI et plus généralement connue du médecin lui-même.

IV.5. Qu'est ce qui est en lien avec le recueil des DSS ?

IV.5.1. Les caractéristiques de la consultation et du patient :

Sur les huit motifs de consultation étudiés, seulement trois types influent dans notre étude sur le recueil des sept informations indispensables.
Dans le cadre des motifs de consultation comme la grossesse, période à haut risque, les dépistages ou la prévention, on remarque que le recueil des 7 informations indispensables est moindre. Or ces motifs de consultation, peuvent être des moments spécifiques pour proposer des conseils adaptés en fonction de l'environnement social, ce qui nécessite de le connaître.
Pour le motif de consultation « grossesse », on peut interpréter ses résultats par le fait que ces consultations sont très axées sur le plan biomédical, car il y a beaucoup de choses à prendre en compte et les patientes ont souvent beaucoup de questions.

Le motif de consultation « psychosocial » quant à lui, influe de manière significative sur un recueil positif des 7 informations indispensables. Ces demandes de recours vers le MG sont très en lien avec le contexte économique et social du patient. Il est donc logique d'aborder ces items lors de la consultation.
Pour le recueil des informations secondaires, aucun motif de consultation n'a montré de manière significative une influence.

On observe également un faible recueil des DSS pour les patients qui ont des comportements de santé à risque. En effet, pour les patients tabagiques, les informations indispensables étaient moins bien recueillies (75 % contre 84,9 % des patients non-fumeurs), ainsi que pour ceux dont l'IMC était connue (70,5 % contre 88,3 %). Nos résultats n'étaient pas significatifs pour la thymie. Dans ces situations, il semble que le MG s'attarde peut-être plus sur la prise en charge biomédicale. (Plus de risques de conduites à risque, plus de pathologies …)

Les caractéristiques économiques du patient influaient de manière négative sur le recueil des 7 informations indispensables :

- Régler par tiers payant
- Etre bénéficiaire de la CMUc
- Avoir une situation financière difficile
- Ou être en « situation sociale difficile » regroupant les paramètres « être bénéficiaire de la CMUc », ou au « chômage » ou bénéficier des « minima sociaux » ou de « l 'AME » ou « régler en tiers payant »

Pourtant ces paramètres sont des indicateurs de défavorisation sociale

Pour les informations secondaires, les éléments : « règlement en tiers payant », avoir une « situation financière difficile » ou « une situation sociale difficile » n'étaient pas significatives pour ces informations. Seul le paramètre CMUc influait positivement.

On a constaté aussi que les informations secondaires sont mieux connues lorsque le patient fait l'objet d'un suivi organisé (Médecin traitant déclaré). L'instauration d'une bonne relation médecin-patient permet de prendre plus de temps pour connaitre le contexte de vie du patient au fil des rendez-vous.

Nos résultats ont montré que pour les patients en situation économique difficile et pour ceux qui ont des comportements de santé à risque, le recueil de ces DSS était moins important que pour les autres. Ce résultat est contre-intuitif car c'est justement ce type de population qui nécessite un suivi personnalisé par les MG. Et qui rejoint la théorie de « l'inverse care Law »

IV.5.2. Caractéristiques du médecin associé au recueil :

Dans notre étude, il apparaît que les médecins de sexe masculin recueillent plus d'informations indispensables et secondaires que les femmes. Or, avant la réalisation de l'étude, on aurait plutôt pensé que ce sont les femmes. Les femmes ont en effet des consultations plus longues. (56) On ne peut expliquer pourquoi ce résultat dans notre étude.

Les MG, qui ont une activité psychosociale, recueillent plus d'informations indispensables, Il semble donc que les MG sensibilisés ou formés aux ISS recueillent plus de DSS.

Le lieu et le mode d'exercice n'influent pas sur le recueil des informations indispensables. Cependant on a pu remarquer que pour le mode d'exercice « en cabinet » le recueil des informations secondaires était moindre.

Nous avions supposé que le dispositif ASALEE, qui est une coopération entre le MG et les infirmiers pour la prise en charge de certaines maladies chroniques, on recueillerait plus de DSS. Or, il n'a pas été retrouvé de résultat significatif. Alors que 29,3% des motifs de consultation de notre étude étaient pour la pathologie chronique.

Peu des caractéristiques des MG recherchées dans notre étude, ont permis de mettre en avant de manière forte, une influence sur le recueil des DSS. Nous avons par contre pu remarquer la présence d'un « effet médecin » très important sur le recueil des DSS. Le recueil des DSS est donc lié à des facteurs individuels propres à chaque médecin que nous n'avons pas discerné. Ils seraient intéressants d'appréhender les pratiques individuelles qui peuvent influencer sur ce recueil.

Nous avons fait le choix de ne pas étudier l'effet qu'aurait pu produire les internes pour des raisons statistiques.

On peut en déduire que la recommandation de 2014, est mal prise en compte. Aujourd'hui l'intérêt du recueil des DSS n'est plus à démontrer et est une composante essentielle de la médecine générale moderne.

Ces résultats sont donc encore dans le sens de « l'inverse care Law » car selon nous il est nécessaire de repérer les vulnérabilités, pour permettre une prise en charge globale, adaptée et pluridisciplinaire des personnes à risque.

IV.6. Les actions à mettre en place pour réduire les ISS :

La médecine générale est en effet concernée au premier plan par les inégalités sociales de santé. Le MG par sa position de premier recours peut participer à leur réduction en agissant:(42)

- L'approche bio-médico-sociale :

Les informations sur la situation sociale permettent au médecin d'adapter sa pratique et d'améliorer la qualité des soins. En effet l'efficacité thérapeutique est fortement modulée par le contexte de vie du patient.

Intégrer la situation sociale du patient dans la prise en charge, comme cela a été décrit par Engel en 1977(57), « le modèle bio psycho sociale » permet d'avoir une vision globale de celui-ci. *« Il s'agit d'*une *représentation de l'être humain dans laquelle les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux sont considérés comme participant simultanément au maintien de la santé ou au développement de la maladie*. »
Le biologique et le social sont donc indissociables.(58)

- Les interactions médecins patients :

La sensibilisation des médecins généralistes au recueil des DSS permettrait de diminuer la « distance » sociale qui peut exister entre le médecin et son patient. En effet en

s'intéressant au contexte de vie de ce dernier, par le biais du recueil des DSS, il améliore la relation en allant plus loin que le motif principal de consultation, il dépasse les attentes du patient.

Par exemple : le patient qui consulte pour des lombalgies liées à son travail alors que le motif principal est une souffrance psychologique qui peut être multifactorielle : travail, problèmes conjugaux, … C'est tout l'intérêt de la médecine générale de premier recours de bien connaître son patient.

Une thèse réalisée en 2015,(59) avait mise en avant que les patients en situation de précarité, avaient conscience du lien étroit entre la santé et leurs conditions de vie, mais qu'ils n'osaient pas en parler spontanément avec le MG, souvent à cause de la honte éprouvée. Il est donc essentiel que le MG aborde le sujet. Mettre en place un recueil standardisé et systématique, comme l'a recommandé le CMG permettrait de déstigmatiser et dédramatiser la collecte de ces données.

- <u>L'organisation du système de santé :</u>

Nous avons vu que le recours aux soins ambulatoire était plus faible dans les ménages ouvriers, entrainant un retard dans l'accès aux soins, une réduction de l'accès au dépistage, une augmentation des pathologies, une augmentation des risques de handicaps, …
De plus les MG qui exercent en milieux défavorisé sont moins nombreux et ont le plus souvent des consultations surchargées.
Or, nous avons pu voir que le temps de consultation influençait le recueil des DSS. Même s'il ne suffit pas d'augmenter le temps de consultation au regard de nos résultats pour améliorer le recueil. Néanmoins, le recueil des DSS demande du temps, et dans un contexte de tarification à l'activité, ce travail manque de valorisation.
Même si les inégalités sociales de santé ne dépendent pas du système de santé, celui-ci tend à les accentuer via « l'inverse care Law ». (loi des soins inverses):(40). Ce phénomène a été défini en 1971, par Hart : « la disponibilité de soins de santé de qualité varie inversement avec le besoin de la population desservie ».
Cet « inverse care Law » s'explique également par le fait que le MG (personne qui est généralement issue d'une catégorie sociale favorisée, qui l'a poussée à faire des études longues) aura plutôt tendance à être proche des patients issus de la même catégorie que lui que de ceux appartenant à une catégorie sociale défavorisée.(54)
Cette situation est dommageable car la prise en compte de l'environnement social du patient, permettrait de comprendre les difficultés pour favoriser l'adoption de comportements favorables à la santé.

Suite aux résultats de cette étude, il nous apparaît nécessaire de mettre en place des dispositifs pour aider et encourager les MG au recueil des DSS.

IV.7. Comment y remédier ?

Si les DSS sont peu renseignés dans le DMI c'est probablement que les MG n'ont pas conscience de leur intérêt majeur dans la prise en charge du patient ; même si on a pu voir qu'ils sont quand même connus implicitement.

