

Le social à l'épreuve, l'épreuve du social. Ou l'art d'accommoder la position sociale des patients dans le travail préventif en médecine générale

The social to the test, the test of the social. Or the art of accommodating patients' social position in preventive work in general medicine

G. Bloy^a, N. Richerand^b, L. Rigal^{c*}

^a LEDI EA 7467, Université de Bourgogne Franche Comté, Dijon, France

^b Université Paris-Descartes, Département de médecine générale, Paris, France

^c Université Paris-Sud, Département de médecine générale, Inserm CESP 1018

Auteur correspondant

Adresse e-mail : laurent.rigal@u-psud.fr (L.Rigal)

Résumé

Cet article interroge la manière dont les médecins généralistes libéraux prennent ou non en compte la position sociale de leurs patients dans leur travail médical, à partir de deux enquêtes ayant porté sur la dispensation des soins préventifs.

Il commence par passer en revue les principales constructions normatives censées les équiper pour appréhender cette dimension de leur pratique, dans une médecine générale qui se veut biopsychosociale et dont les contenus donnent aujourd'hui lieu à une certaine formalisation. Sur la base de l'enquête épidémiologique PrevQuanti, le constat d'une dispensation des soins préventifs traversée par des gradients sociaux quasi systématiques, mais de sens variable, est ensuite posé. Nous procédons enfin à l'analyse, sur la base de l'étude par entretiens PrevQuali, des façons dont les généralistes mobilisent la position sociale de leurs patients quand ils parlent de leur travail préventif et disent s'y adapter ou non, avec une typologie en six postures.

Abstract

This article examines the way in which private general practitioners take into account or not the social position of their patients in their medical work, based on two surveys on the provision of preventive care.

It begins by reviewing the main normative constructs that are supposed to equip them to grasp this dimension of their practice, in a general medicine that is biopsychosocial and whose contents today give rise to a certain formalisation. On the basis of the PrevQuanti epidemiological survey, it is then established that preventive care is provided through almost systematic but variable social gradients. Finally, we carry out an analysis, based on the PrevQuali interview study, of the ways in which GPs mobilize the social position of their patients when they talk about their preventive work and whether or not they adapt to it, with a typology in six postures.

Mots-clés Déterminants sociaux de la santé; Médecine générale; Prévention

Keywords Social Determinants of Health; Family practice; Prevention

Le social à l'épreuve, l'épreuve du social. Ou l'art d'accommoder la position sociale des patients dans le travail préventif en médecine générale

Dans un paysage français marqué par l'héritage d'une polarisation médecine libérale/médecine sociale, le social en médecine renvoie de prime abord à des formes idéologiques et organisationnelles opposées à l'entreprise libérale individuelle. La médecine sociale renvoie ainsi aux dispensaires ou centres de santé, reposant sur des soignants salariés et orientés vers un public populaire (1). Le socle de valeurs de la médecine libérale française, cristallisé au début du XXe siècle dans la Charte de 1927, est rattaché, inversement, à une morale bourgeoise de la liberté, de la précaution et de la responsabilité individuelles, se défiant de l'Etat et des régulations collectives (2,3). Cette polarisation ancienne ressurgit à chaque moment de recomposition de l'offre de soins primaires.

Si cette tension continue de traverser les représentations et d'orienter des logiques d'exercice, il convient de ne pas préjuger de ses conséquences sur la dispensation des soins en médecine générale : avec des consultations majoritairement au tarif opposable (4), et un accès au généraliste socialement peu différencié (5,6), l'essentiel des soins dispensés aux patients de milieux populaires ou précarisés est assumé par des médecins exerçant dans des cabinets libéraux classiques. Par ailleurs, les enquêtes de terrain révèlent, de longue date, la grande diversité des positionnements idéologiques et pratiques des généralistes libéraux, dans la manière de se situer par rapport à la « cité », aux inégalités ou à la diversité sociale (7). Les résultats des élections professionnelles vont dans le même sens, avec une division marquée entre syndicalisme catégoriel progressiste (8) et défense plus ou moins tempérée de l'indépendance libérale. La plupart des généralistes peuvent faire valoir une conscience sociale minimale, au sens où ils se montrent concernés par l'accès aux soins dans de bonnes conditions pour tous¹. Beaucoup valorisent leur rôle auprès de patients défavorisés, dont ils tirent un sentiment d'utilité. Ressort de ce rapide tour d'horizon l'absence de détermination étroite des références ou préférences idéologiques des généralistes par leur statut d'exercice. D'autre part, même ceux ralliés aux valeurs libérales ont affaire dans leur pratique à des patients de toutes origines sociales. La préoccupation sociale s'invite donc, parmi d'autres et de diverses manières, en médecine générale libérale, et il y a lieu d'interroger la façon dont les praticiens l'accommodent ou s'en accommodent dans le travail médical.

C'est ce qu'entreprend cet article, sur la base de deux enquêtes ayant porté sur la dispensation des soins préventifs et d'une immersion durable dans la formation des jeunes généralistes². Nous commencerons par un parcours à travers les principales constructions normatives censées équiper les médecins généralistes pour appréhender les dimensions sociales de leur pratique. Nous continuerons par les résultats de l'enquête PrevQuanti, qui pose le constat d'une dispensation des soins préventifs traversée par des gradients sociaux. Nous entrerons ensuite, sur la base de l'étude sociologique PrevQuali, dans l'accommodement du social en prévention et les problèmes qu'il pose aux généralistes, avec une typologie en six postures.

1. Une médecine générale biopsychosociale, mais encore ? Une construction normative mais des prises mal assurées

Lorsque la médecine générale a cherché à se doter d'une définition positive structurante, face aux logiques de spécialisation qui l'assignaient à une position dominée (2,12), elle s'est reconnue dans le qualificatif « biopsychosocial », proposé par Engel (à l'origine pour la

¹ Les enquêtes sur l'accueil réservé aux patients affiliés à la CMUc (9,10) ne sont pas aussi accablantes que pour certains spécialistes ou dentistes, mais les généralistes n'échappent pas aux représentations péjoratives de ces patients. Il existe aussi une forte hétérogénéité : le quart des généralistes plus « accueillants » recevant trois fois plus de patients affiliés que le quart moins accueillant, indépendamment de la proportion d'affiliés à la CMUc dans leur zone d'exercice (11).

² Nous n'entrerons pas ici, faute de place, dans les circonstances de cette immersion, variables pour chaque auteur.

psychiatrie) (13). Une série d'observations sur l'environnement humain, matériel, culturel et soignant des patients, réputées interagir avec les déterminants biologiques et psychologiques de la santé, constituent ici le social. Si pareil syncrétisme s'est attiré la critique sociologique (14), le label ne souffre pas de concurrent dans la difficile spécification de la médecine générale. Les raisons de douter d'une véritable prise en compte de la dimension sociale ne manquent pourtant pas pour les sociologues, au vu du paradigme biomédical auquel est adossée la formation des médecins et d'une ouverture très limitée aux sciences sociales (15,16). Les repères normatifs dont s'est dotée la profession médicale les portent-ils à envisager sérieusement la place du social dans la santé, la maladie ou le soin ? A l'intégrer comme composante importante et légitime de la pratique ? C'est du « social des patients », entendu comme leurs principales caractéristiques de position ou d'appartenance sociale, que nous allons suivre la trace dans diverses constructions normatives qui font référence pour définir ce que doivent faire les médecins dans leur ensemble, puis les généralistes en particulier.

