

H4 - Comment l'étude sociologique des interactions médecin-patient peut-elle éclairer la question des inégalités sociales de santé ? (INTERMEDE)

C. Rolland^{a,b}, J. Mantovani^a, J. Pascal^c, A. Afrite^d, M. Membrado^e, T. Lang^b et l'ensemble du groupe Intermède

^a ORS Midi-Pyrénées, Toulouse, France ; ^b Inserm U558 Epidémiologie et analyses en santé publique : risques, maladies chroniques, handicaps, Toulouse, France ; ^c Pôle d'information médicale, d'évaluation et de santé publique, Laboratoire d'épidémiologie et de santé publique, CHU Nantes, France ; ^d Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes), Paris, France ; ^e CNRS, UMR 5193 Laboratoire interdisciplinaire, solidarités, sociétés, territoires (Lisst), Toulouse, France

RESUME

Introduction. Les recherches sur les facteurs explicatifs des inégalités sociales de santé ont mis en évidence le rôle des déterminants externes au système de soins. Mais des travaux empiriques montrent que le système de soins peut également contribuer à les renforcer. L'objectif du projet INTERMEDE est d'explicitier les éléments de l'interaction médecin – patient qui peuvent expliquer des prises en charge différenciées pouvant contribuer *in fine* à la construction d'écarts d'état de santé.

Matériels et méthodes. INTERMEDE associe une approche qualitative et quantitative. La phase qualitative, objet de la présente communication, vise à tester la faisabilité d'un recueil sociologique aux différents temps de la consultation de médecine générale, de fournir des hypothèses à tester dans la phase quantitative et de produire des résultats originaux sur les interactions médecin-patient observées. Elle s'est déroulée chez 11 médecins généralistes de trois régions françaises, où 242 consultations ont été observées dont 48 ont été suivies d'un entretien avec le patient et le médecin (enregistrés et transcrits).

Résultats préliminaires. Des styles « d'être et de faire » (éthos) des médecins peuvent être différenciés, même s'ils sont amenés à s'adapter à chaque situation de consultation. Des processus de co-construction de la relation médecin-patient apparaissent dans la durée, surtout si elle a été mise à l'épreuve. Des modes « d'agir ensemble » s'élaborent, dans lesquels une confiance réciproque minimum est un pré-requis : ils se définissent dans des rapports variables entre indépendance, délégation, autonomie et complaisance, selon la convergence des systèmes de référence de chacun (proximité versus distance sociale).

Discussion et conclusion. L'originalité de ce travail est dans le croisement de trois modes de recueil (observations in situ des pratiques, entretiens auprès du médecin et du patient) et la mise en perspective des résultats issus des deux types de données (qualitatives et quantitatives) recueillies selon un dispositif comparable. Les analyses en cours produisent des résultats en termes de variabilité (ou variance) intra et inter médecin relativement opérants : par exemple en partant des positions et attitudes dominantes d'un médecin, on peut explorer, voir identifier, les situations dans lesquelles les médecins dérogent à leurs habitudes, leurs routines, leurs positions. Ces éléments permettraient de saisir et de comprendre les disparités de traitement observées qui peuvent produire des inégalités de santé.

Mots-clés : Interaction Médecin-Patient, Médecine Générale, Inégalités Sociales de Santé, Sociologie
Key-words: Physician-Patient Interaction, General Practice, Health Social Inequalities, Sociology

1. INTRODUCTION/OBJECTIF

Dans beaucoup de pays, des inégalités sociales de santé importantes persistent ou même s'aggravent. Les comparaisons internationales montrent qu'elles sont particulièrement élevées en France, où les écarts d'espérance de vie à 35 ans sont de 7 ans entre cadres et ouvriers et ont tendance à s'accroître (Leclerc et al. 2000 ; Mackenbach et al. 1997).

Les recherches menées sur les facteurs explicatifs de ces inégalités ont mis en évidence le rôle des déterminants externes au système de soins, les conditions de vie et les comportements à risque. Un courant de recherche plus récent montre aussi l'impact de facteurs psychosociaux - sentiment de domination hiérarchique, d'absence d'autonomie et de contrôle sur sa vie -, et le rôle que peuvent jouer la structure sociale et l'absence de cohésion de la société (Berkman et Kawachi, 2000).

Le rôle du système de santé et des soins est aujourd'hui très peu considéré dans les recherches sur les inégalités sociales de santé. Ceci vient d'une part d'un courant de pensées qui relativise globalement l'impact des soins sur l'état de santé (Evans et al. 1996) et surtout du constat que les inégalités demeurent, voire s'accroissent, dans des pays qui ont instauré un accès aux soins, libre et gratuit. Pourtant, certains travaux empiriques montrent que le système de soins peut contribuer à renforcer des inégalités existantes. Une meilleure connaissance des processus par lesquels il peut aggraver ou au contraire limiter les inégalités sociales constatées pourrait nourrir une politique de santé publique, dont le système de soins est évidemment un levier majeur (Lebas, 1998 ; Joubert, 2001). Il paraît également nécessaire de mieux cerner ce qui relève de la délivrance effective et de l'efficacité des soins dans les différents groupes sociaux (Lang, 1990).

Rappelons qu'une distinction doit être faite entre les capacités du système de soins à ne pas rattraper ou corriger les inégalités sociales de santé qui existaient antérieurement et la capacité de ce système à contribuer et à créer des inégalités sociales de santé, par construction ou par omission (Lombrail, 2004).

Notre travail s'intéresse en particulier aux phénomènes d'interaction entre le patient et le système de soins pouvant agir sur les inégalités sociales de santé. Il s'agit donc non seulement de supposer que l'interaction patient-médecin est un élément clé de l'utilisation du système de soins et de l'efficacité du système de soins, mais surtout que *cette interaction est différenciée selon les caractéristiques du patient*.

Les phénomènes d'interaction sont très difficiles à interpréter. Lorsque l'on observe, par exemple, que la quantité de soins consommée diminue avec le niveau d'éducation, il est très difficile de déterminer si cela provient d'un effet de demande, les personnes les moins diplômées ayant moins tendance à se soigner, ou alors un effet d'offre, les producteurs de soins prescrivant par exemple moins aux personnes les moins diplômées.

