

Concepts

Charlotte Rychen¹, Katia Malazovic²,
Géraldine Vandersnickt¹, Yves
Montariol¹, Shérazade Kinouani^{1,3}

¹Département de médecine générale,
Université de Bordeaux

sherazade.kinouani@u-bordeaux.fr

²Département de médecine générale,
Université de Bourgogne, Dijon

³Centre INSERM U1219, Bordeaux
Population Health, Case 11, 146 rue Léo
Saignat, CS61292, 33076 Bordeaux Cedex

Tirés à part : S. Kinouani

Maladies chroniques et inégalités sociales de santé en soins premiers – Partie 1

Résumé

Les maladies chroniques sont responsables d'une part croissante de la morbi-mortalité mondiale. En France, elles sont très majoritairement prises en charge par les médecins généralistes. Des gradients de distribution des maladies chroniques en fonction de la catégorie sociale ont été décrits pour certaines d'entre elles. Notre objectif était de décrire la relation entre des maladies chroniques (dépendance au tabac, mésusage d'alcool, maladies cardiovasculaires, HTA, maladies respiratoires, asthme) et des indicateurs socioéconomiques, en médecine générale.

Nous avons mené une étude observationnelle transversale descriptive réalisée en 2015 dans 8 cabinets de médecine générale en Aquitaine. Le mode de recueil était un questionnaire papier, rempli en salle d'attente par des patients volontaires. Une analyse par régression logistique multivariable a été réalisée pour estimer la relation entre la prévalence des maladies chroniques et les indicateurs socioéconomiques recueillis. Ce premier article présente le contexte et les méthodes.

• Mots clés

inégalités devant les soins ; maladie chronique ; tabagisme.

Abstract. Chronic diseases and health social inequalities in primary healthcare - Part 1

Chronic diseases are responsible for a growing share of worldwide morbidity and mortality. In France, they are mainly treated by general practitioners. Gradients of the distribution of chronic diseases among social classes were described, for some of them. We aimed to describe, in general practice, the relationship between some chronic

Introduction

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), une maladie chronique se définit comme « *une affection de longue durée (ancienneté minimale de trois mois) qui, en règle générale, évolue lentement* ». L'atteinte peut être physique, psychologique et/ou cognitive et est la plupart du temps non guérissable. Dans le monde, les maladies chroniques constituent désormais la première cause de mortalité, étant à l'origine de 68 % des décès (56,4 millions en 2015) [1, 2]. Près de 80 % des décès dus aux maladies chroniques sont survenus dans des pays à revenu faible ou moyen [2]. Les principales maladies en cause sont les maladies cardiovasculaires (48 %), les cancers (21 %), les maladies respiratoires (12 %), le diabète (3,5 %) et les troubles neuropsychiatriques.

En France, en 2010, les maladies chroniques touchaient 20 % de la population, soit 13 millions de personnes. Elles étaient responsables de 60 % des décès, dont la moitié survenaient avant 70 ans [3]. La plupart des maladies chroniques sont attribuables aux facteurs de risque suivants : tabac, alcool, obésité et hypertension artérielle (HTA). En France, la consommation d'alcool est la deuxième cause de mortalité évitable, après le tabagisme [4]. Les consommations de tabac et d'alcool sont des comportements à risque, susceptibles d'induire une maladie chronique qu'est l'addiction. En France, les maladies chroniques sont très majoritairement prises en charge par les médecins généralistes. En effet, 90 % des HTA, 80 % des maladies coronariennes, 85 % des cas de diabète, et 55 % des troubles psychiques sont pris en charge en soins premiers [5].

Les inégalités sociales de santé (ISS) sont définies comme un gradient de morbi-mortalité distribué le long de l'échelle sociale. Chaque catégorie sociale a un niveau de morbi-mortalité plus élevé que la classe sociale qui lui est immédiatement supérieure [6-8]. En pratique, les maladies ne sont pas différentes d'une classe sociale à l'autre, mais leur prévalence, leur gravité ou l'âge de survenue sont plus péjoratifs dans les populations socioéconomiquement défavorisées.