Considérons tout d'abord la déontologie formalisée par le Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM), censée présider au cadrage de la relation aux patients. Ce cadrage se fait selon une éthique personnaliste, qui peut considérer les mœurs et certaines appartenances mais évite la problématique des inégalités sociales. L'article 7 énonce ainsi l'exigence de non-discrimination, sans détailler parmi les motifs possibles la position dans la hiérarchie sociale ou le régime d'assurance-maladie : « Le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quelles que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée (...). » Dans le même esprit, l'article 35 sur l'information due au patient renvoie exclusivement à la personnalité : « Tout au long de la maladie, le médecin tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension. »

Du côté de la Haute Autorité de santé (HAS), en charge des recommandations, aucun guide n'est consacré à la prise en compte de l'appartenance sociale des patients dans les soins. Il est toutefois possible d'examiner comment cette question traverse ou non les recommandations disponibles sur un problème connu pour être socialement différencié et relevant d'une approche préventive en médecine générale. Considérons l'exemple de la « Prise en charge médicale de premier recours du surpoids et de l'obésité de l'adulte » (17), qui satisfait ces deux conditions. Dans la recommandation en vigueur, les dimensions sociales des comportements alimentaires ou de la sédentarité apparaissent-elles comme pertinentes pour la pratique médicale ? Parmi de nombreux « facteurs favorisant la prise de poids », sont cités les « facteurs professionnels », incluant « stress au travail » et « travail posté ». Le travail posté pourrait renvoyer aux catégories populaires, mais ce n'est pas explicité, tandis que l'évocation du stress au travail n'est pas référée à une place particulière dans les rapports sociaux. Un item évoque les « troubles anxio-dépressifs et périodes de vulnérabilité psychologique ou sociale ». Le « social » (dont c'est l'unique occurrence dans le texte) est donc une dimension possible de la vulnérabilité mais revêt un caractère temporaire, comme s'il s'agissait d'un mauvais moment à passer. Les « antécédents familiaux d'obésité » ou « antécédents d'obésité dans l'enfance », enfin, pourraient bien être reliés à des contextes de socialisation socialement différenciés, mais la formulation médicale classique suggère une interprétation en termes d'hérédité ou de prédispositions génétiques. Le social du surpoids/obésité reste donc largement dans l'angle mort de la recommandation.

Si ces instances normatives par excellence pour la pratique médicale que sont le CNOM et la HAS ne s'épanchent pas sur la prise en compte de la position sociale des patients, serait-ce parce qu'elle fait partie d'un socle d'acquis constitué par la formation médicale ? Malgré quelques modules de sciences humaines et sociales, la faiblesse des apports sur les déterminants sociaux de santé ou les inégalités sociales, l'anthropologie du corps ou des expériences profanes de la santé et la médecine, reste patente en faculté (18–21). L'apprentissage de la biomédecine continue ainsi de se dérouler dans une large ignorance des déterminations sociales de la santé et de la maladie et des contextes sociaux qui modèlent

l'activité médicale. A ce point de notre tour d'horizon, il semble que lorsque des médecins en viennent à se sentir « concernés » (22) par le social, ce soit principalement sur la base d'une socialisation (familiale, religieuse, militante, etc.) en marge de la faculté. Nos observations et diverses enquêtes (18,23–25), montrent que c'est sinon par imprégnation d'un « sens commun médical », mêlant savoirs d'expérience et interprétations sauvages sur les profils sociaux des patients, que sont catégorisés et interprétés, au fil des stages puis de l'exercice, les comportements de groupes de patients jugés problématiques car non « éduqués » dans leur mode de recours aux soins³. Ces groupes jugés déviants se rencontreraient aux deux extrémités de l'échelle sociale, ce qui suggère une meilleure convergence des attentes et une plus grande facilité de communication avec les patients des classes moyennes.

La majorité des généralistes aujourd'hui en activité n'a pas reçu d'autre bagage. Cette faiblesse en termes de connaissances sur l'état de la société et d'équipement théorique spécifique pour la penser n'empêche pas les généralistes de vivre dans leur activité clinique des situations qui les confrontent aux effets des contextes sociaux sur la santé et à leur diversité. L'exercice ambulatoire, l'exposition à la plainte tout-venant et la dépendance à la demande, contraintes *a priori* de leur mandat, leur offrent l'opportunité de saisir les personnes durablement dans leur cadre de vie (18)⁴ et tend à imposer une contextualisation sociale minimale de la maladie et des soins. L'horizon des prises en charge des généralistes a des chances de s'en trouver élargi, sans que cela vaille équipement intellectuel véritable quant aux conditions sociales de la santé et de la pratique médicale. Ils sont amenés à bricoler, plus ou moins dans l'urgence, des manières de les appréhender, que certains peuvent élaborer davantage, en mode autodidacte ou en allant chercher ailleurs des compléments de formation.

Qu'en est-il dans les générations nouvellement formées ? Lors du Diplôme d'études spécialisées de médecine générale, certains étudiants bénéficient d'un peu plus d'ouverture sur la psychologie, la psychosomatique, voire l'éthique ou les « humanités médicales ». L'éclairage par les sciences sociales de santé à proprement parler reste très marginal. En revanche, la formalisation des compétences génériques et des bonnes pratiques en médecine générale va bon train depuis quelques années, pour sortir du « flou » traditionnel et arriver enfin à spécifier le métier. Cela passe par de nouveaux référentiels, produits par les enseignants de la discipline dans le sillage de réflexions pédagogiques initiées dans des pays anglo-saxons. Il est ainsi instructif de pister le « social » dans quelques textes de référence pour l'enseignement de la discipline, produits par « consensus d'experts » autour du Collège national des généralistes enseignants. Dans l'article définissant ces compétences (31), les occurrences du terme sont au nombre de deux⁵. Les composantes de la compétence « Approche globale, prise en compte de la complexité » posent que le généraliste a à « identifier, évaluer, les différents éléments disponibles de la situation et leurs interactions (complexité) dans les différents champs (bio-psycho-social et culturel), pour les prendre en compte dans la décision ». Dans la définition de la compétence « Education, prévention, santé individuelle et communautaire », ensuite, il s'agit « d'accompagner le patient dans une démarche autonome visant à maintenir et améliorer sa santé, prévenir les maladies, les blessures et les problèmes psycho-sociaux dans le respect de son propre cheminement (...). ». Le qualificatif « social » ne va donc pas seul, il vient appuyer un discours qui positionne de façon exigeante l'intervention du généraliste, en restant discrète sur la consistance de ce social censé affecter la prise en charge et sur la manière pertinente d'en tenir compte⁶. La

³ Ces points sont particulièrement documentés pour les « patients CMU » (9,10,19) et pour les patients labellisés à partir de leur origine migratoire ou « rom » (réelle ou supposée), à travers un « culturalisme pratique » voire des « protocoles ethniques » dans certains services hospitaliers (26–30). Nous avons parfois été témoins, lors de « Groupes d'échanges de pratiques » entre internes de médecine générale d'une circulation de jugements sociaux sur ces types de patients abrupts et discriminatoires.

