

Outils

Cécile Fournier^{1,2,3}, Michel Naiditch², Marie-Odile Frattini^{1,4}

¹Pôle de ressources Ile-de-France en ETP
fournier@irdes.fr

²Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES), 117bis rue Manin, 75018 Paris

³Laboratoire Éducation et Pratiques en Santé (LEPS EA3412), Université Paris 13, 74 rue Marcel Cachin, 93017 Bobigny cedex

⁴Promosanté Ile-de-France, 34 rue Villiers de l'Isle Adam, 75020 Paris

Tirés à part : C. Fournier

Comment les médecins généralistes peuvent-ils contribuer à un accès plus équitable à l'éducation thérapeutique ?

Résumé

En France, l'accès à l'éducation thérapeutique (ETP) en médecine de ville reste faible et son équité d'accès pose question. 32 médecins généralistes ont été interrogés sur les modalités de prise en charge éducative qu'ils proposent à leurs patients, sur la manière dont ils perçoivent les inégalités sociales et leur influence sur leur propre pratique éducative, et enfin sur ce qu'ils pensent pouvoir mettre en œuvre pour contribuer à un accès plus équitable à l'ETP.

• Mots clés

médecine générale ; éducation des patients ; facteurs socioéconomiques ; inégalités devant les soins.

Abstract. How can GPs contribute to more equitable access to patient education?

In France, access to patient education (PE) in primary care remains low, and the equity of this access raises questions. 32 general practitioners were asked about how they offer PE to their patients, how they perceive social inequalities and their influence on their own educational practice, and finally what they think they can do to contribute to a more equitable access to PE.

• Key words

general practice; patient education; socioeconomic factors; disparity, healthcare.

DOI: 10.1684/med.2018.341

Introduction

En France, le droit à bénéficier d'une éducation thérapeutique du patient (ETP) est inscrit dans le Code de la santé publique depuis 2009. Le système d'autorisation des programmes d'ETP instauré par la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) a abouti à la constitution d'une offre essentiellement hospitalière [1] et l'accès aux programmes d'ETP reste globalement faible : en 2015, 3 736 programmes étaient autorisés pour environ 15 millions de personnes atteintes de maladies chroniques. Dans cet article, nous qualifions d'« ETP » les pratiques mises en œuvre dans le cadre de programmes autorisés et nous appelons « pratiques éducatives » celles développées au sein de consultations médicales. La dimension éducative est repérée lorsque les médecins déclarent s'appuyer sur le vécu et l'expérience du patient pour l'aider à développer des compétences d'auto-soin et d'adaptation, en construisant des objectifs personnalisés réévalués d'une consultation à l'autre. Au-delà de quelques travaux sur l'ETP en ambulatoire [2, 3] et sur son intégration aux soins [4-6], les pratiques éducatives individuelles restent peu étudiées et leur formalisation n'a été envisagée que récemment.

En parallèle, dans la continuité de la loi HPST, la Loi de santé de 2016 énonce l'objectif de « garantir un accès aux soins équitable ». Or on sait que les personnes appartenant aux catégories les moins favorisées de la population, et qui supportent la plus grande part du fardeau lié aux maladies chroniques, ont un accès moindre à la fois aux soins et à la prévention [7, 8]. Considérant que l'ETP serait à même de contribuer à réduire les inégalités sociales de santé [1], on peut donc se demander s'il existe des inégalités d'accès à une prise en charge éducative, et si oui, si les médecins généralistes sont en mesure de contribuer à réduire ces inégalités d'accès [9], comme cela a été montré pour d'autres interventions de santé publique [10].

Cet article synthétise les résultats d'une recherche dans laquelle des médecins ont été interrogés successivement sur : leurs pratiques éducatives ; l'accès donné à d'autres ressources éducatives ; la façon dont ils appréhendent les caractéristiques sociales de leurs patients et l'influence des inégalités sociales sur leur travail éducatif ; les solutions qu'ils développent ou envisagent pour contribuer à plus d'équité d'accès à une démarche éducative ou d'ETP.

Une enquête compréhensive auprès de médecins généralistes franciliens

Une recherche sociologique par entretiens a été menée auprès de médecins généralistes se trouvant dans un contexte *a priori* favorable vis-à-vis de l'ETP, car collaborant avec des organisations d'exercice pluri-professionnel affiliées au Pôle de ressources en ETP d'Ile-de-France (réseaux, maisons et pôles de santé ayant mis en place des programmes d'ETP en ville).