Les ISS ne figurent pas dans les programmes de formation médicale initiale et continue des médecins généralistes(40)
En mai 2014, suite à la publication du rapport du CMG, l'INPES avait envoyé aux professionnels de santé un document « prendre en compte les inégalités sociales de santé en médecine générale », mais cela ne semble pas suffisant 4 ans après. (60)
C'est pour cela que nous avons voulu que cette étude soit réalisée avec l'aide des internes en stage ambulatoire, pour les familiariser et les sensibiliser aux ISS. Cela a permis de faire naitre une discussion entre le MG et l'interne autour des DSS et peut-être la mise à jour des dossiers de celui-ci. Il serait intéressant de proposer aux MSU qui ont des internes que ce soit eux qui mettent à jour les DSS. Tout spécialement les SASPAS, qui ont souvent plus de temps que le MG lui-même pour s'y intéresser. Cela permet aussi à la jeune génération de pouvoir intégrer dans leur pratique future un recueil plus systématique.
Les internes ont aussi pu bénéficier d'une journée de formation aux ISS lors de la journée de recherche organisée par le département de médecine générale de Nantes.

Nous avons aussi constaté que les informations inscrites dans le dossier par l'intermédiaire de la carte vitale sont les plus complètes. D'où l'intérêt de faire évoluer ce système.
Le manque de temps, la difficulté pour certains médecins de traiter l'informatique avec le manque d'ergonomie de certains logiciels métier sont des pistes à développer pour améliorer le recueil.

L'exploitation des données du recueil des DSS n'est pas seulement indispensable pour la pratique quotidienne du médecin généraliste (niveau 1), connaître les caractéristiques de sa patientèle (niveau 2) permet aux MG de mettre en place des actions spécifiques. Comme par exemple, faire passer des messages de prévention, en mettant à disposition de la documentation adaptée dans la salle d'attente. Développer un réseau local pour pouvoir orienter les patients en difficultés sociales : assistante sociale, associations, …
Cela permettrait aussi de mettre en place un programme de rémunération sur objectifs de santé publique comme cela a été développé au Royaume-Uni et de déployer des travaux de recherche pour mettre en place des actions ciblées visant à réduire les ISS (niveau 3)

CONCLUSION

Les ISS sont plus marquées en France malgré un système de santé performant. Cette amélioration de la santé a surtout concerné les personnes les plus socialement favorisées.
En 2009-2013, l'écart entre l'espérance de vie des cadres et celles des ouvriers est de 6 ans.
La mise en place en 2004, d'un parcours de soins ambulatoire par la création du dispositif de médecin traitant est la première étape de leur réduction.
Le collège de médecine générale a écrit une recommandation en 2014. Nous avons voulu quantifier par cette étude statistique le recueil des DSS issu de celle-ci chez les MSU de Loire-Atlantique/Vendée par l'intermédiaire des internes en stage chez eux.
Nous avons pu voir que ces DSS sont connus par les MG. Les informations indispensables qui sont

- Le sexe
- La date de naissance
- L'adresse
- Le statut par rapport à l'emploi
- La profession éventuelle
- Le type de couverture sociale
- Les capacités de langages écrits

Sont en majorité connus par le MG et inscrits dans le DMI.

9 informations complémentaires, qui peuvent être recueillies tout au long du suivi :

- Le fait d'être en couple,
- Le nombre d'enfants à charge,
- Le fait de vivre seul,
- Le pays de naissance,
- Le niveau d'études,
- La catégorie socioprofessionnelle INSEE,
- Le fait de bénéficier de minima sociaux,
- Les conditions de logement,
- La situation financière perçue.

Sont moins bien inscrites dans le DMI, mais connues de manière informelle par le MG.

Le paramètre situation économique difficile du patient, et certains comportements de santé à risque (tabagisme) ont permis de voir que ces paramètres influaient de manière négative sur le recueil des DSS, alors que ces informations sont importantes pour la prise en charge globale de la santé et pour promouvoir des messages de prévention adaptés à leur contexte de vie.

Tout l'intérêt de la médecine générale en plus d'être le médecin de premiers recours est de bien connaître toute la dimension humaine de la personne et de son environnement psycho social afin d'avoir la réponse la plus adaptée et personnalisée.
Tout en sachant que cette réponse est évolutive dans le temps et est toujours modulable.
Les propositions que nous formulons au vu de ces résultats sont les suivantes :

- Une meilleure sensibilisation des MG sur l'importance de la prise en compte des DSS en complément des données biomédicales.
- Une adaptation des outils permettant le recueil des DSS (logiciel métier plus ergonomique, informations inscrites dans la carte vitale par le développement du Dossier Médical Partagé)
- Une tarification incitative permettant la rémunération du travail lié au recueil des DSS.

BIBLIOGRAPHIE

1. Organisation Mondiale de la Santé. Rapport sur la santé dans le monde 2000 pour un système de santé plus performant. Genève : Organisation Mondiale de la Santé ; 2000.
2. Tavernier JL. Les hommes cadres vivent toujours 6 ans de plus que les hommes ouvriers. INSEE première [Internet]. Février 2016 [consulté le 6 février 2017] ;(1584). Disponible sur : https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/1908110/ip1584.pdf
3. Santé Publique France, Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. L'état de santé de la population en France [Internet]. 2017 mai [consulté le 22 mai 2017]. Report No : 978-2-11-151590‑1. Disponible sur : http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/esp2017.pdf
4. Blanpain N, Chardon O. Les inégalités sociales face à la mort. Document de travail [Internet]. 2011 [consulté le 30 janvier 2017] ;6549. Disponible sur : https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/1380839/F1108.pdf
5. Emmanuelle Cambois. La « double peine » des ouvriers : plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte. Population et sociétés [Internet]. Janvier 2008 [Consulté le 6 février 2017] ;(441). Disponible sur : http://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/19109/441.fr.pdf
6. INPES - ISS : Définition et concepts du champ [Internet]. [Consulté le 16 juillet 2018].
7. groupe de travail universitaire et professionnel. Pourquoi et comment enregistrer la situation sociale d'un patient adulte en médecine générale ? [Internet]. Collège de la Médecine Générale ; 2014 [Consulté le 7 novembre 2016]. Disponible sur : http://www.lecmg.fr/photos/enregistrement_socia.pdf?PHPSESSID=it9juh4ep2vgi74717un7ohss4
8. Céline Ernst Toulouse, Nollet C. Recueil de la situation sociale des patients et prise en charge des inégalités sociales de santé : perspectives en médecine générale [Internet]. [Nantes] : Nantes ; 2016 [consulté le 3 novembre 2016]. Disponible sur : http://www.santepaysdelaloire.com/ors/sites/ors/files/PagesORS/pdl_2014_prix_ors_2015_ernst_nollet.pdf
9. ONU. Déclaration universelle des droits de l'homme [Internet]. Décembre 10, 1948. Disponible sur : https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/frn.pdf
10. OMS | Principaux concepts [Internet]. WHO. [Consulté le 26 juillet 2018]. Disponible sur : http://www.who.int/social_determinants/final_report/key_concepts/fr/
11. Célant N, Guillaume S, Rochereau T. l'enquête santé européenne- enquête santé et protection sociale (EHIS-ESPS) 2014 [Internet]. IRDES ; 2017 sept [consulté le 26 juillet 2018] p. 282. Report No. : 566. Disponible sur : http://www.irdes.fr/recherche/rapports/566-enquete-sante-europeenne-ehis-enquete-sante-et-protection-sociale-esps-2014.pdf
12. Lang T. Inégalités sociales de santé, Social Health Inequalities. Les Tribunes de la santé. 15 juillet 2014;(43) :31‑8.
13. Pisarik J, Rochereau T. état de santé des Français et facteurs de risque [Internet]. Institut de recherche et documentation en économie de la santé ; 2017 [consulté le 11 septembre 2017]. Disponible sur : http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er998.pdf
14. Haut Conseil de Santé Publique. Indicateurs de suivi des inégalités sociales de santé [Internet]. 2013 juin [consulté le 16 mai 2017] p. 56. Disponible sur : http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspr20130619_indicateurinegalit

esocialesante.pdf
15. Cases C, Jougla E, Danet S. mortalité " prématurée " et mortalité "évitable". Actual Dossier Sante Publique. 2008 ;64 :5–10.
16. COLDEFY M. La prise en charge de la santé mentale. Recueil d'études statistiques, Paris, La Documentation française, Études et statistiques. 2007 ;
17. Moquet M-J, Potvin L. Inégalités sociales de santé : connaissances et modalités d'intervention. La santé de l'homme. Juillet 2011;(414) :7‑8.
18. Lang T. Déterminants sociaux, santé et politique publiques : mobiliser toutes les connaissances. Santé Publique. 31 décembre 2015 ;27(5) :619‑21.
19. Pisarik J, Rochereau T, Célant N. Etat de santé des français et facteurs de risque. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. Mars 2017 [consulté le 13 mars 2017] ; études et résultats (0998). Disponible sur : http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er998.pdf
20. Guignard R, Beck F, Wilquin JL. La consommation du tabac en France et son évolution: résultats du baromètre santé 2014. Bulletin épidiémiologique hebdomadaire. 29 mai 2015;(17‑18) :281‑7.
21. Barnay T, Franc C, Jusot F. Introduction : La santé et les soins : prise en charge, déterminants sociaux, conséquences professionnelles. Economie et statistique. 2015 ;475(1) :17–29.
22. Beck F, Gautier A. Baromètre cancer 2010 [Internet]. Institution nationale de prévention et d'éducation pour la santé et l'institut national du cancer ; 2010 [consulté le 26 juillet 2018] p. 272. (Baromètre santé 2012). Disponible sur : http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1405.pdf
23. France, office parlementaire d'évaluation des politiques de santé, Institut national de la santé et de la recherche médicale (France), Centre d'expertise collective. Obésité : bilan et évaluation des programmes de prévention et de prise en charge. Paris : Inserm ; 2006.
24. Eschwege E, Charles MA, Basdevant A. enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité. Obépi 2012 [Internet]. INSERM/ KANTAR HEALTH/ ROCHE ; 2012 [cité 26 juill 2018]. Disponible sur : http://www.roche.fr/content/dam/roche_france/fr_FR/doc/obepi_2012.pdf
25. Burnay N, Dupuy A. Figures contemporaines de la transmission. Configuration de la transmission alimentaire et modalités d'appropriation d'enfants et de jeunes. Presses universitaires de Namur ; 2009. 500 p.
26. Chardon O, Guignon O, de Saint Pol T. la santé des élèves de grande section de maternelle en 2013 : des inégalités sociales dès le plus jeune âge. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques [Internet]. Juin 2015 [consulté le 4 juillet 2018] ; études et résultats (0920). Disponible sur : http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er920.pdf
27. Delphine. Obésité et facteurs sociaux [Internet]. Statistique et Informatique pour la Santé - Le Blog. 2014 [consulté le 25 mai 2018]. Disponible sur : https://www.lpsis-vannes.fr/obesite-facteurs-sociaux/
28. de Saint Pol T. Obésité et milieux sociaux en France : les inégalités augmentent. Bulletin Epidémiologique AFSSA. 2008;(20) :175–179.
29. Weber F. la santé mentale en France, surveillance et enjeux. 23 sept 2008;(35‑36) :313‑28.
30. Beck F, Guignard R. la dépression en France (2005-2010) : prévalence, recours aux soins et sentiments d'information de la population. (421) :43‑5.

