

Comment prendre en compte la **situation sociale** des patients en **médecine générale ?**

Recommandations réalisées
sous l'égide du Collège
de la Médecine Générale.

100 propositions

pour mieux comprendre
et agir.



"Health inequalities and the social determinants
of health are not a footnote to the determinants of
health. They are the main issue."

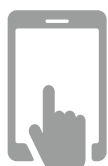
Sir Michael Marmot

«Les inégalités en santé et les déterminants sociaux de
la santé ne sont pas des déterminants anecdotiques
de la santé. Ce sont les enjeux principaux.»

Sir Michael Marmot

COLLÈGE
de la **MÉDECINE**
GÉNÉRALE





Ce document, s'il est affiché sur un écran informatique dans son format d'origine (PDF), est interactif : vous pouvez naviguer vers la rubrique de votre choix en cliquant ou touchant son nom dans le sommaire. Pour revenir rapidement à la table des matières depuis n'importe quelle page, cliquez sur le numéro de la page en bas de chacune d'elles.



Consommons moins de papier !

La mise en page de ce document a été pensée en recto/verso. Si vous devez l'imprimer, pensez à le spécifier à votre imprimante si elle le permet.



Comment prendre en compte la **situation sociale** des patients en **médecine générale** ?

100 propositions pour mieux comprendre et agir.

Table des matières

LISTE DES ABBREVIATIONS	4
UN MOT DES AUTEURS	5
DÉFINITIONS DES CONCEPTS CLÉS	6
DONNÉES DE LA LITTÉRATURE ET IDÉES REÇUES	8
INTRODUCTION	9
INÉGALITES SOCIALES DE SANTÉ ET DETERMINANTS SOCIAUX	9
ORGANISATION DES SOINS PRIMAIRES ET INEGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ	10
LE RECUEIL DES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ	11
OBJECTIFS DE CES RECOMMANDATIONS	12
MÉTHODES	13
RÉSULTATS	14
LES 4 DOMAINES À RECUEILLIR AU COURS DU TEMPS	14
La vie socio-affective du patient	14
La vie professionnelle du patient	15
L'habitat et l'environnement physique du patient	17
Accès et parcours de soins	19
Synthèse : Recueil des déterminants sociaux de la santé en consultation	22
Cas particulier des enfants	25
COMMENT ADAPTER SES PRATIQUES AUX DIFFICULTÉS SOCIALES DES PATIENTS ?	27
Au niveau individuel	28
Au niveau organisationnel	32
Au niveau territorial	35
Au niveau national	39
Cas particulier des enfants	41
ÉTHIQUE ET TEMPORALITÉ	46
Éthique du recueil des déterminants sociaux de la santé en consultation	46
Temporalité du recueil des déterminants sociaux de la santé en consultation	50
Codage dans les dossiers médicaux	50
CONCLUSION	56
COMPOSITION DES GROUPES DE TRAVAIL ET DE LECTURE - FINANCEMENTS ET CONFLITS D'INTÉRÊT	57
BIBLIOGRAPHIE	58
ANNEXE 1 : Questionnaire de littératie en santé HLS-EU16	64
ANNEXE 2 : Taux de remboursement des honoraires et actes médicaux prescrits	65
ANNEXE 3 : Plafond de ressources pour bénéficier de la CSS applicable au 1^{er} avril 2021	66

Liste des abréviations utilisées

AAH	Allocation aux adultes handicapés
ACS	Aide pour une complémentaire santé ¹
AEEH	Allocation d'éducation de l'enfant handicapé
ALD	Affection longue durée
AME	Aide médicale d'État
AMC	Assurance maladie complémentaire
AOD	Anticoagulants oraux directs
APA	Allocation personnalisée d'autonomie
AVK	Anti vitamine K
AVS	Auxiliaire de vie scolaire
BPCO	Bronchopneumopathie chronique obstructive
CMEI	Conseillers médicaux en environnement intérieur
CMU-C	Couverture maladie universelle complémentaire ¹
CPTS	Communautés professionnelles territoriales de santé
CRCDC	Centre régional de coordination des dépistages des cancers
CSS ou C2S	Complémentaire santé solidaire ¹
DAC	Dispositif d'appui à la coordination
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DSS	Déterminants sociaux de la santé
FALC	Facile à lire et à comprendre
HCAAM	Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie
HTA	Hypertension artérielle
IDE	Infirmier diplômé d'état
IDH	Indice de développement humain
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
INCA	Institut national du cancer
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé ²
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
IPA	Infirmier en pratique avancée
IRDES	Institut de recherche et de documentation en économie de la santé
IRIS	Îlots regroupés pour l'information statistique
ISS	Inégalités sociales de santé
OMS	Organisation mondiale de la santé
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OQAI	Observatoire de la qualité de l'air intérieur
PAERPA	Personnes âgées en risque de perte d'autonomie
PASS	Permanences d'accès aux soins de santé
PCH	Prestation de compensation du handicap
PCO	Plateformes de coordination et d'orientation
PMI	Protection maternelle et infantile
PUMA	Protection universelle maladie
RCP	Réunions de concertation pluridisciplinaire
RER	Réseau express régional (réseau ferré de transport en commun)
RQTH	Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé
SPF	Santé Publique France
UNICEF	Fonds des nations unies pour l'enfance

1. Depuis le 1^{er} novembre 2019, la CMU-C (couverture maladie universelle complémentaire) et l'ACS (aide à la complémentaire santé) ont été remplacées par la Complémentaire santé solidaire (CSS).

2. Désormais nommé Santé Publique France

Un mot des auteurs

D'après l'Organisation mondiale de la santé, les soins de santé primaires représentent le moyen le plus inclusif, le plus équitable, le plus économique et le plus efficace d'améliorer la santé physique et mentale des populations, ainsi que le bien-être social.

Les investissements dans les soins de santé primaires portent leurs fruits et leurs effets se font sentir à grande échelle, comme en témoignent les preuves qui continuent de s'accumuler tout autour du monde, surtout en temps de crise comme celle liée à la pandémie de COVID-19.

Plusieurs articles pointent l'urgence de renforcer les soins primaires pour prendre en compte les déterminants sociaux et structurels de la santé¹⁻⁴.

En France, les inégalités sociales de santé sont parmi les plus élevées d'Europe, et progressent au fil du temps sur de nombreux indicateurs de santé.

La crise du COVID a révélé des problématiques essentielles de littératie en santé.

La spécialité Médecine Générale est une spécialité médicale dédiée aux soins primaires ambulatoires¹. **En France, plus de 90% des assurés ont choisi un médecin traitant et en grande majorité, un médecin généraliste.**

Les médecins généralistes ont dans leurs rôles et missions :

1. D'assurer la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ;
2. D'assurer une approche globale et centrée sur le patient ;
3. D'orienter les patients dans le système de soins et le secteur médico-social ;
4. D'assurer une bonne coordination des soins nécessaire aux patients².

Réduire les inégalités sociales de santé nécessite avant tout de renforcer les pratiques préventives, la coordination des soins, l'approche globale bio-psycho-sociale, donc cela nécessite de renforcer les soins primaires.

L'approche proposée dans ces recommandations est centrée sur les médecins généralistes, mais est volontairement globale, comme doit l'être le soin des personnes.

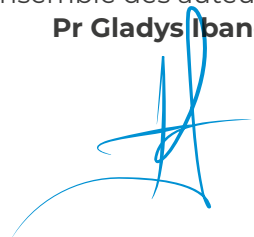
La vulnérabilité des patients est prise ici au sens large. Il peut s'agir d'un patient présentant un isolement social, des difficultés financières, une faible littératie en santé ou une situation professionnelle induisant une souffrance.

Des modalités d'actions sont proposées dans les interactions individuelles avec les patients, dans l'organisation des cabinets ou bien encore au niveau territorial et national.

Nous espérons que ces recommandations pourront aider à mieux structurer les soins pour répondre aux objectifs de qualité et d'équité des soins.

En vous souhaitant une bonne lecture !

Pour l'ensemble des auteurs,
Pr Gladys Ibanez



1. Molokhia M, Harding S. An urgent need for primary care to engage with social and structural determinants of health. Lancet Public Health. Mars 2021;6(3):e137-8.
2. Barsanti S, Salmi L-R, Bourguell Y, Daponte A, Pinzal E, Ménival S. Strategies and governance to reduce health inequalities: evidences from a cross-European survey. Glob Health Res Policy. 2017;2:18.

3. Druais PL. La place et le rôle de la Médecine générale dans le système de santé [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 15 oct 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/la-place-et-le-role-de-la-medecine-generale-dans-le-systeme-de-sante>

4. Mackenbach JP, Valverde JR, Artnik B, Bopp M, Brønnum-Hansen H, Deboosere P, et al. Trends in health inequalities in 27 European countries. Proc Natl Acad Sci U S A. 19 juin 2018;115(25):6440-5.

Ne pas confondre «inégalités de santé» et «inégalités sociales de santé».

Les inégalités de santé sont des différences d'état de santé entre les groupes de population. Ces inégalités peuvent être liées à des facteurs personnels (exemple : sexe, âge, facteurs génétiques), environnementaux ou sociaux.

Les inégalités sociales de santé (ISS) sont des différences d'état de santé entre des groupes sociaux. Dans tous les pays, moins le niveau socio-économique d'une personne est élevé, plus le risque de mauvaise santé est grand¹.

Pauvreté – Revenu médian.

Selon l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) :

« Un individu (ou un ménage) est considéré comme pauvre lorsqu'il vit dans un ménage dont le niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté. » La France utilise le seuil de 60 % du revenu médian.

Le revenu médian est le revenu qui divise la population en deux parties égales, c'est-à-dire que 50 % de la population a un revenu supérieur et 50 % un revenu inférieur. En 2019, le revenu médian par personne était de 22.040 euros par an².

Équité en santé.

À la différence de l'égalité, l'équité en santé fait référence à l'absence de disparités dans les aspects contrôlables ou réparables de la santé. L'égalité totale en matière de santé est impossible car certains facteurs de santé sont non contrôlables (facteurs génétiques notamment ou liés au hasard).

Ainsi, si une population meurt plus jeune qu'une autre en raison de différences génétiques, on a tendance à dire qu'il y a une inégalité de santé.

En revanche, si une population a une espérance de vie inférieure en raison d'un manque d'accès aux soins ou aux traitements, la situation est classée comme une inéquité en matière de santé.

1. OMS | Principaux concepts [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 15 oct 2021].

Disponible sur: https://www.who.int/social_determinants/final_report/key_concepts/fr/

2. En 2019, le niveau de vie médian augmente nettement et le taux de pauvreté diminue - Insee Première - 1875 [Internet]. [cité 19 oct 2021].

Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5431993>

Ne pas confondre inégalités sociales de santé et précarité.

Les problèmes observés dans la population la plus précaire représentent une situation extrême, où le mauvais état de santé, les difficultés d'accès aux soins sont « visibles ».

À l'inverse, les ISS touchent l'ensemble de la population¹, elles pourraient passer inaperçues si elles n'étaient révélées par des études épidémiologiques.

La santé des plus pauvres représente ainsi la partie émergée d'un iceberg. Réduire les inégalités sociales de santé ne peut donc pas se traduire uniquement par une politique, évidemment indispensable, de lutte contre l'exclusion et la précarité.

Précarité.

La précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux².

L'insécurité qui en résulte peut-être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives.

Elle conduit à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer des responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible².

Littératie.

La littératie en santé est la capacité d'une personne à trouver, à comprendre, à évaluer et à utiliser une information sur la santé afin de prendre des décisions éclairées concernant sa propre santé ou celle d'un proche³ (cf ex en annexe 1).

Iris.

Ce découpage, maille de base de la diffusion de statistiques infracommunales, constitue une partition du territoire des communes en « quartiers » dont la population est de 1.500 à 5.000 habitants.

1. Kawachi I, Subramanian SV, Almeida-Filho N. A glossary for health inequalities. J Epidemiol Community Health. 1 sept 2002;56(9):647-52.

2. Rapport Wresinski CES 1987 [Internet]. Joseph Wresinski FR. 2006 [cité 15 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.joseph-wresinski.org/fr/grande-pauvrete-et-precarite/>

3. CNS, La littératie en santé - usagers et professionnels : tous concernés, 6 juillet 2017, 29 p.

Je n'ai pas de patient précaire dans ma patientèle.

En France en 2017, le taux de pauvreté était de 14,1 % ce qui signifie que la probabilité d'avoir un patient en situation de pauvreté est élevée.

De plus, la précarité peut concerner toute personne au cours de sa vie, voici quelques exemples : famille monoparentale ou éloignement familial (précarité émotionnelle), isolement social, instabilité des revenus (précarité financière), etc.

Je connais intuitivement la situation sociale de mes patients.

Lorsque les praticiens évaluent intuitivement la situation sociale de la famille, cela conduit à des erreurs d'appréciation de la situation sociale (dans le sens d'une sur-évaluation de la situation sociale le plus souvent).

Cela a été montré en population de médecine générale en France¹.

La réduction des inégalités sociales de santé ne concerne que les programmes de santé publique.

La réduction des inégalités sociales de santé nécessite de mettre en place, et de coordonner au mieux des actions à différents niveaux, de l'échelon national à local.

Les actions nationales peuvent concerner des champs d'activités différents tels que l'éducation, l'emploi, la santé, le logement, etc. Les actions locales font intervenir les acteurs de santé publique et les professionnels de santé sur un territoire.

Je ne suis pas une «assistante sociale».

Les médecins évaluent régulièrement la situation médico-sociale de leurs patients âgées pour leur maintien à domicile.

De façon plus générale, ils peuvent à tous les âges, accompagner leurs patients dans une approche globale bio-psycho-sociale : mon patient peut-il comprendre mon ordonnance, peut-il prendre un rendez-vous à l'hôpital pour son suivi ? A-t-il une assurance complémentaire (AMC) pour financer le reste à charge de la prise de sang, du scanner ou du traitement anti-hypertenseur prescrit ? Le logement de mon patient présente-t-il un risque d'exposition au plomb ?



crédit photo : Freepik.com

¹. Casanova L, Ringa V, Bloy G, Falcoff H, Rigal L. Factors associated with GPs' knowledge of their patients' socio-economic circumstances : a multilevel analysis. Fam Pract. 2015 Dec;32(6):652-8.

Inégalités sociales de santé et déterminants sociaux.

Notre pays reste marqué par de fortes inégalités sociales de santé. Malgré un bon niveau de santé global, des écarts selon les catégories socioprofessionnelles sont encore constatés en termes d'incidences pour certaines pathologies ou en termes d'espérance de vie (1). Selon les derniers chiffres de l'INSEE, l'espérance de vie à la naissance des hommes est de 84,4 ans parmi les 5 % les plus aisés, contre 71,7 ans parmi les 5 % les plus pauvres, soit 13 ans d'écart.

Ce constat ne concerne pas seulement les personnes les plus défavorisées, en situation de précarité ou de pauvreté. Il existe en France un fort « gradient social de santé », qui désigne l'association entre la position dans la hiérarchie sociale et l'état de santé.

En d'autres mots, les personnes qui jouissent d'un statut social plus élevé sont (en moyenne) en meilleure santé que ceux qui sont juste au-dessous et ainsi de suite jusqu'aux plus démunis (2).

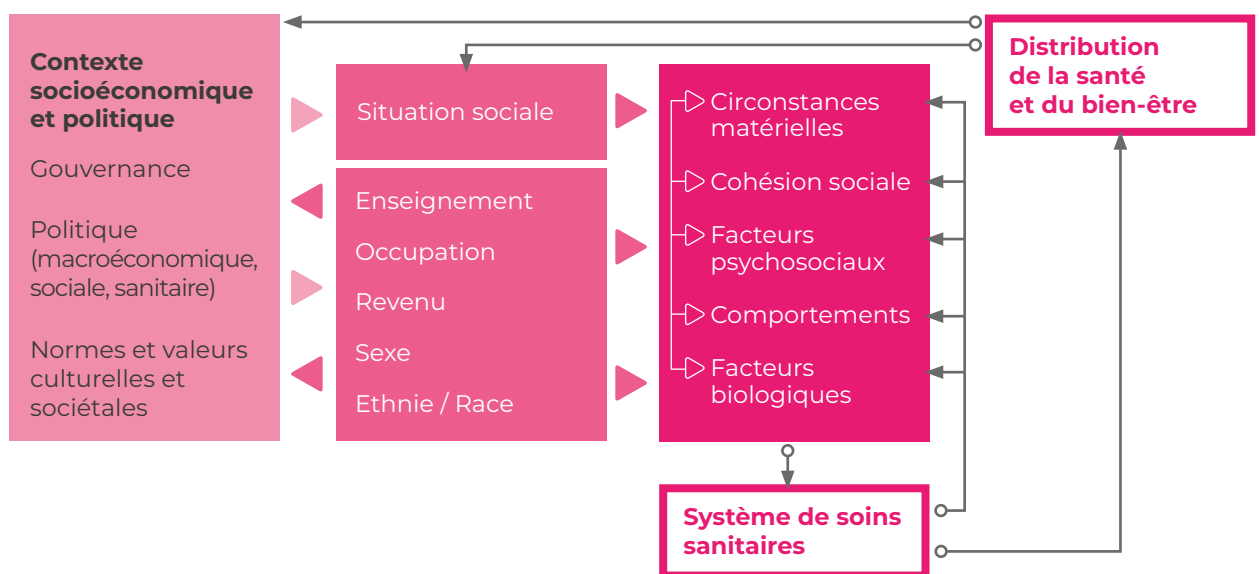
Ce constat s'observe à tous les âges. Dans le domaine de la santé, plusieurs rapports ont montré que les déterminants sociaux ne sont pas des déterminants anecdotiques de la santé des populations. Ils en sont les déterminants principaux et compteraient pour 30-55% de l'état de santé des populations (3).

Les déterminants sociaux de la santé (DSS) sont multifactoriels. Ils représentent les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie.

Ces circonstances reflètent notamment les choix politiques et dépendent initialement de la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources.

Les déterminants sociaux de la santé aboutissent à des inégalités sociales de santé à travers la stratification sociale (situation sociale) qui déséquilibre les relations de pouvoirs entre les groupes, et qui déséquilibre l'exposition des groupes sociaux aux facteurs de risque des maladies.

Figure 1 : Cadre conceptuel de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé - , OMS, d'après Solar and Irwin, 2007 (4)



► ► ► Déterminants sociaux de la santé et inégalités en santé ► ► ►

Organisation des soins primaires et inégalités sociales de santé.

