

Joël Cuénod

Consultation: Pauvre et malade, que faire?

Mieux vaut être riche et en bonne santé que pauvre et malade, les facteurs socioéconomiques sont des facteurs pronostiques pour la santé bien plus déterminants que le taux de cholestérol et l'hypertension [1–2]. C'est une évidence retrouvée dans différents pays, compte des particularités individuelles [3], où le gradient socio-économique est établi pour différentes pathologies, pour les maladies cardiovasculaires mais aussi pour certaines maladies autoimmunes [4–5]. Mais nous sommes à juste titre réticents à médicaliser un problème de société devant lequel nous sommes impuissants. Quel peut être notre rôle dans la mosaïque des mesures possibles et comment l'aborder dans nos consultations?

Pierre Bourdieu a développé dans les années 80 le modèle sociologique le plus accepté pour cerner la problématique pauvreté/richeesse: le modèle des capitaux économiques, sociaux, culturels et symboliques qui interagissent [6]. Un capital est une ressource dans laquelle on peut investir pour l'accroître, afin d'obtenir un avantage sur un des plans qui influencera ensuite les autres plans, pour entraîner dans une spirale ascendante vers plus de richesse, plus de contact sociaux, plus de prestige, plus de santé et éviter une spirale descendante avec appauvrissement, perte de contacts sociaux, perte d'autonomie et d'autodétermination, perte d'estime de soi et maladies. Comme tous les modèles, il est forcément réducteur et corréle trop simplement bonheur et avoirs. Il est cependant utile d'avoir un cadre conceptuel pour pouvoir situer son action.

Un médecin ne peut pas agir sur le capital économique de ses patients (si ce n'est en l'amoindissant par ses factures), il n'a pas non plus grande prise directe sur leur capital social [7], par contre nous pouvons les aider à accroître leurs ressources culturelles personnelles [8], dont leur «self efficacy».

Le concept de «self efficacy»

Ce concept développé par Albert Bandura [9] ne se réduit pas à la problématique de la pauvreté, mais il s'y applique de manière caractéristique. Les patients défavorisés subissent leurs existences sans pouvoir réaliser leurs objectifs, sans disposer de marge de manœuvre pour s'autodéterminer et participer à la société. Ce manque de «self efficacy» est complexe et ce concept peut être détourné avec le discours d'autoresponsabilité défaillante des patients qu'il convient de ne pas assister pour éviter de renforcer leur passivité «blaming the victim». Quelle est l'évidence de l'utilité de l'«empowerment» et «health literacy» en médecine [10]? Comment fonctionne-t-il? Comment activer ou «agentifier» nos patients pour reprendre la terminologie de Bandura [11]?

Notre compréhension habituelle est que la promotion de la «self efficacy» permet d'obtenir une meilleure compliance au traitement des facteurs de risques et de modifier les comportements à risques dont l'incidence est plus élevée chez les patients défavorisés [12]. Le taux de «self efficacy», mesurable par des questionnaires [13] va cependant au-delà d'une meilleure compliance aux traitements [14–15]. Le domaine sexy émergent de la neuro-psycho-

endocrino-immunologie [16–21] parvient peu à peu à démontrer une action directe de la «self efficacy» sur différentes cytokines et contribue à légitimer nos efforts à nous investir dans ce domaine même si nous ne comprenons encore qu'à peine les mécanismes pathophysiologiques impliqués dans la genèse de différentes pathologies.

L'entretien motivationnel

Le schéma de consultation classique, plainte subjective–signes objectifs–plan d'investigation–ordonnance d'un traitement, ne laisse que peu de place à une participation active de nos patients pour mobiliser leurs forces de résilience.

Les techniques d'entretiens motivationnels nous donnent un outil pour «agentifier» nos patients [22–27]. Une consultation basée sur l'écoute du vécu de nos patients, sur une entente quant aux objectifs acceptés tant par lui-même que par notre point de vue médical, sur l'identification des petits pas envisageables pour leur réalisation, sur une définition de stratégies pour surmonter les obstacles présumés, sur un contrat de réévaluation, prend plus de temps qu'une consultation classique et est moins glamourieuse qu'une intervention high tech. Une consultation motivationnelle comme mesure isolée ne sert pas à grand chose, elle ne tient non plus pas tellement compte d'autres éléments par ex. de transferts et contre-transferts. Il s'agit cependant d'un outil possible pour nous et nos patients qui peuvent aussi appliquer cette méthodologie dans d'autres domaines non médicaux et contribuer à augmenter leur capital culturel personnel.

Notre métier de médecin généraliste-interniste est en pleine mutation. En plus de nos rôles de prise en charge de premier recours et de «gestionnaire du flou», notre position à la croisée des chemins nous prédestine à travailler interdisciplinairement, comme le domaine des déterminants socioéconomiques de la santé l'illustre de manière exemplaire. Encore faut-il que le système de la santé le reconnaisse et nous accorde pour assumer ce rôle les ressources nécessaires de temps avec nos patients, de formation et de recherche¹.

Références

- 1 Publication WHO: Déterminants sociaux de la santé: les faits. Deuxième édition sous la direction de Richard Wilkinson et de Michael Marmot. ISBN 92-890-2370-8.
- 2 Gesundheit in der Schweiz, Nationaler Gesundheitsbericht 2008, Herausgeberin K. Meyer, Hans Huber Verlag. <http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/de/index/05/publikationsdatenbank.Document.114424.pdf>
- 3 Leigh A, Jencks CJ. Inequality and mortality: long-run evidence from a panel of countries. Health Econ. 2007;26(1):1–24. Epub 2006 Sep 11. PMID: 16963138
- 4 Schneider S, et al. «Sind Reiche gesünder»? Dtsch Med Wochenschr. 2006;131:1998–2003.
- 5 Wamala SP, Lynch J, Kaplan GA. Women's exposure to early and later life socioeconomic disadvantage and coronary heart disease risk: the Stockholm Female Coronary Risk Study. Int J Epidemiol. 2001;30(2):275–84.