Tous les pays sont concernés par les ISS [9], qui ont été qualifiées de « *différences au plan de la santé qui ne sont pas seulement inutiles et évitables, mais qui sont également considérées comme injustes et inéquitables* » par la Commission des Déterminants sociaux de la Santé de l'OMS [10]. En effet, l'amélioration générale de l'état de santé des populations, principalement matérialisée par l'allongement de l'espérance de vie et la diminution de la mortalité infantile, n'a pas profité à tous de manière équitable. Ces améliorations ont été plus importantes pour les catégories sociales les plus favorisées [7]. Depuis une dizaine d'années, la réduction des ISS constitue le défi prioritaire pour les systèmes de santé dans la plupart des pays du monde, par la lutte contre les déterminants de santé défavorables [7, 8, 11]. Les médecins généralistes occupent une position stratégique dans

diseases (tobacco addiction, alcohol abuse, cardiovascular diseases, hypertension, respiratory diseases, and asthma) and some socioeconomic indicators.

In 2015, we carried out a descriptive cross-sectional study in 8 general practices in Aquitaine area (France). Volunteer patients filled in a questionnaire in the waiting room. We conducted a multivariable logistic regression analysis to estimate the relationship between the prevalence of chronic diseases and some socioeconomic indicators. This first article presents the background and the methods in our study.

• **Key words**

health social inequalities; chronic disease; smoking.

DOI: 10.1684/med.2018.317

secondaire était de décrire les prévalences de ces maladies chroniques dans la même population. Les hypothèses étaient que certains indicateurs socioéconomiques étaient associés à la présence de maladies chroniques en région Aquitaine. Les prévalences de troubles d'usage d'alcool et de tabac seraient plus importantes en médecine générale que celles d'autres maladies chroniques plus facilement identifiées comme telles.

Matériels et méthodes

Une étude observationnelle de cohorte sur les conduites addictives a été réalisée en cabinets de médecine générale en Aquitaine de mai 2015 à novembre 2016, avec une durée de suivi de 12 mois. Il s'agissait de l'étude e-TAC (*electronic cigarette, Tobacco, Alcohol and Cannabis in general practice*) dont le protocole a fait l'objet d'une publication [21]. L'analyse décrite dans cet article portait sur les données recueillies à l'inclusion (entre mai et novembre 2015) des patients dans l'étude e-TAC.

Population étudiée

La population cible était l'ensemble des patients adultes consultant en médecine générale en Aquitaine. L'échantillon était constitué de patients consultant en médecine générale, quel que soit le motif, dans l'un des 8 cabinets de médecine générale participant à l'étude e-TAC pendant la période d'inclusion. Tout patient de 18 ans ou plus, ayant rempli et signé une fiche de consentement à participer, capable de remplir le questionnaire seul et comprenant le français était inclus. Il devait avoir déjà fumé du tabac au moins une fois dans sa vie, et/ou bu de l'alcool, et/ou consommé du cannabis, et/ou utilisé une cigarette électronique. Ce critère d'inclusion était lié aux objectifs de l'étude e-TAC qui avait pour objectif principal de décrire l'usage de cigarette électronique. Tout patient

la lutte pour l'équité sanitaire et contre les ISS. Au contact direct et prolongé des individus, ils peuvent recueillir des informations sur la position sociale de leurs patients, et en tenir compte dans leurs pratiques préventives et curatives quotidiennes [5, 7, 12].

Des gradients de distribution des maladies chroniques en fonction de la catégorie sociale ont été décrits, notamment pour les maladies cardiovasculaires [13], l'asthme [14-16], les maladies cancéreuses [17], et le mésusage d'alcool [4, 18, 19]. En revanche, les données concernant la relation entre la position sociale et l'usage du tabac et ses troubles paraît plus complexe. Des études écologiques ont retrouvé une association entre précarité et tabagisme, mais peu d'études sont réalisées avec des scores individuels ou des scores de dépendance [20]. Enfin, l'étude d'une population de soins premiers semblait nécessaire étant donné la position stratégique du médecin généraliste dans la prise en charge des maladies chroniques et des ISS.

L'objectif principal de cette étude était de décrire la relation entre des maladies chroniques prévalentes en soins premiers (addiction au tabac ou à l'alcool, maladies cardiovasculaires, HTA, asthme, autres maladies respiratoires) et des indicateurs socioéconomiques, au sein d'une population adulte consultant en médecine générale en Aquitaine en 2015. L'objectif

sous sauvegarde de justice, vu en visite à domicile ou mineur était exclu.