Parmi les médecins sollicités par mail, 32 ont accepté d'être interrogés : 22 l'ont été au cours d'entretiens individuels approfondis et dix au cours de deux entretiens collectifs. Notre échantillon était divers en termes de genre, d'ancienneté de l'exercice en médecine générale, de mode d'exercice, de formation ou non à l'ETP et du caractère plus ou moins défavorisé de la patientèle.

Il comportait une forte proportion de médecins enseignants ou tuteurs de stage et de médecins sensibilisés à l'ETP. Après avoir interrogé les médecins sur leur trajectoire professionnelle et leurs conditions d'exercice, nous avons sollicité des récits de pratiques à partir de deux vignettes cliniques. La première présentait le cas d'une femme diabétique de type 2, faisant référence à des situations éducatives au long cours ; la seconde concernait un homme sous traitement anti-vitamine K, dont la situation permettait d'évoquer la gestion de risques immédiats et à plus long terme, liés à la maladie et/ou au traitement. En faisant varier au cours de l'entretien les situations sociales des patients décrits dans les vignettes, nous avons cherché à appréhender la façon dont les médecins percevaient les caractéristiques sociales de leurs patients et la manière dont elles influençaient sur leurs propres pratiques éducatives et l'accès donné à l'ETP. En fin d'entretien, l'avis des médecins sur leur capacité à diminuer les inégalités d'accès à des pratiques éducatives ou d'ETP était sollicité. Les entretiens individuels et collectifs ont été enregistrés et intégralement retranscrits. L'analyse compréhensive et inductive, en référence à la sociologie interactionniste [11], a été menée de manière croisée par trois chercheurs.

Principales modalités de pratiques éducatives des médecins

Les médecins interrogés décrivent des manières contrastées d'investir les pratiques éducatives et l'ETP. Si la quasi-totalité d'entre eux développe des pratiques éducatives en consultation, celles-ci sont d'occurrence variable et peuvent être « bricolées » ou plus structurées, mobilisant des démarches qui relèvent ou non de l'ETP. Pour tous les médecins, ces pratiques s'inscrivent dans une logique biomédicale qui prime [12]. Ainsi pour ce médecin évoquant le suivi d'une patiente diabétique : « Une fois que j'ai vérifié son hémoglobine glyquée, sa tension et fait

mon boulot de clinicien, je vais lui demander où elle en est par rapport à ce qu'on a vu la dernière fois ». Les pratiques éducatives sont guidées par l'enjeu de convaincre le patient de l'importance d'adapter son mode de vie ou de gérer son traitement. Pour ce faire, les médecins associent plus ou moins les patients à la définition des objectifs éducatifs : le plus souvent, le médecin pense pour le patient à partir de ses objectifs médicaux, qu'il tente d'adapter à ce qu'il perçoit de la situation de son patient ; plus rarement, le médecin associe le patient à la construction de ses objectifs, à partir de ce que vit celui-ci dans sa situation singulière, : « *Si [la patiente] s'était proposée de mettre en place un certain nombre de choses, je vais voir ce qu'elle a pu mettre en place. Si elle a pu mettre en place, voir comment elle ressent ça. Si elle n'a pas pu, essayer de comprendre avec elle ce qui a fait qu'elle n'a pas pu, comment elle pourrait faire pour faire autrement »*.

Bien que la plupart des médecins se disent interrogatifs sur l'efficacité de leurs propres pratiques éducatives, l'orientation vers d'autres ressources est peu fréquente et non systématisée. Elle varie en fonction des réseaux formels et informels dans lesquels ils exercent, de leur connaissance de l'offre et des liens de confiance tissés avec les professionnels qui les animent. Ils orientent ainsi le plus souvent vers des professionnels qu'ils connaissent personnellement (diététicien, médecin nutritionniste, podologue, coach sportif...), parfois vers des programmes d'ETP ambulatoires (réseaux, dispositif Asalée, maisons ou pôles de santé...) ou des dispositifs médico-sociaux (Ateliers santé ville, médiateurs sociaux, assistants sociaux...), plus rarement vers des programmes d'ETP hospitaliers. Ces orientations sont le plus souvent ponctuelles, motivées par la résolution d'une difficulté contingente dans la prise en charge, et sont rarement pensées dans le temps long, en lien avec les pratiques éducatives mises en œuvre en consultation.

Perception par les médecins des caractéristiques sociales de leurs patients et de leur influence sur le travail médical

Si les pratiques différenciées des médecins selon les caractéristiques sociales des patients ont été mises en évidence par plusieurs études [7, 13, 14], et si le Collège de la médecine générale recommande d'enregistrer la situation sociale des patients dans les dossiers médicaux [15], la question de la prise en compte des inégalités sociales et de la réponse à y apporter divise les médecins [16].