31. Chapireau F. La classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé. Gérontologie et société. 2001 ;24 / n° 99(4) :37‑56.
32. Mormiche P, Boissonnat V. Handicap et inégalités sociales : premiers apports de l'enquête « Handicaps, incapacités, dépendance », Abstract. Revue française des affaires sociales. 2003;(1) :267‑85.
33. Wresinski J. Grande pauvreté et précarité économique et sociale : séances des 10 et 11 février 1987. Vol. 4074. Direction des journaux officiels ; 1987.
34. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé - Article 83. 2016-41 janv 26, 2016.
35. LOI n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. 2004-806 août 9, 2004.
36. Jusot F. Les inégalités de recours aux soins : bilan et évolution. /data/revues/03987620/v61sS3/S0398762013002794/ [Internet]. 26 juillet 2013 [consulté le 12 décembre 2016] ; Disponible sur : http://www.em-consulte.com/en/article/824792#N10173
37. Bourgueil Y, Jusot F, Leleu H. Comment les soins primaires peuvent-ils contribuer à réduire les inégalités de santé ? sept 2012;(179) :8.
38. Couffinhal A, Dourgnon P, Jusot F. Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé ? Un éclairage européen - Qes93.pdf. Institut de recherche et documentation en economie de la santé [Internet]. Février 2005 [consulté le 5 juillet 2018] ;(93). Disponible sur : http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes93.pdf
39. Cases Chantal. Réduire les inégalités sociales de santé : la mission n'est pas impossible. ADSP [Internet]. Décembre 2010 [consulté le 25 novembre 2016] ;(73). Disponible sur : http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=ad730202.pdf
40. Jusot F. Les interventions de réduction des inégalités sociales de santé en Europe. Réduire les inégalités sociales en santé Paris : INPES. 2010 ;73–88.
41. Flores P, Falcoff H. Peut-on agir en médecine générale sur les inégalités sociales de santé ? la revue du praticien. 2004;(54) :2263‑70.
42. Falcoff H. Que peuvent faire les médecins généralistes face aux inégalités sociales de santé ? Actualité et dossier en santé publique. Décembre 2010;(73) :41‑3.
43. Raynaud D. les déterminants individuels des dépenses de santé. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. Juillet 2002 [consulté le 26 juillet 2018] ;(182). Disponible sur : http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er182.pdf
44. Centre d'observation de la santé. Les déterminants du recours aux soins. Centre d'observation de la société [Internet]. [Consulté le 12 décembre 2016]. Disponible sur : http://www.observationsociete.fr/sante/sante-sante/les-determinants-du-recours-aux-soins.html
45. Combler le fossé en une génération. Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants de la santé. World Health Organisation ; 2009.
46. Girard B. Comparaison du score « de raisonnement analogique clinique » et du score « EPICES » pour repérer les patients à risque d'inégalités sociales de santé en médecine générale [Thèse d'exercice]. [1970-2011, France] : Université d'Aix-Marseille II. Faculté de médecine ; 2011.
47. David Meslin A. Comment les médecins généralistes de Loire-Atlantique repèrent-ils les situations de précarité de leur patient ? [Internet] [thèse d'exercice pour le diplome de docteur en médecine]. [Nantes] : Nantes ; 2013 [consulté le 25 juillet 2018]. Disponible sur :

http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/fichiers/download/22c1df59-1e49-49a1-a543-ed9a8d7e99e1
48. Article R1121-1 [Internet]. Code de la santé publique mai 9, 2017. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=71082B62EC57345735F2650F0EFE1789.tplgfr27s_3?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000025788781&dateTexte=20180907&categorieLien=cid#LEGIARTI000025788781
49. Rosman S. Les pratiques de prescription des médecins généralistes. Une étude sociologique comparative entre la France et les Pays-Bas. In : Singuliers généralistes [Internet]. Presses de l'EHESP ; 2010 [consulté le 16 août 2018]. p. 117‑32. Disponible sur : https://www.cairn.info/singuliers-generalistes--9782810900213-p-117.htm
50. Fonds CMU-C Annuaire statistique [Internet]. 2017 [consulté le 17 août 2018]. Disponible sur : https://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/Annuaire_statistique_10-2017.pdf
51. Dossier complet − Région des Pays de la Loire (52) | Insee [Internet]. [Consulté le 17 août 2018]. Disponible sur : https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=REG-52
52. ARS pays de la Loire O régional de la santé. Projet Régional de Santé 2018-2022. La santé des habitants des PAys de la Loire, situation actuelle et élémznts de prospective [Internet]. Mai 22, 2017. Disponible sur : https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/system/files/2017-11/synthese_etat_sante_regional_prs2_3.pdf
53. Gillespie R. Manufacturing Knowledge: A History of the Hawthorne Experiments [Internet]. British Library Cataloguing in Publication. Press Syndicate of te University of Cambridg; 1952 [cité 10 sept 2018]. 300 p. Disponible sur : https://books.google.fr/books?hl=fr&lr=&id=DN6kyW8Ca44C&oi=fnd&pg=PR7&dq=Manufacturing+knowledge:+a+history+of+the+Hawthorne+experiments&ots=G4qh_XNMtx&sig=ihMKsU_DcL2xtg4goosKS_CPaX4#v=onepage&q=Manufacturing%20knowledge%3A%20a%20history%20of%20the%20Hawthorne%20experiments&f=false
54. Hart Tudor J. The inverse care Law. Lancet. Février 1971 ; 297 :405‑12.
55. Pauw C. les medecins généralistes face au défi de la précarité. Presses de l'EHESP ; 2017. 228 p. (recherche, santé, social).
56. Breuil-Genier P, Goffette C. la durée des séances des médecins généralistes. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. Avril 2006 [consulté le 25 août 2018] ;(481). Disponible sur : http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er481.pdf
57. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science. 8 avril 1977 ;196(4286) :129‑36.
58. Netgen. Le modèle biopsychosocial : beaucoup plus qu'un supplément d'empathie. Revue Médicale Suisse. Août 2010 ;258 :1511‑3.
59. BALLIDAN N. Patients en situation de précarité : quel parcours de soins en médecine générale ? [Internet] [thèse d'exercice pour le diplome de docteur en médecine]. Lille ; 2015 [consulté le 20 mars 2017]. Disponible sur : http://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/7e66847e-978a-45c4-abd1-3ad561773883
60. INPES C. prendre en compte les inégalités sociales de santé en médecine générale [Internet]. INPES ; 2014 [consulté le 5 septembre 2018]. Disponible sur : http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1538.pdf

ANNEXES

Grille de recueil consultation :

nom de l'interne:		**initiales médecin:**			**Asalée : oui / non**
heure de début de consultation:					
Motifs de consultation : -1 -2 -3					
					Sources d'info
1er consultation	O / N				❒ O : ❒ M ❒ D
medecin declaré:	O / N / NC				❒ O : ❒ M ❒ D
Antériorité relation (année début suivi)					❒ O : ❒ M ❒ D
INFORMATIONS INDISPENSABLES					
Sexe : H / F	Âge :				❒ O : ❒ M ❒ D
adresse					❒ O : ❒ M ❒ D
statut par rapport à l'emploi	❒ actif	❒ chômage	❒ retraité	❒ étudiant	❒ O : ❒ M ❒ D
	❒ invalidité	❒ inactif :			
profession (la dernière):					❒ O : ❒ M ❒ D
assurance maladie	❒ AMO	❒ AMC	❒ CMUc	❒ ALD	❒ O : ❒ M ❒ D
	❒ AT/MP	❒ AME			
capacité de language ecrit	O / N				❒ O : ❒ M ❒ D
INFORMATIONS UTILES					
en couple O / N / NC					❒ O : ❒ M ❒ D
enfant à charge: O / N / NC		combien:			❒ O : ❒ M ❒ D
pays de naissance:	❒ France	autre:			❒ O : ❒ M ❒ D
niveau d'étude	❒ primaire	❒ secondaire	❒ supérieur	❒ aucun	❒ O : ❒ M ❒ D
minima sociaux	❒ RSA	❒ APA	❒ AAH		❒ O : ❒ M ❒ D
condition de logement	❒ propriétaire	❒ locataire	❒hébergé	❒ sans abri	❒ O : ❒ M ❒ D
situation financiere perçue	❒ pas de pb	❒ C'est juste	❒ difficile	❒ très difficile	❒ O : ❒ M ❒ D
FDR et thymie					
tabac O / N					❒ O : ❒ M ❒ D
IMC O / N					❒ O : ❒ M ❒ D
thymie O / N					❒ O : ❒ M ❒ D
autres determinants de santé					
-1					❒ O : ❒ M ❒ D
-2					❒ O : ❒ M ❒ D
-3					❒ O : ❒ M ❒ D
montant règlement	❒ 25€	❒ 7,5€	❒ 0€	❒ Autre	: ……
heure de fin de la consultation:					
Résultats de consultation : -1 -2 -3					
Commentaires:					