Recueil des données

L'outil de recueil des données était un auto-questionnaire papier proposé dans les salles d'attente des cabinets de médecine générale participant à l'étude. Il comprenait 46 questions. Il est lisible en ligne en cliquant sur le lien donné en bas de page¹. Le questionnaire a été conçu en se référant aux données de la littérature puis a été soumis à l'avis de généralistes et d'addictologues avant d'être relu par une spécialiste de la communication sociale. Il a été testé pendant une semaine au cours d'une étude pilote dans deux cabinets de médecine générale. Une dernière correction a été effectuée par le comité de pilotage de l'étude avant sa diffusion.

Quatre internes de médecine générale proposaient aux patients de participer à l'étude deux demi-journées par semaine chez chacun de leur maître de stage universitaire. Le recueil de données était confidentiel : après avoir lu la note d'information, le patient remplissait la fiche de consentement et le questionnaire puis, il séparait lui-même la fiche du questionnaire pour les mettre dans deux boîtes distinctes. Ces boîtes étaient à disposition des patients dans la salle d'attente. Chaque questionnaire portait un numéro d'anonymisation.

Variabes principales

Les maladies chroniques étudiées étaient celles qui, d'après la littérature, paraissaient les plus fréquentes en médecine générale. Celles-ci étaient listées dans le questionnaire de telle sorte que les participants se déclaraient atteints (oui/non) de : maladies cardiovasculaires (infarctus, accident vasculaire cérébral, artérite des

¹ Ce questionnaire est aussi disponible sur demande auprès du dernier auteur : <https://drive.google.com/file/d/1wFtwnRm6QNgGgSfUHX1BTRRLGBAtdqgd/view?usp=sharing>



membres inférieurs, embolie pulmonaire), de maladies respiratoires (bronchopneumopathie chronique obstructive ou BPCO et emphysème), de diabète, d'HTA ou d'asthme. Le niveau d'addiction probable au tabac était évalué par le score Cigarette Dependence Scale-5 (CDS-5) [22]. Une addiction était probable si le score était ≥ 16 . Le mésusage probable d'alcool était évalué par le score Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT-C) [23]. Un mésusage d'alcool était probable en cas d'un score ≥ 4 chez les hommes et ≥ 3 chez les femmes.

Concernant, les indicateurs du niveau socioéconomique des participants, leur nombre avait été volontairement limité pour ne pas porter atteinte à la faisabilité et à l'acceptabilité de l'étude e-TAC par la longueur du questionnaire. Une première sélection d'indicateurs a été faite à partir des recommandations du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP), du Collège de Médecine Générale (CMG) et d'études françaises telles que la cohorte Santé, Inégalités et Ruptures Sociales (SIRS) [24-27]. Une seconde sélection a été faite sur avis de généralistes spécialisés dans l'étude des ISS. Les indicateurs choisis pour notre analyse étaient :

- la situation vis-à-vis de l'emploi (actif/apprenti ou étudiant/chômeur/retraité/parent au foyer ou en congé parental/autre) ;
- la profession et catégorie sociale (PCS) ;
- la situation familiale (célibataire sans enfant/célibataire avec enfant/en couple/veuf ou divorcé) ;
- le statut face au logement (propriétaire/locataire/hébergement) ;
- l'auto-perception de sa situation financière actuelle (vous êtes à l'aise/ça va/c'est juste, il faut faire attention/vous y arrivez difficilement) ;
- le niveau d'étude (primaire/secondaire 1^{er} cycle/secondaire 2^e cycle/supérieur/autre)
- et la zone de résidence (rurale ou urbaine).

RÉFÉRENCES

1. Dray-Spira R. Maladies chroniques et emploi : impact en termes d'inégalités sociales de santé. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2013 ; 61 (Supplement 3) : S146-51.
2. *Organisation mondiale de la santé*. Rapport sur la situation mondiale des maladies non transmissibles [En ligne] Genève : OMS ; 2014. 16 p. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/149294/1/WHO_NMH_NVI_15.1_fre.pdf?ua=1.
3. Danet S. L'état de santé de la population en France Rapport de suivi des objectifs de la loi de santé publique 2011. *Etudes et Résultats* 2012 ; 805 : 1-8.