Ceux que nous avons interrogés évoquent quatre dimensions sociales susceptibles de compliquer leur travail médical. Parmi celles-ci figurent le niveau d'études des patients, leur familiarité avec la langue française et leurs ressources financières. Les deux premières dimensions sont en lien avec le niveau de « littératie en santé » des patients, à savoir « les compétences cognitives et

sociales qui déterminent la volonté et la capacité d'un individu de repérer, de comprendre et d'utiliser de l'information afin de promouvoir et maintenir une bonne santé » [17]. Une quatrième dimension, souvent qualifiée par les médecins de « culturelle », renvoie à des différences dans le rapport au corps, à la santé ou aux soins entre populations d'origines variées, différences avec lesquelles les médecins doivent composer : « J'ai des femmes africaines qui pèsent par exemple 85 kilos, je leur dis : « faut maigrir ». Elles me disent : « sûrement pas, ça ne va pas ! Plus aucun homme ne voudrait de moi ! ». « On ne peut rien faire. Alors qu'ici, maintenant c'est le contraire, il faut maigrir pour séduire les hommes. Donc, il y a des attitudes culturelles qui sont différentes en fonction des origines, il faut jouer avec ».

Cependant, les différences sociales ne sont généralement pas perçues par les médecins comme les principaux facteurs explicatifs des connaissances des patients ou de leur désir d'autonomie dans la gestion de leur santé : « Même si on a une population précaire, globalement, à l'intérieur même de notre population, les gens sont complètement différents. Il y a des gens qui ont des acquis, d'autres qui en ont très peu. Il y a des gens qui ont envie de s'autonomiser, d'autres qui n'en ont pas du tout envie ». En effet, pour une majorité de médecins, les inégalités en matière de prise en charge éducatives relèvent d'abord du fait qu'il est plus facile de construire avec certaines personnes un lien de confiance qui constitue le fondement du travail clinique et éducatif, cette construction étant perçue comme relativement indépendante des caractéristiques sociales des patients : « La porte de l'inégalité, [...] c'est] l'opacité de la raison pour laquelle on crée un lien particulier avec quelqu'un. Et ça, on ne le gère pas ».

Ils admettent toutefois que des différences sociales peuvent occasionner pour eux un travail supplémentaire : « Il y a plus d'efforts à faire avec des gens qui ont un niveau socioéconomique plus bas. Ça demande plus d'énergie, ça demande plus de temps. Même si ça rend plus service ».

Influence des inégalités sociales perçues par les médecins sur leur travail éducatif

Ainsi, comme cela a déjà été montré sur l'information donnée par les médecins en consultation [18], les médecins se rendent compte – parfois au fil des entretiens – que l'idée qu'ils se font de la position sociale du patient joue un rôle dans l'approche éducative qu'ils mettent en œuvre, à la fois en consultation et dans les orientations proposées aux patients vers d'autres ressources éducatives.

Concernant les pratiques éducatives en consultation

Les contraintes de temps pesant sur la consultation peuvent être source d'inégalités dans les prises en charge

éducatives car elles amènent parfois les médecins à consacrer moins de temps aux patients dont ils sont plus éloignés socialement : « J'essaye de faire attention de ne pas traiter les gens différemment. Malgré tout, je vois bien que (...) si je suis un peu pris par le temps (...) que je veux rattraper du retard, je vais beaucoup plus tenter de réduire une consultation avec quelqu'un d'un niveau socioéconomique plus bas parce que, de ma position, c'est plus facile de cadrer les choses et de raccourcir, de mettre moins d'objectifs, moins d'enjeux et de passer moins de temps. Avec quelqu'un d'un niveau socioéconomique plus élevé, qui va m'embarquer dans des discussions que je vais trouver peut-être plus intéressantes, en fait, le retard, je ne vais pas vouloir le récupérer ».

Par ailleurs, pour les patients issus des catégories sociales perçues comme moins favorisées, les médecins disent se restreindre plus souvent à des objectifs d'apprentissage minimal : « C'est plus des objectifs de sécurité que des objectifs vraiment à long terme au niveau complications ».