De plus, l'accès secondaire aux soins implique une suite de décisions, tant de la part du médecin que du patient. Si les décisions diagnostiques ou thérapeutiques du médecin relèvent pour partie de sa propre histoire, indépendamment du patient qu'il soigne, elles dépendent aussi de l'interaction et des échanges avec le patient. Enfin, cette rencontre s'inscrit dans une histoire individuelle, relationnelle et sociale. Il s'agit donc de saisir un processus dynamique qui se déploie à l'intérieur d'un contexte institutionnel, lui-même partie prenante d'un système de soins plus large.

L'objectif d'INTERMEDE (recherche en cours) est d'explicitier les éléments de l'interaction médecin – patient qui peuvent expliquer, au-delà de différences sociales dans l'émergence de la demande de santé et de soins de la part du patient, des prises en charge différenciées pouvant contribuer *in fine* à des écarts d'état de santé.

Autrement dit :

- Y a-t-il, à situation clinique identique, des différences de traitement¹ (de réponse du système de soins) selon des catégories (sociales ou autres), qui pourraient être génératrices d'inégalités de santé ?
- Si oui, quels sont les éléments de l'interaction médecin – patient qui les génèrent ?

2. MATERIELS ET METHODES

¹ L'expression « différence de traitement » étant prise ici au sens très générique et pouvant recouvrir en l'occurrence des différences de diagnostic, de prescriptions en matière de prévention, de thérapeutique, etc...

INTERMEDE associe une approche sociologique, qualitative et une approche épidémiologique, quantitative.

La démarche qualitative suivie dans ce projet a été expérimentale, à double titre :

- d'une part, il s'agissait de vérifier la faisabilité du protocole, notamment concernant la réalisation d'observations in situ en cabinet de médecine générale
- d'autre part, de valider sa productivité dans l'élaboration d'hypothèses et axes d'analyse à développer sur les interactions entre médecins et patients pouvant éclairer la question des inégalités sociales de santé en médecine générale.

Nous avons étudié le déroulement de consultations entre divers médecins et patients par observation directe et en confrontant le point de vue des deux acteurs par entretiens semi-directifs à l'issue de la consultation observée.

Le recueil des données a été réalisé entre mars et septembre 2006 par deux sociologues et une anthropologue de l'équipe de recherche, dans trois régions distinctes : Midi Pyrénées (Toulouse et sa banlieue, zone rurale et ville semi-urbaine), région parisienne (Ouest et Sud) et Nantes.

Les médecins étaient au nombre de 11 : 5 sur la région de Toulouse et 3 dans chacun des deux autres sites. Leur participation reposait sur du volontariat. Leur recrutement s'est fait selon différentes modalités en fonction des réseaux mobilisables dans les trois sites d'étude. Même si le corpus de médecins présente une certaine diversité (sexe, âge, ancienneté et lieu d'exercice), du fait des modalités de recrutement, les médecins observés ne sont certainement pas globalement représentatifs de l'ensemble de la profession (8 maîtres de stage, 6 enseignants au département de médecine générale).

Les réunions préalables avec le département de médecine générale de Toulouse ont permis de préciser les modalités de recrutement des patients. Il a été décidé d'assister à toutes les consultations sur des demi-journées. Une fiche d'information présentant les objectifs de l'étude était distribuée en salle d'attente à chaque patient (par la secrétaire ou le médecin). Était joint un bref questionnaire à remplir, recueillant l'âge du patient, sa profession, son poids, sa taille, l'ancienneté de sa relation avec le médecin, ses principaux problèmes de santé, et le motif de la consultation du jour. L'accord des patients pour participer à l'étude (présence de l'enquêteur lors de la consultation et entretien individuel par la suite) était également recueilli, ainsi que leurs coordonnées afin de réaliser ultérieurement un entretien en face-à-face. Un entretien était demandé si la personne était en surpoids ou si le thème de l'alimentation avait tenu une place particulière pendant la consultation (thématique ciblée pour cette recherche).

Entre deux consultations, ou après le temps d'observation de la demi-journée, un court entretien (débriefing) était fait, pour chaque patient inclus, avec le médecin. Ce débriefing avait pour objectif de recueillir ce que celui-ci connaît du patient et de retracer le déroulement de la consultation selon son point de vue : les objectifs visés atteints ou non atteints, les informations à transmettre, transmises, comprises ou non par le patient, les informations reçues du patient, la qualité estimée de la relation avec ce malade, de la prise en charge médicale, le projet thérapeutique à venir.

L'entretien avec le patient avait pour objectif de retracer la consultation selon son point de vue et de mieux connaître sa trajectoire de vie et de santé. Il était demandé son parcours professionnel et résidentiel, sa situation familiale, ses éventuels liens personnels avec le monde médical, ses relations avec le médecin généraliste et avec d'autres médecins, son état de santé. Concernant la consultation, l'entretien visait à faire apparaître les attentes a priori vis-à-vis de cette consultation, les informations à transmettre au médecin, les informations reçues, l'accord ou non avec les prescriptions, les difficultés à les respecter, le degré de satisfaction et d'insatisfaction (informations, écoute, compréhension...) pour cette consultation, et plus généralement pour son suivi médical.

Un entretien a été réalisé avec chaque médecin pour recueillir des éléments biographiques (âge, année de thèse, année d'installation, volume de consultations...), mais aussi des informations sur ses pratiques (motivations, limites, difficultés, intérêts...) et ses valeurs professionnelles.

Au final, 48 patients en surpoids et/ou avec lesquels il a été question d'alimentation pendant la consultation ont été inclus et 242 consultations ont été observées sans être suivies d'un entretien avec le patient.

3. RESULTATS PRELIMINAIRES

Dans l'hypothèse qui guide cette recherche autour de la contribution des éléments de la consultation médicale sur les inégalités sociales de santé, nous nous sommes intéressés aux modes d'agir ensemble des médecins et des patients.

Les données recueillies dans les trois types d'échange que nous avons enregistrés (entre patient et médecin généraliste, entre médecin et enquêteur, entre patient et enquêteur) dans chaque monographie de cas permettent de mettre en évidence des modes de relation qui seront à préciser. A ce stade de notre analyse, voici ce que nous pouvons avancer.