Pour la pratique

- Les maladies ne sont pas différentes d'une classe sociale à l'autre, mais leur prévalence, leur gravité ou l'âge de survenue sont plus péjoratifs dans les populations socio-économiquement défavorisées.
- L'objectif principal de cette étude était de décrire la relation entre des maladies chroniques prévalentes en soins premiers (addiction au tabac ou à l'alcool, maladies cardiovasculaires, HTA, asthme, autres maladies respiratoires) et des indicateurs socioéconomiques, au sein d'une population adulte consultant en médecine générale. L'objectif secondaire était de décrire les prévalences de ces maladies chroniques dans la même population
- Un prochain article présentera les résultats de cette analyse.

L'âge et le sexe étaient également recueillis à l'inclusion.

Analyses statistiques

Le logiciel SAS (version 9.4) a été utilisé pour l'analyse statistique. Les variables quantitatives étaient décrites par la médiane et son écart interquartile. Les variables catégorielles étaient décrites par l'effectif et la proportion. Les prévalences étaient décrites en pourcentage, avec leur intervalle de confiance à 95 %. Les analyses bivariées étaient faites avec le test de Student ou le test non-paramétrique de Wilcoxon pour les variables quantitatives, le test du Chi2 ou Fisher exact pour les variables catégorielles. La relation entre chaque maladie chronique et chaque variable socioéconomique était décrite en analyse bivariable puis multivariable par des modèles de régression logistique multinomiale. L'analyse multivariable s'était faite par ajustement sur le sexe et l'âge en classes.

Aspects réglementaires

Le projet e-TAC a été approuvé par le comité de protection des personnes de l'université de Bordeaux (numéro : 2015-A00778-41) et par la Commission nationale de l'informatique et des libertés (numéro : 1838811).

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

4. Richard J, Palle C, Guignard R, Nguyen-Thanh V, Beck F, Arwidson P. La consommation d'alcool en France en 2014. *Evolutions* 2015 ; 32 : 1-6.

5. Collège de la Médecine Générale. Le Livre Blanc du Collège de la Médecine Générale. In : *Les Maladies Chroniques*. Neuilly sur Seine : Collège de la Médecine Générale, 2014.

6. *Organisation mondiale de la santé*. Comblant le fossé en une génération. Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. Genève : OMS, 2008, 260 p.

