

# L'éducation thérapeutique peut-elle réduire les inégalités sociales de santé ?

XVIIIème journée de l'IPCEM. 18 janvier 2013

Session « se rapprocher, réduire les distances par l'ETP »

Pierre LOMBRAIL

UFR SMBH, Université Paris 13, PRES Sorbonne Paris Cité

GH Paris Seine St-Denis, AP-HP

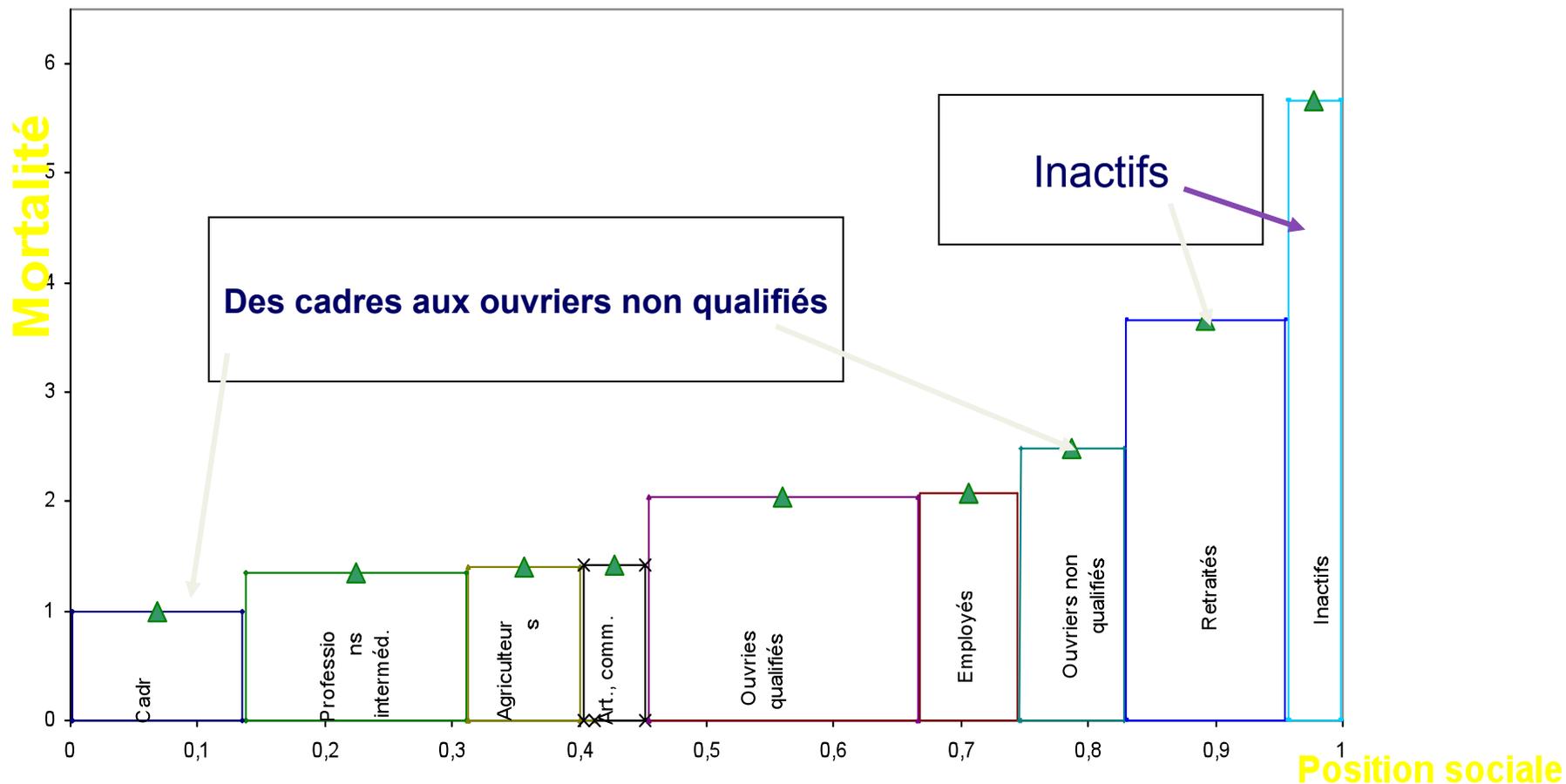
# Mon plan

- Les inégalités sociales et leurs déterminants
- Distance sociale et culturelle comme source d'inégalité de santé et de soin
- À quelles conditions l'ETP est-elle susceptible de réduire quelles distances ?