Les systèmes de santé donnent de meilleurs résultats sanitaires s'ils reposent sur le modèle des soins de santé primaires, c'est-à-dire s'ils privilégient une action appropriée au niveau local qui englobe l'ensemble des déterminants sociaux et qui respecte l'équilibre entre la promotion de la santé et la prévention d'une part, et les interventions curatives d'autre part, et s'ils mettent l'accent sur un bon système d'orientation vers les niveaux de soins plus spécialisés (5,6).

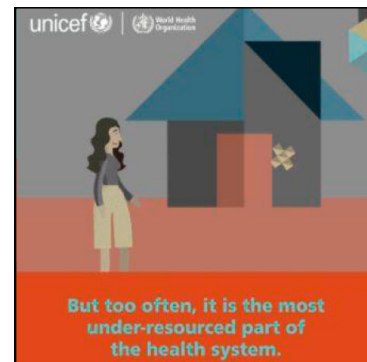
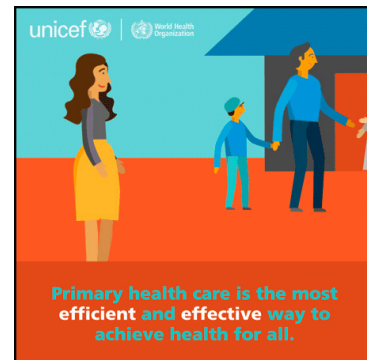
En soins primaires, plusieurs modèles de soins ont été décrits dans la littérature : biomédical, biopsychosocial, soins intégrés, modèle de croyance en santé, et déterminants sociaux de la santé (7,8). Le modèle biomédical a rapidement montré ses limites car il prend peu en compte la façon dont une personne vit, a grandi, et interagit dans son parcours de soin. En soins primaires, les modèles prenant en compte la situation sociale des personnes et leurs interactions quotidiennes sont actuellement les plus conseillés dans le monde (9).

Ainsi, une culture du soin tournée vers la qualité et l'équité nécessite de comprendre comment le patient vit, comment les facteurs sociaux peuvent impacter la santé, comment les pratiques de soins peuvent constituer des obstacles à la santé, et comment il est possible d'agir et de développer des actions efficaces pour promouvoir la littératie en santé et mieux prendre en compte les difficultés sociales éventuelles.

Les médecins généralistes sont souvent la porte d'entrée dans le système de soin. Dans plus de 95% des cas, les patients n'ont pas recours aux soins secondaires ou tertiaires au sein d'un hôpital ou d'une clinique (10,11). **Ils restent dans les soins primaires, à proximité de leur domicile.** Les médecins généralistes voient en moyenne, 3 à 4 fois chaque patient dans l'année (12). De plus, ils suivent souvent les familles. **Ces contacts fréquents et répétés placent le secteur des soins primaires en situation privilégiée de repérage, d'orientation et d'intervention.**

Figure 2 :

Les soins primaires et la santé.
Source : Organisation mondiale de la santé (13)



Traduction :

« Les soins de santé primaires correspondent à l'approche la plus efficiente et la plus efficace pour obtenir la meilleure santé pour tous. Mais trop souvent, c'est la part du système de soin qui manque le plus de ressources. »

Le recueil des déterminants sociaux de la santé.

Le soin global aux personnes nécessite une évaluation médico-sociale à tous les âges, pour comprendre et anticiper les barrières potentielles à des soins optimaux ; et pour intégrer si besoin les acteurs pertinents médico-sociaux ou associatifs aux soins des patients.

En s'inspirant de la métaphore du trampoline de P Larcher (14), on peut dire que l'individu est soumis à des sollicitations permanentes socio-professionnelles. Il doit sans cesse être en mesure de s'adapter sans délai et de façon satisfaisante, de la même manière qu'avec de l'élan, on ne cesse de rebondir sur un trampoline. Pour que le rebond soit de bonne qualité et qu'il n'y ait pas de risque de chute, il faut que tous les élastiques qui le relient à son cadre soient présents et en bon état, sur chacun de ses côtés.

De la même manière, toutes les sécurités que se bâtit un individu au fil de sa vie sans même qu'il en ait conscience contribuent à lui donner l'élasticité qui lui permettra de rebondir dans les aléas de l'existence.

Le recueil de la situation sociale s'envisage différemment selon l'exploitation que l'on souhaite en faire :

- **À l'échelle de l'individu**, connaître la situation sociale d'un patient est utile pour mieux le prendre en soins.
- **À l'échelle de la patientèle**, connaître les caractéristiques sociales de la patientèle permet de mieux décrire son activité, de l'évaluer et de l'adapter à des besoins spécifiques.
- **À l'échelle de la population**, les informations sur les caractéristiques sociales sont utiles en termes de santé publique, notamment pour concevoir des actions visant à réduire inégalités sociales de santé.

Figure 3 : Explorations des déterminants sociaux de la santé en médecine générale (inspiré de P. Larcher).

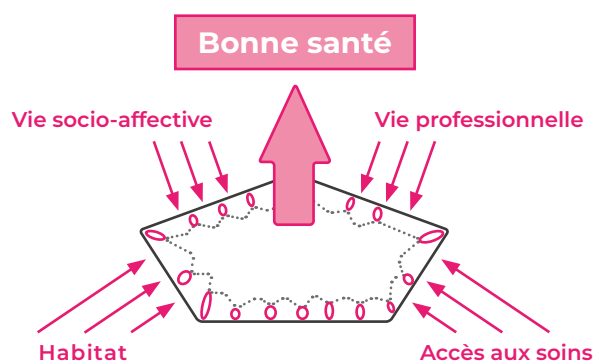


Figure 4 : Définition des niveaux d'informations concernant la situation sociale, en fonction de la finalité du recueil.

NIVEAU 3 Population	NIVEAU 2 Patientèle	NIVEAU 1 Patient
Production de connaissances pour mettre en place des actions visant à réduire les ISS	Mieux connaître sa patientèle pour organiser sa pratique	Soigner en prenant en compte la situation sociale

Objectifs de ces recommandations.

La Stratégie nationale de santé 2018-2022 a comme principal objectif de réduire les inégalités sociales et territoriales en matière de santé à travers 4 axes (15):

1. **Promouvoir la santé** dans tous les milieux et tout au long de la vie ;
2. **Lutter contre les inégalités** sociales et territoriales d'accès à la santé ;
3. **Garantir la qualité, la sécurité et la pertinence** des prises en charge ;
4. **Innover pour transformer notre système de santé** en réaffirmant la place des citoyens.

Ces recommandations professionnelles visent à renforcer le rôle des acteurs de soins primaires, et notamment des médecins généralistes, dans la prise en compte des déterminants sociaux de la santé.

Les objectifs de ces recommandations sont de :

1. **Comprendre pourquoi et comment** recueillir les déterminants sociaux de la santé des patients en consultation ;
2. **Préciser les enjeux** particuliers chez les enfants ;
3. **Proposer des modalités d'actions** pour réduire les inégalités sociales de santé en médecine générale et en soins primaires ;
4. **Aborder les questions** d'éthique et de temporalité.



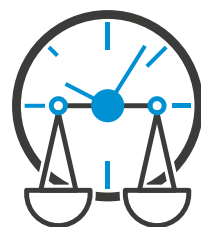
Exploration
des DSS



Cas
de l'enfant



Comment adapter
les pratiques ?



Éthique
et temporalité

Ces recommandations font suite à un travail publié en 2014, dont l'objectif était de proposer des indicateurs utilisables en routine en consultation pour recueillir les déterminants sociaux de la santé des patients dans les dossiers médicaux (16).

Entre 2016 et 2017, une phase de cadrage a permis d'élaborer les objectifs de ces nouvelles recommandations et de définir la méthode de travail. Puis, entre fin 2017 et début 2020, le groupe de travail - constitué de quinze professionnels - s'est réuni de façon trimestrielle pour élaborer un nouveau document selon une méthode inspirée des RPC « Recommandations pour la Pratique Clinique » de la Haute autorité de santé (HAS) (17). Entre 2020 et 2021, le groupe de lecture a révisé puis validé le document écrit.

Les différentes étapes du projet ont été :

- **mise à jour des données** de la littérature ;
- **rédaction de l'argumentaire** scientifique
- **discussions** par les membres du groupe de travail ;
- **rédaction de la version initiale** des recommandations ;
- **révisions successives** par les membres du groupe de travail ;
- **relecture par un groupe extérieur de lecture** puis par des parties prenantes (Collège de la Médecine Générale) ;
- **finalisation du texte** des recommandations, avant validation puis diffusion.

Les professionnels impliqués dans le groupe de travail ou de relecture étaient des médecins, des infirmiers, des médiateurs en santé, des infirmiers Asalee ou de pratiques avancées, des pharmaciens, des chercheurs et médecins de santé publique, et des membres d'associations de patients. Parmi les professionnels de santé, le groupe de pilotage a été vigilant à avoir une représentation équilibrée des modes d'exercice (libéral, salarié, universitaire ou non) et des origines géographiques différentes.

De façon ponctuelle, des experts ont été auditionnés au cours des réunions présentiels pour apporter des points de vue complémentaires à titre individuel ou en tant que représentant de leur organisme professionnel. Les propositions de recommandations ont permis des échanges d'avis contradictoires afin d'aboutir à un consensus de fond et de forme rédactionnelle.



crédit photo : Freepik.com



Exploration des DSS.

Les 4 domaines à recueillir au cours du temps.

En consultation, les déterminants sociaux de la santé peuvent être recueillis par l'étude de quatre domaines importants à prendre en compte, quel que soit le praticien rencontré et les soins dispensés (18).

Ces domaines permettent de décrire les principales difficultés sociales pouvant être rencontrées par le patient et d'anticiper si besoin des barrières au suivi de soins médicaux optimaux.

Les quatre domaines à explorer sont :

- ① la vie **socio-affective** du patient,
- ② sa vie **professionnelle**,
- ③ son **habitat** et son **environnement physique**,
- ④ son **accès** et **parcours de soin**.

Ces 4 domaines vont être décrits successivement, puis une synthèse sera proposée en fin de chapitre.

① La vie socio-affective du patient.

Ce domaine vise à explorer la quantité et la qualité des relations du patient, sur les plans familial, amical et plus largement sociétal. Le médecin peut recueillir cette information de la façon qui lui semble la plus pertinente, au fur et à mesure des consultations.

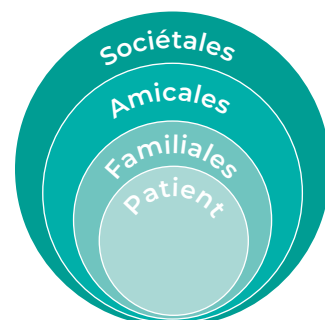
L'isolement social est la situation dans laquelle se trouve une personne qui, du fait de relations durablement insuffisantes dans leur nombre ou leur qualité, est en situation de souffrance et de danger. Plusieurs études ont montré que cet isolement est la cause de nombreux non-recours aux soins (notamment dans le domaine de la santé mentale) (19).

Il est aussi potentiellement associé à une dépréciation de soi, un repli, des difficultés psychologiques plus ou moins graves, et un état de santé détérioré à tous les âges de la vie. Une autre situation défavorable peut être la dépendance à une communauté freinant des actions collectives de prévention et de dépistage (ex : dépistage du saturnisme).

La confrontation à des violences physiques, psychologiques, sexuelles augmente le risque de développement de troubles mentaux tels que la dépression, le stress post-traumatique ou les tentatives de suicides.

Les expériences migratoires peuvent également augmenter le risque de troubles mentaux, en raison d'une rupture des relations sociales existantes, et en raison d'une exposition accrue à des événements traumatisants ou des facteurs psychosociaux stressants.

 Dans l'évaluation de la vie sociale d'un patient, les vulnérabilités principales à rechercher sont l'isolement socio-affectif, les violences et les expériences migratoires traumatisantes.



Vignette clinique

Vous prescrivez un traitement antalgique à une personne âgée de 80 ans qui vous consulte pour des lombalgies chroniques. Elle a une bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) stade GOLD C et une hypertension artérielle (HTA). La patiente est isolée socialement et vit au 2^e étage sans ascenseur. Elle présente une perte progressive de son autonomie.

Votre prise en charge administrative et sociale peut inclure la vérification de ses droits sociaux (affection longue durée, allocation personnalisée d'autonomie, cartes de la maison départementale des personnes handicapées).

Un partenariat avec des proches ou la pharmacie de secteur permettrait de s'assurer que la patiente peut aller chercher ses médicaments, y compris en présence des lombalgies invalidantes.

Une visite à domicile et un partenariat avec les acteurs sociaux du secteur (exemple : les espaces autonomie) pourraient évaluer la nécessité d'augmenter les aides à domicile (téléalarme, aides ménagères, infirmières) ; vous pourriez proposer de rompre l'isolement par les activités de promotion de la santé proposées sur la ville (diététique, activité physique, artistique, cuisine, autre), d'aménager son logement si nécessaire (ex : lit, salle de bain, toilettes, fauteuil), et de discuter si besoin d'une personne de confiance et de directives anticipées, voire de demander un conseil juridique (nécessité d'une mesure de protection ?).

Enfin, selon les besoins et les territoires, la patiente pourrait bénéficier d'une coordination des soins renforcée grâce au dispositif PAERPA (Personnes âgées en risque de perte d'autonomie), ou du DAC (Dispositif d'Appui à la Coordination)*.

* Les ressources peuvent différer selon les territoires.

② La vie professionnelle du patient.

Ce domaine vise à explorer le contexte socioprofessionnel, dont les ressources matérielles du patient. Le médecin peut recueillir les informations qui lui semblent utiles, de la façon la plus pertinente, au fur et à mesure des consultations.

Parfois, l'abord de l'emploi et du travail peut être un exercice délicat, notamment en cas de honte, difficulté à assumer ou culpabilité. Dans ce cas, il peut être utile de recueillir des éléments implicites de souffrance au travail dont la personne souhaiterait parler.

Au travail, les différentes situations à risque peuvent être : les risques psychosociaux (dont le soutien socio-émotionnel des collègues et des superviseurs, les souffrances vécues, les violences verbales voire les mises en danger), le port de charges lourdes, l'exposition au bruit, l'exploitation professionnelle (ex : prostitution), le risque de perte d'emploi (ex : contrat à durée déterminée), la précarité des rentrées financières (ex : absence d'indemnités financières en cas d'arrêt < 3 jours), l'absence de médecin du travail ou d'autres expositions particulières (ex : exposition professionnelle à des poussières de bois).

L'évaluation de la vie professionnelle des patients permet d'orienter les stratégies de prévention (ex : précautions renforcées dans les interactions médicamenteuses en cas de conduite d'engins ou de travail de nuit). Elle permet également d'adapter les soins (ex : durée des arrêts de travail selon le poste occupé) (20), de contacter le médecin du travail en cas de souffrance avérée et enfin de proposer des aides sociales selon les cas (mi-temps thérapeutique, aménagement de poste, retraite anticipée, déclaration d'une maladie professionnelle).

Dans la transmission des maladies infectieuses, la surexposition au COVID-19 de personnes ayant des emplois au contact du public fait partie des hypothèses pour tenir compte de l'excès de prévalence de ces maladies dans certains départements socialement plus défavorisés (21).

Toutes les mesures de prévention nécessitent d'être déployées selon les besoins (vaccination contre le Covid-19, protection par masques, aération, évitement des repas en collectivité, certificats d'isolement en cas de comorbidités à risque de forme grave de Covid-19, etc).

La transition entre activité professionnelle et retraite est un moment délicat où le suivi médical des expositions professionnelles peut être arrêté. L'article D 461-25 du Code de la Sécurité sociale permet aux salariés de bénéficier d'une surveillance post-professionnelle en cas d'exposition à des risques professionnels à effet différé, comme les pneumoconioses ou les cancers, par leur médecin traitant. De faibles revenus à la retraite peuvent aussi freiner l'accès à une complémentaire santé et donc limiter le remboursement des soins.

 La vie professionnelle occupe une place importante dans les déterminants de la santé des personnes. Les principales vulnérabilités à rechercher sont l'exposition professionnelle spécifique (exemples : amiante, port de charges lourdes), la présence d'une souffrance liée au travail (avec causes à identifier si besoin) et l'insécurité financière (pas d'emploi, pas/peu de ressources).

Vignette clinique

Vous suivez un homme de 55 ans pour une épicondylite chronique douloureuse ayant bénéficié de plusieurs infiltrations et arrêts maladie courts. Le patient travaille comme fromager, il porte et manipule régulièrement de lourds fromages au travail.

Votre prise en soins administrative et sociale va comporter toutes les mesures médicales habituelles et va également comporter une mise en relation avec le médecin du travail pour l'informer de la chronicité de l'atteinte, de la nécessité d'une adaptation de poste, d'une reprise potentielle à temps partiel thérapeutique, voire d'une déclaration en maladie professionnelle.

Vous serez également attentifs à une éventuelle bilatéralisation des troubles en cas de compensation physique du patient pour s'adapter à ses douleurs, et de l'impact possible en termes de santé mentale.

Un rendez-vous à brève échéance pourrait permettre de s'assurer que l'activité professionnelle n'aggrave pas l'atteinte du coude.

③ L'habitat et l'environnement physique du patient.

Ce domaine vise à explorer l'habitat et l'environnement physique du patient. Il est démontré que l'exposition aux polluants de l'air est liée au statut social des individus (22) : les individus les plus défavorisés socialement peuvent être plus souvent exposés aux polluants de l'air ambiant.

L'évaluation de la qualité de l'habitat comprend aussi bien la qualité de l'environnement, que la stabilité et la sécurité du logement.

Une mauvaise qualité de l'air peut aggraver un asthme, une bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) ou être associée à des troubles de la périnatalité (hypotrophie) (23, 24). L'Organisation mondiale de la santé (OMS) reconnaît qu'il existe un lien entre la pollution intérieure d'un logement – liée à son niveau d'humidité par exemple – et l'apparition ou l'exacerbation d'asthme et d'infections respiratoires (25).

Plusieurs outils existent pour évaluer la qualité de l'air intérieur, identifier des expositions néfastes et promulguer des conseils aux patients (26,27). L'exposition au tabac, au plomb et aux moisissures (notamment en cas d'asthme allergique) sont de grandes sources d'expositions néfastes pour la santé (27).