Du côté des médecins : Il est indéniable qu'il y a des modes d'être et de faire spécifiques à chaque médecin. Des recherches montrent et nous le retrouvons dans notre enquête qu'il existe une variabilité inter-médecins. Cette variabilité qui traduit donc des différences dans les références identitaires (l'éthos) et dans les modes de faire a son pendant du côté des patients. On dit souvent que la clientèle est à l'image du médecin ou en tout cas qu'un type de médecin attire un profil de client. L'adaptation serait donc réciproque. Les données recueillies confirment ce constat.

Cette variabilité n'exclut pas que le comportement, la rationalité dominante du praticien soient soumis aux ruptures dans la « routine » du fait donc des situations diverses rencontrées. Cette variabilité intra-médecins est particulièrement intéressante et contribue à éclairer les « faces cachées », les « failles » des régimes d'action.

Cependant, tous et plus encore toutes (dans le cadre de cette enquête mais ce constat est généralisable à d'autres travaux), partagent le sentiment d'avoir une capacité d'action limitée.

Ce sentiment s'alimente principalement à trois sources : le contexte de la médecine générale (la « *bobologie* » selon les termes de Laurent²) ; le sentiment que l'important se joue ailleurs, médicalement et socialement (dans le contexte social et environnemental du patient mais aussi chez les médecins spécialistes) ; les transformations de la relation thérapeutique avec au centre la revendication d'autonomie du patient et de son accès à l'information en dehors du « colloque singulier ». De ce fait, même si certains sont plus « dirigistes » que d'autres et se réfèrent au modèle du paternalisme médical, de l'autorité bienveillante, tant dans leurs propos que dans leurs actes, la plupart d'entre eux adoptent des postures de négociation et de compromis, de manière à maintenir la relation et à se donner une capacité d'action *a minima*. Cependant, cette capacité d'action opère par tri : il y a ceux/celles avec qui on peut faire et les autres, les « cortiqués »³ et les non « cortiqués », autrement dit ceux qui se prennent en charge, qui comprennent, qui font des efforts et ceux avec qui « c'est peine perdue ».

Du côté des patient-e-s : De manière générale, les données recueillies tant dans l'observation que dans les entretiens opèrent des tris entre des patients plutôt gestionnaires de leur santé et plus ou moins distants avec la médecine, et d'autres plus prêts à déléguer leurs problèmes de santé aux professionnels à qui ils reconnaissent cette compétence. Les patients considèrent leur travail avec le médecin à l'aune de leur indépendance propre. Soit ils estiment qu'ils sont tout à fait capables de s'occuper de leur santé, avec l'aide de techniciens compétents, soit ils pensent être peu compétents et ont besoin d'un médecin auquel ils vont confier leur santé. Ces positionnements induisent des modes d'être et de faire différents qui en interagissant avec les modes d'être et de faire des médecins produisent des situations plus ou moins « coopératives » ou « tendues ».

Les patients qui peuvent se définir comme autonomes dans la gestion de leur santé arrivent dans le cabinet médical avec une demande précise, considérée comme une étape inscrite dans un carnet de bord sanitaire où les recours externes et les ressources sont importants. Ils font jouer ce rapport « éclairé » qu'ils ont à leur santé en manifestant une prise sur le déroulement de la consultation. Ils dirigent : « *j'ai un peu dirigé* » dit Claudine après la consultation, et l'observation le confirme, face au Dr Michel qui avoue dans l'entretien « *elle se sert un peu de moi* » ; ils mettent à l'épreuve le médecin : « *on a l'impression qu'il passe tout ce qu'on dit au crible de sa raison, de son raisonnement, de son approche, de ses connaissances. C'est la démarche un peu policière* » constate agacé le Dr Laurent face à Christian, effectivement ancien inspecteur de police à la retraite et qui développe un rapport très attentif à sa santé. Certains définissent la relation comme étant d'égal à égal : « *je considère que les docteurs, si calés soient-ils sont mes égaux* » et cette proposition d'Honoré s'accompagne d'une attitude de distanciation vis-à-vis des médecins : « *je les démystifie complètement* ».

² Médecin généraliste exerçant à Paris

³ Ce terme de « cortiqué » est utilisé par le médecin Claire

Parmi ces patients, l'autonomie suppose qu'il existe un contrôle a minima du jugement médical, ce qui n'exclut pas une attitude coopérative. Il peut s'agir d'une relation où chacun cherche son intérêt avec un certain pragmatisme de part et d'autre : laisser faire le temps, ce qui n'exclut pas une évaluation réciproque.

Les patients qui ne sont pas préoccupés de leur santé outre mesure, sont généralement moins critiques et plus confiants au sens où la confiance suppose la délégation et la croyance en l'efficacité des actes. C'est ainsi que la définit Lucien Karpik : « *la confiance désigne l'association intime d'une relation asymétrique -la délégation- et d'un mode d'existence particulier au monde : la croyance* » (Cresson 2000). La confiance est définie par Simmel comme « *un état intermédiaire entre le savoir et le non savoir* » (Ogien et Quéré 2006). Elle ne peut se concevoir que dans un monde où règne l'indéterminé, l'incertitude. C'est dans cette posture de reconnaissance de la compétence du professionnel et de la relativité de son propre savoir que se retrouvent ces personnes qui apprécient la relation avec leur médecin mais pour laquelle ils n'ont pas d'exigence particulière, comme ils n'en ont pas à l'égard de la vie en général : « ne demandons pas trop, ça pourrait être pire ». L'attitude de délégation de Mireille rend compte aussi de son sentiment (plutôt populaire, propre aux « gens de peu ») de l'existence d'un bien limité. Quand il s'agit dans l'entretien de donner son avis sur les médecins et le recours à eux, elle exprime sa satisfaction vis-à-vis d'une médecine dont tout le monde ne profite pas : « *c'est qu'on a tellement la chance d'avoir une médecine comme on a ! Quand on voit les pays loin de nous (...) Il faut être tolérant. Essayons de donner aussi un peu de nous* ». C'est aussi l'attitude d'Albert et Paulette qui « s'arrangent » avec leur maladie et reconnaissent à Michel d'avoir réagi à temps dans un cas urgent (la prise en charge du cancer du sein de Paulette).