# Mon plan

- **Les inégalités sociales et leurs déterminants :**
  - Un rôle prépondérant des déterminants sociaux
  - devant les déterminants « comportementaux »
  - et la contribution des soins
- *Distance sociale et culturelle comme source d'inégalité de santé et de soin*
- *À quelles conditions l'ETP est-elle susceptible de réduire quelles distances ?*

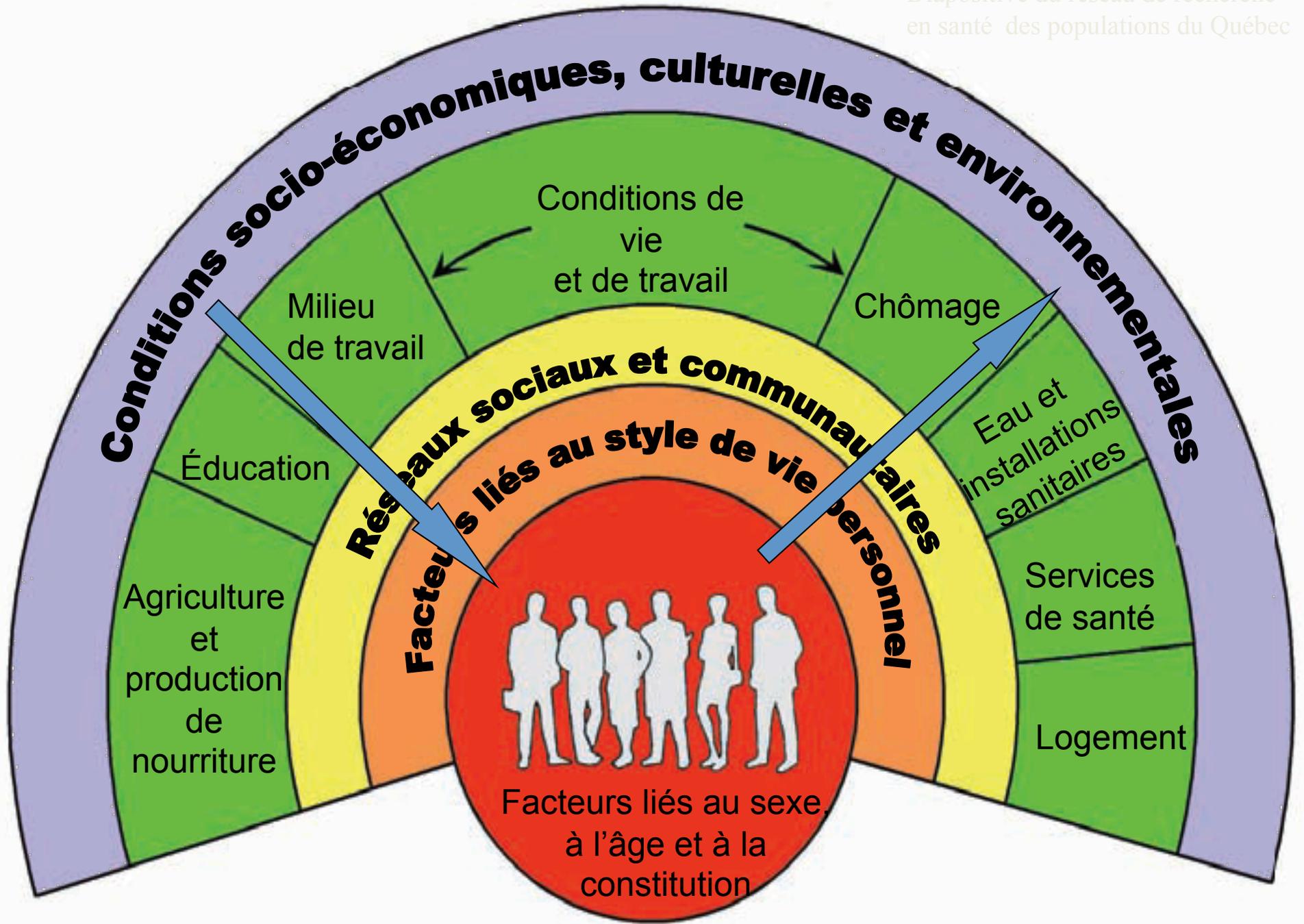
**Un gradient, qui n'exclut pas des situations extrêmes**  
**Mortalité, période 1990-1996,**  
**selon la situation au recensement de 1990**  
*(Hommes, 30-64 ans au recensement, ajusté sur l'âge)*



Source: A. Leclerc, 2007 (cité par T. Lang, Genève IUHPE 2010)

# Inégalités sociales de santé : deux (trois) ordres de pistes explicatives

- Les travaux modernes mettent en avant le rôle de **déterminants sociaux** :
  - **matériels** (revenu, logement, environnement physique de vie et de travail) et
  - **psycho-sociaux** (sentiment de maîtrise de sa vie, capital social, « stress » ...)
  - *En sus des déterminants individuels, physiologiques ou comportementaux*
- Avec une forte **composante territoriale**
- Ils montrent également la constitution des inégalités tout au long du **cycle de vie**



DAHLGREN, Göran and WHITEHEAD, Margaret, 1991, Policies and Strategies to promote social equity in health. Institute of Future Studies. Stockholm (traduction)

# Recommandations générales de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé (OMS, 2008)

- **Améliorer les conditions de vie quotidiennes**, c'est-à-dire les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent
- **Lutter contre les inégalités dans la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources**, c'est-à-dire les facteurs structurels dont dépendent les conditions de vie quotidiennes, aux niveaux mondial, national et local
- **Mesurer le problème, l'analyser et évaluer l'efficacité de l'action**, étendre la base des connaissances, se doter d'un personnel formé à l'action sur les déterminants sociaux de la santé et sensibiliser l'opinion aux questions des déterminants sociaux de la santé
  - **Et, ce que ne disait pas l'OMS, apprendre en intervenant (Recherche Interventionnelle en Santé des Populations, Potvin et coll)**