⁴ Il faudrait étudier les effets de la quasi-disparition des visites à domicile, amorcée par les professionnels puis encouragée par l'Assurance maladie, pour raisons d'économie.

⁵ Nous écartons les évocations du social sans rapport direct avec les patients (la « responsabilité sociale » des facultés de médecine, les acteurs « médico-sociaux »).

⁶ L'article connexe qui balise l'évaluation des « niveaux de compétence » n'indique rien à ce sujet (32).

suite de la littérature pédagogique dédiée explique que s'articulent à ces compétences des « familles de situations », auxquelles les internes doivent être confrontés et faisant l'objet d'attentes spécifiques (33). Le traitement du « social » des patients s'y présente de façon moins abstraite, puisque la famille 7 est consacrée aux « problèmes de santé et/ou de souffrance liés au travail » ; la famille 10 aux « situations où les problèmes sociaux sont au premier plan » ; et la famille 11 aux « situations avec les patients d'une autre culture ». C'est précisément dans la famille 10 que le modèle biopsychosocial et la collaboration avec les travailleurs sociaux sont invoqués, avant d'expliquer que « l'interne devra être mis en situation de gérer : des situations dans lesquelles les problèmes sociaux entraînent des inégalités de santé ; des situations de patients en précarité ; des situations de rupture professionnelle et/ou familiale avec risque de désocialisation ». Une vision du social tendue vers la précarité ou la désocialisation causée par des ruptures biographiques domine, qui n'est pas sans rappeler les périodes de vulnérabilité de la HAS. La façon d'appréhender les « problèmes sociaux » à l'origine d'« inégalités de santé » reste donc bien distincte de la présentation des inégalités sociales en termes de gradients au sein d'une structure sociale stratifiée et hiérarchisée.

Si le « social » des patients a peu de chance de rester durablement *terra incognita* pour les généralistes, les façons de le prendre en compte dans le travail médical restent donc, faute d'équipement systématique, largement à inventer, entre dispositions, engagements et rencontres.

2. Des soins préventifs socialement différenciés

Nous souhaitons à présent mettre à l'épreuve les discours sur le social des patients comme composante de la médecine générale en nous intéressant de près aux pratiques préventives, au détour de deux enquêtes que nous leur avons consacrées. Ces soins, dont l'introduction du dossier a resitué l'actualité et les enjeux, constituent un exemple paradigmatique du façonnage social de la santé puisque la prévention touche aux normes de vie de personnes apparemment bien portantes, relues en autant de « comportements de santé » et « facteurs de risque » (34,35). L'activité préventive est normative par essence, plus que la médecine curative qui procède d'une plainte ou d'une demande de réparation. La médicalisation/*healthicization* (36-38) du quotidien qu'elle induit ne peut se dérouler en apesanteur sociale puisqu'elle touche aux manières de nourrir et de mouvoir son corps, de gagner sa vie, de mobiliser ou détendre son esprit, de nouer des relations intimes.

Encadré 1

PrevQuanti a mis en évidence l'hétérogénéité considérable de la prévention dispensée en médecine générale, pour des soins pourtant balisés par les recommandations en vigueur et au sein d'un groupe de praticiens *a priori* assez homogène⁷. Cette hétérogénéité s'analyse en fonction des caractéristiques des médecins (leur sexe/genre, notamment (39)) mais aussi en fonction de la position sociale des patients (40,41). Celle-ci a été envisagée selon trois indicateurs à partir des questionnaires remplis par les patients : catégorie socio-professionnelle, niveau de diplôme, situation financière perçue⁸. L'examen de ce qu'en savaient les généralistes a montré qu'ils situaient correctement leurs patients (avec une tendance à les « surélever » légèrement dans la hiérarchie sociale) (42,43). Une connaissance pratique du niveau et de l'environnement social des patients opère donc. Il reste à voir si les

⁷ Les résultats marquants de PrevQuanti ayant déjà fait l'objet de publications, nous synthétisons ceux qui importent pour le projet de l'article en renvoyant le lecteur intéressé à d'autres textes.

⁸ La question des catégorisations sociales implicitement ou explicitement à l'œuvre ne devrait pas s'y limiter : la place dans les rapports de genre et le jeu des catégories ethno-raciales ou ethno-migratoires ne pourront pas être approfondies ici. Les effets du sexe/genre restent rarement perçus en médecine dans leur dimension sociale. Quant aux catégorisations ethno-migratoires, moins souvent rabattues sur la biologie, elles peuvent mêler des dimensions socio-économiques, culturelles voire administratives.

pratiques préventives des généralistes en portent la trace : sont-elles socialement différenciées ?

Le croisement des informations issues des dossiers médicaux et des caractéristiques sociales des patients a mis en évidence des gradients sociaux dans la prévention dispensée au sein des patientèles (qui résistent après ajustement sur le nombre annuel de consultations, l'ancienneté du suivi et l'indice de masse corporelle). Un profilage social est donc à l'œuvre pour la plupart des soins préventifs recommandés, mais de sens variable : pour certains soins, l'investissement des généralistes s'accroît lorsque baisse la position sociale, alors qu'il se réduit pour d'autres. Le détail, soin par soin et pour chaque type de gradient (professionnel, culturel ou économique), étant disponible ailleurs (40,41,44), contentons-nous de deux exemples marquants : la consommation de tabac ou d'alcool est plus souvent renseignée dans les dossiers, et de façon plus juste par rapport aux consommations déclarées par les patients, pour les hommes du bas de la hiérarchie sociale, qui sont aussi ceux pour lesquels ces risques sont les plus établis ; à l'inverse, les dossiers des généralistes se font moins précis sur le dépistage du cancer cervico-utérin (moins de dates consignées) en descendant la hiérarchie sociale, là où la proportion de femmes à jour pour ce dépistage diminue drastiquement. Ce dernier risque semble ainsi moins considéré par les généralistes dans les groupes sociaux où il est plus élevé.

Ces résultats prennent place parmi les travaux sur les inégalités sociales de santé qui cherchent à mettre en évidence la part imputable au système de soins (45) et à en identifier les principaux mécanismes d'action (46). Le caractère socialement différencié de certaines pratiques professionnelles pourrait intervenir (47), notamment au niveau des soins primaires et de la prévention (48,49). Pour la France, nos observations concordent avec celles des enquêtes *Paris Prevention in General Practice* (50) et *Intermede* (51), réalisées auprès de généralistes tout venant. Si le profilage social des soins préventifs est désormais établi, la restitution aux médecins de PrevQuanti a montré qu'il intervenait en partie à leur insu : les manifestations d'incrédulité ont prédominé lorsque ces gradients leur ont été exposés. La mise en visibilité opérée par l'enquête les a confrontés à un point souvent aveugle, sensible et peu légitime⁹, de leurs pratiques, au sein même de leur patientèle.