Le type de chauffage, et notamment les chauffages qui produisent du monoxyde de carbone peuvent également être recherchés.

Lors des canicules, les médecins peuvent s'enquérir de la possibilité de protection des personnes contre la chaleur, de l'isolement potentiel des personnes vulnérables à leur domicile, et des possibles adaptations nécessaires dans les traitements chroniques (ex : pour éviter les iatrogénies médicamenteuses).

Des expositions néfastes peuvent également comprendre une promiscuité trop grande induisant des troubles du sommeil, ou des troubles de la concentration.

Dans la transmission des maladies infectieuses, la promiscuité peut également jouer un rôle important dans la diffusion des agents pathogènes et des clusters. Les exemples de la tuberculose et plus récemment de la COVID-19 l'ont démontré (21).

Enfin, l'environnement de vie des personnes peut avoir une influence sur les habitudes de vie (ex : présence ou absence de lieux de sport, de marchands de légumes, etc), le stress quotidien, et les comportements de santé. La santé des personnes dépend également de leur cadre de vie et des ressources qui y sont proposées. ●●●

●●● Un document récent d'ATD (agir tous pour la dignité) Quart-monde décrit d'autres liens entre l'habitat et la santé (28). Les déplacements forcés sont d'une grande violence dont le summum concerne les expulsions. Cela crée une précarité financière, professionnelle et scolaire responsable d'un mal-être profond dans les familles, pouvant mener à l'éclatement de celles-ci. Dans les parcours de migration, les personnes peuvent être amenées à dormir dans la rue si elles n'ont aucun contact familial dans le pays d'arrivée.

La situation extrême que constitue la vie dans la rue met en danger les personnes dans leur sécurité et leur santé tant physique que psychologique (28). Pour autant, tous les logements, même s'ils répondent à une fonction de mise à l'abri ne sont pas suffisamment protecteurs. Les médecins pourraient être attentifs à l'insécurité potentielle dans les logements ou dans le quartier, aux nuisances potentielles (telles que le bruit) et à leur retentissement psychologique.

 Dans l'évaluation de l'environnement physique, les vulnérabilités principales à rechercher sont les expositions particulières (exemples : tabac, plomb, moisissures), l'insécurité en matière de logement (patient hébergé, vivant à l'hôtel), et la promiscuité importante dans le cas de maladies contagieuses.

Figure 5 :

Verbatim extrait des cahiers d'ATD Quart Monde.

« Quand même, quand t'es en hôtel, t'as des risques d'expulsion, t'as des risques qu'on te change d'hôtel, que tu choisisses pas ton hôtel, et donc c'est quand même pas des situations confortables et elles sont porteuses de risques. Et un des risques, c'est par exemple que l'enfant, il va devoir passer d'une école à l'autre ! »

Vignette clinique

Vous augmentez le traitement de fond d'un enfant de 4 ans que vous suivez pour un asthme allergique. Il a déjà été hospitalisé deux fois pour une décompensation respiratoire aiguë. L'asthme de l'enfant est difficile à équilibrer car il vit avec ses parents dans un logement social plein de moisissures, auxquelles il est allergique (confirmé par des niveaux d'anticorps sanguins élevés aux moisissures).

Vous avez besoin d'évaluer les facteurs environnementaux d'exposition à des allergènes en cas d'asthme allergique chez l'enfant. Selon les régions, il est possible de travailler avec des structures telles que l'Observatoire pour la qualité de l'air intérieur (OQAI), les conseillers médicaux en environnement intérieur (CMEI), les services de Protection maternelle et infantile (PMI), ou les pneumologues référents pour aider le patient via une évaluation à son domicile.

Pour éviter les moisissures, vous pouvez conseiller d'aérer au minimum 10 minutes une à deux fois par jour, d'entretenir les systèmes de ventilation (dont les bouches d'aération), de bien aérer après les bains et les douches, de nettoyer les tâches de moisissures dès qu'elles apparaissent, d'utiliser les chauffages d'appoint avec précaution, etc.

Selon les résultats de l'évaluation à domicile, vous pouvez réaliser un certificat médical faisant état « d'une exposition dans le domicile ayant des conséquences sur la santé de l'enfant ». Ceci peut permettre d'adapter l'habitat de l'enfant, ou en cas d'échec, d'aider à changer d'habitat vers un environnement exempt de moisissures*.

* Les ressources peuvent différer selon les territoires.

④ Accès et parcours de soins.

Ce domaine vise à explorer l'accès aux soins primaires, secondaires et le parcours de soin des patients. En cas de frein à la réalisation d'actes médicaux (biologie, imagerie, médicaments), le médecin peut s'enquérir de la couverture santé du patient car, sans complémentaire santé, le reste à charge pour le patient est d'au minimum de 30% (hors hospitalisation) pour tous les actes réalisés (hors ALD exonérante).

Selon une récente étude de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), 5% de la population n'aurait pas encore souscrit de complémentaire santé soit environ 3 millions de français (30). Ce taux dépend des départements étudiés, et peut monter jusqu'à 15% de la population en Seine- Saint-Denis (93) par exemple. Le médecin peut ainsi mieux comprendre et conseiller des aides ou des recours. Les annexes 2 et 3 précisent le taux de remboursement des honoraires et actes médicaux ainsi que le plafond de ressources pour pouvoir bénéficier de la complémentaire santé solidaire.

Selon les données du Baromètre du renoncement aux soins, un quart des 160 824 assurés du régime général de l'Assurance maladie interrogés ont renoncé à au moins un soin au cours des douze derniers mois (31, 32).

Le renoncement aux soins concerne en particulier les soins dentaires et optiques. Cela peut entraîner des réactions de repli social, de difficultés au travail, des sentiments d'exclusion ou d'injustice. Le tableau 1 (page 21) décrit quelques exemples de traitements pouvant entraîner des difficultés financières pour les patients.

👉 Dans l'évaluation de l'accès aux soins et du parcours de soin du patient, les vulnérabilités principales à rechercher sont l'absence d'assurance maladie complémentaire, le renoncement aux soins et l'impossibilité de lire ou comprendre les ordonnances (indicateur intuitif si difficultés de communication orales associées, mais plus difficile à repérer sinon).



La littératie en santé désigne les compétences que les individus mettent en œuvre pour accéder aux informations, pour les comprendre, les évaluer et les utiliser dans la perspective de maintenir ou d'améliorer leur santé et celle de leur entourage. Un faible niveau de littératie en santé est un obstacle aux soins pour les plus vulnérables (33).

Selon une récente étude de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) menée dans 24 pays, **les compétences en littératie des Français se situent parmi les plus basses des pays ayant participé à l'évaluation (34).**

De faibles niveaux de littératie en santé sont associés à de moins bons états de santé générale et mentale. Pendant la pandémie de Covid-19, ces compétences et les possibilités de les mettre en œuvre jouent un rôle essentiel. Elles vont conditionner les capacités de prévention de la maladie chez chacun et à l'échelle de la collectivité, mais aussi déterminer la santé dans son aspect plus global, alors que les repères sociaux sont bouleversés.

Enfin, les personnes migrantes peuvent avoir connues des violences dans leur pays d'origine, lors de leur parcours migratoire ou dans leur pays d'immigration. L'articulation entre la migration, les violences possibles et l'état de santé sont de plus en plus décrits. Pour ces personnes, le système de santé et le parcours de soin français peuvent sembler complexe.

Vignette clinique

Vous suivez une patiente de 73 ans, pour une hypertension artérielle non équilibrée. La patiente vous dit qu'elle a des difficultés à réaliser les bilans proposés (biologie annuelle, échographie cardiaque, échographies doppler, etc) et à prendre les traitements prescrits en raison du coût et du reste à charge (l'hypertension artérielle non compliquée ne fait pas partie de la liste des ALD 30).

La patiente n'a pas de complémentaire santé et a une petite retraite. Votre prise en charge peut consister à repérer si elle pourrait bénéficier d'une mise en affection longue durée exonérante (ALD 30) par atteinte des organes cibles : (par ex : stade 3 d'une maladie rénale chronique définie par un débit de filtration glomérulaire $< 60 \text{ ml/min/1.73m}^2$), et ré-évaluer la pertinence du traitement proposé (y en a-t-il des moins onéreux et aussi efficaces à votre connaissance pour favoriser l'achat du traitement ?).

Certains centres de biologie et d'imagerie appliquent le tiers payant même en l'absence d'affection longue durée (ex : centres de santé). De plus, il est possible de conseiller à cette patiente de bénéficier d'une aide à une complémentaire santé par le biais de la complémentaire santé solidaire, si elle est éligible (CSS)*. En cas de doute, les services sociaux de la mairie peuvent conseiller la patiente**.

Un rendez-vous médical à brève échéance pourrait permettre de s'assurer que le parcours de soin du patient peut ainsi être fluidifié.

* À partir du 1^{er} novembre 2019, la CMU-C et l'ACS ont fusionné pour devenir la complémentaire santé solidaire. En 2020, le Fond CSS estimait qu'une personne sur quatre n'utilisait pas l'aide pour acquérir un contrat de complémentaire santé
** Les ressources peuvent différer selon les territoires.

Tableau 1 :

Exemple de traitements pouvant entraîner des difficultés financières pour les patients (données 2021).

Vaccins obligatoires pris en charge par l'assurance maladie à 65% seulement (+ coût de l'injection).	Pour tous âges: diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, haemophilus influenzae de type B, hépatite B, pneumocoque, méningocoque C Après 17 ans : rougeole-oreillons-rubéole.
Vaccins au cours des voyages non pris en charge par l'assurance maladie : typhoïde, hépatite A, fièvre jaune, choléra... (+ cout de l'injection).	Pour tous.
Lavage nasal ou oculaire non pris en charge pour toute infection respiratoire ou oculaire chez le jeune enfant.	Sérum physiologique.
Traitement de réhydratation pris en charge par l'assurance maladie à 65% seulement chez le jeune enfant.	Soluté de réhydratation orale.
Traitement pour la contraception orale non prise en charge à 100% dès 25 ans.	Lorsque la voie orale ne convient pas, les patchs transdermiques et anneaux vaginaux sont non remboursés.
Traitement de la gale non remboursé en dehors de l'ivermectine.	Aucun remboursement pour les produits locaux ni les produits de désinfection environnementale. En 2009-2010, un traitement complet pour une famille associant ivermectine, scabicide local et traitement environnemental représentait ainsi une dépense d'au moins 75 € non remboursés, sans tenir compte d'un second traitement à J8 ou J15 (données épidémiologistes InVS).
Traitement des poux non remboursé.	Lotions anti-poux (ou autres formes galéniques) non remboursées.
Soins dentaires.	L'offre 100% dentaire, qui permet d'être entièrement remboursé par l'assurance maladie ou l'assurance maladie complémentaire, ne concerne pas les personnes sans assurance complémentaire : 5% de la population générale, et 16% des personnes au chômage (30).
Entrée dans la dépendance.	Piluliers non remboursés.



Synthèse : recueil des déterminants sociaux de la santé en consultation.

Si l'évaluation peut être orientée selon les praticiens et les situations rencontrées, des alertes doivent être recherchées dans chacun des domaines, par quelques questions dès que cela est possible.

Il est ainsi possible de distinguer (tableau 2) :

• **Des déterminants sociaux « indispensables » à explorer dès que cela est possible dans ces quatre domaines.** En effet, des situations d'isolement, d'exposition professionnelle néfaste, d'illettrisme, de reste à charge sur les ordonnances et les consultations, et d'incompréhension du parcours de soin peuvent être associées à des difficultés majeures dans les soins prodigués au patient (figure 6).

• **Des déterminants sociaux « utiles » dans l'exploration des 4 domaines,** qui peuvent présenter des facteurs de vulnérabilités potentiels, à connaître « dans l'idéal » dans leur ensemble au fur et à mesure des consultations, des années, et selon les besoins.

Plusieurs scores ont été créés pour décrire les déterminants sociaux de santé et repérer une précarité éventuelle (Precar, Epices, etc). Ces scores peuvent avoir un intérêt clinique mais l'adaptation pratique des médecins généralistes dépend surtout des dimensions individuelles plutôt que d'un score global au test. Pour cette raison, le groupe recommande d'utiliser les résultats globaux de ces tests à visée de recherche, et en complément d'une démarche individuelle dans les quatre domaines cités.

Figure 6 :

Déterminants sociaux indispensables à aborder au fur et à mesure des consultations, ou lors de la première consultation

Vivez-vous avec quelqu'un ?

Avez-vous un travail ? ...

Avez-vous une complémentaire santé pour payer vos soins (mutuelle, CSS...) ?

Comprenez-vous bien les ordonnances ?

Arrivez-vous à lire le français écrit ?

Avez-vous renoncé à des soins cette année ?

Avez-vous un médecin traitant ?

Enfin, certaines situations dans la vie sont à risque de difficultés sociales et de difficultés dans le parcours de soin. Les médecins doivent avoir une vigilance particulière dans la coordination des soins et conseiller si nécessaire leurs patients vers les ressources pertinentes. Les situations à risque peuvent être les suivantes :

- Naissance d'un enfant et délai à l'ouverture des droits sociaux.
- Grossesse et coordination des soins indispensables entre les intervenants successivement impliqués (ex de parcours de soin : médecin généraliste > sage-femme/gynécologue > pédiatre/médecin généraliste).
- Passage à la vie étudiante et changement de couverture santé.
- Changement d'emploi (ou perte d'emploi) et changement de revenus, de couverture santé.
- Passage en retraite et changement de revenus, de couverture santé.
- Entrée dans la dépendance et non-remboursement de certains soins.
- Bénéficiaire de la CSS ou de l'AME et fin de droit, ou bien dossier à renouveler.
- Bénéficiaire de l'AME et non remboursement de certains traitements (service médical rendu faible).
- Bénéficiaire d'une ALD exonérante ou de l'AAH, et fin de droit, ou bien dossier à renouveler.
- Titre de séjour obtenu pour raisons médicales (obtenu pour 1 à 4 ans).

Tableau 2 :

Recueil des déterminants sociaux de la santé dans le dossier médical.

Le classement peut être personnalisé selon la patientèle et les conditions d'exercice de chaque médecin.

Domaine étudié	Déterminants sociaux de la santé	Groupe A Déterminants indispensables	Groupe B Déterminants utiles
Vie socio- affective du patient.	Vivre en couple / seul	X	
	Nombre d'enfants à charge	X	
	Présence d'amis, de personnes sur qui compter, ou référent familial		X
	Type de ménage		X
	Cohabitation de couples		X
	Personne aidante, personne de confiance		X
	Pays de naissance		X
	Confrontation à la violence physique ou psychologique		X
	Absence de pratique d'une activité physique ou de loisirs		X
Vie professionnelle du patient.	Statut vis-à-vis de l'emploi	X	
	Profession	X	
	Exposition professionnelle	X	
	Souffrance au travail		X
	Catégorie socio-professionnelle		X
	Minima sociaux (dont AAH)		X
	Situation financière perçue*		X
	Revenus		X
Habitat et environnement physique du patient.	Insécurité vis-à-vis du logement (hôtel, logé chez quelqu'un, sans domicile fixe)	X	
	Qualité de l'air intérieur (tabac, moisissures, plomb, acariens, travaux récents)	X	
	Qualité de l'air extérieur (pollution, pollen)		X

* La situation financière des patients est une information subjective, liée à de nombreux comportements de santé.

Tableau 2 (suite et fin) :

Recueil des déterminants sociaux de la santé dans le dossier médical.

Le classement peut être personnalisé selon la patientèle et les conditions d'exercice de chaque médecin.

Domaine étudié	Déterminants sociaux de la santé	Groupe A Déterminants indispensables	Groupe B Déterminants utiles
Habitat et environnement physique du patient (suite).	Suroccupation dans un logement**		X
	Nuisances sonores		X
	Accessibilité		X
	Promiscuité		X
	Type de chauffage		X
	Protection contre la chaleur		X
	Agression, cambriolage subis au domicile		X
Accès et parcours de soin.	Statut vis-à-vis de l'assurance maladie (CSS, aide médicale de l'Etat (AME), aucune complémentaire santé)	X	
	Compréhension du langage français oral et écrit	X	
	Difficultés dans le parcours de soin ou renoncement aux soins pour raisons financières	X	
	Affection longue durée	X	
	Médecin traitant non déclaré	X	
	Littératie en santé		X
	Autres aides sociales possibles (APA, AAH, prestation de compensation du handicap (PCH), etc)		X
	Victimes de discriminations dans le parcours de soin		X
	Difficultés d'accès géographique aux soins		X

** Évaluation d'une occupation normale d'une habitation grâce à la surface dédiée à chaque habitant : « 9 m² pour une personne seule, 16 m² pour un couple et 9 m² par personne supplémentaire. »

Au-delà on parle de suroccupation. source : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGITEXT000022719996/>

La question peut être posée en ces termes : "En ce qui concerne la situation financière de votre foyer, diriez-vous que :

1) vous n'avez pas de problème particulier ; 2) c'est juste, il faut faire attention ; 3) vous avez du mal à y arriver ; 4) c'est très difficile".



Cas particulier de l'enfant.

Les 4 domaines à recueillir au cours du temps.

Les déterminants sociaux de santé agissent dès la vie intra-utérine. L'enfance est une période sensible du développement où des expositions néfastes (psychosociales, comportementales, environnementales) peuvent avoir un impact irréversible sur l'avenir (35).

La compréhension du contexte de vie social de l'enfant est primordiale dès le plus jeune âge (y compris en période prénatale auprès de la mère ou du père) pour repérer ces éventuelles expositions néfastes. Le contexte social se comprend par le recueil d'informations concernant les parents et par le recueil d'informations concernant l'enfant (dont la scolarité).

Le groupe de travail recommande l'exploration des quatre domaines cités précédemment pour comprendre le contexte de vie social de l'enfant, en veillant à identifier les mêmes alertes sociales chez les parents. Cependant, chacun des 4 domaines comprend des spécificités chez l'enfant auxquelles il faut penser en plus.



crédit photo : shutterstock



1 Vie socio-affective et familiale.

- Isolement parental et problème de qualité des relations parent(s)-enfant(s), dont recherche de violences verbales, physiques, sexuelles.
- Signalements en cours ou passé, enfants placés.
- Absence de pratique d'une activité physique ou de loisirs.
- Grande amplitude horaire de travail des parents, enfant souvent gardé.