Grille de recueil caractéristiques médecin :

Fiche caracteristiques médecin				
nom de l'interne:				
initiales médecin:				
lieux d'exercice :				
❒ rural	❒ urbain	❒ SOS médecin		
❒ cabinet de groupe		❒ maison de santé pluridisciplinaire		❒ seul
❒ homme		❒ femme		
âge:				
DU/ capacité(s)/formations particulières :				
selon le médecin, proportion de patients sous le régime CMU :		❒ plus de 50 %	❒ entre 30 et 50%	❒ entre 10 et 30% ❒ moins de 10%
activité professionnelle autre:	❒ syndicale	❒ URPS	❒ associative	❒ formation continue :
	❒ enseignement facultaire autre que maitrise de stage		❒ conseil de l'ordre	❒ autre
parcours particulier:				

NOTICE

L'assurance maladie et le règlement de la consultation :

	Prise en charge obligatoire	Prise en charge complémentaire	Tiers-payant
AMO	Sécurité sociale		Possibilité
AMC	Sécurité sociale	Mutuelle	Possibilité
CMUc	Sécurité sociale	Sécurité sociale	Systématique
ALD	Sécurité sociale	Sécurité sociale	Systématique (loi récente)
AT/MP	Sécurité sociale	Sécurité sociale	Systématique
AME	Sécurité sociale	Sécurité sociale	Systématique

Glossaire :

O : Oui N : Non NC : Non Connu

H : Homme F : Femme

AMO : Aide médicale Obligatoire
AMC : Aide Médical Complémentaire
CMUc : Couverture Médicale Universelle complémentaire
ALD/ Affection Longue Durée
AT/MP : Accident du Travail/ Maladie Professionnelle

RSA : Revenu de Solidarité Active
APA : Aide personnalisée à l'autonomie
AAH : Allocation Adulte Handicapé

Source d'info : O : observé lors de la consultation ; M : connu par le médecin ; D : info du dossier

Fiche explicative interne

Le recueil systématique de déterminants sociaux de santé, c'est-à-dire les facteurs sociaux associés à l'état de santé, participe à la réduction des inégalités sociales de santé. Dans ce contexte le Collège de Médecine Générale a défini 16 critères à recueillir et consigner parmi les déterminants sociaux de santé (DSS).
Le recueil de données sociales relève de la pratique quotidienne du médecin. Les médecins par leur position de premier recours sur le territoire de santé du patient et leur fonction de suivi ont connaissance des informations sociales par différentes sources (consultations antérieures, connaissance des conditions et contexte de vue des patients …).
Une étude qualitative réalisée en 2014 a montré que ce recueil était fait pour une part de manière largement informelle. Aussi ma thèse vise à appréhender ce recueil, prenant en compte sa dimension implicite.

L'objectif est de relever ce qui est connu des déterminants sociaux de santé par le médecin généraliste, en distinguant :

- Ce qui est recueilli à l'occasion de l'entretien pendant la consultation observée,
- Ce qui est consigné dans le dossier,
- Ce qui est connu du médecin par d'autres sources sans être noté dans le dossier (consultations antérieures …)

Votre rôle dans ce travail consiste à relever ces informations sur la grille standardisée à l'occasion de l'observation des consultations en notant :

- Si elles ont été recueillies lors de l'entretien de consultation (en cochant O), en notant si cela a été demandé par le médecin (M) ou notifié par le patient (P) lui-même.
- Si elles figurent dans le dossier médical informatisé (en cochant D)
- Ou enfin si elles sont simplement connues par le médecin généraliste sans avoir ni été abordées lors de cette consultation observée ni notées dans le dossier, en posant les questions au MSU à l'issue de la consultation (en cochant M).

L'accord du patient est recueilli au début de la consultation, au moment de la présentation de l'interne : « Est-ce que vous m'autorisez à renseigner une grille d'observation de la consultation pour une recherche en médecine générale menée par la faculté ? »
L'étude concerne les personnes > 18 ans.

Outre la perspective de recherche, ce recueil vise un objectif pédagogique de sensibilisation aux inégalités sociales de santé et de familiarisation avec la recommandation du collège de la médecine générale de 2014.

Notice explicative sur le recueil des déterminants sociaux de santé issu de la recommandation du Collège de Médecine Générale :

Il y a 6 informations considérées indispensables :

- Sexe
- Adresse
- Le statut par rapport à l'emploi

- La profession (la dernière)
- L'assurance maladie :
  - **AMO** Assurance Maladie Obligatoire : prise en charge de la part obligatoire par la sécurité sociale.
  - **AMC** Assurance Maladie Complémentaire : prise en charge de la part complémentaire par une assurance (mutuelle)
  - **CMUc** Couverture Médicale Universelle complémentaire : la sécurité sociale prend en charge l'intégralité de la consultation (AMO + AMC en tiers payant)
  - **ALD** affection longue durée la sécurité sociale prend en charge l'intégralité de la consultation en ce qui concerne son ALD (AMO+AMC). Pratique du 1/3 payant théorique loi récente. (Article 83 loi 2016-41 du 26 janvier 2016).
  - **AT/ MP** : accident du travail, maladie professionnelle : la sécurité sociale prend en charge l'intégralité de la consultation (AMO+AMC).
  - **AME** : Aide Médicale d'Etat : le patient ne règle pas la consultation, accordée pour un an après une présence de 3 mois sur le territoire français pour les patients en situation irrégulière.
- La capacité de langage écrit : « avez-vous besoin que quelqu'un vous aide pour comprendre des ordonnances ou des documents d'informations médicales remis par votre médecin ou votre pharmacien ? »

Et 7 informations secondaires

- En couple
- Enfants à charge
- Pays de naissance
- Niveau d'étude
- Minima sociaux
  - **RSA** : revenu de solidarité active, assure aux personnes sans ressources un niveau minimum de revenu variable selon la composition du foyer.
  - **APA** aide personnelle à l'autonomie pour les personnes de plus de 60 ans en fonction de leur autonomie : grille AGGIR.
  - **AAH** allocation adulte handicapé délivrée par la CAF après instruction du dossier par la MDPH si taux d'incapacité > 80 % et entre 50 et 79 %
- Conditions de logement
- Situation financière perçue : comment le patient trouve sa situation actuelle
- Vous n'avez pas de problème particulier
- C'est juste, il faut faire attention
- Vous avez du mal à y arriver
- C'est très difficile

Des facteurs de risques liés aux déterminants sociaux de santé :

- Thymie basse, tristesse de l'humeur : oui/non/non abordé
- IMC : ……. Poids :……..T :……
- Tabagisme actif oui/non/non abordé

Un grand merci pour votre participation

Fiche explicative médecin

Le recueil systématique de déterminants sociaux de santé, c'est-à-dire les facteurs sociaux associés à l'état de santé, participe à la réduction des inégalités sociales de santé. Dans ce contexte le Collège de Médecine Générale a défini 16 critères à recueillir et consigner parmi les déterminants sociaux de santé (DSS).
Le recueil de données sociales relève de la pratique quotidienne du médecin. Les médecins par leur position de premier recours sur le territoire de santé du patient et leur fonction de suivi ont connaissance des informations sociales par différentes sources (consultations antérieures, connaissance des conditions et contexte de vue des patients, …).
Une étude qualitative réalisée en 2014 a montré que ce recueil était fait pour une part de manière largement informelle. Aussi ma thèse vise à appréhender ce recueil, prenant en compte sa dimension implicite.

L'objectif est de relever ce qui est connu des déterminants sociaux de santé par le médecin généraliste, en distinguant :

- Ce qui est recueilli à l'occasion de l'entretien pendant la consultation observée,
- Ce qui est consigné dans le dossier,
- Ce qui est connu du médecin par d'autres sources sans être noté dans le dossier (consultations antérieures …)

Le rôle de l'interne observateur dans ce travail consiste à relever ces informations sur la grille standardisée à l'occasion de l'observation des consultations en notant :

- Si elles ont été recueillies lors de l'entretien de consultation (en cochant O),
- Si elles figurent dans le dossier médical informatisé (en cochant D)
- Ou enfin si elles sont simplement connues par le médecin généraliste sans avoir ni été abordées lors de cette consultation observée ni notées dans le dossier, en vous posant les questions à l'issue de la consultation (en cochant M).