Du point de vue médical, en faire plus là où les risques sont statistiquement plus élevés (cas du tabac ou de l'alcool) est pertinent. Le repérage des facteurs de risque est censé être la base d'une réduction/gestion des risques ajustée par le médecin¹⁰. Du point de vue des sciences sociales, le jugement serait plus complexe, une attention socialement orientée pouvant procéder de justifications médicales ou épidémiologiques mais aussi du recyclage de représentations hygiénistes stéréotypées voire discriminatoires (53,54). L'histoire sociale aide ainsi à comprendre le meilleur repérage de certaines pratiques à risques des hommes des classes populaires (55).

3. Façons d'accommoder le social dans le travail préventif : six postures

Au-delà des gradients objectivés, l'objet de l'article n'est pas de raisonner en surplomb sur les fondements, bons ou mauvais, de la différenciation sociale des pratiques, mais de progresser dans l'analyse des logiques sociales sous-jacentes aux pratiques médicales. Il s'agira ici de « rebondir » sur ces gradients en éclairant les conditions de leur production par une enquête qualitative en miroir de la précédente¹¹. C'est à partir du corpus d'entretiens de PrevQuali et

⁹ Dans la prise en charge de l'insuffisance rénale, la mise en évidence de gradients sociaux a pu être jugée intolérable par des néphrologues (52).

¹⁰ Indépendamment de la question du sevrage, la connaissance du tabagisme d'un patient, par exemple, est requise pour l'évaluation correcte de son risque cardio-vasculaire et l'initiation d'un éventuel traitement.

¹¹ Nous tentons ainsi de restituer, dans un format limité, une démarche originale d'articulation d'une approche sociologique et d'une approche épidémiologique et d'en montrer le potentiel heuristique (16).

de façon compréhensive que nous examinerons les lectures et élaborations du social auquel se livrent les généralistes lorsqu'ils racontent leurs pratiques préventives. Toutes les formes d'illustration, d'élaboration ou de rationalisation du social recueillies ont été examinées, ainsi que la manière dont elles intervenaient dans le discours (en réponse à des questions explicites des enquêteurs ou spontanément ; sous forme de généralisations ou au détour d'une anecdote)¹². Le normatif peut se mêler du descriptif dans ces récits réflexifs : les généralistes y racontent pour partie ce qu'ils font, mais livrent aussi ce qu'ils pensent de ce qu'ils font ou ce qu'ils devraient faire... Les propos tenus sur ces différents plans ne sont pas forcément cohérents. Tel médecin, qui se défend d'intégrer des considérations sociales dans l'évaluation de la situation de ses patients lorsqu'il énonce les normes qu'il se donne, réintroduit de tels critères pour illustrer des problèmes spécifiques de prise en charge. Lorsque l'anecdote reste cantonnée à son statut d'anecdote, les tensions entre la position générale et les nuances qu'elle peut appeler existent tout en restant contenues. Des tensions plus fondamentales apparaissent quand une nouvelle montée en généralité vient contredire la première.

Au terme d'une modélisation construite de façon inductive (57), nous proposons six postures idéal-typiques. Si certaines lignes constituent des frontières rigides (car sous-tendues par des visions divergentes du monde social), beaucoup de médecins oscillent entre des postures partiellement compatibles.

3.1. P1 et P2 : en apesanteur du social

Deux premières postures retirent tout fondement à une possible adaptation sociale des soins préventifs : les catégorisations sociales n'en constitueraient pas des dimensions pertinentes ni légitimes. La première posture (P1) évacue cet ordre de réalité ; la deuxième (P2) refuse de dévier d'un idéal d'une pratique biomédicale universaliste et républicain¹³.

Encadré 2

Selon la posture P1, pratiques et comportements de santé n'obéissent pas, du moins dans la patientèle suivie, à des logiques sociales, mais relèvent de capacités cognitives ou d'une psycho-pathologie individuelles. Leur pratique préventive n'a donc pas à s'encombrer de considérations sociales. De rares médecins ne voient pas d'influence du milieu social sur la santé et considèrent simplement que les inégalités sociales de santé n'existent pas en France. Pour d'autres, la question d'une approche différenciée ne se pose pas dans leur patientèle, de profil homogène et accessible à la prévention. Tous font valoir une logique d'adaptation mais uniquement à des traits psycho-cognitifs personnels.

En P2, pratiques corporelles et comportements de santé obéissent certes à des logiques sociales différenciées chez les patients, que le médecin constate sans que sa médecine ait à s'y compromettre. Dans cet idéal de neutralité scientifique et éthique, seuls des standards universels de pratique sont recevables. Être professionnel, être droit dans sa pratique, c'est précisément tâcher de faire la même chose pour tout le monde. L'idéal sert explicitement de garde-fou contre les effets potentiellement pervers du *labelling* des patients. Un médecin assimile toute différence à des « préférences » indues ou des « blocages », à surmonter, il s'établit comme un passeur vers l'universel : une fois les patients dans sa consultation, les différences sont abolies. Un autre prend la peine de distinguer un idéal normatif (non questionné) et une pratique probablement impure.

3.2. S'adapter, mais comment ?

¹² N. Richerand a mené ce travail dans le cadre de sa thèse d'exercice (56).

¹³ Des illustrations édifiantes de ces deux postures sont également disponibles chez C. De Pauw (25).

Dans les quatre autres postures, les médecins reconnaissent l'existence de logiques socialement différenciées à l'œuvre dans les pratiques corporelles/de santé, et assument en tenir compte pour leur prise en charge, dans les faits et/ou les principes. Leur vision peut être informée par l'épidémiologie ou l'anthropologie. Plus souvent, elle procède de sociologie spontanée et de savoirs d'expérience, nés de la confrontation aux modes de vie des patients. Le propos des médecins se focalise alors sur un social problématique car déficitaire, mêlant difficulté socio-économique et différence socio-culturelle. La tendance déjà entrevue à faire état de problèmes sociaux et de privations dans le bas de la hiérarchie sociale, plutôt que du gradient épousant cette hiérarchie constitutif des inégalités sociales de santé, est donc retrouvée. Le social des patients de catégories moyennes et supérieures est invisible, neutre.

Avoir une certaine conscience des déterminations sociales de la santé et en tenir compte dans la pratique préventive ne débouche pas sur un consensus sur les bonnes manières de faire. Dans une modélisation analytique, nous croisons ci-après deux lignes d'interprétation à la rencontre desquelles quatre postures ont été identifiées. Sur l'axe horizontal, une logique interpersonnelle du soin ajusté (postures P3 et P4) entre en tension avec une appréhension plus globale des régularités à l'œuvre dans le façonnage social de la santé (P5 et P6). L'axe vertical oppose une logique dynamique et transformatrice par la prévention (P4 et P5) à une logique de conservation de la diversité/altérité sociale ou culturelle présente parmi les patients (P3 et P6), réalité exogène qui délimite l'espace des actions possibles et/ou légitimes.