2 Scolarisation de l'enfant.

- Difficultés scolaires chez l'enfant.
- Absentéisme répété à l'école (par exemple, consultations fréquentes lors des heures de cours, demande de certificats médicalement injustifiés d'absence scolaire).
- Absence de scolarisation ou de formation en cours.
- Trajets scolaires longs.

3 Habitat et mode de vie.

- Insécurité vis-à-vis du logement (ex : vit à l'hôtel ou mode de vie itinérant).
- Précarité de l'habitat, mauvaise qualité de l'air intérieur et retentissement sur la santé (ex : asthme allergique, trouble du développement) : tabagisme passif, moisissures, plomb, intoxication au monoxyde de carbone (CO), allergènes, acariens, travaux récents,...
- Mauvaise qualité de l'air extérieur (pollution, pollen).
- Logement exigu ou bruyant de l'enfant (sans lieu possible pour étudier, nuisances sonores).
- Exposition importante aux écrans.
- Qualité perturbée du sommeil, des repas (peu de diversité alimentaire).

4 Accès et parcours de soin.

- Difficultés dans le parcours de soin (ex : consultations inappropriées aux urgences) et peu de suivi noté dans le carnet de santé (témoignant d'un suivi régulier en termes de croissance et de développement).
- Absence d'un médecin traitant de l'enfant.
- Non effectivité des consultations obligatoires de l'enfant.
- Retard vaccinal important.
- Accompagnement des proches ne maîtrisant pas le français en consultation.
- Aides non mises en place malgré leur indication pour les enfants en situation de handicap (AEEH, absence d'AVS, absence de suivi dans les structures spécialisées, etc.).

Vignette clinique

Cela fait deux fois qu'un couple de jeunes parents vous emmène leurs jumeaux en consultation de suivi de nourrisson sans avoir apporté les vaccins. Les enfants ont 4 mois et déjà 2 mois de retard vaccinal. Lorsque vous les questionnez, vous apprenez qu'ils n'ont pas de complémentaire santé, et qu'ils ne sont pas en mesure de payer le reste à charge pour les vaccins obligatoires du 2^{ème} mois (environ 30€ pour chaque enfant, soit 60€ pour les jumeaux).

Vous pouvez appeler les structures de prévention gratuites telles que les centres de protection maternelle et infantile (PMI) ou les centres de vaccinations gratuits qui peuvent parfois offrir ces vaccinations ; ou bien contacter les réseaux périnataux locaux ; ou une permanence d'accès aux soins de santé (PASS) pédiatrique ambulatoire ou hospitalière. Vous pouvez également les orienter vers un(e) assistant(e) social(e) pour voir si la famille est éligible à des aides, notamment à la CSS.



Comment adapter la pratique ?

Comment adapter ses pratiques aux potentielles difficultés sociales des patients ?

Les médecins généralistes interagissent avec des patients et leurs familles, au sein d'un cabinet et d'une équipe de soins, dans un territoire donné, selon une politique de santé.

Ces niveaux dépendent d'une organisation différente, et peuvent prendre en compte différemment et de façon complémentaire les déterminants sociaux de la santé.

Dans ce chapitre, nous détaillerons les adaptations pouvant être faites par les médecins généralistes en consultation individuelle avec les patients, au sein des cabinets médicaux, sur un territoire donné et enfin les interventions réalisables au niveau national.

Ces adaptations peuvent être pensées dès la réalisation du projet de soin ou bien être mises en place ultérieurement à un rythme plus progressif. Le médecin peut choisir de s'adapter selon ses moyens, ses modes d'organisations, son lieu d'exercice, ses besoins et ses priorités parmi les actions décrites dans les tableaux 3 à 6 (18).

Au niveau individuel

- Compréhension du contexte de vie des patients et repérage des difficultés sociales.
- Adaptation de la communication pour être compréhensible par tous.
- Bonne utilisation du dossier médical informatisé.
- Adaptation des soins aux besoins des patients, dans une approche bio-psycho-sociale.
- Renforcement de la prévention.
- Conseil en droits sociaux.
- Aide à la coordination des soins avec les acteurs du territoire.
- Formation des médecins.

Au niveau du territoire

- Compréhension de l'état de santé des personnes dans le territoire.
- Compréhension des ressources en santé dans le territoire.
- Amélioration de l'offre de soins selon les besoins.
- Amélioration de l'accès aux soins dans le territoire.
- Amélioration des parcours de soin dans le territoire.
- Participation aux actions locales de promotion de la santé et de santé publique.
- Information de la population sur les acteurs et les actions de santé présentes dans le territoire.

Au niveau du cabinet

- Compréhension de l'état de santé de sa patientèle.
- Amélioration de l'accès aux soins dans son cabinet.
- Amélioration des parcours de soin dans son cabinet.
- Actions de communication dans les parties communes orientées vers la prévention.
- Actions de communication orientées vers les populations fragiles dans sa patientèle.
- Évaluation des pratiques professionnelles au sein des cabinets.

Au niveau national

- Promotion de la recherche en soins primaires, orientée vers l'amélioration de la qualité et de l'équité des soins primaires.
- Meilleure structuration du parcours de soin des patients en France.
- Amélioration des interfaces des logiciels métiers et promotion du dossier médical partagé.
- Paidoyer politique et alerte sanitaire.



Au niveau individuel.

Au niveau individuel, les médecins généralistes peuvent adopter une attitude proactive, en questionnant le patient à la recherche de déterminants sociaux de la santé et en les notifiant dans le dossier médical.

Certaines spécificités peuvent être retrouvées selon les lieux de vie des patients (en milieu rural par exemple). Pour cela, des adaptations sont nécessaires pour mieux visualiser le recueil, le simplifier, et adapter les soins aux situations à risque. Pour chaque patient, il est important de suivre l'évolution des situations dans le temps.

Il est parfois nécessaire d'adapter la durée de consultation, les prescriptions, et le parcours de soins selon les besoins des patients, dans le respect de l'équité en santé. La prévention est le parent pauvre de notre système de santé, et est souvent moins prioritaire que les pratiques curatives. Pour autant, c'est en prévention que les inégalités sociales sont les plus importantes (tabagisme, surpoids/obésité, prévention des cancers) (36).

Une approche intégrée sociale et préventive est nécessaire pour réduire les inégalités sociales de santé. Ces mesures sont détaillées dans le tableau 3. Toutes ces actions ne peuvent pas être mises en place en même temps mais selon les situations, elles peuvent contribuer à améliorer l'accès aux soins et le parcours de soins des patients.



crédit photo : mentatdgt - pexels.com

Tableau 3 :

Modalités d'action des médecins pour s'adapter aux difficultés sociales des patients (interventions individuelles).

Thèmes	Actions au niveau individuel
Compréhension du contexte de vie des patients et repérage des difficultés sociales.	Écoute bienveillante, levée des inquiétudes potentielles en cas de besoin (ex : secret professionnel entre différents intervenants du soin), respect de la temporalité des patients.
	Compréhension de l'environnement de vie des patients au fil des consultations : leur situation sociale, leur niveau de littératie en santé, l'existence d'un éventuel logement pathogène ou d'une précarité énergétique (ex : canicule et logement inadapté), l'existence d'une éventuelle dépendance à une communauté.
	Recueil des déterminants sociaux de la santé indispensables et utiles en pratique clinique (critères subjectifs et objectifs, visites à domicile).
	Adaptation de la durée des consultations aux besoins du patient (dans la limite des possibilités d'organisation).
Adaptation de la communication pour être compréhensible par tous.	Information sur le rôle d'un médecin traitant.
	Adaptation de la communication selon les patients pour être compréhensible par tous : termes simples, documents écrits, dessins, documents traduits en différentes langues (ex : prévention de Santé Publique France, INCA, site iconographique en soins premiers, document Facile à Lire et à Comprendre = FALC, pictogrammes sur les ordonnances).
	Bonne utilisation des ressources existantes (ex sites medipicto, santébd, handiconnect, traducmed selon les situations).
	Évaluation de la littératie en santé des patients (ex : www.reflis.fr) et promotion de moyens de communication adaptés (dont les bonnes ressources numériques (ex nutriscore).
	Aide de traducteurs (famille, amis, inter service migrant (ISM), autres), et si possible de traducteurs professionnels ou associatifs, ou bien de médiateurs en santé.
Bonne utilisation du dossier médical informatisé.	Recueil systématique de données sociales indispensables dès la création des dossiers médicaux des patients.
	Visualisation de « drapeaux rouges » en cas de fragilité sociale importante (absence de complémentaire santé, isolement, ne comprend pas le français écrit).
	Recueil systématique des données de prévention.
	Suivi des changements au cours du temps.
	Promotion du dossier médical partagé et accessible en ligne.
	Possibilité de relier les patients issues d'une même famille pour ne pas perdre des informations (par ex : parents et enfants).



Tableau 3 (suite) :

Modalités d'action des médecins pour s'adapter aux difficultés sociales des patients (interventions individuelles).

Thèmes	Actions au niveau individuel
Adaptation des soins aux besoins des patients, dans une approche bio-psycho- sociale.	Prendre soin des patients selon des modalités et une intensité proportionnelles aux besoins de santé (universalisme proportionné).
	Repérage des patients à risque sur le plan médico-social et en cas de difficulté, renforcement des suivis proposés (ex : périnatalité, retraite, fin de droits sociaux).
	Vigilance sur les prescriptions pour éviter les désagréments financiers en pharmacie, au laboratoire d'analyse, en radiologie ou chez les confrères exerçant en secteur 2 (accord éclairé du patient si surcoût prévisible).
	Mise en place des facilités de paiement (dispense d'avance de frais = tiers-payant).
	Orientation des patients vers les PASS ambulatoires ou hospitalières en cas d'absence de couverture sociale.
	Renforcement de la coordination des soins en cas de renoncement aux soins ou d'autres difficultés.
Renforcement de la prévention.	Passage en revue systématique de toutes les préventions pour chaque patient (dépistage cancer colo-rectal, vaccins, mammographies... adaptées à l'âge et au sexe) au fur et à mesure des consultations, éventuellement, à l'aide de mémos informatiques.
	Systématisation des consultations de suivi dans les périodes sensibles de la vie: consultation postnatale, entretien prénatale précoce, consultation du suivi post interruption volontaire de grossesse, etc.
	Accès permanent aux meilleurs soins possibles, à l'aide d'outils officiels en ligne (https://www.ebmfrance.net/fr , assurance maladie, interface des CDCDRC, http://gestaclic.fr/)
	Impression de documents patients pour renforcer les messages oraux de prévention.
	Mise en évidence dans les interfaces des logiciels métiers: des actions de prévention à réaliser pour chaque patient (sevrage tabagique, vaccination, etc).
	Renforcement de l'éducation à la santé et de l'éducation thérapeutique.
	Si besoin, déclaration obligatoire (exemple : saturnisme).
	Utilisation du carnet de santé pour les adultes et des carnets de suivi spécifiques (AVK, diabète, carnet de maternité etc).
Conseils en droits sociaux.	Conseils aux patients lorsque leur état de santé justifie la mise en place d'aides sociales : CSS (ex CMU-c ACS) et AME, AAH, PCH, AEEH, RQTH, retraite anticipée, maladie professionnelle (sous-déclarée), temps partiels thérapeutiques, etc.
	Suivi des dates importantes de fin de droits (ex : CSS/AME/ALD/AAH) pour anticiper si besoin les demandes de renouvellement.
	Repérage des maladies professionnelles et réalisation d'un certificat médical initial (CMI).
	Certificats médicaux faisant état du lien possible entre une exposition environnementale et un état clinique instable, ou certificats médicaux en cas de violences constatées.
	Conseils pour un logement digne et des aides locales possibles.

Tableau 3 (suite et fin) :

Modalités d'action des médecins pour s'adapter aux difficultés sociales des patients (interventions individuelles).

Thèmes	Actions au niveau individuel
Aide à la coordination des soins avec les acteurs du territoire.	Aide à l'éducation sur le système socio-sanitaire français, comment s'orienter dans le parcours de soins (ex : livret bilingue de santé publique France, recrutement d'un assistant social au sein d'un cabinet/centre médical ou au sein d'une CPTS (communautés professionnelles territoriales de santé), orientation vers les ressources sociales du territoire).
	Aide à la prise de rendez-vous en cas de difficultés sociales (aide pouvant être organisée avec les collègues du cabinet ou les associations locales).
	Appel des ressources sociales selon les besoins : espaces autonomes, référent psycho-social de quartier, coursiers sanitaires et sociaux.
	Appel des réseaux de santé en cas de problématique médicale complexe (ex : réseaux gériatriques pour les personnes âgées).
	Transmission orale et écrite des informations lors des parcours de soin complexes ou lors de périodes sensibles de la vie (carnet de maternité, carnet de santé).
	Recours à un interprétariat téléphonique si besoin.
	Recours à des téléconsultations pour des soins difficilement accessibles.
	Renforcement du suivi et de la fréquence des consultations en cas de difficultés sociales pouvant entraver les soins (ex : dans le suivi prénatal et postnatal).
Formation des médecins.	Meilleure coordination des soins avec le médecin du travail lors du passage à la retraite (ex : en cas d'exposition néfaste potentielle au travail).
	Formation continue sur les déterminants sociaux de santé et les inégalités sociales de santé (ex : congrès, développement professionnel continu, etc).
	Bonne utilisation des ressources existantes (ex : revues médicales, sites HAS, ebmfrance, prescrire, etc)).
	Formation continue sur les stratégies de prévention, de repérage et suivi des maladies (ex : entretien prénatal précoce).
	Formation aux nouveaux métiers d'aide sociale.
	Amélioration des compétences culturelles pour les professionnels de santé.



Au niveau organisationnel.

Au niveau organisationnel (du cabinet, de la maison de santé ou du centre médical), les médecins généralistes peuvent favoriser l'accès aux soins et diminuer les inégalités sociales de santé par une meilleure connaissance des besoins en santé de leur patientèle et par la prise en compte des freins potentiels à la consultation (prise de rendez-vous (37), barrière de langue, avance de frais).

Les médecins peuvent faciliter les parcours de soins par des protocoles pluri-professionnels partagés entre collègues (38). Ils peuvent renforcer les messages de prévention via l'affichage en salle d'attente ou via la mise en place d'ateliers d'éducation à la santé et d'éducation thérapeutique.

Ils peuvent travailler avec les logiciels métiers pour permettre d'améliorer la pertinence de l'interface de saisie, et permettre des rappels automatiques pertinents suivant les situations. Ils peuvent promouvoir les actions de promotion de la santé et de prévention « hors les murs », dans une logique « d'aller-vers » les populations les plus fragiles.

Enfin, ils peuvent organiser des évaluations régulières des pratiques médicales, prenant en compte les caractéristiques sociales de leur patientèle. **Ces mesures sont détaillées dans le tableau 4.** Toutes ces actions ne peuvent pas être mises en place en même temps mais selon les situations, elles peuvent contribuer à améliorer l'accès aux soins et le parcours de soins des patients.



crédit photo : alamystock

Tableau 4 :

Modalités d'action des médecins pour s'adapter aux difficultés sociales des patients (interventions organisationnelles)

Thèmes	Actions au niveau organisationnel
Compréhension de l'état de santé de sa patientèle.	Connaissance des caractéristiques socio-démographiques de sa patientèle pour adapter l'offre de soins du cabinet (par le biais d'études descriptives).
	Connaissance des besoins médicaux (préventifs et curatifs) de sa patientèle (par le biais d'études descriptives).
	Compréhension des enjeux de santé prioritaires sur le plan médical, préventif et psychosocial.
	Amélioration des interfaces des logiciels métiers : pour mettre en évidence des besoins médicaux, psychosociaux ou préventifs.
Amélioration de l'accès aux soins dans son cabinet.	Exercice en groupe pour faciliter le parcours de soin des patients : groupes pluri- professionnels de soignants, et si possible référent social dans la structure.
	Adaptation de l'offre de soins aux besoins de santé de sa patientèle ; pratique du tiers- payant pour tous les professionnels de santé consultés.
	Proposition de consultations sans (prise de) rendez-vous bien identifiées pour les patients.
	Horaires d'ouverture large de la structure (heures de midi, samedis, soirées).
	Possibilité de prise de rendez-vous par différents moyens (téléphone, internet, sur place) (37).
	Possibilité de visites à domicile.
	Aide par le secrétariat à l'identification de la couverture sociale des patients et la transmission au médecin généraliste (ALD, CSS, AME), soit par un code, une note, une alarme ou une fiche de suivi (si les patients sont d'accord pour cela, et dans le respect du secret professionnel).
	Recours possible aux conseils d'un assistant social, d'un psychologue.
	Travail en pluri professionnalité avec des acteurs de prévention spécifiques (ex : infirmiers de pratique avancée (IPA), infirmière puéricultrice en milieu scolaire, infirmière Asalée, coursiers sanitaires et sociaux).
	Connaissance d'un réseau de collègues spécialistes ne facturant pas de dépassement d'honoraires (secteur 1), ou dépassements contrôlés.



Tableau 4 suite et fin :

Modalités d'action des médecins pour s'adapter aux difficultés sociales des patients (interventions organisationnelles)

Thèmes	Actions au niveau organisationnel
Amélioration des parcours de soin dans son cabinet (suite).	Réunions de travail pluriprofessionnelles pour mieux connaître les acteurs du territoire et les ressources existantes (rencontre présenteielle ou distancielle).
	Réunions de travail pluriprofessionnelles pour mieux aider les patients ayant des problématiques biopsychosociales complexes (discussion de dossiers).
	Protocoles de soins partagés dans la structure pour faciliter les parcours de soins (ex : protocole infirmiers-médecins : spirométrie, prise de pression artérielle, holter tensionnel, protocole antivitamines K, protocole IVC, etc).
	Coordination du parcours de soin par un acteur bien identifié, le médecin traitant pour une bonne réception des compte-rendus des différents spécialistes lorsqu'ils sont contactés, et aide à la résolution de problématiques complexes.
	Promotion d'actions individuelles ou collectives pluri professionnelles visant à renforcer l'éducation à la santé et l'éducation thérapeutique des patients.
	Recours à des messageries sécurisées mail pour échanger avec les confrères (dans le respect du secret professionnel)
Actions de communication dans les parties communes orientées vers la prévention et le parcours de soin.	Organisation de campagnes de prévention dans les salles d'attente par le biais de canaux multiples : affiches, prospectus, spots audiovisuels, stand éphémères (ex : stand de promotion de la santé en partenariat avec les centres régionaux de coordination des dépistages des cancers).
	Mises à jour régulières de ces informations selon les besoins de la patientèle et l'actualité.
Actions de communication orientées vers les populations fragiles dans sa patientèle.	Repérage de situation à risque dans sa patientèle et proposition d'actions d'accompagnement (ex : personnes âgées isolées en période de canicule ; personnes âgées ne consultant pas en période d'épidémie de Covid-19).
	Repérage de patients non à jour en prévention, et proposition d'actions ciblées (ex : courrier envoyé aux personnes non à jour du dépistage du CCR ; courrier envoyé aux personnes non à jour de leur vaccination anti-grippale).
Évaluation des pratiques professionnelles au sein des cabinets.	Codage des motifs et résultats de consultations (selon une classification validée) pour permettre de décrire et d'évaluer ses pratiques à partir des logiciels métiers (ex : codage Classification internationale des soins primaires - CISP).
	Suivi de l'évolution d'indicateurs de santé en fonction de groupes sociaux dans sa patientèle (exemple : nombre de patientes à jour de leur frottis selon 3 classes sociales - données extraites à partir des dossiers médicaux).
	Mise en place d'actions ciblées selon les résultats.
	Ré-évaluation régulière des pratiques.