L'accord du patient est recueilli au début de la consultation, au moment de la présentation de l'interne : « Est-ce que vous m'autorisez à renseigner une grille d'observation de la consultation pour une recherche en médecine générale menée par la faculté ? »
L'étude concerne les personnes > 18 ans.

Outre la perspective de recherche, ce recueil vise un objectif pédagogique en permettant de sensibiliser les internes aux inégalités sociales de santé et de les familiariser avec la recommandation du collège de la médecine générale de 2014.

En restant à votre disposition pour tout complément d'information ou toute remarque éventuelle, nous vous remerciant de votre participation.

DMG Nantes

UNIVERSITÉ DE NANTES

Thèse sur le recueil des déterminants sociaux de santé

Votre médecin, dans le cadre de sa fonction de maitre de stage accueille un interne pour sa formation de médecin généraliste. Cet interne à l'occasion de ce stage de formation, participe également à un travail de recherche dans le cadre d'une thèse de médecine, en relation avec le département de médecine générale. Cette thèse vise à décrire le recueil des déterminants sociaux de santé en médecine générale, c'est-à-dire les éléments de la situation sociale ayant une influence sur l'état de santé, comme le statut par rapport à l'emploi, la profession, la couverture sociale, …
Ce recueil de la situation sociale a fait l'objet d'une recommandation médicale en 2014.
Ce travail de thèse repose sur le recueil par l'interne lors de son observation des consultations avec votre médecin et de la consultation du dossier médical, au moyen d'une grille de recueil standardisée.
Cette recherche concerne les personnes majeures, et les données recueillies pour cette recherche sont anonymes.

Ce travail vise également à sensibiliser les internes (futurs médecins) à cette question.

Vous pouvez refuser de participer à cette étude en le mentionnant simplement en début de consultation à votre médecin ou à l'interne.

UNIVERSITÉ DE NANTES

Cotation des motifs de consultations selon l'International Classification of Primary Care 2ème édition (ICPC-2) :

ICPC-2 – French

International Classification of Primary Care – 2nd Edition

Wonca International Classification Committee (WICC)

Procédures

-30	Ex médical/bilan santé détaillé
-31	Ex médical/bilan santé partiel
-32	Test de sensibilité
-33	Ex microbiologique/immunologique
-34	Autre analyse de sang
-35	Autre analyse d'urine
-36	Autre analyse de selles
-37	Cytologie/histologie
-38	Autre analyse de laboratoire
-39	Epreuve fonctionnelle
-40	Endoscopie
-41	Radiologie diagnostique/imagerie
-42	Tracé électrique
-43	Autre procédure diagnostique
-44	Vaccination/médication préventive
-45	Recom./éducation santé/avis/régime
-46	Discussion entre dispensateurs SSP
-47	Discussion dispensateur spécialiste
-48	Clarification de la demande du patient
-49	Autre procédure préventive
-50	Médication/prescription/injection
-51	Incision/drainage/aspiration
-52	Excision/biopsie/cautér/débridation
-53	Perfusion/intubat./dilatat./appareillage
-54	Répar/fixation/suture/plâtre/prothèse
-55	Traitement local/infiltration
-56	Pansement/compression/bandage
-57	Thérapie manuelle/médecine physique
-58	Conseil thérap/écoute/examens
-59	Autres procédures thérapeutiques
-60	Résultats analyses/examens
-61	Résultats ex/procéd autre dispensateur
-62	Contact administratif
-63	Rencontre de suivi
-64	Epis. nouveau/en cours init. par disp.
-65	Epis. nouveau/en cours init. par tiers
-66	Référence à dispens. SSP non médecin
-67	Référence à médecin
-68	Autre référence
-69	Autres procédures

Général et non spécifié — A

A01	Douleur générale/de sites multiples
A02	Frissons
A03	Fièvre
A04	Fatigue/faiblesse générale
A05	Sensation d'être malade
A06	Evanouissement/syncope
A07	Coma
A08	Gonflement
A09	P. de transpiration
A10	Saignement/hémorragie NCA
A11	Douleur thoracique NCA
A13	Préoc. par/peur traitement médical
A16	Nourrisson irritable
A18	Préoc. par son aspect extérieur
A20	Demande/discussion sur l'euthanasie
A21	Facteur de risque de cancer
A23	Facteur de risque NCA
A25	Peur de la mort, de mourir
A26	Peur du cancer NCA
A27	Peur d'une autre maladie NCA
A28	Limitation de la fonction/incap. NCA
A29	Autre S/P général
A70	Tuberculose
A71	Rougeole
A72	Varicelle
A73	Paludisme
A74	Rubéole
A75	Mononucléose infectieuse
A76	Autre exanthème viral
A77	autre maladie virale NCA
A78	Autre maladie infectieuse NCA
A79	Cancer NCA
A80	Traumatisme/lésion traumat. NCA
A81	Polytraumatisme/lésions multiples
A82	Effet tardif d'un traumatisme
A84	Intoxication par subst. médicinale
A85	Effet sec. subst. médicinale
A86	Effet toxique subst. non médicinale
A87	Complication de traitement médical
A88	Effet sec. de facteur physique
A89	Effet sec. de matériel prothétique
A90	Anom. congénitale NCA/multiple
A91	Résultat d'investigat. anormale NCA
A92	Allergie/réaction allergique NCA
A93	Nouveau-né prématuré
A94	Autre morbidité périnatale
A95	Mortalité périnatale
A96	Mort
A97	Pas de maladie
A98	Gestion santé/médecine préventive
A99	Maladie de nature/site non précisé

Sang, syst. hématop/ immunol. — B

B02	Ganglion lymph. augmenté/ douloureux
B04	S/P du sang
B25	Peur du SIDA/du VIH
B26	Peur du cancer du sang/lymph.
B27	Peur autre maladie sang/lymph/rate
B28	Limitation de la fonction/incap. (B)
B29	Autre S/P du syst. lymph./immunol.
B70	Adénite aiguë
B71	Adénite chronique/non-spécifique
B72	Maladie de Hodgkin/lymphome
B73	Leucémie
B74	Autre cancer du sang
B75	Tumeur bénigne/indét. sang/lymph.
B76	Rupture traumat. de la rate
B77	Autre traumat. sang/lymph/rate
B78	Anémie hémolytique héréditaire
B79	Autre anom. congénitale sang/ lymph/rate
B80	Anémie par déficience en fer
B81	Anémie carence vit B12/ac. folique
B82	Autre anémie/indét.
B83	Purpura/défaut de coagulation
B84	Globules blancs anormaux
B87	Splénomégalie
B90	Infection par le virus HIV, SIDA
B99	Autre maladie sang/lymph/rate

Syst. Digestif — D

D01	Douleur/crampes abdominales gén.
D02	Douleur abdominale/épigastrique
D03	Brûlure/brûlant/brûlement estomac
D04	Douleur rectale/anale
D05	Démangeaisons périanales
D06	Autre douleur abdominale loc.
D07	Dyspepsie/indigestion
D08	Flatulence/gaz/renvoi
D09	Nausée
D10	Vomissement
D11	Diarrhée
D12	Constipation
D13	Jaunisse
D14	Hématémèse/vomissement de sang
D15	Méléna
D16	Saignement rectal
D17	Incontinence rectale
D18	Modification selles/mouvem. intestin
D19	S/P dents/gencives
D20	S/P bouche/langue/lèvres
D21	P. de déglutition
D23	Hépatomégalie
D24	Masse abdominale NCA
D25	Distension abdominale
D26	Peur du cancer du syst. digestif
D27	Peur d'une autre maladie digestive
D28	Limitation de la fonction/incap. (D)
D29	Autre S/P du syst. digestif
D70	Infection gastro-intestinale
D71	Oreillons
D72	Hépatite virale
D73	Gastro-entérite présumée infectieuse
D74	Cancer de l'estomac
D75	Cancer du colon/du rectum
D76	Cancer du pancréas
D77	Autre cancer digestif/NCA
D78	Tumeur bénigne/indét. du syst. dig.
D79	CE du syst. digestif
D80	Autre traumat. du syst. digestif
D81	Anom. congénitale du syst. digestif
D82	Maladie des dents/des gencives
D83	Maladie bouche/langue/lèvres
D84	Maladie de l'œsophage
D85	Ulcère duodénal
D86	Autre ulcère peptique
D87	Trouble de la fonction gastrique
D88	Appendicite
D89	Hernie inguinale
D90	Hernie hiatale
D91	Autre hernie abdominale
D92	Maladie diverticulaire
D93	Syndrome du colon irritable
D94	Entérite chronique/colite ulcéreuse
D95	Fissure anale/abcès périanal
D96	Vers/autre parasite
D97	Maladie du foie NCA
D98	Cholécystite/cholélithiase
D99	Autre maladie du syst. Digestif