Figure 1

3.3. P3 et P4 : L'individualisme libéral

Dans les postures P3 et P4, l'invocation de caractéristiques sociales des patients reste circonscrite dans une lecture à dominante individualiste, prudentielle et libérale. Leur prise en compte ne fait pas l'objet d'une élaboration globale mais les généralistes cherchent à positionner une offre de soins préventifs ajustée à ce qu'ils jugent possible de faire ou non pour chacun, dans l'attention aux situations sociales concrètes des individus. C'est sur cet espace des possibles que divergent les appréciations.

La posture P3 peut être considérée comme la plus traditionnelle : elle prolonge la dépendance de la médecine libérale à la demande du patient (58)¹⁴, réputée structurellement défavorable à la prévention - sauf pour des patients déjà socialisés à la norme préventive, devenus demandeurs¹⁵. Plus les styles de vie sont éloignés des attentes médicales, plus le présentisme est la norme (61), plus des intrusions (in)délicates, en amont de toute plainte et de tout symptôme paraissent décalées par rapport à la relation thérapeutique habituelle. Le respect de la diversité sociale et culturelle s'impose, pour des raisons de valeurs, de pertinence du soin, ou simplement d'opportunité dans le cas d'une profession consultante dont l'activité repose sur la fidélisation des patients/clients. Cette contrainte d'acceptabilité décourage une pratique socialement indifférenciée car elle subordonne la prévention aux attentes constituées de part et d'autre et à un certain type de relation. En découlent un centrage sur les soins que nous disons les mieux « acculturés » (34) et une discrétion sur les sujets touchant aux modes de vie ou à l'intimité, dans une forme de laisser-faire. Que cette réserve épouse des conventions, voire des tabous traditionnels, n'empêche pas qu'elle résonne fortement avec les exigences libérales contemporaines de respect de la diversité des sensibilités et de

¹⁴ Comme l'offre de soins ambulatoire s'est structurée autour de ce modèle, il reste probablement constitutif des habitudes de consultation au-delà de l'exercice en cabinet libéral.

¹⁵ Raison pour laquelle la prévention est suspectée de creuser les inégalités sociales plutôt que de les réduire (59,60).

l'autonomie, dans le rejet du paternalisme (62,63)¹⁶. Enfin, si la ligne d'action de ces médecins se veut individuelle et sans systématisme, une forme de culturalisme peut s'y réintroduire par le jeu de catégorisations sociales ou ethnoculturelles *a priori*, qui guident inévitablement les manières de discriminer ce qu'il est opportun d'aborder ou non avec qui. Le « *dialogue de réalité* » interpersonnel recherché s'inscrit ainsi dans des ordres de réalité sociale ou culturelle relativement intangibles, dont le médecin dit prendre acte.

Encadré 3

En P4, le projet préventif reprend ses droits en tant que projet potentiellement émancipateur. Les différences sociales et culturelles ne sont plus figées mais à faire travailler à l'échelle individuelle, dans des espaces de négociation à explorer ou même à susciter. Normes et régularités sociales constituent alors des réalités appelées à s'agencer de façon originale chez chaque patient. Ces médecins disent essayer de se garder du *labelling* (64) automatique qui assignerait les individus à un certain rapport au corps ou à la santé au risque de les priver de propositions de soins. La consultation de médecine générale pourrait même être, lorsqu'elle permet une connaissance fine et un suivi des patients, un lieu d'*empowerment* ou de capacitation (65). Il s'agit donc moins ici de subir les effets de normes corporelles ou de santé adverses (par rapport à la norme sanitaire) que de repousser les limites par une attention ciblée aux individus, informée mais non enfermée par des catégorisations sociales globales.

3.4. P5 et P6 : Des approches plus systémiques

Selon les postures P5 et P6, plus discrètes dans le corpus, les inégalités socio-économiques et les processus de domination politique sont des déterminants majeurs des risques pesant sur la santé. Il appartient au généraliste de se confronter à cette réalité collective, en tant que citoyen (la prévention comme la lutte contre les inégalités sont des projets politiques), mais aussi comme praticien. Puisque des personnes se trouvent durablement éloignées, pour des raisons principalement sociales, des normes corporelles correspondant à la raison sanitaire, il revient au généraliste d'intégrer dans sa pratique cet état de fait à un certain niveau de généralité, de façon transversale à sa patientèle, et pas seulement de façon erratique au fil des cas individuels et des opportunités se présentant au cabinet.

En P5 (comme en P4), le manque de ressources de tous ordres, lié à une position sociale défavorisée, ne saurait justifier une offre de soins amputée. Le médecin tente ici d'œuvrer localement pour un certain rattrapage des inégalités de santé, en multipliant et ciblant spécifiquement ses efforts préventifs vers les patients du bas de la hiérarchie sociale, dont il réalise qu'elles passent sans cela à travers les mailles du filet des conseils ou des dépistages. Selon un principe d'homothétie, les déterminations sociales sont supposées fonctionner dans les patientèles des cabinets comme en population générale. Cette recherche d'une systématisme orientée, informée des régularités épidémiologiques et des déterminants sociaux des risques, tend donc vers une logique de discrimination positive. Les pratiques gagneraient à être, pour partie, déclinées socialement, le raisonnement catégoriel étant vu comme une ressource, si ce n'est une nécessité, pour sortir de la dilution dans les prises en charge individuelles et espérer limiter les inégalités sociales de santé. L'adaptation de la pratique, notamment pour la prévention, aux caractéristiques sociales des patients serait un levier de l'amélioration des pratiques en général et un outil de lutte contre la reproduction insidieuse des destins sanitaires de classe. Dans certains contextes, la pratique libérale n'interdit pas la recherche de ressources mobilisables sur le territoire.

¹⁶ Les témoignages se sont récemment multipliés sur les maltraitances ordinaires commises par certains médecins forts de leurs repères normatifs, notamment sur des patientes interpellées sans ménagement sur leur physique, leur poids ou leur sexualité, fût-ce pour la bonne cause sanitaire.

La posture P6 partage globalement la même lecture des causes socio-économico-politiques des inégalités de santé, mais répugne ou renonce à envisager la consultation médicale comme un lieu supplémentaire d'imposition de normes contraignantes - *a fortiori* sur des bases probabilistes en amont de la maladie. La normativité médicale lâche prise là où elle apparaît trop éloignée des normes de vie sur lesquelles reposent la sociabilité et l'existence même des personnes. Cette réserve par rapport à l'imposition d'une prévention médicalisée tient moins à une lecture personnaliste de ce qu'il serait légitime/pertinent de suggérer à tel patient à tel moment qu'à une vision critique des structures d'inégalités et de domination. Elle peut procéder d'une valorisation culturaliste de la diversité/altérité, ou d'une lecture plus misérabiliste de la situation de certains groupes de patients (66). Comme le montre le dernier extrait, certains médecins moins concernés politiquement par les inégalités sont parfois rattrapés par cette posture, lorsque l'expérience les confronte à l'irréalisme des efforts demandés et vient suspendre l'action.