Au niveau territorial.

Au niveau territorial, les médecins généralistes peuvent comprendre l'état de santé des habitants et l'offre de soins du territoire. Ils peuvent organiser leurs soins avec les différents professionnels de santé du territoire pour faciliter l'accès aux soins et le parcours de soins des patients.

Ceci nécessite un fort décloisonnement des professionnels de santé dans les territoires. Les médecins peuvent relayer de façon efficace les actions de prévention et de soutien mises en place au niveau des villes. Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ont pour objectif d'organiser les soins en améliorant la coordination des acteurs au sein d'un territoire. Ces CPTS peuvent permettre de recruter des professionnels sociaux ou de santé selon les besoins locaux, et peuvent participer aux actions de santé publique mises en place sur le territoire.

Enfin, il est important que toutes les actions mises en place soient correctement communiquées à la population. **Ces mesures sont détaillées dans le tableau 5.**



crédit photo : info-juri.fr



Tableau 5 :

Modalités d'action des médecins pour s'adapter aux difficultés sociales des patients (Interventions dans le territoire ou la commune).

Thèmes	Actions au niveau du territoire ou de la commune
Compréhension de l'état de santé des personnes dans leur territoire de santé, ainsi que des ressources disponibles dans l'offre de soin.	Connaissance des caractéristiques socio-économiques des personnes vivant dans un territoire. Ceci peut s'appuyer sur des données connues à l'échelle d'une commune ou d'un IRIS : contrat local de santé, indice de développement humain (IDH), FDep, quartiers prioritaires des villes, site internet : http://rezone.ameli.fr/rezone/
	Connaissance de l'état de santé des personnes d'un territoire (ex : contrat local de santé, site internet : http://rezone.ameli.fr/rezone/) ou par des études dédiées telles que des thèses d'exercice en médecine.
	Connaissance des communautés principales vivant sur le territoire, pour adapter sa formation et sa pratique.
	Connaissance de l'offre de soins sur un territoire (ex : contrat local de santé mentale, réseaux de soins, associations, professionnels de santé : http://annuaire.sante.ameli.fr/ ou http://rezone.ameli.fr/rezone/)
	Connaissance des tarifs pratiqués par les professionnels de santé d'un territoire pour se constituer un réseau de soin accessible à tous (ex : secteur 1 ou secteur 2, à partir du site : http://annuaire.sante.ameli.fr/)
	Partage du diagnostic local de santé avec les professionnels de soins sur le territoire pour une meilleure organisation des actions de prévention, et une meilleure adaptation de l'offre de soin.
	Adaptation des priorités dans les projets de santé aux données ci-dessus (ex : mise en place de séances d'éducation thérapeutique sur le diabète de type 2 au sein du cabinet/centre de santé, car c'est le 1 ^{er} motif d'ALD 30 dans ma ville).
Amélioration de l'accès aux soins dans le territoire.	Mise en place de protocoles pluriprofessionnels de soins de premiers recours (38).
	Mise en place de coopérations formalisées ou non avec les hôpitaux de secteurs (ex : conventions cadres) pour mieux organiser l'accès aux soins (ex : entrées d'hospitalisation en évitant le passage aux urgences).
	Participation éventuelle à la télémedecine avec les collègues d'autres spécialités médicales pour demande d'avis rapides (ex : en dermatologie).
	Promotion de la création et du développement de PASS ambulatoires (permanences d'accès aux soins de santé ; cliniques de la précarité ; cliniques de l'attention).
	Promotion des initiatives locales en soins primaires auprès des populations vulnérables (ex : clinique de la précarité, clinique de l'attention).

Tableau 5 (suite):

Modalités d'action des médecins pour s'adapter aux difficultés sociales des patients (Interventions dans le territoire ou la commune).

Thèmes	Actions au niveau du territoire ou de la commune
Amélioration des parcours de soin dans son territoire.	Rencontre et collaboration avec les acteurs du territoire, par le biais de rencontres virtuelles ou présentes au cours du temps (ex : lors des différents staffs d'équipe) : • Professionnels de santé (dont médecin scolaire, médecin de l'assurance maladie, médecin du travail) • Acteurs médico-sociaux • Association de patients, voire personne ressource au sein d'une communauté • Acteurs de la santé publique et des actions de soutien au domicile : garde d'enfants, aides à domicile, soutien scolaire, programmes de sport-santé, etc ; et aussi actions culturelles de la ville • Contrats locaux de santé mentale (CLSM) • Réseaux ville-hôpital de proximité (dont équipes mobiles. Ex : équipes mobiles psychiatrie précarité) • Réseaux spécifiques (ex : réseau diabète, sport sur ordonnance, PASS ambulatoire) • Facultés de médecine (ex : aide à la recherche dans les territoires)
	Mise en place de coopérations formalisées ou non avec les hôpitaux de secteurs pour mieux organiser la coordination des soins (ex : protocoles de soins en communs, services de télémedecine partagés, postes partagés ville-hôpital).
	Accès par des numéros directs/des mails aux confrères hospitaliers, et réciproquement.
	Promotion d'actions collaboratives par le biais de création et de développement des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).
	Mutualisation des moyens (au niveau d'une CPTS par exemple) pour payer les services d'un interprétariat, d'un médiateur culturel, d'un assistant social, etc selon les besoins identifiés.
	Promotion de parcours de soin coordonnés (ex : prescription de bilan de médication par le pharmacien, ou d'entretiens pharmaceutiques pour AVK, AOD, asthme, ou de programmes d'ETP en pharmacie*).
	Renforcement d'autres pratiques collaboratives selon l'offre de soin locale.
	Promotion des espaces numériques en santé pour accéder au dossier médical partagé et faciliter les échanges entre professionnels de santé.
	Alerte sanitaire à l'ARS ou aux services municipaux selon les cas (ex : déclaration obligatoire du saturnisme)

* Programme ETP en pharmacie actuellement non remboursés hors CPTS.



Tableau 5 (suite et fin):

Modalités d'action des médecins pour s'adapter aux difficultés sociales des patients (Interventions dans le territoire ou la commune).

Thèmes	Actions au niveau du territoire ou de la commune
Participation aux actions locales de promotion de la santé et de santé publique.	Choix des actions de promotion de la santé selon le diagnostic local de santé (ou données similaires).
	Orientation des actions de dépistage vers les populations ayant le plus besoin, ceci pour augmenter l'efficacité et le rendement de l'action (dont les personnes socialement vulnérables, éloignés du soin, allophones).
	Orientation des actions de promotion de la santé et de renforcement des compétences psychosociales envers des publics spécifiques (ex: actions de sensibilisation des jeunes publics envers : la tolérance, l'acceptation de l'autre, la lutte contre la « grossophobie » ou la stigmatisation des personnes souffrant de troubles mentaux).
	Participation locale aux campagnes annuelles de santé publique, selon les possibilités locales.
	Participation aux conseils locaux de santé mentale (CLSM).
	Promotion des actions de « Aller vers », les actions « hors les murs » (ex : bus de vaccination contre le Covid-19 dans des quartiers identifiés prioritaires; permanence santé dans les foyers de travailleurs migrants ; Le principe est d'intégrer du soin somatique, psychiatrique, préventif dans différents lieux de vie des personnes concernées).
	Aide des habitants relais et des associations locales pour toute action de promotion de la santé et de prévention.
Information de la population sur les actions et les ressources du territoires.	Information de la population sur le rôle d'un médecin traitant.
	Information de la population, par des canaux multiples, des actions de promotion de la santé en place sur un territoire - en prenant en compte les différences de littératie de la santé.
	Information de la population des aides possibles pour améliorer l'accès aux soins et le parcours de soin sur un territoire (ex : équipements sportifs dans le cadre du sport sur ordonnance).
	Information de la population par le biais des ressources existantes au sein des communautés de quartier (ex : médiateur en santé, associations, journal local).
Développement de la recherche en qualité et équité des soins dans les territoires.	Développement d'actions de recherche sur un territoire, visant à décrire l'état de santé de la population (ex : campagne de dépistage systématique de saturnisme dans des bidonvilles), les besoins en santé, les besoins sociaux (ex du mal- logement), les niveaux de littératie, les freins potentiels à la réalisation d'actions de prévention pour mieux adapter ses actions.
	Développement d'actions de recherche sur un territoire, visant à évaluer les actions de promotion de la santé et de prévention mises en place.
	Développement d'actions de recherche sur un territoire, visant à évaluer les actions de coordination des soins mises en place.
	Développement d'actions de recherche sur un territoire, visant à évaluer l'impact d'interventions pour améliorer la santé des populations.
	Participation des personnes concernées dans la mise en place des interventions (ex : habitants relai, associations).
	Développement de maisons et centres de santé universitaires.

Au niveau national.

Au niveau national, les médecins généralistes peuvent aider à décrire l'état de santé et les besoins en santé de la population française, en participant aux travaux de recherche visant à améliorer la qualité et l'équité des soins. Ils peuvent travailler avec les éditeurs de logiciel pour optimiser les interfaces de saisie et les rendre plus efficaces en termes de rappel en prévention ou d'approche bio-psycho-sociale.

Ils peuvent plaider collectivement pour des incitations financières ou des rétributions prenant en compte la situation sociale des patients dans leur territoire.

Les médecins peuvent plaider pour que toutes les recommandations de bonnes pratiques prennent en compte les vulnérabilités psychosociales des patients et proposent des actions en respectant l'équité en santé. La structuration des parcours de soins depuis les soins primaires est un enjeu majeur des actions de soin dans les territoires.

En effet, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) a montré que les parcours de soins étaient mal organisés et ne favorisaient pas le bon recours aux bonnes personnes qui le nécessitaient (39).

Enfin, en cas d'alerte sanitaire, les médecins peuvent collectivement porter leur voix auprès des pouvoirs publics (ex : cela a été le cas devant l'augmentation des cas de saturnisme à Paris, porté par un collectif de professionnels de santé).

Ces mesures sont détaillées dans le tableau 6.

Tableau 6 :

Modalités d'action des médecins pour s'adapter aux difficultés sociales des patients (Interventions nationales).

Thèmes	Actions au niveau du territoire ou de la commune
Promotion de la recherche en soins primaires orientée vers la qualité et l'équité des soins.	Compréhension de l'état de santé des personnes consultant en médecine générale et en soins primaires.
	Développement de programmes de recherche sur les pratiques préventives en soins primaires (ex : sevrage tabagique).
	Développement de programmes de recherche sur la coordination des soins (ex : santé mentale).
	Développement de la recherche orientée vers l'amélioration de la qualité et de l'équité des soins (ex : interventions permettant de réduire les inégalités sociales de santé dans les pratiques préventives).
	Développement d'innovations à évaluer pour améliorer la santé des patients en toute sécurité.
Meilleure structuration du parcours de soins des patients en France.	Meilleure organisation des soins primaires, soins secondaires et tertiaires (39).
	Meilleure connaissance des rôles de chacun pour une utilisation pertinente des ressources du système de soins.
	Meilleure coordination entre les professionnels de santé avec des temps dédiés pour cela.



Tableau 6 (suite et fin) :

Modalités d'action des médecins pour s'adapter aux difficultés sociales des patients (Interventions nationales).

Thèmes	Actions au niveau du territoire ou de la commune
Amélioration des interfaces des logiciels métiers et dossier médical partagé.	Meilleure structuration des logiciels métiers permettant un recueil standardisé des déterminants sociaux (ex : tableau de bord social (TBS).
	Meilleure structuration des logiciels métiers permettant un aperçu récapitulatif des données préventives pour chaque patient.
	Meilleure structuration des logiciels métiers permettant une évaluation des pratiques au sein des différents cabinets ou centres de soins.
	Meilleure structuration des logiciels métiers permettant une mutualisation des données de santé entre différents logiciels utilisés en France, à visée de recherche.
	Promotion du dossier médical partagé en tenant compte du secret professionnel, des souhaits des patients et des enjeux éthiques.
Plaidoyer politique – alerte sanitaire.	Plaidoyer pour que les vaccins obligatoires soient remboursés à 100% par l'assurance maladie.
	Plaidoyer pour que toutes les recommandations de bonnes pratiques prennent en compte les vulnérabilités psycho sociales des patients et proposent des actions en respectant l'équité en santé.
	Soutien pour que les diagnostics immobiliers soient systématiques en cas de location (ex : diagnostic de plomb).
	Soutien pour le développement de consultations transversales d'évaluation de l'environnement des patients (ex : consultations « enfant et environnement » chez un enfant asthmatique).
	Plaidoyer collectivement pour que l'allocation des ressources dédiées aux soins primaires prenne en compte le niveau socioéconomique des territoires, par des indicateurs agrégés de défaveur sociale (ex : FDep).
	Plaidoyer collectivement pour que l'allocation des ressources dédiées aux soins primaires prenne en compte le niveau socioéconomique des territoires, par des indicateurs individuels de défaveur sociale (ex : pourcentage de personnes ayant la CSS sur un territoire).
	Plaidoyer pour que les soins primaires soient forts et permettent la meilleure prévention possible, ainsi que la meilleure prise en charge des maladies dès leur stade précoce.
	Soutien aux propositions pour « une grande Sécu » plus solidaire pour tous (ministre des Solidarités et de la Santé, 2021).
	Plaidoyer pour la disparition du ticket modérateur en soins primaires.
	Alerte sanitaire aux autorités de santé et aux instances politiques (ex : alerte des professionnels de santé et des citoyens sur l'augmentation des cas de saturnisme à Paris dans les années 90).

Cas particulier des enfants.

Les enfants vivent avec leur(s) parent(s), ou bien d'autre(s) personne(s), qui doivent s'occuper d'eux et les protéger. Prendre en compte la situation sociale des enfants commence par prendre en compte celle des adultes avec qui ils vivent.

Toutes les mesures décrites chez les adultes sont également recommandées chez les enfants (tableaux 3 à 6), y compris le recueil des principaux déterminants sociaux de la santé chez les parents. De plus, certaines spécificités concernent les enfants et sont décrites dans le tableau 7.

Le groupe propose un soutien à la parentalité dès le plus jeune âge et tout au long de la scolarité. Le rapport des 1000 premiers jours propose des actions concrètes et précoces telles que : la création de Maisons des milles jours qui seraient des lieux de culture, d'information, de coordination, et de vie pour les enfants et leur(s) parent(s) (35); et l'identification de manière formelle d'un professionnel de santé référent pour accompagner les familles pendant la grossesse et assurer la coordination entre les soins pendant et après la grossesse. Le rôle du médecin traitant est ici mis en lumière, et nécessiterait des moyens d'action spécifiques.

Plus tard dans l'enfance, les villes proposent des accès facilités à la culture et aux activités sportives. Mais la gratuité des services municipaux (bibliothèque, activité physique pour les enfants, ateliers éducatifs, entrée gratuite aux musées, etc) est un soutien insuffisant aux familles. Dans une étude récente portant sur les bibliothèques municipales, les auteurs décrivaient une surreprésentation des personnes diplômées par rapport à l'ensemble de la population : 60% des usagers des bibliothèques municipales avaient un niveau bac et plus, versus 22% des français (40). **Donc en plus de l'accès financier, le bon usage des ressources éducatives (sorties éducatives, culturelles) doit être promu à tous les parents de jeunes enfants chaque année.**

Au final, le soutien à la parentalité devrait être soutenu dans les écoles auprès de tous les parents et enfants en relai de la prévention effectuée dans les cabinets/centres médicaux, car les premières années d'école portent les bases du parcours scolaire des enfants et de leur santé future. Ce soutien devrait être renforcé dans les quartiers socialement défavorisés où les ressources locales peuvent être moins utilisées.

Puis, le repérage précoce de difficultés scolaires ou de développement est indispensable car il permet d'agir au plus tôt pour aider aux difficultés présentes. L'école est un lieu privilégié puisque l'enfant y passe 8 heures par jour dans un environnement collectif.

Les enseignants et AVS (auxiliaires de vie scolaires) sont des professionnels très bien placés pour repérer d'éventuelles difficultés, y compris dans les relations sociales des enfants avec les autres. Cependant, le récent rapport de la Cour des comptes sur les médecins et les personnels de santé scolaire pointe de nombreuses faiblesses dans ce dispositif (ressources humaines, organisation, management, évaluation...) (41).



En 2018, il est estimé qu'il y a un **taux d'encadrement d'un médecin scolaire pour 12 572 élèves, et d'un infirmier pour 1 300 élèves**. Il y a une nécessité d'ouvrir les portes de l'école dans le respect du secret professionnel, pour repérer davantage d'enfants en difficultés, repérer surtout les enfants en difficultés qui ne viennent pas/peu consulter dans les cabinets médicaux et organiser un réel parcours de soin pour ces enfants.

Tableau 7 :

Les enfants : modalités d'action des médecins pour s'adapter aux difficultés sociales des patients.