# Promotion de la santé (Charte d'Ottawa, 1986)

- « La promotion de la santé est un processus qui vise à rendre l'individu et la collectivité capables d'exercer un meilleur contrôle sur les facteurs déterminants de la santé » ; « elle vise l'égalité en matière de santé. Ses interventions ont pour but de réduire les écarts actuels caractérisant l'état de santé, et d'offrir à tous les individus les mêmes ressources et possibilités pour réaliser pleinement leur potentiel santé. Cela comprend une solide formation dans un milieu apportant son soutien, l'information, les aptitudes et les possibilités de faire des choix sains. Les gens ne peuvent réaliser leur potentiel de santé optimal s'ils ne prennent pas en charge les éléments qui déterminent leur état de santé. »

# Promotion de la santé : préalables

- « La santé exige un certain nombre de conditions et de ressources préalables, l'individu devant pouvoir notamment:
  - Se loger,
  - Accéder à l'éducation,
  - Se nourrir convenablement,
  - Disposer d'un certain revenu,
  - Bénéficier d'un système éco-stable,
  - Compter sur un apport durable en ressources,
  - Avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable.
- Tels sont les préalables indispensables à toute amélioration de la santé » selon la Charte d'Ottawa, OMS, 1986, auxquels la Charte de Djakarta, 1997, ajoute la sécurité sociale, les relations sociales, la responsabilisation des femmes et le respect des droits de l'homme.

# L'intervention en promotion de la santé. (Charte d'Ottawa)

*Indépendamment de la présence d'un « certain nombre de conditions et de ressources préalables » pour chaque être humain*

- *Élaborer une politique publique saine (« santé dans toutes les politiques publiques »)*
- *Créer des milieux favorables (physiques et humains, professionnels et dans la cité)*
- *Renforcer l'action communautaire (loi de cohésion sociale, politique de la ville)*
- **Acquérir des aptitudes individuelles** *(10 compétences psycho-sociales définies par l'OMS en général ; compétences d'auto-soins et d'adaptation en cas de maladie chronique)*
- *Réorienter les services de santé (« pratiques cliniques préventives » ; **ETP**)*

# Le rôle des soins

- Il existe des inégalités sociales de santé qui relèvent pour partie d'inégalités de soins ; ces inégalités touchent particulièrement les personnes en situation de vulnérabilité sociale mais traversent de fait l'ensemble de la société (comme les ISS elles-mêmes)
- **Indépendamment du champ couvert par la protection sociale**, qui contraint les possibilités d'utilisation (« accès potentiel »), **il existe des difficultés d'accès aux soins**, primaires (recours) et secondaires (les soins) ; la pluralité de leur déterminisme, « par construction » et « par omission », permet d'ébaucher des pistes d'action
- L'exemple du diabète (ENTRED)

**Tableau 2 Odds-ratios<sup>a</sup> et IC à 95 % mesurant les associations entre la dernière profession exercée et les complications de type 2 âgées de moins de 60 ans / *Table 2 Odds-ratios<sup>a</sup> and 95% CI measuring relationships between last profession and type 2 diabetes complications aged under 60 years of age***

	État de santé					
	Hypertension artérielle <sup>b</sup>	Dyslipidémie <sup>b</sup>	Tabagisme actif <sup>b</sup>	Obésité (IMC ≥ 30 kg/m <sup>2</sup> )	Contrôle glycémique insuffisant <sup>b</sup> (HbA1c >7 %)	≥ 1 complications macrovasculaires
Ouvriers	1	1	2,7 [1,2-6,1]	1,1 [0,7-1,8]	1,5 [0,8-2,9]	3,0 [1,4-6,8]
Employés	1,3 [0,9-1,9]	1,4 [1,0-2,0]	3,0 [1,3-6,9]	1,2 [0,8-2,0]	1,1 [0,5-2,2]	1,5 [0,6-3,8]
Professions intermédiaires	1,9 [1,1-3,3]	1,3 [0,8-2,2]	1	0,9 [0,5-1,6]	1,0 [0,4-2,4]	3,0 [1,1-8,4]
Cadres, professions intellectuelles supérieures	1,5 [0,9-2,3]	1,7 [1,1-2,6]	3,7 [1,5-8,7]	1	1	1
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	0,7 [0,3-1,7]	1,2 [0,6-2,5]	2,2 [0,7-6,7]	0,4 [0,2-1,0]	1,2 [0,4-4,1]	2,0 [0,5-8,0]
Jamais d'activité professionnelle	0,8 [0,4-1,4]	0,8 [0,4-1,4]	1,3 [0,4-4,4]	0,9 [0,5-1,8]	1,2 [0,4-3,6]	2,2 [0,5-9,0]

<sup>a</sup> Tous odds-ratios ajustés sur âge, sexe, traitement normoglycémiant et ancienneté du diabète – <sup>b</sup> Également ajusté sur l'indice de masse corporelle et la dyslipidémie et l'hypertension autodéclarées – <sup>c</sup> Également ajusté sur les antécédents de complications macrovasculaires – <sup>d</sup> Également ajusté sur la profession exercée, hypertension artérielle, dyslipidémie, tabagisme actuel, poids et taille, complication macrovasculaire (angor, infarctus, revascularisation) en 2001 - Déclarations des médecins : dernier niveau d'HbA1c en 2001 - Données de l'Assurance maladie : consultations de médecins généralistes (et spécialistes de diabétologie endocrinologie métabolisme) en 2001