Enfin, pour ces patients, les médecins reconnaissent avoir une attitude éducative plus souvent prescriptive qu'à l'écoute de leurs préférences. Ainsi, face à une situation qui nécessiterait un changement d'habitudes alimentaires, un médecin explique : pour « une bourgeoise active qui soit est déjà dans l'image d'être la femme mince et belle qu'elle a envie d'être, soit où moi j'imagine qu'elle pourrait être dans cette image-là », il tentera de la faire réfléchir aux avantages qu'elle pourrait en retirer. Par contre, poursuit-il : « comme je ne projette pas sur ma patiente Marocaine cette idée qu'elle voudrait être plus mince et que, au contraire, je projette l'idée qu'elle aime bien avoir des formes, je ne vais pas jouer à la balance motivationnelle pour elle (...) Je vais le lui dire activement et de façon dogmatique ».

Concernant l'orientation vers d'autres ressources éducatives

Les médecins ont des pratiques d'orientation variées. Certains privilégient les patients les plus favorisés tandis que d'autres adresseront volontiers les patients en situation de plus grande précarité sociale. Les médecins se disent également attentifs aux ressources financières de leurs patients, orientant ceux qui en ont les moyens vers des professionnels dont les soins ne sont pas remboursés et ceux plus démunis vers des activités mieux remboursées ou gratuites.

Les ressources éducatives mobilisées varient selon des stéréotypes de genre et d'appartenance sociale, qui renverraient à des besoins perçus comme différents. Ainsi avec un tableau clinique similaire, une femme sera plutôt orientée vers un professionnel de la nutrition et un homme vers un programme d'activité physique. De même, une personne défavorisée sera plus souvent orientée vers une prise en charge collective avec des personnes de même catégorie sociale pour répondre à un besoin estimé d'information et de lien social, alors qu'une personne plus favorisée sera adressée vers une prise en charge individuelle, pour répondre à un besoin estimé de soutien motivationnel personnalisé.

Les médecins qui se rendent compte du caractère socialement différencié de leurs pratiques estiment que cela peut occasionner une perte de chance pour certains patients. Ceux qui estiment avoir un rôle à jouer dans la réduction des inégalités entre leurs patients indiquent alors différentes solutions pour développer une pratique éducative et une orientation vers l'ETP qui soient à la fois plus fréquentes et plus équitables.

Les solutions des médecins pour favoriser l'accès et l'équité d'accès à une démarche éducative

Un médecin souligne tout d'abord la nécessité d'une prise de conscience de l'existence d'inégalités sociales, puis d'une motivation à agir : « *Pour réduire les inégalités, il faut déjà que j'aie conscience que ça existe. Et tout le monde n'a pas conscience qu'il y a des inégalités sociales de santé. Moi, il m'a fallu longtemps pour comprendre. À partir du moment où je sais que ça existe, que j'ai envie, je peux être un peu proactif* ».

Les médecins interrogés mettent ensuite l'accent sur trois types de démarches qui leur paraissent structurantes pour réduire les inégalités d'accès à l'éducation et qui concernent à la fois les pratiques éducatives au sein des consultations médicales et le recours à des ressources complémentaires.

Tout d'abord, pour dépasser la difficulté liée au manque de temps, quelques médecins ont pris des dispositions organisationnelles :

– Prévoir systématiquement des consultations d'une demi-heure ou proposer occasionnellement une consultation dédiée : « *Un patient, on lui a découvert un diabète il n'y a pas longtemps. Je sentais qu'il y avait des choses à travailler, que ça allait prendre un peu de temps. Il allait faire une prise de sang de contrôle, je lui dis : « après la prise de sang, on se revoit ». Là, j'ai calé une demi-heure, c'est moi qui lui ai donné le rendez-vous, parce que quand il prend un rendez-vous avec la secrétaire, ce n'est pas forcément pour ça* ».

– L'autre solution évoquée face au manque de temps est d'orienter plus souvent vers d'autres professionnels ou des dispositifs d'ETP : « *Il faudrait qu'on travaille plus avec des infirmières, avec des diététiciennes (...). Je pense qu'il faut déléguer* ». Pour cela, du temps est nécessaire pour recenser les offres éducatives, tisser des liens de confiance avec les professionnels et orienter les patients dans de bonnes conditions.

