



**Réseau-1 Québec**

Réseau de connaissances sur les soins primaires

# CONFÉRENCE PLÉNIÈRE

Modératrices : Jeannie Haggerty, PhD,  
directrice du RRAPPL de l'Université  
McGill, et Maud Mazaniello-Chézol,  
membre étudiante du R1Q



**Réseau-1 Québec**  
Réseau de connaissances sur les soins primaires



## CONFÉRENCE PLÉNIÈRE

Quand tous les systèmes échouent : le fardeau de la gestion de la santé dans les communautés en situation de précarité socio-économique  
- présentation en anglais

Marianne McCallum, MBChB, BSc, MRCGP, MSc, médecin généraliste et chercheuse universitaire, University of Glasgow



@reseau1quebec



info@reseau1quebec.ca



reseau1quebec.ca



Réseau-1 Québec



University  
of Glasgow

THE AWARDS  
2020 | UNIVERSITY  
OF THE YEAR

# Quand tous les systèmes échouent : le fardeau de la gestion de la santé dans les communautés en situation de précarité socio-économique

Dre Marianne McCallum

Médecin généraliste et chercheuse universitaire

Université de Glasgow

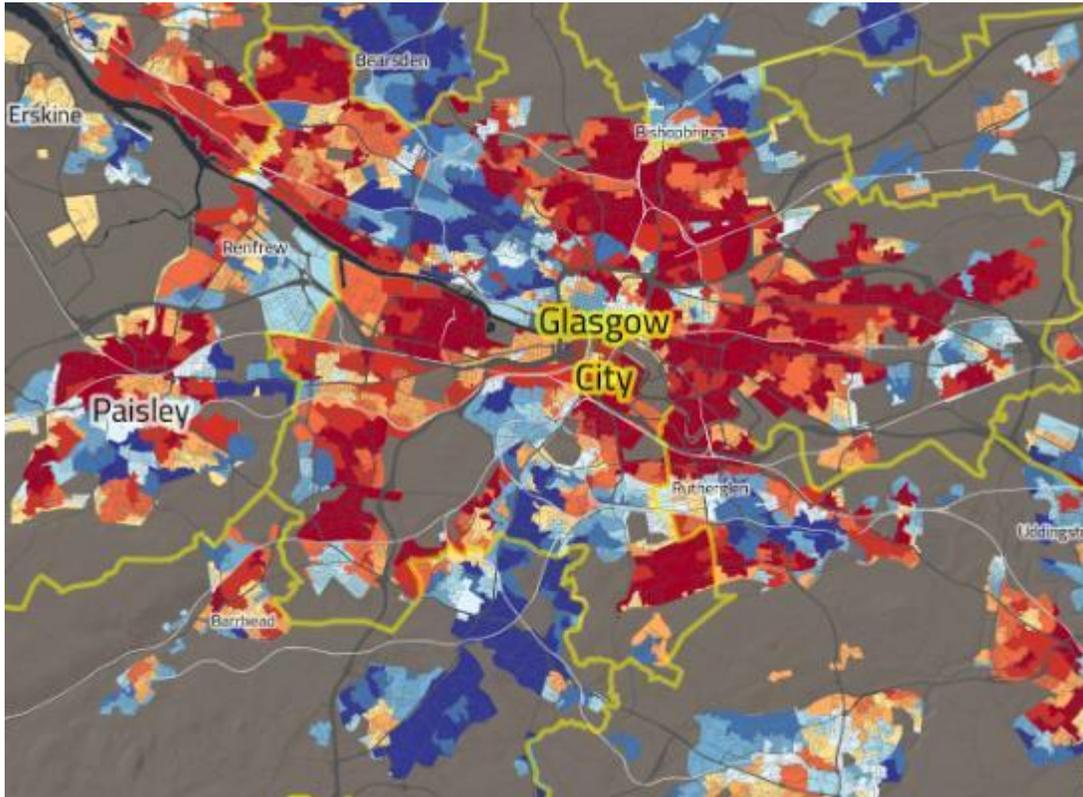
WORLD  
CHANGING  
GLASGOW

# Royaume-Uni (R.-U.) Système de santé



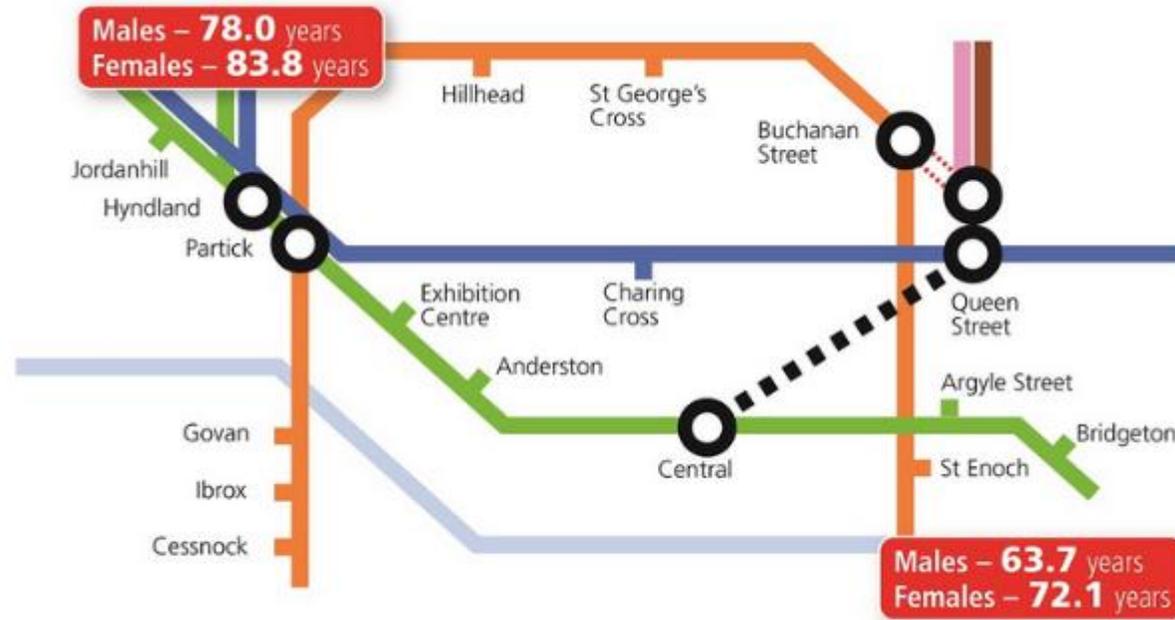
- Le service national de santé (*National Health Service, NHS*)
  - Financé par les contribuables
  - Soins de santé universels, gratuits en cas de besoin
- Formation médicale
  - Diplôme de premier cycle de 5 ans suivi de deux ans de formation de base en milieu hospitalier
  - Formation spécialisée : La médecine généraliste nécessite une formation supplémentaire de 4 à 5 ans (mixte hôpital/communauté).
- Le rôle des soins primaires
  - Ils sont la pierre angulaire du NHS - plus de 90% de toutes les consultations en clinique (< 8 % du budget)
  - Ils agissent comme des "gardiens" - les soins secondaires dépendent de l'orientation donnée par le médecin généraliste.