4. DISCUSSION/ CONCLUSION

La variabilité intra-médecin est reconnue comme étant supérieure à la variabilité inter-médecins. Toutefois, ces deux dimensions et leur variation en fonction des catégories sociales des patients sont encore assez peu connues en France et mériteraient d'être précisées.

Nous espérons pouvoir documenter cette question à travers l'approche sociologique mise en œuvre dans INTERMEDE et à la mise en perspective des résultats issus de la phase qualitative avec ceux de la phase quantitative. Par exemple, en partant des positions et attitudes dominantes d'un médecin, nous pouvons explorer les situations dans lesquelles les médecins dérogent à leurs habitudes, leurs routines, leurs positions. Ceci permettrait de saisir des disparités de traitement observées et qui peuvent déboucher sur des inégalités de santé.

RÉFÉRENCES

- Berkman L.F., Kawachi I. (2000) *Social epidemiology*: New York, Oxford University Press.
- Cresson G. (2000). « La confiance dans la relation médecin-patient », in Cresson G, Schweyer F-X, *Les usagers du système de soins*, Rennes, ENSP, 333-350.
- Evans R.G., Barer M.L., Marmor T.R. (1996) *Etre ou ne pas être en bonne santé. Biologie et déterminants sociaux de la maladie*. John Libbey eurotext, Paris.
- Joubert M., Chauvin P., Facy F., Ringa V., S Iwek P., Deschamps J.P., Terra J.L. (2001) *Précarisation, risques et santé*. Inserm ed. Paris.
- Lang T., Lombrail P., Fouriaud C., Jacquinet-Salord M.C., Mahé I., Ravelonanosy M.J. (1990) « Hôpital, médecine du travail et correction des inégalités dans le domaine de la prévention ». *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*,38, p281-286.
- Lebas J., Chauvin P. (1998), *Précarité et santé* : Paris, Flammarion.
- Leclerc A., Fassin D., Grandjean H., Kaminski M., Lang T. (2000) *Inégalités sociales de santé* : Paris. La Découverte/Inserm.
- Lombrail P., Pascal J., Lang T.(2004) « Accès au système de soins et inégalités sociales de santé : que sait-on de l'accès secondaire ? » *Santé, Société et Solidarité*. 2, p61-71.
- Mackenbach J.P., Kunst A.E., Cavelaars A.E., Groenohof F., Geurts J.J. (1997) "Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in western Europe. The EU Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health". *Lancet*, 349, p1655-16559.
- Quéré L. et A. Ogien (dir.) (2006) *Les moments de la confiance. Connaissance, affects et engagements* : Paris, Economica, Coll. « Etudes sociologiques »

H7 - Premiers résultats d'une enquête pilote sur l'interaction médecin-patient et son rôle dans la formation des inégalités sociales de santé (INTERMEDE)

A. Afrite^a, P. Dourgnon^a, J. Pascal^b, F. Jusot^c, T. Lang^d, P. Lombrail^b et l'ensemble du groupe Intermède

^a Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes), Paris, France ; ^b Pôle d'information médicale, d'évaluation et de santé publique, Laboratoire d'épidémiologie et de santé publique, CHU Nantes, France ; ^c Université Paris-Dauphine, Paris, France ; ^d Inserm U558 Epidémiologie et analyses en santé publique : risques, maladies chroniques, handicaps, Toulouse, France

RESUME

Introduction. Certains travaux empiriques sur les facteurs explicatifs des inégalités sociales de santé mettent en avant le rôle du système de soins, en particulier de la médecine générale, soulignant qu'il pourrait contribuer à les renforcer. L'étude pilote INTERMEDE explore, à partir de l'exemple de l'obésité, comment l'interaction médecin-patient dans le cadre de la consultation de médecine générale contribue à construire, aggraver ou compenser des inégalités sociales de santé.

Matériel et méthodes. Une phase qualitative, préalable à la phase quantitative (objet de la communication), a permis de produire des résultats préliminaires et fournit des hypothèses à tester sur les interactions médecin-patient. La phase quantitative a été réalisée auprès d'un échantillon de médecins généralistes et de patients de 3 régions françaises. Son originalité était de tester un questionnement « en miroir » du patient et du médecin, avant, tout de suite après et 15 jours après la consultation enquêtée. Les dimensions « en miroir » recueillies par des enquêteurs à l'aide de questionnaires standardisés concernaient : les caractéristiques socio-économiques ; le(s) motif(s) de la consultation, les problèmes de santé notamment de surcharge pondérale et les prescriptions.

Résultats. 30 médecins généralistes et 640 patients ont été enquêtés. Les premières analyses montrent que les motifs de consultation déclarés par les médecins et les patients sont assez concordants. En revanche, de fortes discordances sont mesurées entre les déclarations des acteurs pour les éléments de la consultation liés à la santé mentale et la prévention des problèmes de poids. La question du surpoids a été abordée dans 40 % des consultations. Il a été observé une sous-estimation générale du poids des patients par eux-mêmes et par les médecins, ces derniers sembleraient sous-estimer davantage celui des patients ayant un meilleur statut social.

Discussion et conclusion. La faisabilité (acceptabilité et qualité de recueil) d'un protocole quantitatif visant à interroger « en miroir » les deux acteurs de la consultation, et d'étudier leur interaction semble établie. L'analyse des données permet de confronter les visions du médecin et du patient à la fois sur leurs attentes, compréhensions et réponses de la consultation. Elle montre en particulier que les concordances et discordances sont notamment expliquées par leurs caractéristiques socio-économiques. Ces résultats contribuent à éclairer le rôle de l'interaction médecin-patient dans la construction d'inégalités sociales d'accès secondaire aux soins, d'observance, et *in fine* d'état de santé.

Mots-clés : Inégalités sociales de santé ; Soins primaires ; Interaction Médecin-Patient, Analyse Quantitative
Keywords: Health Social Inequalities; Primary Care; Physician-Patient Interaction; Quantitative Analysis

1. INTRODUCTION ET OBJECTIF

Dans beaucoup de pays, des inégalités sociales de santé importantes persistent ou même s'aggravent. Les comparaisons internationales montrent qu'elles sont particulièrement élevées en France où les écarts d'espérance de vie à 35 ans sont de 7 ans entre cadres et ouvriers et ont tendance à s'accroître (Leclerc et al. 2000 ; Mackenbach et al.1997).