CODES PROCÉDURE

SYMPTÔMES ET PLAINTES

INFECTIONS

NÉOPLASMES

TRAUMATISMES

ANOMALIES CONGÉNITALES

AUTRES DIAGNOSTICS

Oeil — F

F01	Oeil douloureux
F02	Oeil rouge
F03	Ecoulement de l'œil
F04	Taches visuelles/flottantes
F05	Autre perturbation de la vision
F13	Sensation oculaire anormale
F14	Mouvements oculaires anormaux
F15	Apparence anormale de l'œil
F16	S/P de la paupière
F17	S/P lunettes
F18	S/P lentilles de contact
F27	Peur d'une maladie de l'œil
F28	Limitation de la fonction/incap. (F)
F29	Autre S/P de l'œil
F70	Conjonctivite infectieuse
F71	Conjonctivite allergique
F72	Blépharite, orgelet, chalazion
F73	Autre infection/inflammation de l'œil
F74	Tumeur de l'œil et des annexes
F75	Contusion/hémorragie de l'œil
F76	CE dans l'œil
F79	Autre lésion traumat. de l'œil
F80	Sténose canal lacrymal de l'enfant
F81	Autre anom. congénitale de l'œil
F82	Décollement de la retire
F83	Rétinopathie
F84	Dégénérescence maculaire
F85	Ulcère de la cornée
F86	Trachome
F91	Défaut de réfraction
F92	Cataracte
F93	Glaucome
F94	Cécité
F95	Strabisme
F99	Autre maladie de l'œil/annexes

Oreille — H

H01	Douleur d'oreille/otalgie
H02	P. d'audition
H03	Acouphène/bourdonnement d'oreille
H04	Ecoulement de l'oreille
H05	Saignement de l'oreille
H13	Sensation d'oreille bouchée
H15	Préoc. par l'aspect des oreilles
H27	Peur d'une maladie de l'oreille
H28	Limitation de la fonction/incap. (H)
H29	Autre S/P de l' oreille
H70	Otite externe
H71	Otite moyenne aiguë/myringite
H72	Otite moyenne séreuse
H73	Salpingite d'eustache
H74	Otite moyenne chronique
H75	Tumeur de l'oreille
H76	CE dans l'oreille
H77	Perforation du tympan
H78	Lésion traumat. superf. de l'oreille
H79	Autre lésion traumat. de l'oreille
H80	Anom. congénitale de l'oreille
H81	Excès de cérumen
H82	Syndrome vertigineux
H83	Otosclérose
H84	Presbyacousie
H85	Traumatisme sonore
H86	Surdité
H99	Autre maladie de l'oreille/ mastoïde

Cardio-vasculaire — K

K01	Douleur cardiaque
K02	Oppression/constriction cardiaque
K03	Douleur cardiovasculaire NCA
K04	Palpitat./perception battements card.
K05	Autre battement cardiaque irrégulier
K06	Veines proéminentes
K07	Oedème, gonflement des chevilles
K22	Facteur risque mal. cardio-vasculaire
K24	Peur d'une maladie de cœur
K25	Peur d' de l'hypertension
K27	Peur autre maladie cardio-vasculaire
K28	Limitation de la fonction/incap. (K)
K29	Autre S/P cardiovasculaire
K70	Infection du syst. cardio-vasculaire
K71	RAA/maladie cardiaque rhumatismale
K72	Tumeur cardio-vasculaire
K73	Anom. congénitale cardio-vasculaire
K74	Cardiopathie ischémique avec angor
K75	Infarctus myocardique aigu
K76	Cardiopathie ischémique sans angor
K77	Décompensation cardiaque
K78	Fibrillation auriculaire/flutter
K79	Tachycardie paroxystique
K80	Arythmie cardiaque NCA
K81	Souffle cardiaque/artériel NCA
K82	Cœur pulmonaire
K83	Valvulopathie NCA
K84	Autre maladie cardiaque
K85	Pression sanguine élevée
K86	Hypertension non compliquée
K87	Hypertension avec complication
K88	Hypotension orthostatique
K89	Ischémie cérébrale transitoire
K90	Accident vasculaire cérébral
K91	Maladie cérébrovasculaire
K92	Athéroscl./mal. vasculaire périphér.
K93	Embolie pulmonaire
K94	Phlébite et thrombophlébite
K95	Varices des jambes
K96	Hémorroïdes
K99	Autre maladie cardio-vasculaire

Ostéo-articulaire — L

L01	S/P du cou
L02	S/P du dos
L03	S/P des lombes
L04	S/P du thorax
L05	S/P du flanc et du creux axillaire
L07	S/P de la mâchoire
L08	S/P de l'épaule
L09	S/P du bras
L10	S/P du coude
L11	S/P du poignet
L12	S/P de la main et du doigt
L13	S/P de la hanche
L14	S/P de la jambe et de la cuisse
L15	S/P du genou
L16	S/P de la cheville
L17	S/P du pied et de l'orteil
L18	Douleur musculaire
L19	S/P musculaire NCA
L20	S/P d'une articulation NCA
L26	Peur cancer syst. ostéo-articulaire
L27	Peur autre maladie syst. ostéo-articul.
L28	Limitation de la fonction/incap. (L)
L29	Autre S/P ostéo-articulaire
L70	Infection du syst. ostéo-articulaire
L71	Cancer du syst. ostéo-articulaire
L72	Fracture du radius/du cubitus
L73	Fracture du tibia/du péroné
L74	Fracture de la main/du pied
L75	Fracture du fémur
L76	Autre fracture
L77	Entorse de la cheville
L78	Entorse du genou
L79	Entorse articulaire NCA
L80	Luxation et subluxation
L81	Lésion traumat. NCA ostéo-articulaire
L82	Anom. congénitale ostéo-articulaire
L83	Syndrome cervical
L84	Syndr. dorso-lomb. sans irradiation
L85	Déformation acquise de la colonne
L86	Syndr. dorso-lombaire et irradiation
L87	Bursite, tendinite, synovite NCA
L88	Polyarthrite rhumatoïde séropositive
L89	Coxarthrose
L90	Gonarthrose
L91	Autre arthrose
L92	Syndrome de l'épaule
L93	Coude du joueur de tennis
L94	Ostéochondrose
L95	Ostéoporose
L96	Lésion aiguë interne du genou
L97	Autre tumeur bén./indét. ostéo-artic.
L98	Déformation acquise membres inf.
L99	Autre maladie ostéo-articulaire

Neurologique — N

N01	Mal de tête
N03	Douleur de la face
N04	Jambes sans repos
N05	Fourmillements doigts, pieds, orteils
N06	Autre perturbation de la sensibilité
N07	Convulsion/crise comitiale
N08	Mouvements involontaires anormaux
N16	Perturbation du goût/de l'odorat
N17	Vertige/étourdissement
N18	Paralysie/faiblesse
N19	Trouble de la parole
N26	Peur d'un cancer neurologique
N27	Peur d'une autre maladie neurologique
N28	Limitation de la fonction/incap. (N)
N29	Autre S/P neurologique
N70	Poliomyélite
N71	Méningite/encéphalite NCA
N72	Tétanos
N73	Autre infection neurologique
N74	Cancer du syst. neurologique
N75	Tumeur bénigne neurologique
N76	Autre tumeur indét. neurologique
N79	Commotion
N80	Autre lésion traumat. de la tête
N81	Autre lésion traumat. neurologique
N85	Anom. congénitale neurologique
N86	Sclérose en plaque
N87	Syndrome parkinsonien
N88	Epilepsie
N89	Migraine
N90	Algie vasculaire de la face
N91	Paralysie faciale/paralysie de Bell
N92	Névralgie du trijumeau
N93	Syndrome du canal carpien
N94	Névrite/neuropathie périphérique
N95	Céphalée de tension
N99	Autre maladie neurologique

Psychologique P

- P01 Sensation anxiété/nervosité/tension
- P02 Réaction de stress aiguë
- P03 Sensation de dépression
- P04 Sentiment/comport. irritable/colère
- P05 Sensation vieux, comportement sénile
- P06 Perturbation du sommeil
- P07 Diminution du désir sexuel
- P08 Diminution accomplissement sexuel
- P09 Préoccupation sur identité sexuelle
- P10 Bégaiement, bredouillement, tic
- P11 Trouble de l'alimentation de l'enfant
- P12 Enurésie
- P13 Encoprésie
- P15 Alcoolisme chronique
- P16 Alcoolisation aiguë
- P17 Usage abusif du tabac
- P18 Usage abusif de médicament
- P19 Usage abusif de drogue
- P20 Perturbation de la mémoire
- P22 S/P du comportement de l'enfant
- P23 S/P du comportement de l'adolescent
- P24 P. spécifique de l'apprentissage
- P25 Problèmes de phase de vie adulte
- P27 Peur d'un trouble mental
- P28 Limitation de la fonction/incap. (P)
- P29 Autre S/P psychologique
- P70 Démence
- P71 Autre psychose organique
- P72 Schizophrénie
- P73 Psychose affective
- P74 Trouble anxieux/état anxieux
- P75 Trouble somatoforme
- P76 Dépression
- P77 Suicide/tentative de suicide
- P78 Neurasthénie, surmenage
- P79 Phobie, trouble obsessionnel compulsif
- P80 Trouble de la personnalité
- P81 Trouble hyperkinétique
- P82 Syndrome de stress post-traumatique
- P85 Retard mental
- P86 Anorexie mentale, boulimie
- P98 Autre psychose NCA
- P99 Autre trouble psychologique