3.5. Bilan

Les postures P3 et P4 sont les plus répandues dans notre corpus, compte tenu de l'individualisation des prises en charge inscrite dans le format même des consultations. Avant d'être affaire de préférence idéologique ou de grille de lecture théorique, l'individualisation doit être rapportée à la scène ordinaire du travail et à l'expérience vécue de « ce qui marche » ou peut « marcher ». Elle correspond à une logique d'intervention sur les problèmes qui se situe dans les cordes, les moyens, et à l'échelle du praticien. Elle permet le maintien de son engagement (*l'illusio*, pour une sociologie bourdieusienne), réduit « le caractère tragique du travail sur autrui » (pour F. Dubet), comme cela a bien été montré à propos du faible usage des interprétations sociologiques de l'échec scolaire par les enseignants (67,68). De même, les postures « conservatrices » P3 et P6 ne correspondent pas forcément à des options théoriques ou politiques fortes sur ce qu'il est possible ou souhaitable de changer dans la société, mais à des options pragmatiques sur ce qu'il est possible de faire en consultation. La posture P5 bouscule le plus les schémas établis, elle est donc la plus improbable. Malgré sa rareté, malgré la faiblesse des déclinaisons concrètes dans les cabinets au-delà d'une vigilance de bon aloi¹⁷ (20), c'est celle portée par un groupe de travail constitué autour de généralistes inspirés par la santé publique et préoccupés des inégalités sociales. En est issu, en 2014, un document pour la pratique intitulé « Pourquoi et comment enregistrer la situation sociale d'un patient adulte en médecine générale », dans lequel sont notamment préconisés le recueil et le codage systématiques d'une série d'indicateurs de position sociale dans les dossiers médicaux¹⁸. D'abord mis en ligne sur le site du Collège de la médecine générale (70), ce travail a été diffusé sous une forme synthétique à tous les généralistes, sous l'égide de l'Institut de la prévention et d'éducation pour la santé (71). Malgré les précautions prises pour justifier et acclimater ce nouveau référentiel¹⁹, de vives réactions ont suivi, de médecins

¹⁷ Les cadres de travail regroupés pluri-professionnels, qui se développent avec l'approbation des pouvoirs publics, pourraient se prêter mieux à de telles démarches « proactives » d'amélioration des pratiques attentives aux inégalités. La forme institutionnelle n'est toutefois qu'une dimension, même si elle est *a priori* soutenable. Reconfigurer les façons de travailler en prévention requiert sans doute plus qu'un cadre institutionnel rénové : une petite révolution culturelle en matière d'inter-professionnalité (69) et de format de consultation... et que les patients se prêtent à ces propositions, en amont de la maladie. (Voir aussi les autres articles du dossier.)

¹⁸ Malgré un encadré qui s'applique à distinguer inégalités sociales de santé, d'un côté, et précarité ou santé des plus pauvres de l'autre, le glissement habituel opère ensuite vers des « interventions visant à diminuer les inégalités sociales de santé au niveau du système de santé » qui sont toutes dédiées à des populations défavorisées.

¹⁹ La réflexion initiale en termes de « position sociale » a laissé place à une rédaction en termes de « situation sociale », pour euphémiser la hiérarchie ; des internes du groupe ont examiné dans leur thèse des façons, généralement informelles, de situer les patients, puis cherché à tester l'acceptabilité d'un recueil formalisé et systématisé de la position sociale selon les critères, les formulations et les médecins (20).

internistes ulcérés qu'une agence sanitaire se mêle de leur expliquer les inégalités sociales et leur préconise de catégoriser leurs patients afin d'y adapter leur pratique²⁰. Ces montées en généralité normatives ou indignées restent assez éloignées des tâtonnements prudents des professionnels rencontrés sur le terrain quant aux bonnes manières de procéder.

4. Conclusion

Contre la vision d'une normalisation préventive homogène – simultanément souhaitée par les autorités sanitaires et dénoncée par les critiques dont le projet préventif reste l'objet, notamment sur son volet comportemental –, l'enquête empirique vient d'abord rappeler combien les réalités sociales, et les façons dont les généralistes les prennent en compte en consultation modulent, nuancent ou contrarient l'avènement d'un *homo sanitas ou medicus* (72–74). Dans un domaine saturé de normativité, il y a beaucoup à apprendre d'une approche des pratiques à partir de leurs conditions sociales de possibilité ou probabilité. Il n'y a pas d'apesanteur sociale quand lesdits « comportements de santé » sont constitutifs des modes de vie socialement différenciés dans une société inégalitaire et hiérarchique. Alors que la prévention est censée contribuer à la réduction des inégalités sociales de santé, la façon dont la diversité et les inégalités se rappellent aux généralistes en consultation constitue l'« épreuve du social » pour une médecine de soins primaires qui se réclame de cette dimension. L'objectivation statistique révèle que des gradients opèrent dans les pratiques médicales, mais dans des directions opposées selon le soin considéré. En travaillant à partir de récits réflexifs de pratiques et en suspendant le jugement, nous avons pu distinguer les postures des généralistes et les articuler dans une cartographie un peu plus riche que la polarisation habituelle « culture de la relation » *versus* « culture de santé publique ». Un travail resterait à mener pour mieux spécifier les socialisations (professionnelles et extra-professionnelles) des médecins qui occupent plutôt telle ou telle position de l'espace, idéalement à partir d'une reconstitution des parcours biographiques que notre enquête n'a pu qu'effleurer.

Plutôt que de rigidifier les clivages, toutefois, nous voudrions, pour conclure, souligner l'instabilité des « solutions » auxquels les médecins parviennent : la plupart de nos postures « parlent » à la plupart des généralistes, qui font leurs les dilemmes éthiques sous-jacents (même si c'est sur un mode infra-théorique ou infra-politique). Ils ne s'enferment pas dans ces postures, l'intérêt de la modélisation proposée n'est pas de les y répartir mais de décrire leur univers normatif en l'organisant (57). On peut voir dans ce travail d'élaboration de pratiques et de valeurs autour des inégalités un élément de ce que F. Champy (75) nomme la « densité prudentielle » de certaines professions. S'il porte bien sur des fondamentaux « épistémodéontiques » de l'activité médicale, il n'en est pas moins décliné en France au sein d'un contexte socio-politique particulière, universaliste mais certainement pas universel. Le « modèle » américain de santé communautaire, avec toutes ses ambiguïtés ou fragilités, en constituerait un contrepoint théorique évident (76), tandis que, plus près de nous, des variables ethno-socio-géographiques sont intégrées dans le calculateur de score individuel de risque cardiovasculaire dont disposent des médecins britanniques (77).

Remerciements

Nous remercions les médecins, les patients et les internes ayant participé aux deux études ainsi que la Société de formation thérapeutique du généraliste. Plusieurs institutions ont soutenu financièrement ce travail : Groupement régional de santé publique d'Ile de France, Conseil régional d'Ile de France, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, Union régionale des professionnels de santé médecins libéraux d'Ile de France, Programme « La Personne en médecine » de l'Université Sorbonne Paris Cité.