Les recherches menées sur les facteurs explicatifs de ces inégalités ont mis en évidence le rôle des déterminants externes au système de soins, les conditions de vie et les comportements à risque. Un courant de recherche plus récent montre aussi l'impact de facteurs psychosociaux - sentiment de domination hiérarchique, d'absence d'autonomie et de contrôle sur sa vie - et le rôle que peuvent jouer la structure sociale et l'absence de cohésion de la société (Berkman et Kawachi, 2000). Des travaux explorent par ailleurs la façon dont ces inégalités sociales de santé se construisent par accumulation tout au long du cycle de vie (Graham, 2002).

Le rôle du système de santé et des soins est aujourd'hui très peu considéré dans les recherches sur les inégalités sociales de santé. Ceci vient d'une part d'un courant de pensées qui relativise globalement l'impact des soins sur l'état de santé (Evans et al. 1996) et surtout du constat que les inégalités demeurent, voire s'accroissent, dans des pays qui ont instauré un accès aux soins, libre et gratuit. Pourtant, certains travaux empiriques montrent que le système de soins peut contribuer à renforcer des inégalités existantes. Certains travaux empiriques mettent également en avant le rôle du système de soins, en particulier en médecine primaire, en soulignant qu'il pourrait également contribuer à les renforcer (Shi, Starfield et al. 1999).

Une meilleure connaissance des processus par lesquels il peut aggraver ou au contraire limiter les inégalités sociales constatées pourrait nourrir une politique de santé publique, dont le système de soins est évidemment un levier majeur (Lebas, 1998 ; Joubert, 2001). Il paraît également nécessaire de mieux cerner ce qui relève de la délivrance effective et de l'efficacité des soins dans les différents groupes sociaux (Lang, 1990).

Rappelons qu'une distinction doit être faite entre les capacités du système de soins à ne pas rattraper ou corriger les inégalités sociales de santé qui existaient antérieurement et la capacité de ce système à contribuer et à créer des inégalités sociales de santé, par construction ou par omission (Lombrail, 2004).

Notre travail s'intéresse en particulier aux phénomènes d'interaction entre le patient et le système de soins pouvant agir sur les inégalités sociales de santé. Il s'agit donc non seulement de supposer que l'interaction patient-médecin est un élément clé de l'utilisation du système de soins et de l'efficacité du système de soins, mais surtout que *cette interaction est différenciée selon les caractéristiques du patient*.

Les phénomènes d'interaction sont très difficiles à interpréter. Lorsque l'on observe, par exemple, que la quantité de soins consommée diminue avec le niveau d'éducation, il est très difficile de déterminer si cela provient d'un effet de demande, les personnes les moins diplômées ayant moins tendance à se soigner, ou alors un effet d'offre, les producteurs de soins prescrivant par exemple moins aux personnes les moins diplômées.

De plus, l'accès secondaire aux soins résulte d'une suite de décisions, tant de la part du médecin que du patient. Si les décisions diagnostiques ou thérapeutiques du médecin relèvent pour partie de sa propre histoire, indépendamment du patient qu'il soigne, elles dépendent aussi de l'interaction et des échanges avec le patient. Enfin, cette rencontre s'inscrit dans une histoire individuelle, relationnelle et sociale. Il s'agit donc de saisir un processus dynamique qui se déploie à l'intérieur d'un contexte institutionnel, lui-même partie prenante d'un système de soins plus large.

L'objectif d'INTERMEDE est d'explicitier les éléments de l'interaction médecin – patient qui peuvent expliquer, au-delà de différences sociales dans l'émergence de la demande de santé et de soins de la part du patient, des prises en charge différenciées pouvant contribuer *in fine* à des écarts d'état de santé. Autrement dit, le projet vise à répondre à une double question :

1. Y a-t-il, à situation clinique identique, des différences de traitement¹ (de réponse du système de soins) selon des catégories (sociales ou autres), qui pourraient être génératrices d'inégalités de santé ?
2. Si oui, quels sont les éléments de l'interaction médecin – patient qui les génèrent?

La thématique proposée dans ce projet est peu explorée et nécessitait donc la mise au point d'approches méthodologiques originales. C'est la raison de cette phase pilote, destinée à explorer des méthodes de recueil utilisables ultérieurement. Les résultats attendus sont de mieux

¹ L'expression « différence de traitement » étant prise ici au sens très générique et pouvant recouvrir en l'occurrence des différences de diagnostic, de prescriptions en matière de prévention, de thérapeutique, etc.

comprendre comment le système de soins et de santé, dans son interaction avec les patients contribue à accroître les inégalités sociales de santé ou à tout le moins ne contribue pas à les réduire. Cette meilleure compréhension vise à terme à être capable de proposer des pistes de travail pour infléchir cette situation.

La médecine générale de ville a été choisie comme lieu d'observation de cette interaction, pour deux raisons :

- d'une part, nous pouvons penser qu'en médecine de ville, l'aspect relationnel, plus que dans le cadre de la médecine hospitalière, est un aspect essentiel et que les décisions de prise en charge sont susceptibles de dépendre de cette dimension d'interaction ;
- la médecine générale touche l'ensemble de la population et permet donc de raisonner en termes de continuum d'inégalités sociales et non de cibler une population particulière.

Il était nécessaire d'inscrire cette observation des pratiques autour d'une situation de santé concrète. Le choix de cette situation clinique devait répondre à plusieurs critères :

- identifier un problème de santé dont la distribution est marquée socialement ;
- permettre la possibilité d'analyser la consultation à la fois dans sa dimension de diagnostic, de recommandations de prévention et de traitement ;
- pouvoir confronter la pratique à un référentiel clair.

L'obésité et le surpoids sont apparus à cet égard comme un choix approprié.

2. MATERIELS ET METHODES

Intermède associait deux approches méthodologiques complémentaires : l'une qualitative et l'autre quantitative. La première phase qualitative visait à évaluer la faisabilité d'un recueil sociologique dans le cadre d'une consultation de médecine générale (incluant un entretien avec le médecin, le patient et l'observation de la consultation), de produire des résultats préliminaires mais originaux sur les interactions médecin-patient observées et enfin de fournir des hypothèses à tester dans la phase quantitative de l'enquête. Cette dernière, visait à mettre au point la faisabilité d'une étude de concordance qui analyserait le couple médecin-patient au cours d'une consultation, et tester si les informations recueillies sont éclairantes pour les problématiques de diagnostic, de prescription et d'observance dans le cadre de la prise en charge de patients atteints de surpoids ou d'obésité, selon les catégories sociales.