**Relations entre la dernière profession exercée et différents indicateurs, Entred 2001, personnes diabétiques**  
*odds-ratios<sup>a</sup> and 95% CI measuring relationships between the last occupation and various indicators.*  
*60 years of age*

État de santé				Recours aux soins		Qualité des soins	
Tabagisme actif <sup>b</sup>	Obésité (IMC ≥ 30 kg/m <sup>2</sup> )	Contrôle glycémique insuffisant <sup>b</sup> (HbA1c >7 %)	≥ 1 complication macro-vasculaire <sup>c</sup>	≥ 12 consultations de médecin généraliste <sup>d</sup>	≥ 1 consultation de médecin spécialiste <sup>d</sup>	≥ 1 fond d'œil	≥ 1 examen au monofilament
0,2-6,1]	1,1 [0,7-1,8]	1,5 [0,8-2,9]	3,0 [1,4-6,6]	2,4 [1,4-4,3]	1	1	1
0,3-6,9]	1,2 [0,8-2,0]	1,1 [0,5-2,2]	1,5 [0,6-3,8]	2,1 [1,2-3,9]	1,3 [0,8-2,0]	1,2 [0,8-1,7]	0,9 [0,6-1,5]
0,4-6,7]	0,9 [0,5-1,6]	1,0 [0,4-2,4]	3,0 [1,1-8,3]	1,7 [0,8-3,6]	1,3 [0,6-2,6]	1,4 [0,8-2,4]	1,2 [0,7-2,4]
0,5-8,7]	1	1	1	1	2,2 [1,3-3,8]	2,8 [1,6-4,8]	2,1 [1,3-3,4]
0,7-6,7]	0,4 [0,2-1,0]	1,2 [0,4-4,1]	2,0 [0,5-8,6]	0,6 [0,2-2,1]	2,0 [0,8-4,8]	1,5 [0,7-3,2]	0,8 [0,3-2,1]
0,4-4,4]	0,9 [0,5-1,8]	1,2 [0,4-3,6]	2,2 [0,5-9,9]	2,3 [1,0-4,9]	0,7 [0,3-1,5]	0,5 [0,3-1,0]	1,3 [0,7-2,5]

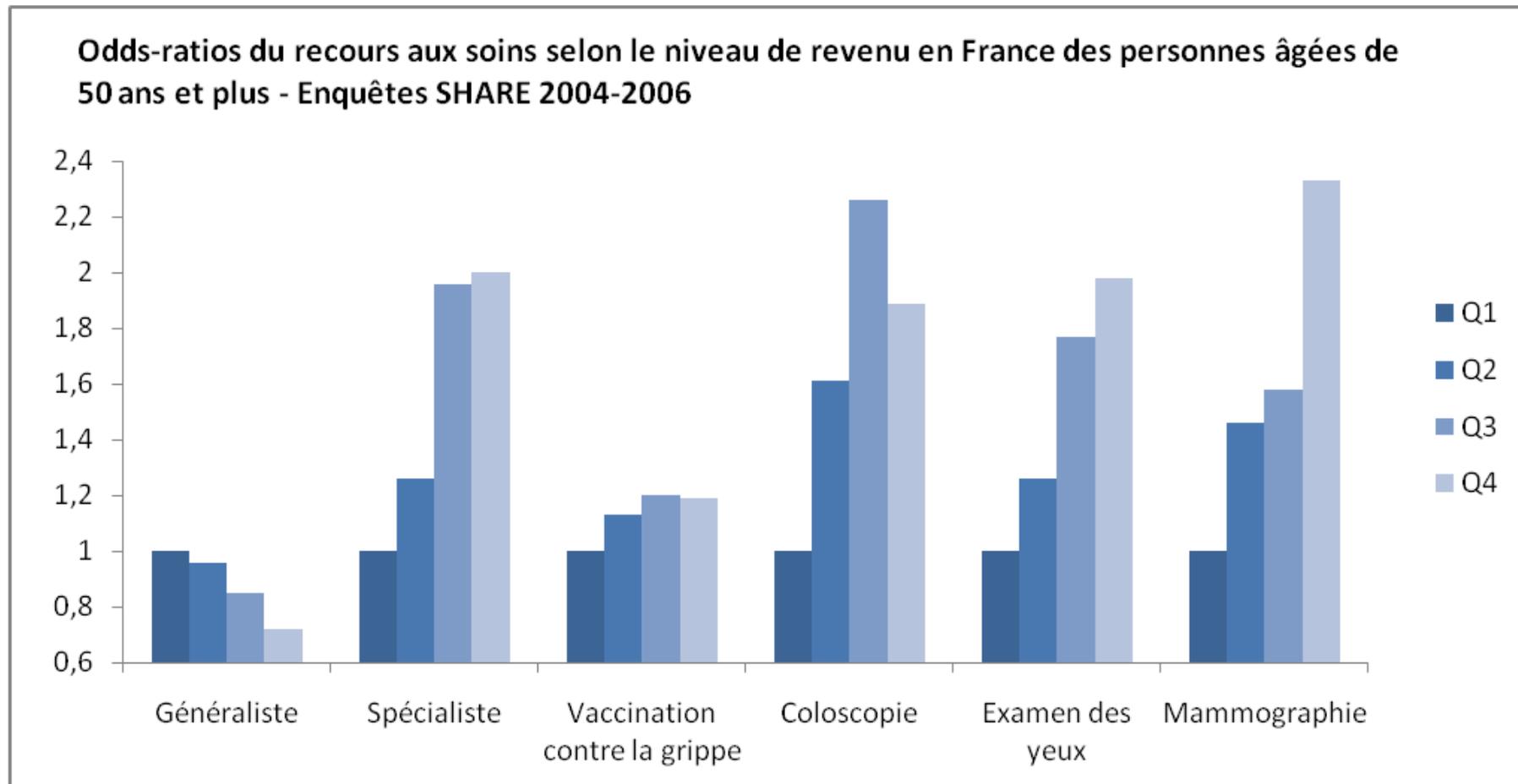
neté du diabète – <sup>b</sup> Également ajusté sur l'indice de masse corporelle – <sup>c</sup> Également ajusté sur l'indice de masse corporelle, le tabagisme actif, les antécédents de complications macrovasculaires – Sources des données : - Autodéclarations des personnes diabétiques : dernière profession exercée et taille, complication macrovasculaire (angor, infarctus, revascularisation coronaire), fond d'œil et examen des pieds au monofilament réalisés en France de l'Assurance maladie : consultations de médecins généralistes et spécialiste (diabétologue, endocrinologue, interniste ou hospitalisation en service