Respiratoire R

- R01 Douleur du syst. respiratoire
- R02 Souffle court, dyspnée
- R03 Sibilance
- R04 Autre P. respiratoire
- R05 Toux
- R06 Saignement de nez, épistaxis
- R07 Congestion nasale, éternuement
- R08 Autre S/P du nez
- R09 S/P des sinus
- R21 S/P de la gorge
- R23 S/P de la voix
- R24 Hémoptysie
- R25 Expectoration/glaire anormale
- R26 Peur d'un cancer du syst. respiratoire
- R27 Peur d'une autre maladie respiratoire
- R28 Limitation de la fonction/incap. (R)
- R29 Autre S/P respiratoire
- R71 Coqueluche
- R72 Streptococcie pharyngée
- R73 Furoncle/abcès du nez
- R74 Infection aiguë voies respiratoire sup.
- R75 Sinusite aiguë/chronique
- R76 Angine aiguë
- R77 Laryngite, trachéite aiguë
- R78 Bronchite aiguë, bronchiolite
- R79 Bronchite chronique
- R80 Grippe
- R81 Pneumonie
- R82 Pleurésie, épanchement pleural
- R83 Autre infection respiratoire
- R84 Cancer des bronches, du poumon
- R85 Autre cancer respiratoire
- R86 Tumeur respiratoire bénigne
- R87 CE du nez, du larynx, des bronches
- R88 Autre lésion traumat. du syst. resp.
- R89 Anom. congénitale du syst. resp.
- R90 Hypertrophie amygdales/végétations
- R92 Autre tumeur indét. du syst. resp.
- R95 Mal. pulmonaire chronique obstructive
- R96 Asthme
- R97 Rhinite allergique
- R98 Syndrome d'hyperventilation
- R99 Autre maladie respiratoire

CODES PROCÉDURE

SYMPTÔMES ET PLAINTES

INFECTIONS

NÉOPLASMES

TRAUMATISMES

ANOMALIES CONGÉNITALES

AUTRES DIAGNOSTICS

Peau S

- S01 Douleur/hypersensibilité de la peau
- S02 Prurit
- S03 Verrue
- S04 Tuméfaction/gonflement loc. peau
- S05 Tuméfactions/gonflements gén. peau
- S06 Eruption localisée
- S07 Eruption généralisée
- S08 Modification de la couleur de la peau
- S09 Doigt/orteil infecté
- S10 Furoncle/anthrax
- S11 Infection post-traumat. de la peau
- S12 Piqûre d'insecte
- S13 Morsure animale/humaine
- S14 Brûlure cutanée
- S15 CE dans la peau
- S16 Ecchymose/contusion
- S17 Eraflure, égratignure, ampoule
- S18 Coupure/lacération
- S19 Autre lésion traumat. de la peau
- S20 Cor/callosité
- S21 S/P au sujet de la texture de la peau
- S22 S/P de l'ongle
- S23 Calvitie/perte de cheveux
- S24 Autre S/P cheveux, poils/cuir chevelu
- S26 Peur du cancer de la peau
- S27 Peur d'une autre maladie de la peau
- S28 Limitation de la fonction/incap. (S)
- S29 Autre S/P de la peau
- S70 Zona
- S71 Herpes simplex
- S72 Gale/autre acariose
- S73 Pédiculose/autre infestation peau
- S74 Dermatophytose
- S75 Moniliase/candidose de la peau
- S76 Autre maladie infectieuse de la peau
- S77 Cancer de la peau
- S78 Lipome
- S79 Autre tumeur bén./indét. de la peau
- S80 Kératose actinique/coup de soleil
- S81 Hémangiome/lymphangiome
- S82 Naevus/naevus pigmentaire
- S83 Autre anom. congénitale de la peau
- S84 Impétigo
- S85 Kyste/fistule pilonidal
- S86 Dermatite séborrhéique
- S87 Dermatite atopique/eczéma
- S88 Dermatite et allergie de contact
- S89 Erythème fessier
- S90 Pytiriasis rosé
- S91 Psoriasis
- S92 Maladie des glandes sudoripares
- S93 Kyste sébacé
- S94 Ongle incarné
- S95 Molluscum contagiosum
- S96 Acné
- S97 Ulcère chronique de la peau
- S98 Urticaire
- S99 Autre maladie de la peau

Métabol., nutrit., endocrinien T

- T01 Soif excessive
- T02 Appétit excessif
- T03 Perte d'appétit
- T04 P. d'alimentation nourrisson/enfant
- T05 P. d'alimentation de l'adulte
- T07 Gain de poids
- T08 Perte de poids
- T10 Retard de croissance
- T11 Déshydratation
- T26 Peur d'un cancer du syst. endocrinien
- T27 Peur autre mal. endoc/métab./nutrit.
- T28 Limitation de la fonction/incap. (T)
- T29 Autre S/P endoc/métab./nutrit.,
- T70 Infection du syst. endocrinien
- T71 Cancer de la thyroïde
- T72 Tumeur bénigne de la thyroïde
- T73 Tumeur indét. du syst. endocrinien
- T78 Canal/kyste thyréoglosse
- T80 Anom. congénit. endoc/ métab./nutrit.
- T81 Goitre
- T82 Obésité
- T83 Excès pondéral
- T85 Hyperthyroïdie/thyréotoxicose
- T86 Hypothyroïdie/myxœdème
- T87 Hypoglycémie
- T89 Diabète insulino-dépendant
- T90 Diabète non insulino-dépendant
- T91 Carence vitaminique/nutritionnelle
- T92 Goutte
- T93 Trouble du métabolisme des lipides
- T99 Autre maladie endoc/métab./nutrit

Système Urinaire U

- U01 Dysurie/miction douloureuse
- U02 Miction fréquente/impérieuse
- U04 Incontinence urinaire
- U05 Autre P. de miction
- U06 Hématurie
- U07 Autre S/P au sujet de l'urine
- U08 Rétention d'urine
- U13 Autre S/P de la vessie
- U14 S/P du rein
- U26 Peur d'un cancer du syst. urinaire
- U27 Peur d'une autre maladie urinaire
- U28 Limitation de la fonction/incap. (U)
- U29 Autre S/P urinaire
- U70 Pyélonéphrite/pyélite
- U71 Cystite/autre infection urinaire
- U72 Urétrite
- U75 Cancer du rein
- U76 Cancer de la vessie
- U77 Autre cancer urinaire
- U78 Tumeur bénigne du tractus urinaire
- U79 Autre tumeur indét. urinaire
- U80 Lésion traumat. du tractus urinaire
- U85 Anom. congénitale du tractus urinaire
- U88 Glomérulonéph./syndr. néphrotique
- U90 Protéinurie orthostatique
- U95 Lithiase urinaire
- U98 Analyse urinaire anormale NCA
- U99 Autre maladie urinaire

Grossesse, accouchement et PF W

- W01 Question de grossesse
- W02 Peur d'être enceinte
- W03 Saignement pendant la grossesse
- W05 Nausée/vomissement de grossesse
- W10 Contraception post-coïtale
- W11 Contraception orale
- W12 Contraception intra-utérine
- W13 Stérilisation chez la femme
- W14 Autre contraception chez la femme
- W15 Stérilité - hypofertilité de la femme
- W17 Saignement du post-partum
- W18 Autre S/P du post-partum
- W19 S/P du sein/lactation post-partum
- W21 Préoc. par modific. image et grossesse
- W27 Peur complications de la grossesse
- W28 Limitation de la fonction/incap. (W)
- W29 Autre S/P de la grossesse
- W70 Infection puerpérale, sepsis
- W71 Infection compliquant la grossesse
- W72 Tumeur maligne avec grossesse
- W73 Tumeur bénigne/indét. et grossesse
- W75 Lésion traumat. et grossesse
- W76 Anom. congénitale et grossesse
- W78 Grossesse
- W79 Grossesse non désirée
- W80 Grossesse ectopique
- W81 Toxémie gravidique
- W82 Avortement spontané
- W83 Avortement provoqué
- W84 Grossesse a haut risque
- W85 Diabète gravidique
- W90 Acc. non complique, enfant vivant
- W91 Acc. non complique, enfant mort
- W92 Acc. complique, enfant vivant
- W93 Acc. complique, enfant mort
- W94 Mastite puerpérale
- W95 Autre mal. sein et grossesse/lactation
- W96 Autre complication puerpérale
- W99 Autre maladie de la grossesse/acc.

Syst.génital féminin et sein X

- X01 Douleur génitale chez la femme
- X02 Douleur menstruelle
- X03 Douleur intermenstruelle
- X04 Rapport sexuel douloureux femme
- X05 Menstruation absente/rare
- X06 Menstruation excessive
- X07 Menstruation irrégulière/fréquente
- X08 Saignement intermenstruel
- X09 S/P prémenstruel
- X10 Ajournement des menstruations
- X11 S/P liés a la ménopause
- X12 Saignement de la post-ménopause
- X13 Saignement post-coïtal femme
- X14 Ecoulement vaginal
- X15 S/P du vagin
- X16 S/P de la vulve
- X17 S/P du petit bassin chez la femme
- X18 Douleur du sein chez la femme
- X19 Tuméfaction/masse du sein femme
- X20 S/P du mamelon chez la femme
- X21 Autre S/P du sein chez la femme
- X22 Préoc. par l'apparence des seins
- X23 Peur d'une MST chez la femme
- X24 Peur dysfonction sexuelle femme
- X25 Peur d'un cancer génital femme
- X26 Peur d'un cancer du sein femme
- X27 Peur autre mal. génitale/sein femme
- X28 Limitation de la fonction/incap. (X)
- X29 Autre S/P génital chez la femme
- X70 Syphilis chez la femme
- X71 Gonococcie chez la femme
- X72 Candidose génitale chez la femme
- X73 Trichomonase génitale femme
- X74 Mal. inflammatoire pelvienne femme
- X75 Cancer du col de l'utérus
- X76 Cancer du sein chez la femme
- X77 Autre cancer génital chez la femme
- X78 Fibrome utérin
- X79 Tumeur bénigne du sein femme
- X80 Tumeur bénigne génitale femme
- X81 Autre tumeur génitale indét. femme
- X82 Lésion traumat. génitale femme
- X83 Anom. génitale congénitale femme
- X84 Vaginite/vulvite NCA
- X85 Maladie du col de l'utérus NCA
- X86 Frottis de col anormal
- X87 Prolapsus utero-vaginal
- X88 Maladie fibrokystique du sein
- X89 Syndrome de tension prémenstruelle
- X90 Herpes génital chez la femme
- X91 Condylome acuminé chez la femme
- X92 Infection génitale chlamydia femme
- X99 Autre maladie génitale de la femme