²⁰ Voir par exemple le billet « Inpessile heureux » (<http://sylvainfevre.blogspot.fr/2014/08/inpessile-heureux.html>)

Références

1. Ferrand-Nagel S. Médecine libérale / Médecine sociale et régulation du système de santé. Rev Fr Aff Soc. juin 1993;2:43-79.
2. Bloy G. La constitution paradoxale d'un groupe professionnel. In: Bloy G, Schweyer F-X, éditeurs. Singuliers généralistes. Rennes: EHESP; 2010.
3. Hassenteufel P. Les médecins face à l'Etat : une comparaison européenne. Paris: Presses de Science Po; 1997.
4. Sicart D. Les professions de santé au 1er janvier 2013. Paris; 2013. (Séries statistiques).
5. Auvray L, Doussin A, Le Fur P. Santé, soins et protection sociale en 2002 : Enquête sur la santé et la protection sociale (ESPS). France: CREDES; 2003. (Biblio n°1509).
6. van Doorslaer E, Masseria C, Koolman X. Inequalities in access to medical care by income in developed countries. Cmaj. 17 janv 2006;174(2):177-83.
7. Baszanger I. La construction d'un monde professionnel : entrées des jeunes praticiens dans la médecine générale. Sociol Trav. 1983;25(3):275-94.
8. Hassenteufel P. La difficile affirmation d'un syndicalisme spécifique aux généralistes. 2010.
9. Desprès C. Le refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire à Paris : une étude par testing auprès d'un échantillon représentatif de médecins (omnipraticiens, gynécologues, ophtalmologues, radiologues) et de dentistes parisiens. IRDES; 2009.
10. Desprès C, Lombrail P. Des pratiques médicales et dentaires, entre différenciation et discrimination. Une analyse de discours de médecins et dentistes. 2017 avr.
11. Boisguerin B, Pichetti S. Panorama de l'accès aux soins de ville des bénéficiaires de la CMU complémentaire en 2006. Drees; 2008 mars. (Etudes et résultats). Report N°629.
12. Weisz G. Divide and Conquer, A Comparative History of Medical Specialization. Oxford: Oxford University Press; 2006.
13. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science. 8 avr 1977;196(4286):129-36.
14. Armstrong D. Theoretical tensions in biopsychosocial medicine. Soc Sci Med 1982. 1987;25(11):1213-18.
15. Darmon M. Le psychiatre, la sociologue et la boulangère : analyse d'un refus de terrain. Genèses. 2005;58(1):98-112.
16. Bloy G, Rigal L. (Se) Former aux méthodes qualitatives : modalités et enjeux d'une rencontre sociologue-médecins généralistes. Sociol Santé. 2010;Oct(32):329-46.
17. Haute Autorité de santé. Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours. HAS; 2011.

18. Birouste G. Les usages médicaux du social - Médecine générale et inégalités. Thèse de Sociologie - Montpellier 1; 2014.
19. Ernst S, Meriaux I. Les internes de médecine générale face aux inégalités sociales de santé : faire partie du problème ou contribuer à la solution ? Connaissances et représentations des internes marseillais de médecine générale sur les inégalités sociales de santé, les dispositifs d'accès aux soins et les personnes bénéficiaires. Etude quantitative et qualitative. Aix-Marseille; 2013.
20. Ernst Toulouse C, Nollet C. Recueil de la situation sociale des patients et prise en charge des inégalités sociales de santé : perspectives en médecine générale - Entretiens auprès de 25 médecins généralistes de Loire-Atlantique et Vendée. Thèse d'exercice de médecine - Nantes; 2014.
21. Haut Conseil de la santé publique. Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité. HCSP; 2009 déc.
22. Bonah C. Redonner confiance ? Relecture de l'affaire du Médiateur et petit retour sur 60 ans de scandales du médicament en France. In: Santé, Médecine : au risque de la confiance - Actes des journées Euro Cos Humanisme et Santé. Editions de Santé. 2012.
23. Sarradon-Eck A. « Qui mieux que nous? » Les ambivalences du « généraliste-pivot » du système de soins. In: Bloy G, Schweyer F-X, éditeurs. In : Singuliers Généralistes. Rennes: Presses de l'EHESP; 2010. p. 253-70.
24. Lang T, Kelly-Irving M, Delpierre C, Lauwers V, Membrado M, Rolland C, et al. L'interaction entre médecins et malades productrice d'inégalités sociales de santé ? Le cas de l'obésité. 2008 mai.
25. De Pauw C. Les médecins généralistes face au déficit de la précarité. Presses de l'EHESP; 2017.
26. Fassin D. Le culturalisme pratique de la santé publique. Critique d'un sens commun. In: Critique de la santé publique. 2001. p. 181–208.
27. Crenn C. La « culture », entre alibi et volonté thérapeutique. Le traitement de la différence dans le choix des malades orientés vers une consultation pour migrants. Face À Face Regards Sur Santé. 1 juin 2000;(2).
28. Sauvegrain P. La santé maternelle des « Africaines » en Île-de-France : racisation des patientes et trajectoires de soins. Rev Eur Migr Int. 1 juin 2012;28(2):81 - 100.
29. Sicot F, Touhami S. Les professionnels français de la santé mentale face à la culture de leurs patients d'origine étrangère. Anthropol Santé Rev Int Francoph Anthropol Santé. 11 mai 2015;(10).
30. Prud'Homme D. Du « soin global » au traitement discriminatoire, From 'global care' to discrimination in treatment. Terrains Trav. 12 déc 2016;(29):85- 104.
31. Compagnon L, Bail P, Huez J-F, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. Exercer. 2013;(108):148-55.
32. Compagnon L, Bail P, Huez J-F, Stalnikiewicz B, Ghazarossian C, Zerbib Y, et al. Les niveaux de compétences. Exercer. 2013;(108):156-64.

33. Attali C, Huez J, Valette T, Lehr-Drylewicz A. Les grandes familles de situations cliniques. *Exercer*. 2013;165-9.
34. Bloy G. Les habits neufs du Dr Knock ? Les médecins généralistes et les frontières extensibles du projet préventif. In: Bujon T, Dourlens C, Le Naour G, éditeurs. *Les nouvelles frontières de la médecine*. Paris: Les archives contemporaines; 2014.
35. Peretti-Watel P, Moatti J-P. *Le Principe de prévention*, Patrick Peretti-Watel, Sciences humaines - Seuil. Seuil. 2009. 112 p.
36. Crawford R. Healthism and the medicalization of everyday life. *Int J Health Serv Plan Adm Eval*. 1980;10(3):365-88.
37. Armstrong D. The rise of surveillance medicine. *Sociol Health Illn*. 1 juin 1995;17(3):393-404.
38. Conrad P. Medicalization and Social Control. *Annu Rev Sociol*. 1992;18:209-32.
39. Delpech R, Ringa V, Falcoff H, Rigal L. Primary prevention of cardiovascular disease: More patient gender-based differences in risk evaluation among male general practitioners. *Eur J Prev Cardiol*. nov 2016;23(17):1831-38.
40. Thebault J-L, Ringa V, Bloy G, Pendola-Luchel I, Paquet S, Panjo H, et al. Are primary-care physician practices related to health behaviors likely to reduce social inequalities in health? *Prev Med*. juin 2017;99:21-8.
41. Rigal L, Bloy G, Noël F, Lorenzo A, Falcoff H. Des inégalités sociales de santé aux gradients sociaux dans les pratiques préventives des médecins généralistes. In: Hervé C, Jean-Stanton M, Mamzer M-F, Ennuyer B, éditeurs. *Les inégalités sociales et la santé – Enjeux juridiques médicaux et éthiques*. Paris: Dalloz; 2015.
42. Casanova L, Ringa V, Bloy G, Falcoff H, Rigal L. Factors associated with GPs' knowledge of their patients' socio-economic circumstances: a multilevel analysis. *Fam Pract*. déc 2015;32(6):652-58.
43. Ludovic C, Virginie R, Sophia C, Sylvain P, Isabelle P-L, Henri P, et al. Level of agreement between physician and patient assessment of non-medical health factors. *Fam Pract*. 29 janv 2018; doi: 10.1093/fampra/cmz141
44. Thebault J-L, Ringa V, Panjo H, Bloy G, Falcoff H, Rigal L. Accumulation of unhealthy behaviors: marked social inequalities in both sexes. *Prev Med Rep*. (à paraître);
45. Mackenbach JP, Stronks K, Kunst AE. The contribution of medical care to inequalities in health: differences between socio-economic groups in decline of mortality from conditions amenable to medical intervention. *Soc Sci Med*. 1989;29(3):369-76.
46. Lombrail P. [Health care and secondary access to care inequalities]. *Rev Epidemiol Sante Publique*. févr 2007;55(1):23-30.
47. Franks P, Fiscella K. Reducing disparities downstream: prospects and challenges. *J Gen Intern Med*. mai 2008;23(5):672-7.