# Inégalités d'accès aux soins : quoi ? quand ?

- **Accès aux soins** : « utilisation en temps utile des services de santé par les individus de façon à atteindre le meilleur résultat possible en termes de santé » (Institute Of Medicine)
- Différencier **accès « primaire »** (entrée dans le système de soins et son utilisation : **le recours**) et **accès « secondaire »** (manière structurellement déterminée dont se déroulent les soins après un premier contact : **la qualité des soins**)

[Lurie, Health Services Research, 1997]

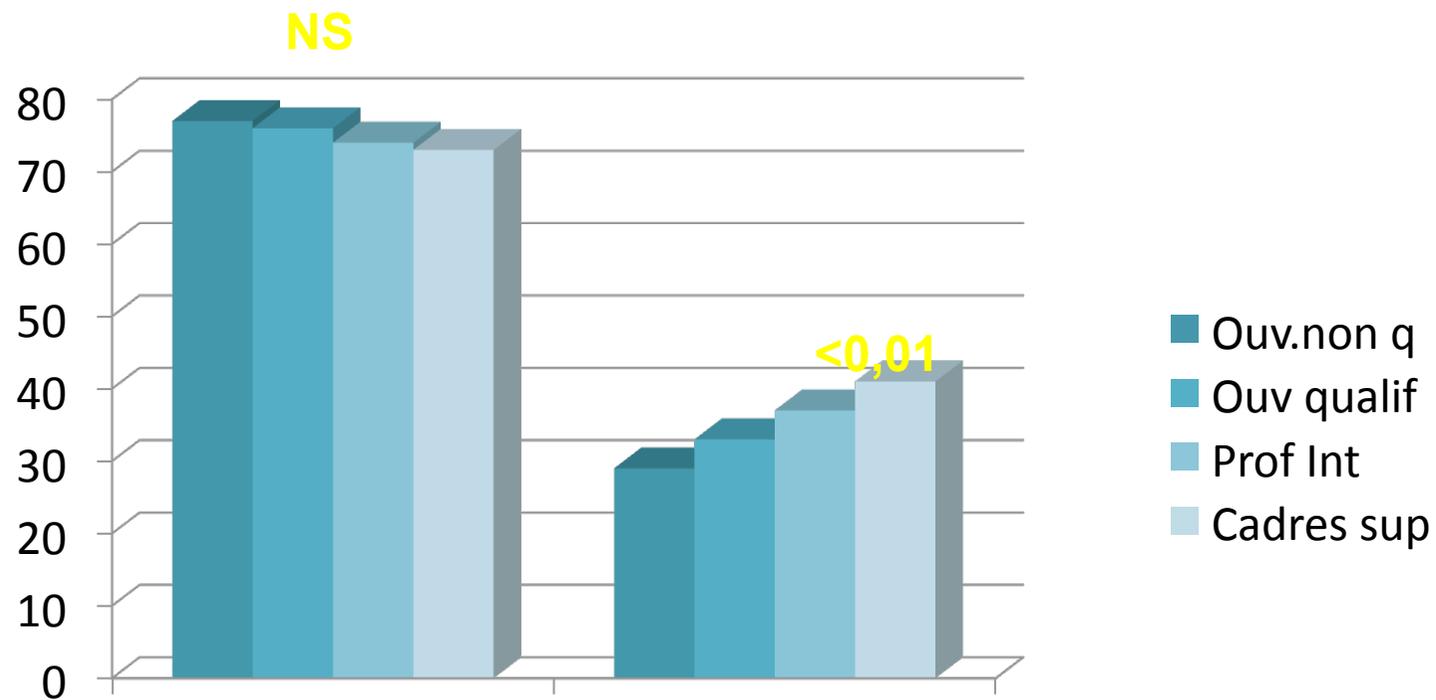
## Les inégalités de recours aux soins selon le niveau de revenu, à besoin de soins donné, en France