7. Potvin L, Moquet MJ, Jones C. *Réduire les inégalités sociales en santé*. Saint-Denis : INPES, 2010, 380 p.
8. Jacquet E. *Mesures agrégées des inégalités sociales de santé et santé mentale : données de la cohorte SIRS 2009*. Thèse d'exercice de médecine. Paris : Faculté de médecine Pierre et Marie Curie, 2016.
9. Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam A-JR, Schaap MM, Menvielle G, Leinsalu M, et al. Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries. *N Engl J Med* 2008 ; 358 (23) : 2468-81.
10. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv* 1992 ; 22 (3) : 429-45.
11. *Organisation mondiale de la santé*. Rapport sur la santé dans le monde, 2008. Les soins de santé primaires. Maintenant plus que jamais [En ligne] Genève : OMS ; 2008. 149 p. http://www.who.int/whr/2008/08_report_fr.pdf?ua=1.
12. INPES. Collège de la médecine générale. Prendre en compte les inégalités sociales de santé en médecine générale. Repères pour votre pratique [En ligne] 2014. 6 p. <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1538.pdf>.
13. De Gaudemaris R, Lang T, Hamic L, Dienne E, Chatellier G. Facteurs socioprofessionnels, contraintes de l'environnement professionnel et maladies cardiovasculaires. *Ann Cardiol Angéiologie* 2002 ; 51 (6) : 367-72.
14. Sofianopoulou E, Rushton SP, Diggle PJ, Pless-Mulloli T. Association between respiratory prescribing, air pollution and deprivation, in primary health care. *J Public Health* 2013 ; 35 (4) : 502-9.
15. Lynd LD, Sandford AJ, Kelly EM, Paré PD, Bai TR, FitzGerald JM, et al. Reconcilable Differences. *Chest* 2004 ; 126 (4) : 1161-8.
16. Maurer C, Nozick M, Lahmek P, Bonhour G, Kabbani J, Kangué P, et al. L'asthmatique est-il compétent pour gérer sa maladie? Étude de 280 patients en Seine-Saint-Denis, France. *Rev Mal Respir* 2015 ; 32 (3) : 229-39.
17. Merletti F, Galassi C, Spadea T. The socioeconomic determinants of cancer. *Environ Health* 2011 ; 10 (Suppl 1) : S7.
18. *World Health Organization (WHO)*. Global status report on alcohol and health 2014. Genève : WHO, 2014, 392 p.
19. Anderson P, Gual A, Colom J. Alcool et médecine générale. *Recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves*. Paris ; 2008. 141 p.
20. Guignard R, Beck F, Richard J. La consommation de tabac en France en 2014 : Caractéristiques et évolutions récentes. *Evolutions* 2015 ; 31 : 1-6.
21. Kinouani S, Castéra P, Laporte C, Pêtrègne F, Gay B. Factors and motivations associated with use of e-cigarette among primary care patients in a prospective cohort study : e-TAC study protocol. *BMJ Open* 2016 ; 6 (6) : e011488.
22. Le Houezec J. *Échelles internationales d'évaluation utilisables en tabacologie*. Synthèse de recensement, de traduction et de validation. Paris : Société Française de Tabacologie ; 2010. 14 p. Disponible : http://societe-francaise-de-tabacologie.com/misesaupoint/RapSFT2010_Echelles_DGS.pdf.
23. Bush K, Kivlahan DR, McDonnell MB, Fihn SD, Bradley KA. The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C) : an effective brief screening test for problem drinking. Ambulatory Care Quality Improvement Project (ACQUIP). Alcohol Use Disorders Identification Test. *Arch Intern Med* 1998 ; 158 (16) : 1789-95.
24. Cadot E, Martin J, Chauvin P. Inégalités sociales et territoriales de santé : l'exemple de l'obésité dans la cohorte SIRS, agglomération parisienne, 2005. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire* 2011 ; 8-9 : 88-91.
25. Haut Conseil de la Santé Publique. *Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité*. Paris : HCSP, 2009, 101 p.
26. Moleux M, Schaetzel F, Scotton C. *Les inégalités sociales de santé : Déterminants sociaux et modèles d'action*. Paris : Inspection générale des affaires sociales, 2011, 124 p.
27. Collège de la médecine générale. *Pourquoi et comment enregistrer la situation sociale d'un patient adulte en médecine générale ?*. In Neuilly-sur-Seine : CMG, 2014, 30.



Collection
La Personne en Médecine
• Décembre 2017
• 17 x 24 cm, 320 pages
• ISBN : 978-2-7040-1479-8
• 38 €

La clinique fondée sur les valeurs De la science aux personnes

La médecine fondée sur les valeurs s'inscrit parmi les mouvements contemporains de personnalisation des soins et intéresse toutes les disciplines médicales.

Complémentaire à la médecine fondée sur les preuves (Evidence Based Medicine), elle s'appuie sur une prise en compte des valeurs des acteurs du soin, de la personne soignée et de son entourage. Cette approche implique une prise de décision partagée rendant la pratique médicale plus éthique et plus efficace, et contribuant ainsi à « l'alliance thérapeutique ».

Depuis plus de trente ans, Bill Fulford défend ce concept dans lequel il révèle une pratique possible des soins au plus près de la singularité des patients. Arnaud Plagnol et Bernard Pachoud en livrent ici une parfaite traduction.

Préfacé par Bernard Granger, Professeur de psychiatrie, Université Paris-Descartes, groupe hospitalier Cochin

Traduit sous la direction de :

- **Arnaud Plagnol**
Psychiatre, Professeur de psychologie clinique à l'Université Paris 8 (Vincennes - Saint-Denis)
- **Bernard Pachoud**
Psychiatre, Professeur de psychopathologie, Directeur de recherches à l'Université Paris 7 (Paris-Diderot)

Frédéric Advenier, Marie Darrason, Rémi Tevissen, Jean-Baptiste Trabut

doin

John Libbey
EUROTEXT

En savoir + sur www.jle.com