Thèmes	Actions au niveau du territoire ou de la commune
Promotion d'un parcours de soin adapté.	Identification d'un professionnel de santé référent pour assurer la coordination des soins pendant et après les grossesses.
	Approche globale prenant en compte l'environnement bio-psycho-social du/(es) parent(s) pendant la grossesse et après la naissance, jusqu'à ce que l'enfant quitte le domicile parental.
	Partenariat renforcé entre la médecine générale/la pédiatrie et les structures de PMI en cas de doute sur le bon développement d'un enfant.
	Mise en lien efficace des différents acteurs impliqués dans le parcours de soin des enfants sur un territoire (ex : les plateformes de coordination et d'orientation (PCO), dispositif PsyEnfantAdo ou Psycho'dom).
	Renforcement de la coordination des acteurs municipaux et médicaux travaillant sur un même territoire (ex : un médecin généraliste peut conseiller à un adolescent en situation de surpoids de participer aux activités nutritionnelles gratuites organisées par la ville ; d'autres initiatives existent pour le décrochage scolaire et d'autres thématiques, peu connues et relayées par les professionnels de santé).
Soutien à la parentalité renforcée.	Création des Maisons de 1000 jours pour accompagner les familles des jeunes enfants.
	Renforcement du bon usage des ressources éducatives dans les écoles (dont les bibliothèques municipales, les écrans).
	Renforcement de la venue d'associations dans les écoles pour améliorer l'accès aux loisirs éducatifs.
	Renforcement de la communication aux familles par les services municipaux sur les ressources disponibles gratuitement dans les territoires.
Repérage des difficultés au plus tôt dans les écoles.	Renforcement des partenariats entre la médecine de ville et les écoles pour permettre un repérage des enfants en difficultés dès les premiers signes, une orientation dans le parcours de soin et un suivi particulier.
	En parallèle, nécessité de recrutement de professionnels de santé exerçant dans les écoles (médecin scolaire, infirmiers, AVS).

Tableau 7 (suite et fin) :

Les enfants : modalités d'action des médecins pour s'adapter aux difficultés sociales des patients.

Thèmes	Actions au niveau du territoire ou de la commune
Prévention renforcée dans les cabinets ou centres médicaux.	Approche globale intégrant l'environnement bio-psycho-social des personnes vivant avec l'enfant.
	Démarche préventive renforcée dès le plus jeune âge, à compléter au fur et à mesure des consultations, selon les possibilités.
	Bon remplissage des suivis en matière de prévention dans les carnets de santé (y compris courbe de croissance avec indice de masse corporelle, périmètre crânien, suivis dentaires).
	Recueil structuré des suivis en matière de prévention dans les logiciels métier et rappels si nécessaire.
	Programmation au plus tôt des dates des prochains rendez-vous de prévention pris en charge à 100% par l'assurance maladie de 0 à 6 ans, sans avance de frais (1 ^{ère} semaine, 2 ^{ème} semaine, 1 mois chaque mois jusqu'à 6 mois, puis tous les 3-4 mois jusqu'à 24 mois, puis tous les ans jusqu'à 6 ans).
	Programmation au plus tôt des dates des prochains rendez-vous de prévention pris en charge à 100% par l'assurance maladie de 8 à 16 ans, sans avance de frais (8-9 ans, 11-13 ans et 15-16 ans).
	Prise en charge à 100% des vaccins obligatoires.
	Meilleures pratiques préventives possible à l'aide des ressources existantes (carnet de santé, recommandations professionnelles, sites internet tels que https://pediadoc.fr/ , etc).
	Prévoir un temps de consultation seul avec les enfants sans le(s) parent(s) ou leur(s) responsable(s) légal(-aux), dès l'âge de 11-12 ans.
	« Aller-vers » les structures scolaires et promouvoir les partenariats entre la médecine scolaire et la médecine générale/la pédiatrie.
Plaidoyer politique - alerte sanitaire	Plaidoyer pour que les vaccins obligatoires soient remboursés à 100% par l'assurance maladie.
	Plaidoyer pour que le sérum physiologique pour lavage nasal et oculaire soit remboursé à 100% par l'assurance maladie.
	Plaidoyer pour que les solutés de réhydratation orale soient remboursés à 100% par l'assurance maladie.

Enfin, toute la prévention est importante chez les enfants car elle permet d'éviter ou de repérer au plus tôt des situations à risque potentiel pour la santé de l'enfant.

Des ressources existent dans les territoires, souvent gratuites : plateformes de coordination et d'orientation, psychologues gratuites, éducateurs, médiateurs, etc. Mais il faut que ces ressources soient connues de tous, bien remboursées, et utilisées par toutes les personnes en ayant besoin.

Chez l'enfant également, la bonne coordination du parcours de soin sur les territoires est plus importante que l'ajout de nouveaux services. Des dispositifs d'aide aux médecins généralistes existent déjà tels que les conseils locaux de santé mentale (CLSM) mis en place dans plusieurs territoires.



Enfin, lors des consultations, une approche intégrée et systématique est primordiale à adopter en s'aidant des bonnes ressources, à tous les âges :

1 Le repérage de difficultés sociales ± psychologiques en période prénatale.

L'entretien du 4^{ème} mois (dit entretien prénatal précoce) est essentiel à réaliser ou à proposer à la femme ou au couple pendant la grossesse. Il permet une approche bio-psycho-sociale précoce en attendant la naissance de l'enfant et un suivi renforcé en post-partum.

Il pourrait être réalisé par le médecin traitant car celui-ci soigne la femme, l'enfant et sa famille dans la durée, ou bien par d'autres professionnels de la périnatalité (sage-femme, gynécologue).

Il est important que les informations psychosociales recueillies lors de cet entretien puissent être transmises aux professionnels de santé suivant la femme, l'enfant et la famille par la suite (pour lui donner toute son utilité en l'intégrant dans un parcours de soin coordonné).

2 Le repérage du tabagisme passif et du saturnisme infantile (avec déclaration obligatoire).

3 Le suivi d'une bonne alimentation, d'une activité physique et d'un temps d'écran adaptés (prévention primaire).

4 Le repérage des troubles de croissance de l'enfant, incluant la mesure de l'indice de masse corporelle, du poids de la taille et du périmètre crânien pour les plus jeunes.

Cela pour repérer des situations de surpoids et de l'obésité de l'enfant : le rebond d'adiposité précoce ou le changement de couloir dans le carnet de santé ne peut être bien évalué qu'avec le suivi de l'indice de masse corporelle (IMC) dans le carnet de suivi de l'enfant.

Par exemple, chez un enfant de 3 ans, une taille de 92cm et un poids de 17 kg se présentent tous deux « dans les courbes » standard de croissance ; seul le calcul et le report sur la courbe de l'IMC permet de repérer une obésité chez cet enfant (IMC à 20kg/m² dans ce cas).

5 Le repérage des troubles du neurodéveloppement.

Cela inclut des entités aussi différentes que le trouble spécifique des apprentissages (lecture, expression écrite et déficit du calcul), le déficit de l'attention/hyperactivité, les troubles de la communication, le trouble du spectre de l'autisme, etc.

Des recommandations spécifiques existent en soins primaires pour permettre une prise en charge rapide selon les contextes de soins partout en France (42).

6 La prévention des caries.

La santé buccale des enfants socio-économiquement défavorisés est plus mauvaise que celle des groupes favorisés. Les caries mal traitées peuvent avoir des conséquences locales voire systémiques importantes.

7 La prévention des troubles ophtalmologiques et auditifs.

Des recommandations spécifiques existent en soins primaires pour permettre une prise en charge rapide de ces troubles (43).

8 Le repérage des troubles psychologiques.

Pour cela, il est recommandé lors des consultations de l'enfant dès l'âge de 11-13 ans, de réaliser quelques consultations médicales sans la présence des parents (44).

9 Chez l'adolescent : la prévention des maladies sexuellement transmissibles et des grossesses non désirées.

Il est important de parler de prévention avant l'exposition aux risques, ou le plus tôt possible après le début de la vie sexuelle dans ces cas. Des consultations dédiées longues sont prévues dans la cotation des actes des médecins généralistes.

Des modalités de contraception sont remboursées pour les hommes et pour les femmes.

10 Chez l'adolescent : la prévention des addictions.

Il est important de parler de prévention des risques le plus tôt possible, éventuellement en s'aidant des campagnes de santé publique officielles.



crédit photo : Erik McLean - pexels.com



Éthique et temporalité.

Les médecins généralistes ont la spécificité d'accompagner les patients, leur famille, une patientèle, de façon globale, sur un territoire donné, dans le temps.

Exercer dans une zone socialement défavorisée nécessite de prendre en compte les déterminants sociaux de la santé des patients en consultation, car sinon il y a un risque d'augmenter les inégalités sociales de santé par construction ou par omission (45).

Exercer dans une zone favorisée n'exclut pas de soigner des populations moins aisées financièrement, ou des personnes seules/peu entourées, ou encore des personnes exposées professionnellement à un facteur de vulnérabilité sociale (stress et risques psychosociaux, exposition professionnelle physique/chimique).

Prendre en compte les déterminants sociaux de la santé a pour but de renforcer la justice sociale, et d'améliorer l'accès et le parcours de soin de tous. Pour autant, le souhait de mieux prendre soin des patients (ou bienfaisance) peut-être contre-balançé par des risques de stigmatisation de certains groupes sociaux (46). Des précautions sont à prendre sur les aspects d'éthique et de temporalité du recueil.

La situation sociale des personnes évolue dans le temps (passage d'étudiant à la vie professionnelle, de la vie professionnelle à la retraite, divorce, perte de personnes proches, rupture des droits à la CSS/AME/ALD/AAH ou tout autre évènement ayant un impact psychosocial).

L'évaluation de la situation sociale nécessite une mise à jour régulière dans le temps.

Éthique du recueil des déterminants sociaux de la santé en consultation.

Dans ce document, le postulat initial est que « pour ne pas aggraver les inégalités sociales de santé », les professionnels de santé doivent recueillir les déterminants sociaux de la santé afin d'anticiper des difficultés potentielles pour les soins (même si les inégalités sociales de santé ont leur origine en dehors du système de santé).

Fournir des soins proportionnels aux besoins des patients est un véritable défi car prendre en compte leur situation sociale nécessite plus de temps de consultation et cela nécessite de mobiliser des ressources difficiles d'accès. En 1971, un généraliste anglais J Tudor-Hart évoquait le principe de « l'inverse care law » selon lequel la disponibilité des soins médicaux de bonne qualité est inversement proportionnelle aux besoins de la population concernée (47). ●●●



●●● Cependant, des médecins motivés pourraient « ne pas faire partie du problème » mais contribuer à « la solution » (48). Recueillir la situation sociale des patients permet d'individualiser les soins et anticiper (ou repérer) d'éventuelles difficultés sociales dans l'accès ou le parcours de soin.

Ce recueil comprend pour autant des risques que les médecins doivent anticiper : **stéréotypes et préjugés ; discrimination négative ; anticipations négatives ; perte de vue des enjeux de la précarité ; discriminations statistiques** (tableau 8). Les médecins doivent être conscients des dérives potentielles de cet étiquetage. La sensibilisation et l'éclairage éthique sont des ressources pour limiter les risques et les dérives liés à « l'étiquetage ».

Les médecins ont le devoir de ne pas réduire les patients à leur maladie, il est tout aussi important de ne pas réduire les patients à leur situation sociale.

Pour ne pas être intrusif dans le recueil, la communication est importante et des précautions peuvent être prises dans la formulation des questions (ex : « est-ce que vous permettez que...? »). Il est possible que plus les médecins ont une connaissance individualisée et précise de leurs patients, plus leurs préjugés s'estompent.

Dans une étude française, les médecins généralistes trouvaient acceptable et éthique le recueil de la situation sociale des patients en consultation, dans la mesure où la prise en compte du patient dans sa globalité permettait un accompagnement personnalisé et optimisé (56). En miroir, les patients percevaient le caractère utile d'un recueil régulier de leur situation sociale par les médecins généralistes, en insistant sur la notion de confiance et sur le fait qu'un tel recueil améliorerait leur prise en charge et l'efficacité des médecins généralistes, donc leur santé (57).

Pour beaucoup de médecins, l'accompagnement des personnes en difficultés sociales peut redonner du sens à leur mission de médecins et restituer à la notion de soins toute sa noblesse.

Cependant, les médecins pro-actifs dans la lutte contre les inégalités sociales de santé doivent se protéger des échecs, il est souvent « difficile d'y arriver seul ».

Inversement, les médecins travaillant en pluri-professionnel (maisons de santé pluri-professionnelles, centres de santé, cabinets pluri-professionnels) doivent avoir conscience que les patients ne souhaitent pas forcément que les informations soient partagées au sein d'un groupe. Les règles de confidentialité et de respect s'imposent dans l'intérêt et le souhait du patient.



Tableau 8 :

Exemples de risques lors du recueil des DSS.

Thèmes	Description du risque	Pensées erronées	Commentaires
Intrusion dans la vie privée.	Jusqu'où le médecin a-t-il le droit d'aller dans le questionnement ?	La santé prime avant tout, et permet d'aller au-delà de la vie privée.	Les questionnements sur la vie privée sont parfois nécessaires pour soigner les patients. Mais uniquement dans une certaine mesure, dans un but de santé bien identifié, et dans le respect du droit de réponse des personnes.
Respect du secret professionnel.	Échanges et partages d'informations au sein des équipes de soins.	Les patients sont d'accord pour tout partage d'information, et toute pratique collégiale visant à améliorer leur santé.	L'accord du patient pour les échanges et le partage des informations le concernant, qui correspondent à des données personnelles de santé s'exprime juridiquement de deux manières distinctes selon les cas (49) : le droit d'opposition (c'est un accord implicite sauf opposition exprimée de la part du patient) ou l'exigence du recueil de consentement (l'accord du patient doit être explicite). Dans une équipe de soins, les échanges et le partage se réalisent sous le régime juridique de l'accord implicite du patient, sous réserve de son droit d'opposition. La connaissance de ses droits par le patient suppose que l'information lui ait été donnée de manière générale par une communication publique et des dispositifs d'affichage du même type que ceux qui l'informent du traitement informatisé des dossiers. En application du décret n°2016-994 du 20 juillet 2016, toute personne a le droit de s'opposer à tout moment à un échange ou un partage d'informations la concernant.
Stérotypes et préjugés.	Ne risque-t-on pas d'associer aux patients des préjugés erronés ?	Les patients bénéficiaires de la CSS/CMU-c consomment déjà beaucoup plus de soins que les patients non bénéficiaires, ils abusent du système de soins.	Depuis leur création, la CMU-c, l'ACS puis la CSS ont permis l'accès aux soins à de nombreuses personnes qui en étaient exclues. Cela s'est traduit par une consommation médicale des nouveaux bénéficiaires supérieure à celle du reste de la population couverte par le régime général, qui correspond au « rattrapage thérapeutique » d'une population qui cumulait santé précaire et déficit de soins. Une enquête de la DREES indique que plus de la moitié des ménages bénéficiaires de la CMU-c (54 %) déclaraient avoir renoncé à des soins avant l'instauration de cette couverture (50). Encore aujourd'hui, de nombreux patients n'ont pas recours aux aides sociales auxquelles ils ont droit : récemment, le taux de recours à la CMU-c était estimé à 56-68% de la population éligible, et le taux de recours à l'ACS était de 33-47% (51).
Discrimination négative.	Ne risque-t-on pas de refuser des soins aux patients parce qu'ils ont l'AME ou la CSS ?	Les praticiens en secteur 2 peuvent refuser les patients bénéficiaires de la CSS/CMU-c, ou ne pas appliquer le tiers payant.	Le refus de soins aux personnes les plus démunies est considéré comme discriminatoire par l'article L1170-3 du code de la santé publique. Il dit bien qu'« aucune personne ne peut faire l'objet de discrimination dans l'accès aux soins ». Un professionnel de santé ne peut pas refuser de soigner une personne au motif qu'elle est bénéficiaire de la CSS/CMU-c ou AME, et il doit pratiquer le tiers payant sans dépassement d'honoraires. Cependant, selon une étude récente, le taux global des refus de rendez-vous des patients en situation de précarité était de 42% pour les patients bénéficiaires de la CMU-C ou de l'ACS, ce taux variant de 25% à 66% selon la spécialité (52).



Tableau 8 (suite et fin) :

Exemples de risques lors du recueil des DSS.

Thèmes	Description du risque	Pensées erronées	Commentaires
Stigmatisation de certains groupes sociaux et culturels	Ne risque-t-on pas de stigmatiser/d'essentialiser certains groupes sociaux identifiés ?	La prise en charge des patients bénéficiaires de la CSS (ex CMU-C et AME) est plus lourde. Ils présentent des situations complexes et sont parfois moins observants.	Parfois, les patients bénéficiaires de la CSS sont appelés « patients CSS ou patients CMU ». Cette désignation favorise une forme d'essentialisation (53). La CSS devient un attribut définissant « la nature » de ces patients. Les praticiens sont rarement conscients de ses effets à quelques exceptions près. Pourtant, les Français et professionnels de santé sont attachés dans une grande majorité à la protection sociale solidaire.
Anticipations négatives	Peut-on se fier à notre ressenti dans les pratiques préventives ?	Son travail est difficile, ce n'est pas le moment de lui parler de sevrage tabagique !	Il est décrit que les professionnels de santé ont des pratiques préventives socialement différenciées. Par exemple, ils ont tendance à délivrer moins souvent des conseils de sevrage tabagique aux personnes socialement plus défavorisées. Un dépistage réalisé selon « le ressenti des médecins » peut faire perdre des chances aux patients, et aggraver les ISS (54,55).
Perte de vue des enjeux de la précarité	Ne risque-t-on pas d'occulter des enjeux de la précarité par des situations faussement rassurantes ?	Mon patient a la CSS/CMU-c, il n'est pas précaire !	La précarité est multidimensionnelle, et ne se limite pas à la couverture maladie complémentaire. Seule une démarche globale de recueil des DSS permet d'exclure des difficultés éventuelles dans les soins. Par ailleurs, la situation des patients vis-à-vis de la CSS/CMU-c peut varier d'une année à une autre.
Discriminations statistiques	Ne risque-t-on pas de transposer à tort des données épidémiologiques aux patients en consultation ?	Il y a davantage de risque de maltraitance dans tel milieu social, donc vous êtes plus à risque, Madame !	Les données statistiques ne peuvent pas s'appliquer aux patients vus individuellement en consultation. Le professionnalisme est essentiel pour respecter les patients.



Temporalité du recueil des déterminants sociaux de la santé en consultation.

La temporalité du recueil semble essentielle, et d'autant plus permise en médecine générale. Cela ne veut pas dire qu'il ne se passe rien de subjectif dès les 1^{ères} interactions : les médecins ont des informations sur la carte vitale ou via des éléments verbaux ou non verbaux qui conduisent à des catégorisations non conscientes.