Source : Or Z., Jusot F., Marcoux L., Yilmaz E. (2010), « Inégalités de recours à la prévention et inégalités de santé en Europe : Quel rôle attribuable aux systèmes de santé ? », rapport dans le cadre programme GIS-IReSP Institut de Recherche en Santé Publique « Prévention »)

# Inégalités sociales de santé et résultats des soins

## Contrôle thérapeutique de l'hypertension artérielle



**Traitement chez  
les dépistés**

**PA <140/90 mmHg  
chez les sujets traités**

# Inégalités d'accès aux soins : pourquoi ?

- Recours :
  - refus (du professionnel),
  - méconnaissance du besoin (par la personne) (savoirs et savoir-faire [know-how], « **health literacy** »),
  - **renoncement** au soin (par la personne).
- Qualité :
  - « non observance » des prescriptions médicales par les personnes soignées
  - « inertie clinique » de praticiens qui ne font pas toujours ce qu'ils savent qu'ils devraient faire
  - **Interaction soigné – soignant** : distance et contexte

# « Health literacy »

- « The degree to which people have the capacity to obtain, process, and understand basic health information and services needed to make appropriate health decisions » (IOM, 2002)
- *La possibilité qu'a tout un chacun de se procurer, éprouver et comprendre une information de base en santé et les services nécessaires pour prendre des décisions adaptées (« capabilité » ?)*
- La « health literacy » est différenciée selon l'appartenance sociale ; son lien avec les résultats médicaux est inconstant

# « Health literacy » (2)

- **HL « fonctionnelle »** : compétences de base en lecture, écriture (et arithmétique) indispensables pour fonctionner dans la vie quotidienne
- **HL « interactive »** : *compétences plus avancées qui, combinées avec des compétences sociales, permettent d'extraire de l'information, d'en comprendre le sens et de l'utiliser en situation*
- **HL « critique »** : capacité à critiquer l'information et à s'en servir pour exercer un plus grand contrôle sur (les événements de) sa vie

# Le **renoncement aux soins** : une approche socio-anthropologique

Desprès C, Dourgnon P, Fantin R, Jusot F. Questions d'économie de la santé, n°169, octobre 2011

- Deux types de renoncement souvent associés :
- - « **renoncement – barrière** » = « un environnement de contraintes qui ne permet pas d'accéder au soin désiré » (raisons financières, difficultés d'accès aux droits sociaux, liées à l'organisation et la répartition de l'offre de soins)
- - « **renoncement – refus** » = « un acte d'autonomie à l'égard de la médecine » (refus explicite des soins conventionnels, défiance vis-à-vis du système de soins)

# Mon plan

- Les inégalités sociales et leurs déterminants
- **Distance sociale et culturelle comme source d'inégalité de santé et de soin :**  
*l'exemple d'INTERMEDE*
- À quelles conditions l'ETP est-elle susceptible de réduire quelles distances ?

# La relation médecin-patient en médecine générale productrice d'inégalités de santé ? le cas du surpoids (Projet Intermède) 2005-2008 ; 2009-2010

- ❑ Unité Inserm 558, Toulouse : Thierry Lang (dir.), Jean Mantovani, Christine Rolland, Valérie Lauwers-Cancès, Cyrille Delpierre, Michelle Kelly-Irving
- ❑ LISST UMR 5193, Toulouse : Monique Membrado, Serge Clément, Valentine Héliardot, Marcel Drulhe
- ❑ IRDES, Paris : Paul Dourgnon, Florence Jusot, Caroline Despres, Dominique Polton, Anissa Afrite, Chantal Casès
- ❑ Laboratoire de Santé Publique, Nantes : Pierre Lombrail, Jean Pascal

## Une étude qualitative et quantitative

- ❑ 11 médecins généralistes de trois régions françaises
  - ❑ 242 consultations observées
- ❑ 48 suivies d'un entretien avec le patient et le médecin (enregistrés et transcrits).

*L'originalité de ce travail réside dans le croisement de ces trois entrées empiriques (observations in situ, entretiens auprès du médecin et auprès du patient).*

# Qualité de l'interaction soignés – soignants approchée par le degré d'agrément sur le contenu de l'échange lors de la consultation MG. Do

doctors and patients share perceptions of cardiovascular risk-factors management during a consultation? the INTERMEDE study. Schieber A-C et al. Br J Gen Pract 2011.