La phase quantitative a été construite à partir des premiers éléments issus de la phase qualitative tant dans la préparation des questionnaires que le protocole de terrain. L'observation de l'interaction reposait sur des questionnaires posés au patient et au médecin à différentes étapes de l'épisode de soins, et conçus pour s'intégrer dans l'activité médicale du médecin observé. Les patients répondaient à trois questionnaires :

- un questionnaire préconsultation, recueillant les caractéristiques sociodémographiques et économiques, l'état de santé perçu et les motifs de consultation du patient ;
- un questionnaire post-consultation, administré en sortie de consultation dans le but de recueillir le contenu factuel et les attentes du patient concernant la consultation. Ce questionnement était suivi de la mesure du poids et de la taille du patient ;
- un questionnaire de suivi de la mise en œuvre réelle des conclusions arrêtées à l'issue de la consultation, administré par téléphone quinze jours après la consultation, afin de recueillir la description et les attentes du patient vis-à-vis de la relation médecin-patient.

Les médecins étaient, quant à eux, soumis à deux questionnaires :

- un questionnaire post-consultation, recueillant des informations en « miroir » de celles du patient sur le contenu factuel et les attentes du patient concernant la consultation ;
- un questionnaire général, en fin d'enquête, recueillant le profil et la pratique des médecins, leur anticipation vis-à-vis des patients selon les catégories sociales dans le domaine de la prévention.

Des « questionnaires en miroir » reposant sur des questionnements identiques ont été utilisés, plus particulièrement dans les questionnaires administrés comme suite de la consultation. Ce principe nous est apparu adéquat pour l'analyse de l'interaction basée en partie sur l'étude des concordances et des discordances entre les déclarations des deux acteurs, sur les dimensions d'attentes, d'objectifs, de compréhension, et de contenu de la consultation.

A titre expérimental et pour un petit échantillon de médecins généralistes, nous avons complété cette enquête par un enregistrement audiovisuel de la consultation dans des conditions limitées². Il

² L'usage de cette technique s'est développé en Europe dans l'analyse de la communication médecin-patient, notamment au travers de l'enquête Eurocommunication qui compte à ce jour dix pays participants et en comptera bientôt trois nouveaux, mais également aux Etats-Unis.

s'agit avant tout d'apprécier la faisabilité d'un tel protocole en France et de tester les outils de transcription automatique des données audio en texte et l'opérabilité des outils de scoring de l'interaction décrits dans la littérature. Les enregistrements audiovisuels seront analysés dans la perspective de recueillir les dimensions suivantes :

- les dimensions affective et informative verbale : conversation, paraphrases, attention verbale, questions posées, informations données...
- le comportement non verbal : regard du médecin dirigé vers le patient, évaluation des affects ;
- le contenu réel de la consultation : symptômes discutés, prescription, orientation du patient, diagnostics, éducation du patient, prévention ;
- la dimension empathique de la communication : participation du patient dans les processus de prise de décision, de définition du problème, degré d'écoute du médecin...
- les caractéristiques de la consultation : durée, interruptions...

Le recueil des données a été réalisé sur une période de trois semaines entre septembre et octobre 2007 dans trois régions : Ile-de-France, Midi-Pyrénées et Pays de la Loire. Deux enquêteurs recrutés dans chacune de ces régions ont réalisé ce recueil auprès de 30 médecins généralistes durant deux journées en moyenne, tous les jours de la semaine y compris le samedi. Ces médecins recrutés dans les trois régions disposaient nécessairement d'un local disponible pour que l'enquêteur puisse s'entretenir avec les patients (cabinet de consultation d'un confrère, salle de repos, etc.). Dans la salle d'attente de chacun de ces médecins, une vingtaine de patients réguliers volontaires ont été sélectionnés dès lors qu'ils vérifiaient les quatre critères suivants : être majeur et âgé de moins de 80 ans, être suivi régulièrement par le médecin observé, ne pas être enceinte ou avoir accouché il y a moins de six mois, et ne pas consulter le médecin en urgence. Les patients éligibles recrutés étaient inclus dans l'enquête s'ils acceptaient de répondre au minimum aux deux premiers questionnaires.

Les patients, comme les médecins ont eu connaissance de l'objectif général de l'enquête, c'est-à-dire l'étude de l'interaction entre le médecin généraliste et le patient. En revanche, deux aspects de l'étude leur ont été cachés : l'étude de la variation de l'interaction en fonction des caractéristiques sociales du patient et la prise en compte en tant qu'objet spécifique du surpoids et de l'obésité pour l'étude des comportements. À ce titre et dans la mesure où l'observation des comportements des deux acteurs peut être biaisée par un focus annoncé sur le surpoids et l'obésité, il n'a pas été précisé aux participants. De même, et pour éviter le dévoilement du sujet, l'objectif de l'entretien à l'issue de la consultation, notamment la mesure du poids et de la taille, ne leur a pas été décrit.

A chacun des patients éligibles recrutés, l'enquêteur administrait le questionnaire préconsultation. Dans la perspective de la réinterrogation du patient quinze jours après la consultation, ses coordonnées téléphoniques et ses préférences d'appel étaient relevées. De son côté l'enquêteur remplissait un questionnaire pour chaque patient éligible approché, pour recueillir les circonstances particulières de la consultation et le cas échéant les motifs de son refus à participer. A l'issue de la consultation, l'enquêteur s'entretenait avec chaque patient dans le local mis à disposition pour lui administrer le questionnaire post-consultation, le peser et le mesurer. Le médecin, quant à lui, remplissait le questionnaire sur la consultation venant de se dérouler. Ce questionnaire, devait être rempli au plus près de la consultation, entre deux consultations ou en fin de demi-journée. Au plus tard une journée après la fin de l'enquête dans leur cabinet, les médecins remplissaient le questionnaire général et nous le retournait par voie postale.