Ensuite, certains médecins jugent utile d'acquérir des compétences éducatives. Ainsi, à la question « *comment réduire les inégalités d'accès à l'ETP ?* », un médecin répond : « *en se formant à l'ETP, déjà. Je pense que si, tous, on faisait un petit peu d'ETP dans nos consultations, on améliorerait déjà l'accès* ». Cela implique pour lui, mais aussi pour d'autres, de « *changer de posture, (...sortir du) dogme du médecin qui sait et qui transmet* ». En effet le modèle promu par l'ETP incite à travailler autrement avec les patients, en partant de là

où ils en sont, en construisant et en identifiant avec eux les ressources qu'ils vont pouvoir mobiliser pour vivre avec la maladie. Cela leur apparaît d'autant plus important qu'avec des patients en situation de vulnérabilité sociale, ils ont pu observer que cette démarche permettait de renforcer le lien social et l'estime de soi.

Au-delà des bénéfices pour les patients, certains médecins soulignent aussi la satisfaction qu'ils éprouvent à développer une dimension éducative dans leurs consultations pour aboutir à un travail qui en devient « *moins épuisant* », avec une « *confiance plus forte qui s'installe au niveau relationnel* ». Certains médecins indiquent aussi que leurs confrères, pourtant non convaincus au départ, souhaitent continuer à s'impliquer dans l'ETP après avoir participé à un premier programme, tant ils y trouvent matière à réenchanter leur pratique, dans des conditions d'exercice parfois difficiles du fait de la complexité des situations des patients, ou de l'affaiblissement de l'offre sanitaire et de son défaut d'articulation avec l'offre sociale et médico-sociale.

Enfin, certains médecins pensent nécessaire d'adapter les programmes d'ETP proposés aux patients au profit des catégories les moins favorisées, selon plusieurs dimensions : offrir une ETP conviviale, avec une approche pluripathologique ou non thématique pour mieux correspondre aux situations cliniques souvent complexes des personnes et pour ne pas les stigmatiser ; aborder les questions de promotion de la santé et de la vie de tous les jours avec une maladie ; travailler à l'articulation entre prises en charges sanitaires et sociales en proximité (médiatrices dans un centre de santé, consultations d'ethnopsychiatrie, ateliers cuisine, programmes d'ETP en ville, infirmière Asalée...). Certains médecins estiment que les professionnels, y compris eux-mêmes, doivent se montrer « *plus proactifs* » en allant au-devant de demandes non formulées, qui permettent aux personnes de se sentir considérées. Pour les médecins de notre échantillon exerçant dans des quartiers défavorisés, cela s'inscrit dans un engagement militant, lié à leur trajectoire, et valorisant le rôle social du médecin sur son territoire [19, 20].

Conclusion

Notre recherche auprès de médecins a priori intéressés par l'ETP, du fait de notre mode de sélection, révèle des pratiques éducatives présentes mais disparates en consultation, et des orientations vers d'autres ressources éducatives qui restent limitées même de la part de médecins affiliés à des organisations proposant des programmes d'ETP. Ces pratiques apparaissent génératrices d'inégalités d'accès à une prise en charge éducative, sauf lorsque les médecins en prennent conscience et décident de s'organiser pour favoriser l'équité d'accès à une telle prise en charge. Leurs actions et leurs suggestions rejoignent alors celles décrites dans d'autres travaux [3, 4, 21, 22] : se former à l'ETP et à la prise en compte des inégalités sociales et de la littératie en santé ; acquérir une vision territoriale des besoins et de l'offre de



Pour la pratique

- Les médecins développent tous de manière variable des pratiques éducatives intégrées à leurs consultations. Ils orientent rarement les patients vers d'autres offres éducatives ou vers des programmes d'ETP.
- Leurs pratiques éducatives apparaissent différenciées selon la situation sociale des patients.
- Certains s'engagent dans des dynamiques professionnelles et institutionnelles susceptibles d'améliorer à la fois leurs pratiques éducatives et l'équité de l'accès donné à d'autres ressources :
 - en participant à des échanges de pratiques ou en se formant à l'ETP ;
 - en se tenant informés de l'offre éducative disponible sur leur territoire ;
 - en développant des organisations du travail pluri-professionnelles et intersectorielles, qui facilitent la connaissance des ressources éducatives complémentaires et l'orientation des patients ;
 - en développant des ressources éducatives complémentaires conviviales, non thématiques ou pluripathologiques, en proximité.
- Pour certains médecins, se former et pratiquer l'ETP aide à transformer leurs pratiques pour mieux répondre aux besoins des patients, notamment les plus défavorisés socialement, et contribue à réenchanter leurs pratiques.

soins et de santé ; développer une pratique coordonnée pluriprofessionnelle et intersectorielle dans la prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques. Ceci nécessite des transformations des pratiques et des frontières professionnelles, mais aussi de disposer de compétences et de ressources éducatives accessibles.