<b>Low agreement (Kappa &lt;0,41)</b>	<b>% Agreement</b>	<b>Kappa +/-SD</b>
Alcohol consumption assessed (<2 standards glasses/ >=3 standards glasses)	74,1%	0,24+/-0,05*
Advices on exercise given (yes/no)	82,9%	0,34 +/-0,04*
Physical activity assessed (yes/no)	71,3%	0,36 +/-0,04*
Advices on nutrition given (yes/no)	84,9%	0,36 +/-0,04*
<b>Moderate agreement (Kappa 0,41-0,60)</b>		
Hypercholesterolemia: information given to the patient (yes/no)	96,6%	0,48 +/-0,04*
Hyperglycaemia: information given to the patient (yes/no)	97,6%	0,49+/-0,04*
Advices on losing weight given (yes/no)	89,6%	0,56 +/-0,04*
Overweight: information given to the patient (yes/no)	90,2%	0,57 +/-0,04*
<b>Substantial agreement (Kappa 0,61-0,80)</b>		
Auscultation undertaken (yes/no)	81,8%	0,61 +/-0,04*
Advices on cigarette consumption given (yes/no)	84,4%	0,63+/-0,04*
Cigarette consumption assessed (non smokers/ regular and occasionnal smokers)	61,3%	0,65+/-0,04*
Advices on alcohol consumption given (yes/no)	94,0%	0,66+/-0,04*
High blood pressure: information given to the patient (yes/no)	94,7%	0,66 +/-0,04*
<b>Almost perfect agreement (Kappa&gt;0,80)</b>		
Weight measured (yes/no)	90,3%	0,81 +/-0,04*
Blood pressure measured (yes/no)	94,2%	0,84 +/-0,04*

\* : p< 0,001. Meilleur niveau d'agrément chez les malades de haut niveau d'éducation. Les personnes âgées ont un niveau d'éducation plus faible que les autres, mais tenir compte de l'âge n'efface pas la tendance.

# Qualité de l'interaction soignés – soignants : hypothèses explicatives (Membrado et al).

- **Des styles « d'être et de faire » (ethos) propres à chaque médecin une variabilité inter-médecins**
  - ❑ la compassion (ou la complicité), nettement plus féminin
  - ❑ la discrétion (un médecin peu intrusif)
  - ❑ l'autorité (un médecin plus dirigiste, qui cherche à s'imposer)
  - ❑ le compromis (donnant-donnant et ajustement)
- **Des styles « d'être et de faire » (ethos) propres à chaque patient**
  - ❑ Des patients plutôt gestionnaires de leur santé, qui mobilisent des ressources diverses et qui sont plus ou moins distants (critiques) avec la médecine
  - ❑ Des patients plus prêts à déléguer leurs problèmes de santé aux professionnels à qui ils reconnaissent cette compétence.
- **Modes d'agir ensemble et capacité d'action limitée**
  - ❑ le contexte de la médecine générale
  - ❑ *le sentiment que l'important se joue « ailleurs »*
    - *médicalement (chez les « spécialistes »)*
    - *socialement (dans le contexte social et environnemental du patient)*
  - ❑ les transformations de la relation thérapeutique
    - la revendication d'autonomie du patient
    - son accès à l'information en dehors du « colloque singulier ».

# Qualité de l'interaction soignés – soignants : conséquences en chaîne (Membrado et al)

## Les enjeux de l'interaction : évaluation réciproque

- ❑ Capacité d'action des médecins et modes de désignation :
  - ceux/celles avec qui on peut faire : ceux qui se prennent en charge, qui comprennent, qui font des efforts
  - ceux/celles avec qui on ne peut pas faire : ceux avec qui « c'est peine perdue ».
- ❑ Du côté des patients, il y a les médecins que l'on juge compétents (en qui on a confiance) et que l'on met ou on a mis à l'épreuve

## Conséquences possibles

- ❑ Limites de la capacité d'action du médecin : adoption de compromis et
- ❑ Ressources mobilisées par les patients et sentiment de pouvoir agir ou pas sur leur santé

**=> Des risques de disparités de traitements susceptibles de produire des inégalités sociales de santé : conseils de prévention et d'hygiène de vie limités et variables selon les patients**

# En résumé. Inégalités sociales de soins : un déterminisme complexe

- **Caractéristiques des individus**
  - Histoire personnelle, « health literacy », langue parlée, capacité de communication, culture, santé mentale (dépression, etc), support social, stress, ...
  - « Neighborhood health effects »
  - Polypathologie, santé mentale (dépression, etc)
    - *Conditionnent les compétences d'auto-soins et d'adaptation*
- **Caractéristiques des professionnels et des institutions**
  - Spécialisation, style de pratique, valeurs (« ethos »)
  - Organisation des soins (programmes de santé), exercice individuel ou collectif, dispositif d'éducation du patient, modalités d'adressage et de coordination
    - *Conditionnent les possibilités de réalisation de l'ETP*
- **Caractéristiques de la relation soigné – soignant**
  - Cadre de l'interaction (modalités dans l'espace et dans le temps)
    - *La distance conditionne la manière d'établir une « alliance thérapeutique »*

# ISS : des pistes d'amélioration ?

## **Faire évoluer le paradigme de la clinique individuelle**

Adapter la démarche clinique en fonction de l'appartenance sociale des personnes et de leur habitus

Repenser l'organisation collective du soin : faire mieux pour tous (efficience) et/ou plus pour quelques uns (équité) ?

## **Faire évoluer les organisations**

Encourager les nouvelles modalités d'exercice de la médecine (maisons / pôles de santé, transferts de tâches / délégations de compétences / évolution des métiers)

Renforcer les dispositifs d'action collective (dépistage organisé, PMI, médecine du travail)

## **Changer de paradigme d'action collective**

Réorienter le fonctionnement du système de santé...

