



Available online at
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



ACTUALITÉS EN RECHERCHE

Clinique de la précarité ? Réflexions éthiques et retour d'expériences autour d'un modèle de repérage des déterminants sociaux de la santé vers la santé publique clinique



Clinical public health, a model for identifying medico-social determinants of health? Ethics reflections and feedback on precariousness

B.V. Tudrej^{a,*,b,c,d}, R. Etonno^b, A. Martinière^b,
C. Hervé^{a,d}, F. Birault^{b,c}

^a Laboratoire d'éthique médicale et de médecine légale, EA 4569, université Paris-Descartes, 75006 Paris, France

^b Département de médecine générale, faculté médecine et pharmacie, université de Poitiers, 86000 Poitiers, France

^c Maison de santé pluriprofessionnelle des Couronneries, 86000 Poitiers, France

^d International academy of ethics, medicine and public Health (IAEMPH), 75006 Paris, France

Reçu le 18 avril 2018 ; accepté le 12 juillet 2018

MOTS CLÉS

Médecine intégrée ;
Précarité ;
Santé publique
clinique ;
Soins primaires ;
Score

Résumé La précarité est un problème de santé publique majeur, car la santé d'un individu dépend de nombreux déterminants dont la situation sociale. Ces déterminants sont une cause majeure dans l'apparition des inégalités sociales de santé. Cependant, devant une absence de politique nationale claire, les disparités en santé restent importantes dans la population. Le rapport d'évaluation des objectifs de la loi de santé publique de 2004 fait plusieurs propositions pour une réduction plus effective de ces inégalités sociales de santé. La médecine générale au travers du modèle bio-psycho-social constate l'importance de ces déterminants. Cependant, les professionnels de santé devraient prendre en compte ces déterminants de façon effective. Il semble donc important d'évaluer la capacité des professionnels de santé à faire face à cette problématique et de mieux les sensibiliser à ces enjeux de santé publique.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : benoit.tudrej@gmail.com (B.V. Tudrej).

Quels sont les moyens à disposition pour une approche plus effective dans la réduction des inégalités sociales de santé ? Quelle utilisation possible de scores pour repérer la précarité, quel développement pour une médecine dite intégrée ou une orientation clinique de la santé publique ? Dans ce contexte, le positionnement des professionnels de santé est modifié et un cadre nouveau des pratiques professionnelles est à inventer.

© 2018 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Integrated care;
Deprivation;
Clinical public
health;
Primary care;
Score

Summary Deprivation is a major health issue because individual health depends on many determinants and the social status is one of them. Those determinants are responsible for the social health inequalities development. Nonetheless in the absence of a clear national political path track, health disparities remain important in the population. The evaluation report of the 2004 public health law makes recommendations to reduce more effectively those social health inequalities. General practitioners, by using the biopsychosocial model acknowledge, those determinants main issue whereas they should consider those determinants in a more effective way. Therefore, it seems important to evaluate the health professionals efficacy regarding this issue and make them more aware of public health implications. What means are available to reduce the social health inequalities in a more effective way? What place for the use of precariousness spotting scores, integrated care or clinical public health? In this context, the positioning of the health professionals is changed and a new frame for the health practice must be invented.

© 2018 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

En 1987, le Conseil économique social et environnemental (CESE) a rédigé un rapport [1] dans lequel, il définit la précarité comme l'absence d'une ou plusieurs garanties permettant aux personnes ou aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins grave et étendue.

Pour son rapporteur, le père Wresinski, cette situation précaire conduit à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante et qu'elle compromet les chances de réassumer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible.

La conclusion de ce rapport met en évidence un lien entre bas revenus, utilisation insuffisante des moyens de santé existants et mauvaise santé.

La direction générale de la santé (DGS) a pu évaluer cette incidence. Elle rappelle en 2005 que « les inégalités en matière de revenu, d'éducation et d'autres indicateurs sociaux ont toujours une incidence profonde sur l'état de santé et l'accès aux soins » [2]. Ainsi, l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) a mis en évidence que « les taux de dépistage parmi les catégories de la population ayant les revenus les plus faibles en France sont plus bas que parmi les catégories plus aisées » : 59 % contre 81 % pour le cancer du col de l'utérus et 65 % contre 85 % pour le cancer du sein [3].

La santé d'une personne dépend donc de déterminants multiples.

La France est un des pays européens les plus touchés par la problématique des inégalités sociales de santé [4]. L'espérance de vie à 35 ans y est de 6 ans de plus pour un homme cadre comparativement à un ouvrier (donnée moyenne entre 2009 et 2013) [5]. La situation s'est aggravée depuis 2013 ; dans son panorama 2017, l'OCDE signale que l'espérance de vie à 30 ans entre un homme cadre et un ouvrier est passé à 6,5 ans [6].

La médecine sociale a cherché à identifier comment les conditions socioéconomiques impactent la santé des personnes [7]. En médecine de premier recours, cette approche implique l'utilisation d'outils anamnestiques (questions simples et pragmatiques) pour documenter les inégalités sociales observées. Ce travail préliminaire est nécessaire pour rendre pertinent le travail pluridisciplinaire avec les réseaux sanitaires et communautaires [7]. À ce jour, les outils disponibles sont des scores de précarités. Comment ceux-ci ont-ils été conçus ? Pour quel public ? Comment sont-ils utilisables en médecine de premier recours ?

Les objectifs de cet article sont d'identifier : comment les déterminants de santé doivent être considérés par la médecine générale et comment les scores existants de précarités permettent-ils d'y remédier. Des alternatives d'approches holistiques avec la médecine intégrée s'est développé depuis quelques années et proposent des changements de paradigmes que nous présentons ici. Enfin, l'article présentera l'exemple du réseau ASDES qui essaie dans sa pratique et son mode de fonctionnement d'intégrer l'ensemble de ces problématiques.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8954732>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8954732>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)