¹ Par exemple, à l'Institut Universitaire de Médecine Générale à Zurich, une sur la pauvreté et les soins médicaux est en cours, avec participation de médecins praticiens.

Le schéma de consultation classique ne laisse que peu de place à une participation active de nos patients.

- 6 Pierre Bourdieu. The forms of Capital. In Handbook of Theory and Research for the sociology of education. Greenwood Press 1986.
- 7 Singh-Manoux A, Marmot M. Role of socialization in explaining social inequalities in health. Soc Sci Med. 2005;60:2129–33.
- 8 Thomas Abel. Kulturelles Kapital in der Gesundheitsförderung. Power Point Präsentation. Nationale Gesundheitsförderungs- Konferenz Seedamm Plaza Pfäffikon 2009.
- 9 Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. Psychol Rev. 1977;84(2):191–215.
- 10 K. Sommerhalder und T. Abel. Gesundheitskompetenz: Eine konzeptuelle Einordnung. 2007.
www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/00388/02873/
- 11 Bandura A. Social cognitive theory: An Agentic Perspective. Ann Rev Psychol. 2001;52:1–26.
- 12 Sozioökonomischer Status und Gesundheitsverhalten Karin Siegrist PiD – Psychotherapie im Dialog 2008;4:382–6.
- 13 <http://userpage.fu-berlin.de/~health/>
- 14 Krichbaum K, Aarestad V, Buethe M. Exploring the connection between self-efficacy and effective diabetes self-management. Diabetes Educ. 2003;29(4):653–62.
- 15 Effectiveness of Chronic Obstructive Pulmonary Disease-Management Programs: Systematic Review and Meta-Analysis Isabelle Peytremann-Bridevaux, MD, MPH, DSc,^a Philippe Staeger, MD, MPH,^b Pierre-Olivier Bridevaux, MD, MSc,^c William A. Ghali, MD, MPH,^d Bernard Burnand, MD, MPH^a. Am J Med. 2008;121:433–44.
- 16 Petersen KL, Marsland AL, Flory J, Votruba-Drzal E, Muldoon MF, Manuck, S. B. Community Socioeconomic Status is Associated With Circulating Interleukin-6 and C-Reactive Protein. Psychosom Med. 2008;70:646–52.
- 17 Yoichi Chida, Andrew Steptoe. Cortisol awakening response and psychosocial factors: A systematic review and meta-analysis. Biol Psychol. 2009;80: 265–78.
- 18 Philip C. Strike, et al. Exaggerated Platelet and Hemodynamic Reactivity to Mental Stress in Men With Coronary Artery Disease. Psychosom Med. 2004;66:492–500.
- 19 Mary E. Coussons-Read, et al. Prenatal Stress Alters Cytokine Levels in a Manner That May Endanger. Human Pregnancy. Psychosom Med. 2005;67:625–31.
- 20 Alexander Haensel, Paul J. Mills, Richard A. Nelesen, Michael G. Ziegler, Joel E. The relationship between heart rate variability and inflammatory markers in cardiovascular diseases. Dimsdale Psychoneuroendocrinol. 2008;33:1305–12.
- 21 Vitteta L, Anton B, Cortizo F, Sali A. Mind–Body Medicine Stress and Its Impact on Overall Health and Longevity. Ann N.Y. Acad Sci 2005;1057:492–505.
- 22 Health Promotion International, Vol. 21 No. 3, 2006.
- 23 Cochrane G. Role for a sense of self-worth in weight-loss treatments: helping patients develop self-efficacy. Can Fam Physician. 2008;54(4):543–7.
- 24 Britt E, Hudson SM, Blampied NM. Motivational interviewing in health settings: a review. Patient Educ Couns. 2004;53(2):147–55. Review.
- 25 Coleman MT, Newton KS. Supporting self-management in patients with chronic illness. Am Fam Physician. 2005;72(8):1503–10.
- 26 Sune Rubak, Anelli Sandbæk, Torsten Lauritzen, Knut Borch-Johnsen, Bo Christensen. An education and training course in motivational interviewing influence: GPs' professional behaviour – ADDITION Denmark. Br J Gen Pract. 2006;56(527):429–36.
- 27 Foster G, Taylor SJ, Eldridge SE, Ramsay J, Griffiths CJ. Self-management education programmes by lay leaders for people with chronic conditions. Cochrane Database Syst Rev. 2007;(4).

Correspondance:
Dr Joël Cuénod
Birsigstrasse 10
4054 Basel
joel.cuenod@magnet.ch

6. Weiterbildungskurs in Psychosomatischer Medizin

Zertifikatskurs des Advanced Study Centre der Universität Basel zur Erlangung des Fähigkeitsausweises SAPM für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin.

Veranstaltet von: Abteilung Psychosomatik (Medizin), Abteilung Sozialmedizin/Psychosomatik (UFK), unter Mitarbeit von niedergelassenen psychosomatisch und psychiatrisch tätigen Ärztinnen und Ärzten.

Kursbeginn: 29. April 2010.

Information zum Fähigkeitsausweis SAPP: www.sappm.ch.

Information und Anmeldung zum Kurs: www.psychosomatik-basel.ch/index42.htm oder Tel. 061 265 52 94 (vormittags).