48. Bourgueil Y, Jusot F, Leleu H, Le groupe AIR Project. Comment les soins primaires peuvent-ils contribuer à réduire les inégalités de santé ? Revue de littérature. Irdes; 2012 sept. Report No.: Questions d'économie de la santé N°179.
49. Marsh GN, Channing DM. Narrowing the health gap between a deprived and an endowed community. *Br Med J Clin Res Ed.* 16 janv 1988;296(6616):173-76.
50. Rigal L, Saurel-Cubizolles MJ, Falcoff H, Bouyer J, Ringa V. Do social inequalities in cervical cancer screening persist among patients who use primary care? The Paris Prevention in General Practice survey. *Prev Med.* sept 2011;53(3):199-202.
51. Schieber AC, Kelly-Irving M, Rolland C, Afrite A, Cases C, Dourgnon P, et al. Do doctors and patients agree on cardiovascular-risk management recommendations post-consultation? The INTERMEDE study. *Br J Gen Pr.* mars 2011;61(584):e105-11.
52. Baudelot C, Caillé Y, Berthod-Wurmser M, Lambert A. Faire entendre la voix des patients. *Rev Fr Aff Soc.* 19 avr 2017;(1):154-63.
53. Paugam S, Cousin B, Giorgetti C, Naudet J. Ce que les riches pensent des pauvres. *Le Seuil*; 2017.
54. Bourdelais P. Les Hygiénistes. Enjeux, modèles et pratiques. Paris: Belin; 2001.
55. Murard L, P. Z. L'haleine des faubourgs. *Rev Rech.* 1978;29:468.
56. Richerand N. Les catégorisations sociales spontanées de patients produites par les médecins généralistes : quelles influences sur les soins préventifs ? Enquête qualitative auprès de médecins généralistes franciliens. Thèse d'exercice de médecine - Paris Descartes; 2015.
57. Glaser B, Strauss AL. The discovery of Grounded Theory. London: Aldine Press; 1967.
58. Freidson E. Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge. Chicago: University of Chicago Press; 1970.
59. Peretti-Watel P. [Does primary prevention contribute to increase social inequalities in health?]. *Rev Epidemiol Sante Publique.* août 2013;61 Suppl 3:S158-162.
60. Aïach P. La prévention , pour quoi faire? In: *Comportements et santé : questions pour la prévention.* Nancy: Presses Universitaires de Nancy; 1992. p. 247.
61. Millet M, Thin D. Le temps des familles populaires à l'épreuve de la précarité. *Lien Soc Polit.* 2005;54:153-62.
62. Jaunait A. Comment pense l'institution médicale ? Une analyse des codes français de déontologie médicale. Vol. 2. Dalloz; 2005.
63. Bureau E, Hermann-Mesfen J. Les patients contemporains face à la démocratie sanitaire. *Anthropol Santé Rev Int Francoph Anthropol Santé.* 31 mai 2014;(8).
64. Becker HS. *Outsiders, Etudes de sociologie de la déviance.* Paris: A. M. Métailié; 1985.
65. Sen A. *L'économie est une science morale et politique.* Paris: La Découverte; 2003.

66. Grignon C, Passeron J-C. Le Savant et le Populaire - Misérabilisme et populisme en sociologie et en littérature. Paris: Le Seuil; 1989. 260 p.
67. Morel S. Les professeurs des écoles et la psychologie. *Sociétés Contemp.* 20 avr 2012;(85):133-59.
68. Dubet F. Pourquoi ne croit-on pas les sociologues ? *Educ Sociétés.* 2002;no 9(1):13-25.
69. Bordiec M. Quel est le positionnement des médecins généralistes par rapport aux divers acteurs de la prévention ? Enquête qualitative auprès de médecins généralistes franciliens. Thèse d'exercice de médecine - Paris Descartes; 2013.
70. Collège de la médecine générale. Pourquoi et comment enregistrer la situation sociale d'un patient adulte en médecine générale ? 2014.
71. Inpes. Prendre en compte les inégalités sociales de santé en médecine générale - Repères pour votre pratique - Mai 2014 [Internet]. 2014 [cité 7 oct 2017]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/detaildocFB.asp?numfiche=1538>
72. Pinell P. Naissance d'un fléau. Editions Métailié; 2016.
73. Peretti-Watel P. L'homo medicus, cible idéale, mais introuvable, des campagnes de prévention. *adsp.* juin 2013;29-31.
74. Aïach P, Delanoë D. L'ère de la médicalisation - Ecce homo sanitas. Ed. Economica; 1998.
75. Champy F. Nouvelle théorie sociologique des professions. Paris: PUF; 2011.
76. Jourdan D, O'Neill M, Dupéré S, Stirling J. Quarante ans après, où en est la santé communautaire ?, *Community health: where do we stand after forty years?* *Santé Publique.* 12 juin 2012;24(2):165-78.
77. Hippisley-Cox J, Coupland C, Brindle P. Development and validation of QRISK3 risk prediction algorithms to estimate future risk of cardiovascular disease: prospective cohort study. *BMJ.* 23 mai 2017;357:j2099.

Transformation /
Intervention

P4 : Capacitation :
négociation à visée
émancipatrice, en
déclinaison individuelle

P5 : Correction/ciblage
discrimination positive,
imaginer des ressources
collectives

Primat logiques
interpersonnelles

Primat logiques
collectives

P3 : Au nom de la relation :
s'en tenir à ce qu'on peut
faire dans le respect des
conventions/stéréotypes

P6 : Perception empathique
ou résignée du décalage
des normes de vie,
culturalisme

Contrainte de diversité/altérité
Conservation