Dans le travail du Dr Garnotel et al., la temporalité du recueil différait selon les médecins interrogés (56). Pour certains médecins généralistes, un questionnement systématique non contextualisé dès la première consultation pouvait permettre d'être moins stigmatisant dans le recueil des DSS. Pour d'autres, il était nécessaire d'inscrire ce recueil dans le temps lorsque cela était possible, au fur et à mesure des soins prodigués. Cela permettait d'établir une relation de confiance, et de réaliser le recueil plus naturellement.

Par exemple, si une personne présentait une grippe, il était légitime de questionner les déterminants sociaux tels que la profession (nécessité d'un arrêt maladie ?) et la situation socio-familiale (personnes vulnérables à protéger dans l'entourage ? personnes aidantes dans l'entourage ?).

Codage dans les dossiers médicaux.

Les informations doivent être visibles dans le dossier médical pour aider régulièrement à l'accompagnement des patients et elles doivent être régulièrement mises à jour.

Comme dans les précédentes recommandations du Collège de médecine générale (CMG), le groupe propose des codages pour les éditeurs de logiciels afin d'harmoniser les pratiques entre médecins (tableau 10) (16).

Dans le cadre de suivi familial, il faudrait pouvoir intégrer les données sociales recueillies chez un membre de la famille dans les autres dossiers médicaux reliés.

Le temps nécessaire au recueil des déterminants sociaux dans les dossiers médicaux semble «peu chronophage» en tant que tel (<2 minutes) (58). Cependant, il est possible que ce recueil soulève des difficultés sociales impliquant une analyse plus approfondie de la situation.

Le groupe recommande une prise en compte de la surcharge de travail médico-social induite par une approche bio- psycho-sociale dans les quartiers socialement défavorisés.

L'intervention d'un tiers pourrait être possible et pertinente dans le recueil des déterminants sociaux de la santé : secrétariat médical, infirmier Asalée (Action de santé libérale en équipe), infirmier IPA (infirmier en pratique avancé), assistants médicaux, médiateurs en santé, etc.

Cela devrait s'inscrire dans des considérations réglementaires et éthiques rigoureuses.

**Tableau 9 :**

Exemples de codages pour les éditeurs de logiciels (adapté des recommandations du Collège de la Médecine Générale, 2014). Chaque item devrait alors être complété de la « date de dernière mise à jour ».

Date de naissance

- ⊙ **Format** : chiffre JJ/MM/AAA
- ⊙ **Modalités de réponse possible** : autoriser les dates de naissance “incohérentes”, utilisées par l’assurance maladie pour certains patients nés à l’étranger (exemple : 01/30/1958)
- ⊙ **Modalité(s) informatique(s) de saisie** :
 - Récupération de la donnée à partir de la carte vitale
 - Saisie manuelle : 3 champs de saisie numérique (un pour le jour, le mois et l’année).
En cas de date de naissance incohérente, alerte (fenêtre pop-up) pour demander la validation de cette donnée incohérente (ex : “la date de naissance que vous avez renseignée n’est pas une date cohérente, validez-vous cette date de naissance ?”)
- ⊙ **Texte d’aide éventuel** : aucun

Sexe

- ⊙ **Format** : texte
- ⊙ **Modalités de réponse possibles** :
 - Masculin
 - Féminin
- ⊙ **Modalité(s) informatique(s) de saisie** : soit liste déroulante, soit cases à cocher exclusives
- ⊙ **Texte d’aide éventuel** (qui s’afficherait à la demande de l’utilisateur, par exemple via un “infobouton”) : «En cas de patient(e) transidentitaire, il serait possible de noter le sexe tel que souhaité par le patient, en plus du sexe de naissance ou du sexe social. Ce point nécessite d’être approfondi lors de futures recommandations.»

Adresse

- ⊙ **Format** : texte avec si possible géolocalisation et possibilité de mettre 2 adresses le cas échéant
- ⊙ **Modalités de réponse possibles** : utiliser le répertoire FANTOIR
- ⊙ **Modalité(s) informatique(s) de saisie** : à adapter selon le dictionnaire, champ de saisie libre alphanumérique pour le numéro (exemple : 32bis), liste déroulante pour le type de voie, un champ de texte libre pour la première partie de l’adresse, un 2ème champ de texte libre pour le complément d’adresse, un champ de saisie numérique pour le code postal, une liste déroulante pour la commune qui se met à jour lorsque le champ du code postal est renseigné + une case à cocher/décocher “Il s’agit d’une adresse administrative”.
- ⊙ **Texte d’aide éventuel** : si le patient est hébergé, noter le nom de la personne qui héberge. Exemple : «Chez Monsieur Untel.»

Est en couple

- ⊙ **Format** : texte
- ⊙ **Modalités de réponse possibles** :
 - Oui
 - Non
- ⊙ **Modalité(s) informatique(s) de saisie** : cases à cocher exclusives ou liste déroulante
- ⊙ **Texte d’aide éventuel** : aucun



Tableau 10 (suite) :

Exemples de codages pour les éditeurs de logiciels (adapté des recommandations du Collège de la Médecine Générale, 2014). Chaque item devrait alors être complété de la « date de dernière mise à jour ».

Si le patient est en couple, le couple est-il cohabitant ?

- ⊙ **Format** : texte
- ⊙ **Modalités de réponse possibles** :
 - Oui
 - Non
- ⊙ **Modalité(s) informatique(s) de saisie** : cases à cocher exclusives ou liste déroulante
- ⊙ **Texte d'aide éventuel** : aucun

Nombre d'enfants à charge

- ⊙ **Format** : numérique
- ⊙ **Modalités de réponse possibles** : chiffre entre 0 et 20
- ⊙ **Modalité(s) informatique(s) de saisie** : liste déroulante
- ⊙ **Texte d'aide éventuel** : aucun

Vit seul(e)

- ⊙ **Format** : texte
- ⊙ **Modalités de réponse possibles** :
 - Oui
 - Non
- ⊙ **Modalité(s) informatique(s) de saisie** : cases à cocher exclusives ou liste déroulante
- ⊙ **Texte d'aide éventuel** : «Il s'agit d'indiquer si le patient vit avec ou sans autre adulte sous le même toit.»

Pays de naissance

- ⊙ **Format** : texte
- ⊙ **Modalités de réponse possibles** : utiliser le thésaurus COG de l'INSEE
- ⊙ **Modalité(s) informatique(s) de saisie** : liste déroulante ou saisie semi automatique
- ⊙ **Texte d'aide éventuel** : aucun

Niveau d'études

- ⊙ **Format** : texte
- ⊙ **Modalités de réponse possibles** :
 - Niveau primaire
 - Niveau secondaire (collège/lycée)
 - Enseignement supérieur
 - Aucun cursus scolaire
- ⊙ **Modalité(s) informatique(s) de saisie** : liste déroulante
- ⊙ **Texte d'aide éventuel** : «Pour les patients ayant grandi dans un autre pays, noter la correspondance avec le système éducatif français».

Profession

- ⊙ **Format** : texte
- ⊙ **Modalités de réponse possibles** : texte libre (de taille suffisante)
- ⊙ **Modalité(s) informatique(s) de saisie** : texte libre
- ⊙ **Texte d'aide éventuel** : «La profession doit être notée de la manière la plus explicite et précise possible. Par exemple : stagiaire coiffeur, coiffeur salarié, ou responsable d'un salon de coiffure.»

**Tableau 10 (suite) :**

Exemples de codages pour les éditeurs de logiciels (adapté des recommandations du Collège de la Médecine Générale, 2014). Chaque item devrait alors être complété de la « date de dernière mise à jour ».

Assurance maladie

Deux champs d'informations doivent être renseignés :

1. Assurance maladie du patient

- ⊙ **Format :** texte
- ⊙ **Modalités de réponse possibles :**
 - AMO seule
 - AMO + AMC privée
 - AMO + CSS
 - AME
 - Pas de couverture sociale ou PASS.
- ⊙ **Modalité(s) informatique(s) de saisie :**
 - Automatique à partir de la carte vitale : enregistrement du oui automatiquement si la carte vitale du patient est insérée dans le lecteur et qu'elle "témoigne" de droits ouverts.
 - Saisie manuelle : soit liste déroulante, soit cases à cocher exclusives.
- ⊙ **Texte d'aide éventuel :** «La CSS est bien une AMC qui complète la PUMA. L'AME fait office d'AMO et d'AMC. Depuis le 1^{er} novembre 2019, la Complémentaire santé solidaire remplace la CMU-C et l'ACS.»

2. Exonération du ticket modérateur

- ⊙ **Format :** texte
- ⊙ **Modalités de réponse possibles :**
 - Aucune
 - Accident de travail / Maladie professionnelle
 - Affection de longue durée (ALD)
 - Invalidité, article 115 "anciens combattants"
- ⊙ **Modalité(s) informatique(s) de saisie :**
 - Automatique à partir de la carte vitale
 - Saisie manuelle : cases à cocher avec choix multiples possibles
- ⊙ **Texte d'aide éventuel :** aucun

Violences physiques, psychologiques ou sexuelles

- ⊙ **Format :** texte
- ⊙ **Modalités de réponse possibles :**
 - Oui
 - Non
- ⊙ **Modalité(s) informatique(s) de saisie :** cases à cocher exclusives.
- ⊙ **Texte d'aide éventuel :** en cas de migration, des violences ont pu avoir lieu dans le pays d'origine, au cours du parcours migratoire ou dans le pays d'arrivée (France).



Tableau 10 (suite) :

Exemples de codages pour les éditeurs de logiciels (adapté des recommandations du Collège de la Médecine Générale, 2014). Chaque item devrait alors être complété de la « date de dernière mise à jour ».

Catégorie socioprofessionnelle INSEE

- ⊙ **Format** : texte
- ⊙ **Modalités de réponse possibles** : nomenclature INSEE (intitulés et codes)
- ⊙ **Modalité(s) informatique(s) de saisie** : un menu déroulant à deux niveaux emboîtés permet de sélectionner successivement les deux premiers niveaux de l'INSEE :
 - **Niveau 1 (8 codes)** : Agriculteurs exploitants ; Artisans, commerçants et chefs d'entreprise ; Cadres et professions intellectuelles supérieures ; Professions Intermédiaires ; Employés ; Ouvriers ; Retraités ; Autres personnes sans activité professionnelle.
 - **Niveau 2 (24 codes)** : Agriculteurs exploitants ; Artisans ; Commerçants et assimilés ; Chefs d'entreprise de 10 salariés ou plus ; Professions libérales et assimilés ; Cadres de la fonction publique, professions intellectuelles et artistiques ; Cadres d'entreprise ; Professions intermédiaires de l'enseignement, de la santé, de la fonction publique et assimilés ; Professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises ; Techniciens ; Contremaîtres, agents de maîtrise ; Employés de la fonction publique ; Employés administratifs d'entreprise ; Employés de commerce ; Personnels des services directs aux particuliers ; Ouvriers qualifiés ; Ouvriers non qualifiés ; Ouvriers agricoles ; Anciens agriculteurs exploitants ; Anciens artisans, commerçants, chefs d'entreprise ; Anciens cadres et professions intermédiaires ; Anciens employés et ouvriers ; Chômeurs n'ayant jamais travaillé ; Inactifs divers autres que retraités.
- ⊙ **Texte d'aide éventuel** : aucun

Statut par rapport à l'emploi

- ⊙ **Format** : texte
- ⊙ **Modalités de réponse possibles** :
 - actif travaillant actuellement, ou en congé
 - Retraité(e), pré-retraité(e) ou congé de fin d'activité
 - Chômeur
 - Au foyer
 - Invalidité avec pension
 - Étudiant
 - Autre situation
- ⊙ **Modalité(s) informatique(s) de saisie** : liste déroulante
- ⊙ **Texte d'aide éventuel** : les enfants scolarisés avant l'enseignement supérieur ne sont pas concernés. Pour eux, il faut noter «Autre situation».

Capacité de compréhension du langage écrit

- ⊙ **Format** : texte
- ⊙ **Modalités de réponse possibles à la question suivante** : «Avez-vous besoin que quelqu'un vous aide pour comprendre des ordonnances ou des documents d'information médicale remis par votre médecin ou votre pharmacien ?» :
 - Oui
 - Non
- ⊙ **Modalité(s) informatique(s) de saisie** : cases à cocher exclusives
- ⊙ **Texte d'aide éventuel** : aucun

**Tableau 10 (suite et fin) :**

Exemples de codages pour les éditeurs de logiciels (adapté des recommandations du Collège de la Médecine Générale, 2014). Chaque item devrait alors être complété de la « date de dernière mise à jour ».

Minima sociaux

- ⊙ **Format** : aucun
- ⊙ **Modalités de réponse possible** :
 - Oui
 - Non
- ⊙ **Modalité(s) informatique(s) de saisie** : cases à cocher exclusives
- ⊙ **Texte d'aide éventuel** : Exemples : revenu de solidarité active (RSA, ex-RMI), allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA), allocation adulte handicapé (AAH), allocation de solidarité spécifique (ASS), allocation équivalent retraite (AER), allocation temporaire d'attente (ATA), allocation supplémentaire d'invalidité (ASI) et allocation veuvage (AV), allocation parent isolé (API)
- ⊙ **Texte d'aide éventuel** : aucun

Statut vis à vis du logement

- ⊙ **Format** : texte
- ⊙ **Modalités de réponse possible** :
 - Propriétaire
 - Locataire
 - Vit dans un foyer
 - Est hébergé
 - Est sans abri
- ⊙ **Modalité(s) informatique(s) de saisie** : liste déroulante
- ⊙ **Texte d'aide éventuel** : aucun

Situation financière perçue

- ⊙ **Format** : texte
- ⊙ **Modalités de réponse possibles à la question** "En ce qui concerne la situation financière de votre foyer, diriez-vous que ?":
 - 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
- ⊙ **Modalité(s) informatique(s) de saisie** : liste déroulante
- ⊙ **Texte d'aide éventuel** : aucun

Les inégalités sociales de santé sont d'origine multifactorielle et débutent in utero. La réduction de ces inégalités sociales de santé passe par des actions menées sur les déterminants sociaux de la santé et par des actions menées dans le système de soins.

Un système de santé organisé autour des soins primaires est plus efficace, plus efficient et plus équitable car il permet l'accès des personnes vulnérables aux soins, à la prévention, et à la prise en charge des problèmes courants. Dans plus de 95% des cas, les patients n'ont pas recours aux soins secondaires ou tertiaires au sein d'un hôpital ou d'une clinique.

Les médecins généralistes, comme tous les acteurs du système de soins, doivent être sensibilisés au rôle majeur des déterminants sociaux de la santé, et en tenir compte dans l'accompagnement de leur patient.

Cette approche globale est promue dans l'approche bio-psycho-sociale, par opposition à une approche biomédicale. Elle nécessite des adaptations de pratique, dont un recueil des déterminants sociaux de la santé dans les 4 principaux domaines : vie sociale et affective ; vie professionnelle ; habitat ; et parcours de soin.

Des alertes potentielles sont à rechercher telles qu'un isolement socio-affectif ; une exposition professionnelle spécifique et une insécurité financière ; une exposition environnementale toxique, une insécurité en matière de logement ou une promiscuité importante dans le cas de maladies contagieuses ; et enfin un renoncement aux soins, une absence d'assurance maladie complémentaire ou une impossibilité de lire et comprendre les ordonnances.

Chez les enfants, le contexte social se comprend par le recueil d'informations concernant les parents et par le recueil d'informations concernant l'enfant (dont la scolarité).

Puis, les médecins généralistes peuvent adapter leurs pratiques pour anticiper d'éventuelles difficultés sociales, et prendre en compte les déterminants sociaux de la santé en consultation.

Ces interventions peuvent être effectuées dans la relation individuelle avec le patient, dans l'organisation du cabinet, dans le territoire ou au niveau national. Elles peuvent aussi être adaptées par domaine ou type de déterminant social. Un renforcement des pratiques préventives est l'un des moyens les plus efficaces pour diminuer les inégalités sociales de santé en soins.

Certaines périodes d'exposition sont particulièrement sensibles : périnatalité, enfance, personnes âgées. Durant ces moments de vie, une collaboration pluri-professionnelle renforcée peut éviter des pertes d'information et des pertes de chance dans le suivi des patients. Cela nécessite une vigilance particulière, une structuration adéquate du parcours de soins des patients et une coordination accrue entre les soins primaires, secondaires et tertiaires.

Puis, les informations recueillies doivent être structurées, visibles dans le dossier médical et mises à jour régulièrement. Ce recueil nécessite une sensibilisation aux enjeux éthiques, une réflexion sur les limites et risques de nos interventions tout en sachant que l'approche globale du patient est le cœur du métier de médecin généraliste.

Composition du groupe de travail

Les personnes suivantes ont participé au travail de rédaction (par ordre alphabétique), sous la coordination du Dr Gladys Ibanez (médecin généraliste, Paris, 75) :

Bouraki Naima, médecin généraliste, Orléans (45)
Casta Céline, médecin généraliste, Nice (06)
Charissou Alan, médecin exerçant en PMI, Département de la Moselle (57)
Chatelard Sophia, médecin généraliste, Saint Martin d'Hères (38)
De Beco Isabelle, médecin généraliste, Paris (75)
Denantes Mady, médecin généraliste, Paris (75)
Falcoff Hector, médecin généraliste, Paris (75)
Favre Madeleine, médecin généraliste, Vincennes (94)
Guilberte Anne, coordinatrice, Fédération des Maisons et Pôles de Santé en Île-de-France (FEMASIF)
Lozat Raphael, médecin généraliste, Moissac (82)
Magnier Anne-Marie, médecin généraliste, professeur universitaire, Paris (75)
Peyrat Dominique, médecin généraliste, La Madeleine (59)
Ringa Virginie, épidémiologiste, Inserm
Vialy Roland, médecin généraliste, ex-MSU, retraité, régulateur centre 15, Drôme (26).