3. RESULTATS

Un taux élevé d'acceptation de l'enquête par les patients.

Au final, 30 médecins généralistes ont été observés : 11 en Ile-de-France (dont 3 pour le protocole avec enregistrement audiovisuel), 10 en Midi-Pyrénées et 8 en Pays de la Loire.

En salle d'attente, 786 patients potentiellement éligibles à participer à l'enquête ont été approchés par les enquêteurs : 640 patients ont été inclus dans l'enquête, soit un taux de participation de 81 %. Le jour de leur inclusion, 94 % des patients ont également accepté de répondre au questionnaire des suites de la consultation : 90 % ont pu être effectivement joint quinze jours plus tard (soit 84 % des patients inclus).

Les patients non inclus sont des patients ayant refusé de participer à l'enquête (16 %) ou ayant interrompu leur participation en cours de recueil (3 %).

Le manque de temps est le motif de refus le plus souvent invoqué par les patients (23 %). En revanche, la perturbation de la relation avec le médecin ne semble pas du tout être un motif de refus de participation.

Lors du recueil, un tiers des patients consultant les médecins de notre échantillon n'étaient pas éligibles à participer : les mineurs représentaient 62 % d'entre eux, 16% consultaient pour la première fois le médecin, 14 % étaient âgés de 81 ans et plus ; 7 % étaient des femmes enceintes ou ayant accouché il y a moins de six mois et enfin 2 % consultaient en urgence leur médecin.

Notre cible d'inclure des patients atteints de surpoids ou d'obésité a été atteinte

Notre échantillon de patients inclus est réparti équitablement entre patients présentant un poids normal et patients atteints de surpoids ou d'obésité : 2.5 % sont atteints de maigreur, 47 % présentent un poids normal, 31.5 % sont atteints de surpoids et 17 % souffrent d'obésité. Les mesures du poids et/ou de la taille ont été refusées par 2 % des patients. En France, on évalue que quatre personnes sur dix sont en surpoids, dont une est obèse.

Acceptation de l'enregistrement audiovisuel de la consultation

En général, les médecins n'ont pas du tout semblé être perturbés par la présence du caméscope durant la consultation. En revanche, l'enregistrement audiovisuel a engendré un taux de refus de participation légèrement plus élevé que dans le reste de l'Ile-de-France (28 % contre 26 %).

Quelques résultats préliminaires

Le principe des questionnaires « en miroir » est prometteur. Les premières analyses sur l'état de santé du patient déclaré par les deux acteurs montrent que : les états de santé subjectifs du patient déclarés par le patient et par le médecin sont très corrélés (les médecins jugeant en moyenne un état de santé meilleur) ; la présence d'une maladie chronique signalée par le médecin ne l'est que deux fois sur trois par le patient ; la déclaration d'absence de limitation est très corrélée de l'ordre de 80 à 90 % de déclarations concordantes. En revanche, une importante dissonance est observée entre les modalités « limité » et « fortement limité ». Les déclarations de motifs de problème de santé et résultat d'examen biologique par les médecins et les patients sont assez concordantes. A l'inverse, des déclarations fortement discordantes sont mesurées pour les problèmes de santé mentale et de prévention (30 % et 40 % de déclarations concordantes), de façon assez symétrique. Lors de la consultation observée, quatre patients sur dix ont déclaré avoir parlé de leur poids et de leur alimentation avec le médecin et cinq patients sur dix à avoir été pesés lors de l'examen clinique réalisé. En termes de rapport au poids, nous observons une sous-estimation générale du poids des patients par les patients eux-mêmes mais également par les médecins. Ces derniers évaluent comme non atteint de surpoids un patient sur deux réellement atteint, plus particulièrement chez les patients ayant un meilleur statut social où 63 % des patients souffrant de surpoids ne sont pas identifiés comme tels par les médecins.

4. CONCLUSION

La faisabilité, en termes d'acceptabilité et de qualité de recueil, d'un protocole d'observation visant à interroger « en miroir » les deux acteurs de la consultation, le patient et le professionnel de soins et d'observer l'interaction elle-même est avérée.

Les principales interrogations méthodologiques sur le recueil des données portaient sur l'acceptation des acteurs du principe de l'enquête, sur les modalités de recueil induites par la nature test de l'enquête : focus sur le surpoids, non dévoilement de l'objet spécifique, et sur la façon de l'accueil de l'enregistrement de la consultation par le médecin et le patient. L'accueil de cette enquête pilote est satisfaisant, avec un très bon accueil des patients et une bonne compliance des patients et médecins au protocole. Les patients ont quasi-majoritairement accepté d'être pesés et mesurés par les enquêteurs.

Concernant le protocole avec enregistrement audiovisuel, les enregistrements recueillis n'ont pas encore été exploités, mais nous pouvons espérer qu'elle mettra en avant comment les patients ont accueillis la présence du caméscope par leurs remarques qui entourent la consultation.

L'analyse des données permettra de confronter les visions du médecin et du patient à la fois sur les attentes du patient, la réponse du professionnel et le contenu de la consultation, et en quoi elles sont expliquées par les caractéristiques de ces deux acteurs. Elle contribuera à éclairer le rôle de l'interaction médecin-patient dans la construction (ou dans la réduction) d'inégalités sociales d'observance, d'accès secondaire aux soins de santé et *in fine* d'état de santé.