***Le temps de la promotion de la santé est-il venu ?***

# Mon plan

- Les inégalités sociales et leurs déterminants
- Distance sociale et culturelle comme source d'inégalité de santé et de soin
- **À quelles conditions l'ETP est-elle susceptible de réduire quelles distances ?**

# Une ETP « garde-barrières » ou une ETP qui s'en affranchit ?

- **Aménager la relation soigné – soignant pour prendre en compte l'obstacle socio-culturel**
  - Équipes mixtes, professionnellement donc socialement, et intégrant une participation (de représentants) des personnes soignées
  - Méthodes et outils adaptés à la variété des milieux d'origine et des niveaux d'éducation
  - Médiation sociale et culturelle
- **Faire évoluer les organisations pour pallier les obstacles structurels**
  - Sélection adverse : processus d'identification des bénéficiaires neutre socialement voire universalisme proportionné
  - Géographiques : équipes itinérantes, maisons de santé
  - Utilisateurs réguliers des urgences : ETP en situation de crise ?
  - Manque de coordination : support informationnel (dossier)
- **Adapter le cadre politique pour faire de la prévention un enjeu prioritaire**
  - Développer la prévention en général et l'ETP en particulier, dans une perspective de promotion de la santé (passer d'une logique de clientèle à une logique populationnelle sur des territoires)
  - Diversifier l'offre d'ETP ; Adapter les rémunérations et incitatifs en conséquence, donc les modalités d'évaluation également

**Merci de votre attention...**

À votre disposition pour en discuter

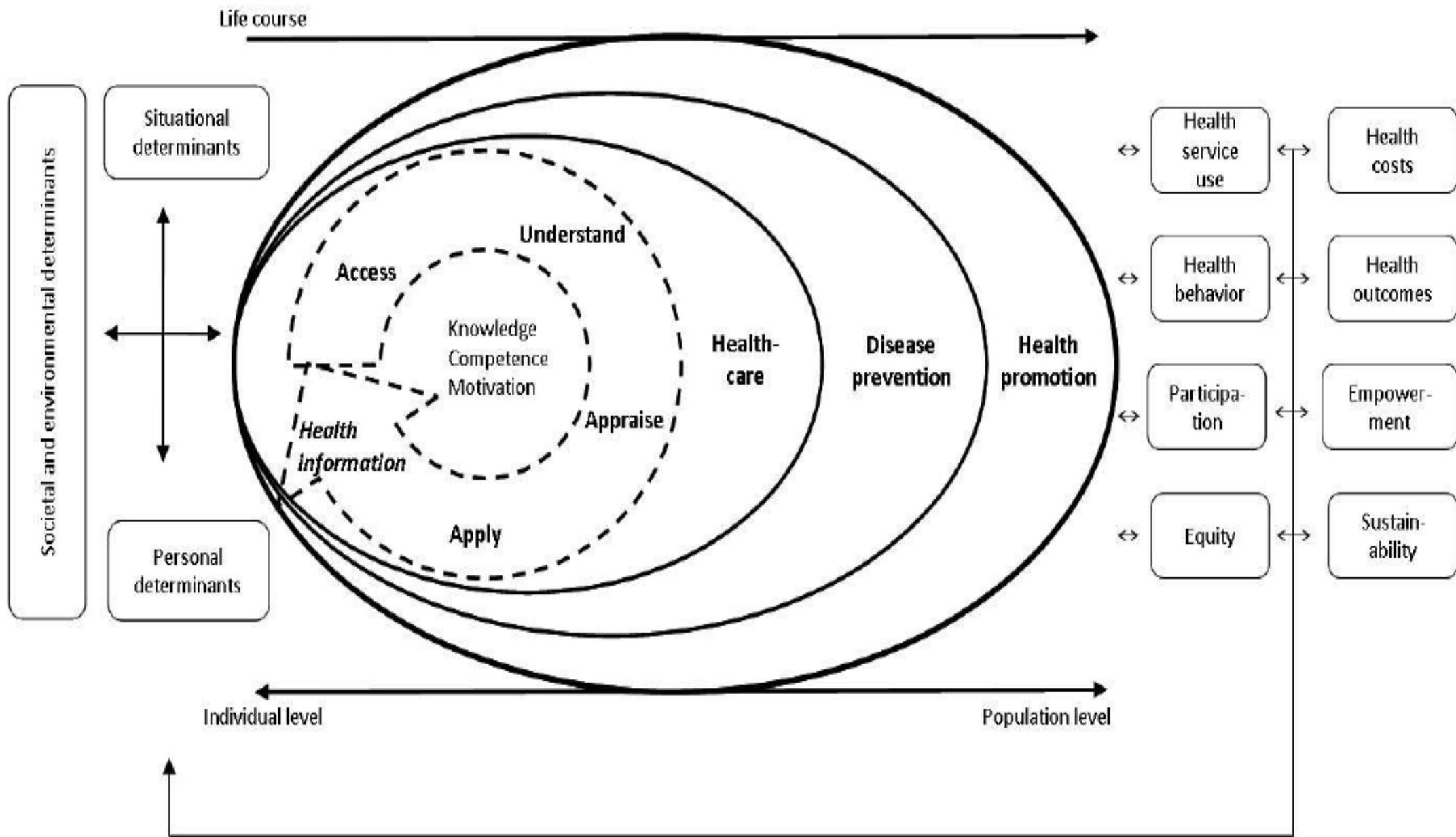


Figure 1