Composition du groupe de lecture

Les personnes suivantes ont réalisé un travail de relecture :

Boubat Rémi, membre du collectif des usagers du pôle de santé des Envierges
Cadwallader Jean-Sébastien, médecin généraliste, Aubervilliers (93)
Catrice Maxime, médecin généraliste, Saint-Denis (93)
Chastang Julie, médecin généraliste, Paris (75)
Chavannes Barbara, médecin généraliste, Limeil Brevannes (94)
De Durand Capucine, médiatrice en santé, Asalée (75)
Desprès Caroline, Médecin de santé publique et docteur en anthropologie sociale et ethnologie
Lahlou Nabil, pharmacien, Villejuif (94)
Legros Marine, médiatrice en santé, Asalée (75)
Nougareide Jean-Marie, coordinateur de la maison de santé pluriprofessionnelle de Thorigny sur Marne (77)
Robert Sarah, médecin généraliste, Saint Denis (93)
Ruelle Yannick, médecin généraliste, Pantin (93)
Savigneau Gaele, infirmière Asalée, Paris (75)
Sené Danièle, infirmière Asalée, Paris (75)
Soumaré Hada, infirmière en pratique avancée, et infirmière Asalée

Financements et conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt avec le sujet traité. L'élaboration de ces recommandations a été réalisée avec le soutien du Collège de la médecine générale et le soutien des employeurs pour les participants salariés.

1. L'espérance de vie par niveau de vie : chez les hommes, 13 ans d'écart entre les plus aisés et les plus modestes.

Insee Première - 1687 [Internet]. [cité 15 oct 2021].

Disponible sur insee.fr/fr/statistiques/3319895

2. Gradient social de santé.

Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé [Internet]. [cité 15 oct 2021].

Disponible sur nccdh.ca/fr/glossary/entry/gradient-social-de-sante

3. Social Determinants of Health for Health Care: Five Plus Five.

[Internet]. [cité 15 oct 2021].

Disponible sur google.fr/search?q=Social+Determinants+of+Health+for+Health+Care%3A+Five+Plus+Five.&ie=UTF-8&oeq=

4. A conceptual framework for action on the social determinants of health

Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé [Internet]. [cité 15 oct 2021].

Disponible sur nccdh.ca/fr/resources/entry/a-conceptual-framework

5. Time to care: tackling health inequalities through primary care.

Norbury M, Mercer SW, Gillies J, Furler J, Watt GCM. Fam Pract. févr 2011;28(1):1-3.

6. Tackling Inequalities in General Practice.

Hutt P, Gilmour S. 2010. London, UK The King's Fund.

7. Do biomedical models of illness make for good healthcare systems?

Wade DT, Halligan PW. BMJ. 11 - déc 2004;329(7479):1398-401.

8. The biopsychosocial model 25 years later : principles, practice, and scientific inquiry.

Borrell-Carrió F, Suchman AL, Epstein RM. Ann Fam Med. déc 2004;2(6):576-82.

9. Closing the gap in a generation : health equity through action on the social determinants of health - Final report of the commission on social determinants of health

[Internet]. [cité 15 oct 2021].

Disponible sur who.int/publications-detail-redirect/WHO-IER-CSDH-08.1

10. The ecology of medical care.

White KL, Williams TF, Greenberg BG. 1961. Bull N Y Acad Med. 1996;73(1):187-212.

11. The Ecology of Medical Care Revisited.

Green LA, Fryer GE, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. N Engl J Med. 28 juin 2001;344(26):2021-5.

12. SNIR

[Internet]. [cité 15 oct 2021].

Disponible sur ecosante.fr/DEPAFRA/2352.html

13. Communications Materials

[Internet]. [cité 15 oct 2021].

Disponible sur who.int/teams/primary-health-care/conference/communications-materials

14. Colloque : Précarité et Santé

Larcher P. 17 janvier 2007 au Centres Sèvres. In.

15. dossier_sns_2017_vdef.pdf

[Internet]. [cité 15 oct 2021].

Disponible sur solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdef.pdf

16. Inégalités sociales de santé : Pourquoi les repérer ? Quels indicateurs simples ?

[Internet]. CMG. 2018 [cité 15 oct 2021].

Disponible sur lecmg.fr/inegalites-sociales-de-sante-pourquoi-les-reperer-quels-indicateurs-simples/

17. Recommandations pour la pratique clinique (RPC)

[Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 19 oct 2021].

Disponible sur has-sante.fr/jcms/c_431294/fr/recommandations-pour-la-pratique-clinique-rpc

18. How French general practitioners adapt their care to patients with social difficulties? Fam Med Community Health.

De Oliveira A, Chavannes B, Steinecker M, Denantes M, Chastang J, Ibanez G. - 2019;7(4):e000044.

19. Combattre l'isolement social pour plus de cohésion et de fraternité.

Serres J-F. :186.

20. Prescrire ou renouveler un arrêt de travail

[Internet]. [cité 15 oct 2021].

Disponible sur ameli.fr/medecin/exercice-liberal/prescription-prise-charge/arret-de-travail/prescrire-ou-renouveler-un-arret-de-travail

21. Les inégalités sociales au temps du COVID-19.

Bajos N, Warszawski J.

Institut pour la recherche en santé publique (IReSP); 2020 p. 12. (Questions de santé publique). Report No.: 40.

22. Air quality and social deprivation in four French metropolitan areas--a localized spatio-temporal environmental inequality analysis.

Padilla CM, Kihal-Talantikite W, Vieira VM, Rossello P, Le Nir G, Zmirou-Navier D, et al.

Environ Res. oct 2014;134:315-24.

23. Association of Air Pollution and Heat Exposure With Preterm Birth, Low Birth Weight, and Stillbirth in the US: A Systematic Review.

Bekkar B, Pacheco S, Basu R, DeNicola N.

JAMA Netw Open. 1 juin 2020;3(6):e208243.

24. Pollution de l'air intérieur et asthme chez l'adulte.

Mitha N, Lévy J, Annesi-Maesano I, Lafortune J, Magnier A-M, Ibanez G.
Rev Mal Respir. mai 2013;30(5):374-413.

25. Lignes directrices de l'OMS pour la qualité de l'air intérieur : humidité et moisissures

[Internet]. [cité 19 oct 2021].

Disponible sur euro.who.int/fr/publications/abstracts/who-guidelines-for-indoor-air-quality-dampness-and-mould

26. Air intérieur : Comment avoir un air intérieur plus sain ? Quels bons gestes adopter ?

[Internet]. Atmo Nouvelle-Aquitaine. [cité 15 oct 2021].

Disponible sur atmo-nouvelleaquitaine.org/atom/10302

27. Dépister l'intoxication au plomb

[Internet]. [cité 19 oct 2021].

Disponible sur ameli.fr/assure/sante/themes/saturnisme/depistage-intoxication-plomb

28. ATD Quart Monde

[Internet].

Disponible sur atd-quartmonde.fr/wp-content/uploads/2020/11/2020-11-15_Rapport-Un-toit-ma-sante-et-moi-final.pdf

29. Une hausse modérée de la couverture de la population après la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise.

Fouquet M. 2020.

30. Diagnostic quantitatif du renoncement aux soins des assurés de 18 Caisses Primaires d'Assurance maladie.

ODENORE - Université Grenoble Alpes - [Internet]. [cité 15 oct 2021].

Disponible sur odenore.msh-alpes.fr/ressources/diagnostic-quantitatif-renoncement-aux-soins-assures-18-caisses-primaires-dassurance-maladie

31. La complémentaire santé en 2014 : 5 % de non-couverts et 12 % parmi les 20 % les plus pauvres

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

[Internet]. [cité 19 oct 2021].

Disponible sur irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/229-la-complementaire-sante-en-2014.pdf

32. Questionnaires littératie en santé

[Internet]. REFLIS. [cité 19 oct 2021].

Disponible sur reflis.fr/questionnaires/

33. Faible niveau de littératie : un obstacle pour les plus vulnérables.

Mieux se comprendre – 2021.

34. L'importance des compétences : Résultats supplémentaires de l'évaluation des compétences des adultes.

FR - OCDE

[Internet]. [cité 15 oct 2021].

Disponible sur oecd.org/fr/pays/chypre/l-importance-des-competences-176f15d3-fr.htm

35. Les 1000 premiers jours – Là où tout commence, Rapport de la commission des 1000 premiers jours.

Ministère des solidarités et de la santé.

[Internet]. 2020.

Disponible sur solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-1000-premiers-jours.pdf

36. The SPECTRUM Consortium: a new UK Prevention Research Partnership consortium focussed on the commercial determinants of health, the prevention of non-communicable diseases, and the reduction of health inequalities.

Horton M, Perman-Howe PR, Angus C, Bishop J, Bogdanovica I, Brennan A, et al. Wellcome Open Res. 2021;6:6.

37. Profil sociodémographique et motivations des patients venant en consultation de médecine générale sur et sans rendez-vous.

Batsch E, Lazimi G, Chastang J, Cadwallader JS, Hommey N, Denantes M, et al.

Exercer. 2017;100-7.

38. Élaboration des protocoles pluriprofessionnels de soins de premier recours

[Internet].

Haute Autorité de Santé. [cité 15 oct 2021].

Disponible sur has-sante.fr/jcms/c_2680226/fr/elaboration-des-protocoles-pluriprofessionnels-de-soins-de-premier-recours

39. Avis du HCAAM sur l'organisation de la médecine spécialisée et le second recours

[Internet]. [cité 11 nov 2021].

Disponible sur securite-sociale.fr/home/hcaam/zone-main-content/rapports-et-avis-1/avis-du-hcaam-sur-lorganisation.html

40. Les bibliothèques municipales et leurs publics : Pratiques ordinaires de la culture

[Internet].

Les bibliothèques municipales et leurs publics : Pratiques ordinaires de la culture.

Bertrand A-M, Burgos M, Poissenot C, Privat J-M.

Paris : Éditions de la Bibliothèque publique d'information; 2013 [cité 15 oct 2021]. 286 p.

(Études et recherche).

Disponible sur: <http://books.openedition.org/bibpompidou/238>

41. Les médecins et les personnels de santé scolaire

[Internet].

Cour des comptes. [cité 15 oct 2021].

Disponible sur: ccomptes.fr/fr/publications/les-medecins-et-les-personnels-de-sante-scolaire

42. Troubles du neurodéveloppement - Repérage et orientation des enfants à risque

[Internet].

Haute Autorité de Santé. [cité 15 oct 2021].

Disponible sur [has-sante.fr/jcms/p_3161334/fr/troubles-du-neurodeveloppement-reperage-et-orientation-des-enfants-a-risque](https://has.sante.fr/jcms/p_3161334/fr/troubles-du-neurodeveloppement-reperage-et-orientation-des-enfants-a-risque)

43. Santé M des S et de la, Santé M des S et de la. Dépistage des troubles visuels chez l'enfant

[Internet].

Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 15 oct 2021].

Disponible sur solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/enfants/article/depistage-des-troubles-visuels-chez-l-enfant

44. Les examens de suivi médical de l'enfant et de l'adolescent

[Internet]. [cité 19 oct 2021].

Disponible sur ameli.fr/medecin/sante-prevention/enfants-et-adolescents/examens-de-suivi-medical-de-lenfant-et-de-ladolescent/les-examens-de-suivi-medical-de-lenfant-et-de-ladolescent

45. Inégalités sociales de santé et accès aux soins.

Lombrail P, Pascal J.

Trib Sante. 2005;no 8(3):31-9.

46. Les médecins généralistes face au défi de la précarité

de Pauw C. [Internet].

<http://journals.openedition.org/lectures>.

EHESP; [cité 15 oct 2021].

Disponible sur: <https://journals.openedition.org/lectures/28590>

47. THE INVERSE CARE LAW.

Hart JT.

The Lancet. 27 févr 1971;297(7696):405-12.

48. Le dilemme de la médecine générale face aux inégalités : faire partie du problème ou contribuer à la solution

Recherche Google [Internet]. [cité 19 oct 2021].

Disponible sur google.fr/search?q=Le+dilemme+de+la+m%C3%A9decine+g%C3%A9n%C3%A9rale+face+aux+in%C3%A9galit%C3%A9s+%3A+faire+partie+du+probl%C3%A8me+ou+contribuer+%C3%A0+la+solution&ie=UTF-8&oeq=

49. cnom_echanges_et_partage_informations.pdf

[Internet]. [cité 15 oct 2021].

Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/rapport/1dojf2d/cnom_echanges_et_partage_informations.pdf

50. La couverture maladie universelle : l'apport de la protection complémentaire. médecine/sciences.

Laidier SL. 1 janv 2004;20(1):105-8.

51. Le non-recours aux prestations sociales - Mise en perspective et données disponibles.

Recherche Google [Internet]. [cité 15 oct 2021].

Disponible sur [google.fr/search?q=Le+non-recours+aux+prestations+sociales+-+Mise+en+perspective+et+donn%C3%A9es+disponibles.&ie=UTF-8&oeq=](https://www.google.fr/search?q=Le+non-recours+aux+prestations+sociales+-+Mise+en+perspective+et+donn%C3%A9es+disponibles.&ie=UTF-8&oeq=)

52. etres-refussoins-num-21.10.19.pdf

[Internet]. [cité 15 oct 2021].

Disponible sur defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/etres-refussoins-num-21.10.19.pdf

53. Quelles représentations sociales des bénéficiaires de la CMU-C ?

Desprès C.

Médecine Palliat. 1 avr 2021;20(2):103-12.

54. Do social inequalities in cervical cancer screening persist among patients who use primary care? The Paris Prevention in General Practice survey.

Rigal L, Saurel-Cubizolles M-J, Falcoff H, Bouyer J, Ringa V.

Prev Med. sept 2011;53(3):199-202.

55. National Trends in Cessation Counseling, Prescription Medication Use, and Associated Costs Among US Adult Cigarette Smokers.

Tibuakuu M, Okunrintemi V, Jirru E, Echouffo Tcheugui JB, Orimoloye OA, Mehta PK, et al.

JAMA Netw Open. 3 mai 2019;2(5):e194585.

56. Point de vue des médecins généralistes sur le recueil de la situation sociale des patients dans les dossiers médicaux.

Garnotel H, Ferry M, Chastang J, Avenin G, Ibanez G.

Exercer. 2021;148-154.

57. Perceptions par les patients du recueil de leur situation sociale par les médecins généralistes.

De Oliveira A, Ferry M, Ibanez G, Duverne S, Rozes M, Cadwallader JS.

Exercer. 2021;155-161.

58. Etude Recotest : acceptabilité et faisabilité du recueil de la situation social des patients en médecine générale.

Pham M. [Thèse d'exercice]. [France]

Université Pierre et Marie Curie (Paris). UFR de médecine Pierre et Marie Curie; 2016.

Questionnaire de littératie en santé HLS-EU16

Version française - 2020¹

Indiquez, sur une échelle de TRÈS FACILE à TRÈS DIFFICILE, dans quelle mesure il est facile pour vous de...

	TRÈS FACILE	FACILE	DIFFICILE	TRÈS DIFFICILE
... trouver des informations sur les traitements des maladies qui vous concernent ?	☐	☐	☐	☐
... savoir où obtenir l'aide d'un professionnel quand vous êtes malade ? (Par ex. médecin, infirmier, pharmacien ou psychologue)	☐	☐	☐	☐
... comprendre ce qu'un médecin vous dit ?	☐	☐	☐	☐
... comprendre les consignes de votre médecin ou pharmacien sur la manière de prendre vos médicaments ?	☐	☐	☐	☐
... savoir quand il serait utile d'avoir l'avis d'un autre médecin ?	☐	☐	☐	☐
... utiliser les informations que le médecin vous donne pour prendre des décisions concernant votre maladie ?	☐	☐	☐	☐
... suivre les consignes de votre médecin ou pharmacien ?	☐	☐	☐	☐
... trouver des informations sur comment faire en cas de problèmes psychologiques ? (Par ex. stress, dépression ou anxiété)	☐	☐	☐	☐
... comprendre les mises en gardes concernant l'impact sur la santé de certains comportements comme fumer, ne pas faire assez d'exercice et boire trop ?	☐	☐	☐	☐
... comprendre les Informations sur les dépistages et examens recommandés ? (Par ex. dépistage du cancer colorectal, test de glycémie)	☐	☐	☐	☐
... évaluer la fiabilité des informations disponibles dans les médias sur ce qui est dangereux pour la santé ? (Par ex. journaux, télévision ou internet)	☐	☐	☐	☐
... savoir comment vous protéger des maladies à partir des informations disponibles dans les médias ? (Par ex. Journaux, télévision ou internet)	☐	☐	☐	☐
... vous renseigner sur les activités bénéfiques pour votre santé et votre bien être ? (Par ex. relaxation, exercice physique, yoga)	☐	☐	☐	☐
... comprendre les conseils de votre famille ou de vos amis en matière de santé ?	☐	☐	☐	☐
... comprendre les informations disponibles dans les médias pour être en meilleure santé ?	☐	☐	☐	☐
... identifier quels sont les comportements de votre vie de tous les jours qui ont un impact sur votre santé ?	☐	☐	☐	☐

1. Source : reflis.fr/questionnaires/

Taux de remboursement des honoraires et actes médicaux prescrits.

Tableau :

Taux de remboursement des honoraires et actes médicaux prescrits (tableau simplifié hors franchise, dépassement d'honoraires et autres frais) – Source Assurance Maladie.

Professionnel de santé : praticiens médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes	70%
Actes en laboratoire	60% (actes de biologie) sauf sérologie VIH et hépatite C prises en charge à 100%
Médicaments	65 % pour les médicaments à service médical rendu majeur ou important*
	30 % pour les médicaments à service médical rendu modéré, et certaines préparations magistrales
	15 % pour les médicaments à service médical faible
Actes d'imagerie	70%

* En dehors d'exceptions telles que la contraception des patientes de moins de 25 ans dès 2022.

Plafonds de ressources pour bénéficier de la CSS applicable au 1^{er} avril 2021.

Figure :

Plafonds de ressources pour bénéficier de la CSS applicable au 1^{er} avril 2021 (source internet : ameli.fr)

Plafonds de ressources applicables au 1 ^{er} avril 2021 en métropole		
Nombre de personnes composant le foyer	Plafond annuel Complémentaire santé solidaire sans participation financière	Plafond annuel Complémentaire santé solidaire avec participation financière
1 personne	9 041 €	12 205 €
2 personnes	13 561 €	18 307 €
3 personnes	16 273 €	21 969 €
4 personnes	18 985 €	25 630 €
Au-delà de 4 personnes	+ 3 616,24 € par personne supplémentaire	+ 4 881,92 € par personne supplémentaire



Comment
prendre en compte
la **situation sociale**
des patients en
médecine générale ?

100
propositions
pour mieux comprendre
et agir.

Recommandations réalisées
sous l'égide du Collège
de la Médecine Générale.