REFERENCES

- Berkman L.F., Kawachi I. (2000), *Social epidemiology*. New York: Oxford University Press.
- Cresson G. (2000). « La confiance dans la relation médecin-patient », In Cresson G, Schweyer F-X. (Ed.) *Les usagers du système de soins*. Rennes : Editions de l'ENSP, p. 333-350.
- Evans R.G., Barer M.L., Marmor T.R. (1996), *Etre ou ne pas être en bonne santé. Biologie et déterminants sociaux de la maladie*. Paris : John Libbey eurotext.
- Graham H. (2002), « Building an inter-disciplinary science of health inequalities: the example of lifecourse research », *Social Science and Medicine*, 55, 11, p. 2005-2016.
- Joubert M., Chauvin P., Facy F., Ringa V., Siwek P., Deschamps J.P., Terra J.L. (2001), *Précarisation, risques et santé*. Paris : Editions Inserm.
- Lang T., Lombrail P., Fouriaud C., Jacquinet-Salord M.C., Mahé I., Ravelonanosy M.J. (1990), « Hôpital, médecine du travail et correction des inégalités dans le domaine de la prévention », *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 38, p. 281-286.
- Lebas J., Chauvin P. (1998), *Précarité et santé* : Paris, Flammarion.
- Leclerc A., Fassin D., Grandjean H., Kaminski M., Lang T. (2000), *Inégalités sociales de santé*. Paris : Editions La Découverte/Inserm.
- Lombrail P., Pascal J., Lang T. (2004), « Accès au système de soins et inégalités sociales de santé : que sait-on de l'accès secondaire ? », *Santé, Société et Solidarité*, 2, p. 61-71.
- Mackenbach J.P., Kunst A.E., Cavelaars A.E., Groenof F., Geurts J.J. (1997), « Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in western Europe. The EU Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health », *Lancet*, 349, p1655-1659.
- Shi L., Starfield B., Kennedy B., Kawachi I. (1999), « Income Inequality, Primary Care, and Health Indicators » *Journal of Family Practice*, 48, 4, p. 275-284.

Résumé de la contribution 169

Abrégé

Sessions: *Soins de santé primaires, *Obésité et santé publique, *Inégalités sociales et santé

Mots-clés: inégalités sociales de santé, méthodologie, consultation, médecine générale, surpoids

Interaction médecin-patient et production d'inégalités sociales de santé. L'exemple d'une démarche de recherche pluridisciplinaire originale.

Monique Membrado¹ and Christine Rolland²

¹CNRS UMR 5193 LISST, France; ²INSERM unité 558, France; rolland@cict.fr

Les recherches sur les facteurs explicatifs des inégalités sociales de santé ont mis en évidence le rôle des déterminants externes au système de soins (conditions de vie, comportements à risque...). Pour autant, le système de soin peut-il être tenu sans responsabilité en matière de maintien ou d'amplification des inégalités sociales de santé? Pour être utile à une réflexion sur le système de soins, le débat nécessite de différencier ce qui relève de l'« accès primaire », c'est à dire l'entrée dans le système ou son degré d'utilisation de l'« accès secondaire », à savoir la manière, dont se déroulent les soins après un premier contact. Il existe des inégalités d'accès primaire aux soins (à âge et sexe identiques, les dépenses de santé décroissent avec le niveau social) et des inégalités d'accès secondaire aux soins qui semblent rentrer dans deux catégories : inégalités par omission et inégalités par construction. Divers travaux témoignent d'une situation complexe dans laquelle attitudes du patient, du médecin et l'interaction entre les deux produisent des décisions contrastées selon le milieu social des patients. Des recherches sociologiques confirment que la « classification sociale » des patients par le médecin peut influencer le comportement du médecin. La nature des interactions peut varier du fait : de la soumission à l'autorité médicale différente en fonction de catégories sociales ; de la distance sociale, notamment du décalage socioculturel, comme les représentations de la maladie, la perception du corps, les mots pour le dire ; de la délégation ou non du pouvoir de décision au médecin ; de l'interprétation des symptômes ...

Plusieurs équipes de recherche françaises, représentant différentes disciplines (sociologie, anthropologie, épidémiologie, économie et santé publique) et ayant une expérience de travail en commun, se sont associées afin de travailler un questionnement de recherche sur la question des inégalités sociales de santé et de mettre à l'épreuve leurs hypothèses de travail dans des opérations de recherche.

La communication proposée vise à présenter la démarche mise en œuvre, à expliciter en quoi elle est originale, ce qu'elle a pu produire sur le plan méthodologique mais aussi en termes de résultats scientifiques.

La démarche a été la suivante :

- en 2004-2005, tenue de trois séminaires de travail qui ont permis, à partir de la discussion de textes préalablement rédigés par les chercheurs, d'élaborer un questionnement commun et des hypothèses de travail (1).
- en 2005-2008, élaboration et réalisation d'un projet de recherche sur les interactions médecin-patient qui a pris comme cadre d'analyse la consultation de médecine générale (2). Ce travail (rapport final pour avril 2008), associe et fait interagir approche qualitative (sociologie et anthropologie) et approche quantitative (épidémiologie et économie).

Phase qualitative : chez 11 médecins généralistes de trois régions françaises, observation de 215 consultations dont 50 suivies d'un entretien avec le patient et d'un entretien avec le médecin, quand BMI du patient supérieur à 25 ou question du poids ou de l'alimentation abordée. Ces consultations ainsi que les entretiens ont été enregistrés et intégralement transcrits.

Phase quantitative : chez 30 médecins généralistes de trois régions françaises, inclusion de 600 patients. Trois questionnaires-patient ont été utilisés: juste avant la consultation, juste après et 15 jours plus tard. Ainsi que deux questionnaires-médecin : juste après la consultation (informations « en miroir » sur la consultation et le profil du patient) et un sur ses pratiques et valeurs.

Ce protocole d'enquête est original à plusieurs titres : observation des pratiques en médecine de ville, complétée par un entretien auprès du médecin et auprès du patient, ce qui permet de croiser les trois recueils sur une même situation (la consultation) ; dispositifs qualitatif et quantitatif semblables, ce qui ouvre sur une mise en perspective des résultats issus des deux types de données. Par exemple en considérant la variabilité (ou variance) intra et inter médecin : en partant des positions et attitudes dominantes d'un médecin, explorer les situations dans lesquelles les médecins dérogent à leurs habitudes, leurs routines, leurs positions. Ceci afin de saisir des disparités de traitement observées et qui peuvent déboucher sur des inégalités de santé.

(1) Rapports à la santé et aux soins : un continuum entre les exclus et les autres catégories sociales, (programme Sciences bio-médicales, santé et société, CNRS-INSERM-MiRe-DREES), Unité INSERM 558, UMR CNRS 5193 LISST, laboratoire de santé publique du CHU Nantes, IRDES, DIES, septembre 2005

(2) L'interaction entre médecins et malades productrice d'inégalités sociales de santé ? Le cas de l'obésité. (DREES-MIRE, INSERM, DGS, INVS), Unité INSERM 558, UMR CNRS 5193 LISST, laboratoire de santé publique du CHU Nantes, IRDES, DIES, rapport en avril 2008