Syst. génital masculin et sein Y

- Y01 Douleur du pénis
- Y02 Douleur des testicules, du scrotum
- Y03 Ecoulement urétral chez l'homme
- Y04 Autre S/P du pénis
- Y05 Autre S/P des testicules/du scrotum
- Y06 S/P de la prostate
- Y07 Impuissance sexuelle NCA
- Y08 Autre S/P fonction sexuelle homme
- Y10 Stérilité, hypofertilité de l'homme
- Y13 Stérilisation de l'homme
- Y14 Autre PF chez l'homme
- Y16 S/P du sein chez l'homme
- Y24 Peur dysfonction sexuelle homme
- Y25 Peur d'une MST chez l'homme
- Y26 Peur d'un cancer génital homme
- Y27 Peur autre maladie génitale homme
- Y28 Limitation de la fonction/incap. (Y)
- Y29 Autre S/P génitale chez l'homme
- Y70 Syphilis chez l'homme
- Y71 Gonococcie chez l'homme
- Y72 Herpes génital chez l'homme
- Y73 Prostatite/vésiculite séminale
- Y74 Orchite/épididymite
- Y75 Balanite
- Y76 Condylome acuminé chez l'homme
- Y77 Cancer de la prostate
- Y78 Autre cancer génital chez l'homme
- Y79 Autre tum. génit. bén./indét. homme
- Y80 Lésion traumat. génitale homme
- Y81 Phimosis/hypertrophie du prépuce
- Y82 Hypospadias
- Y83 Ectopie testiculaire
- Y84 Autre anom. congénitale homme
- Y85 Hypertrophie bénigne de la prostate
- Y86 Hydrocèle
- Y99 Autre maladie génitale chez l'homme

Social Z

- Z01 Pauvreté/P. économique
- Z02 P. d'eau/de nourriture
- Z03 P. d'habitat/de voisinage
- Z04 P. socioculturel
- Z05 P. de travail
- Z06 P. de non emploi
- Z07 P. d'éducation
- Z08 P. de protection sociale
- Z09 P. légal
- Z10 P. relatif au syst. de soins de santé
- Z11 P. du fait d'être malade/compliance
- Z12 P. de relation entre partenaires
- Z13 P. de comportement du partenaire
- Z14 P. du à la maladie du partenaire
- Z15 Perte/décès du partenaire
- Z16 P. de relation avec un enfant
- Z18 P. du à la maladie d'un enfant
- Z19 Perte/décès d'un enfant
- Z20 P. relation autre parent/famille
- Z21 P. comportem. autre parent/famille
- Z22 P. du à la mal. autre parent/famille
- Z23 Perte/décès autre parent/famille
- Z24 P. de relation avec un ami
- Z25 Agression/évènement nocif NCA
- Z27 Peur d'un P. social
- Z28 Limitation de la fonction/incap. (Z)
- Z29 P. social NCA

Abréviations

/	ou
Acc.	Accouchement
Anom	Anomalie
Bén.	Bénin (igne)
CE	Corps étranger
Gén	Généralisé(e)
Incap	Incapacité
Indét	Indéterminé(e)
Loc.	Localisé(e)
Mal.	Maladie
MST	Maladie sexuellement transmissible
NCA	Non classé ailleurs
P.	Problème
Préoc	Préoccupé(e)
RAA	Rhumatisme articulaire aigu
S/P	Symptôme ou plainte
Sec.	Secondaire
Subs	Substance
Syndr	Syndrome
Tum.	Tumeur

Traducteurs: Michel Roland et Marc Jamoulle

CISP-2 Exemplaire de bureau.
Oct 2000

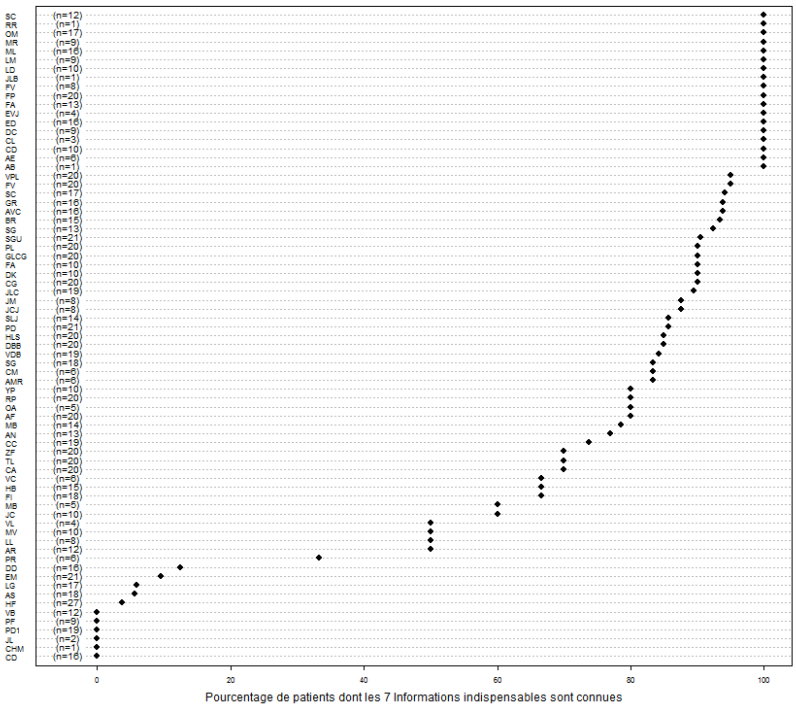


Figure 2: Pourcentage de patients dont les 7 informations indispensables sont connues pour chaque MSU. Etude observationnelle 2017, sur 955 consultations, des déterminants sociaux de santé issus de la recommandation du collège de médecine générale.

Vu, le Président du Jury, Monsieur le Professeur Remy Senand

Vu, le Directeur de Thèse, Madame Maud Jourdain

Vu, le Doyen de la Faculté,

NOM : Sibylle le Cour Grandmaison Hervouët

RECUEIL DES DETERMINANTS SOCIAUX DE SANTE PAR LES MEDECINS GENERALISTES : ETUDE OBSERVATIONNELLE EN CONSULTATION DE MEDECINE GENERALE

RESUME

Introduction : Aujourd'hui, les français se considèrent globalement en bonne santé. Cependant cette amélioration de la santé a surtout concerné les personnes les plus favorisées. Cela se traduit par une différence d'espérance de vie de 7 ans entre les ouvriers et les cadres supérieurs : appelée inégalité sociale de santé (ISS) malgré un système de santé performant. Le médecin généraliste (MG), par sa place privilégiée dans le système de soins, appréhende directement le contexte social des individus. Le Collège de Médecine Générale (CMG) a publié en 2014, une recommandation sur le recueil de 16 informations à caractère sociale appelé Déterminants Sociaux de Santé (DSS). L'objectif de notre travail était de quantifier, par une étude observationnelle, comment étaient recueillis les DSS par les MG ? Ou étaient stockées ces informations ? Quelles étaient les caractéristiques (du médecin, du patient et du type de consultation) qui pouvaient influer sur le recueil des DSS. ?

Matériel et méthode : Une étude observationnelle quantitative du recueil des DSS issue de la recommandation du CMG a été réalisée, auprès des MG universitaires de Loire Atlantique et de Vendée, via les internes en stage, par l'intermédiaire d'une grille d'observation standardisée. Une analyse statistique multivariée intégrant les données des consultations, du patient et des MG a été menée.

Résultats : 32 internes en stage auprès de 73 MG ont observé 955 consultations. Les 7 informations indispensables sont majoritairement recueillies (71,6%) et inscrites dans le dossier médical informatisé (DMI) (>95%). Les informations secondaires sont moins recueillies (25,3%) et majoritairement connues seulement du MG (>43%) et non inscrites dans le DMI (<25%). La situation économique difficile (régler en tiers payant, CMUc, AME, minima sociaux, situation financière perçue du patient …) et les comportements de santé à risque, sont associés à un moindre recueil des DSS.

Discussion : Ces résultats vont dans le sens de la théorie de « l'inverse car Law ». Ce recueil est aussi fortement lié à un « effet médecin » qui justifierait des études complémentaires. Intégrer le social dans la prise en charge biomédicale permet aux MG d'adapter leur pratique et d'améliorer la qualité des soins, y compris la relation médecin-malade.

Conclusion : le recueil des données sociales est réalisé par les MG mais peu de manière informatisée. Il apparait nécessaire de sensibiliser les MG à ce recueil, d'adapter les outils permettant un recueil automatisé des DSS, et de développer des incitations à une valorisation de ce travail au-delà d'un militantisme individuel.

MOTS CLES : inégalités sociales de santé, recueil, déterminants sociaux de santé, médecine générale, dossier médical informatisé.