~ **Remerciements** Nous remercions chaleureusement les médecins qui ont accepté d'échanger sur leurs pratiques, ainsi que Pierre Lombraïl, Pierre-Yves Traynard et Rémi Gagnayre pour la discussion des premiers résultats. Cette recherche a été financée par l'IRESP dans le cadre de son appel à projets sur l'ETP en 2012.

~ **Liens d'intérêts** : les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec l'article.

RÉFÉRENCES

1. HCSP. Avis relatif à la mise en œuvre de l'éducation thérapeutique du patient depuis la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST), 2015, 43 p.
2. Assal JPh, Lacroix A. La technique des objectifs dans la prescription médicale et l'enseignement aux malades. *Éducation permanente* 1986 ; 85 : 137-52.
3. Traynard PY, Gagnayre R. *L'éducation thérapeutique du patient en ville et sur le territoire*. Paris : Maloine ; 2013. 311 p.
4. HCSP. Rapport. *L'éducation thérapeutique intégrée aux soins de premier recours*. Paris, 2009, 38 p.
5. Drahi E. ETP séquentielle en médecine générale. *Rev Prat* 2011 ; 24 (847) : 673-7.
6. Fournier C, Attali C. Éducation (thérapeutique) du patient en médecine générale. *Médecine* 2012 ; 8 (3) : 123-8.
7. Gelly M, Pitti L. Une médecine de classe ? Inégalités sociales, système de santé et pratiques de soins. *Agone* 2016 ; 1 (58) : 7-17.
8. Lombraïl P. Inégalités de santé et d'accès secondaire aux soins. *RESP* 2007 ; 55 : 23-30.
9. Falcoff H. Le dilemme de la médecine générale face aux inégalités : faire partie du problème ou contribuer à la solution ? In : Potvin L, Moquet MJ, Jones C, editors. *Réduire les inégalités sociales en santé*. Saint-Denis (France) : INPES, 2010.
10. Bourqueuil Y, Jusot F, Leleu H. Comment les soins primaires peuvent-ils contribuer à réduire les inégalités de santé ? Revue de la littérature. *Questions d'économie de la santé* 2012 ; 179.
11. Strauss A, Corbin J. Les fondements de la recherche qualitative. *Techniques et procédures de développement de la théorie enracinée*. Fribourg : Academic Press ; 2004. 342p.
12. Genolini J, Roca P, Roland R, Membrado CM. "L'éducation" du patient en médecine générale : une activité périphérique ou spécifique de la relation de soin ? *Sciences sociales et santé* 2011 ; 29 (3) : 81-121.
13. Schieber AC, Kelly-Irving M, Delpierre C, et al. Is perceived social distance between the patient and the general practitioner related to their disagreement on patient's health status? *Patient Education And Counseling* 2013 ; 91 (1) : 97-104.
14. Bloy G. Quand le message préventif ne passe pas, quelles reconfigurations du gouvernement des conduites en médecine générale ? *Sciences sociales et santé* 2015 ; 33 (4) : 41-66.
15. Collège de la médecine générale. Pourquoi et comment enregistrer la situation sociale d'un patient adulte en médecine générale ? Recommandations aux médecins généralistes en France. Paris : Groupe de travail universitaire et professionnel ; 2014. 30 p.
16. de Pauw C. Les médecins généralistes face au défi de la précarité. Rennes : Presses de l'EHESP, 2017.
17. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal : a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International* 2000 ; 15 : 259-67.
18. Fainzang S. *La relation médecins/malades : information et mensonge*. Paris : PUF, 2006, 159 p.
19. Baszanger I. La construction d'un monde professionnel : entrées des jeunes praticiens dans la médecine générale. *Sociologie du travail* 1983 ; 3 (83) : 275-94.
20. Audrey Mariette, Laure, Pitti. Médecin de première ligne dans un quartier populaire. Un généraliste en banlieue rouge des années 1960 aux années 2010. *Agone* 2016 ; 1 (58) : 51-72.
21. Fournier C, Gautier A, Mosnier-Pudar H, Druet C, Fagot-Campagna A, Aujoulat I. Results of a French national survey on self-management education to people with diabetes... still a long way to go! *Educ Ther Patient/Ther Patient Educ* 2014 ; 6 (1) : 10102.
22. Lasserre-Moutet A, Dupuis J, Chambouleyron M, Lagger G, Golay A. Transformer son identité professionnelle : impact d'un programme de formation continue de soignants en éducation thérapeutique du patient. *Pédagogie Médicale* 2008 ; 9 : 83-93.