# Les inégalités en matière de santé sont dues à des inégalités sociétales plus larges



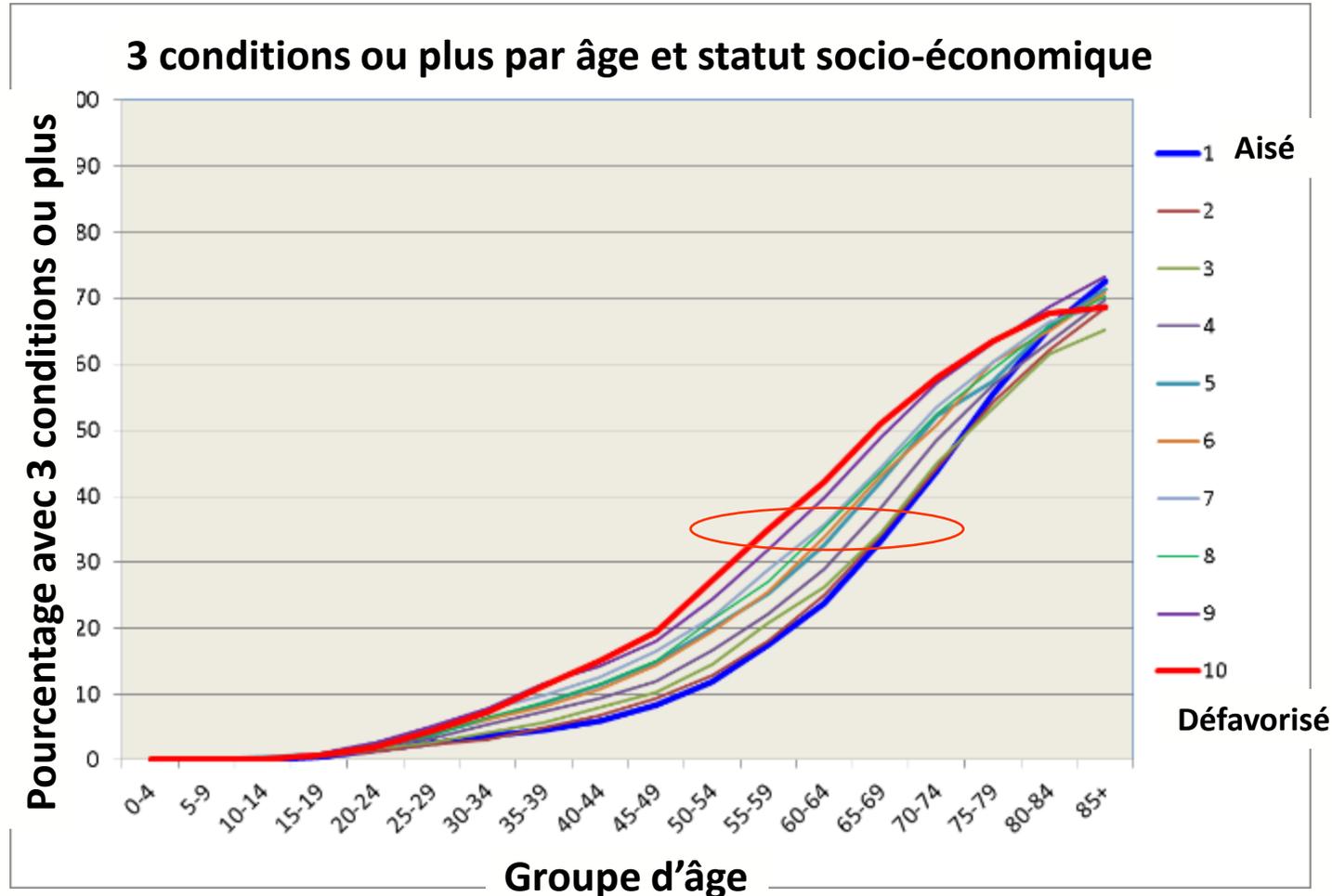
- Carte de Glasgow comme un exemple démontrant la propagation de la défavorisation en utilisant l'indice national :
  - Défavorisé = rouge (plus foncé, plus défavorisé)
  - Aisé = bleu (plus foncé, plus favorisé)
- L'indice de défavorisation combine des indicateurs relatifs à l'emploi, aux transports, aux revenus, à l'éducation, au logement, à la santé, à l'accès et à la criminalité.

# Écart de mortalité en Écosse pouvant aller jusqu'à 15 ans, en augmentation ces 10 dernières années



- Carte de la ligne de train à travers le centre de Glasgow
- L'espérance de vie diminue de 15 ans pour les hommes (11 ans pour les femmes) quand on se déplace d'une zone aisée (Jordanhill) à une zone défavorisée (Bridgeton).

# La multimorbidité est plus fréquente et commence 10 à 15 ans plus tôt dans le décile le plus défavorisé que dans le décile le plus aisé.





Ce n'est pas seulement le taux accru de multimorbidité, mais la complexité sociale supplémentaire qui a un impact sur les praticiens et les praticiennes : « multimorbidité plus »

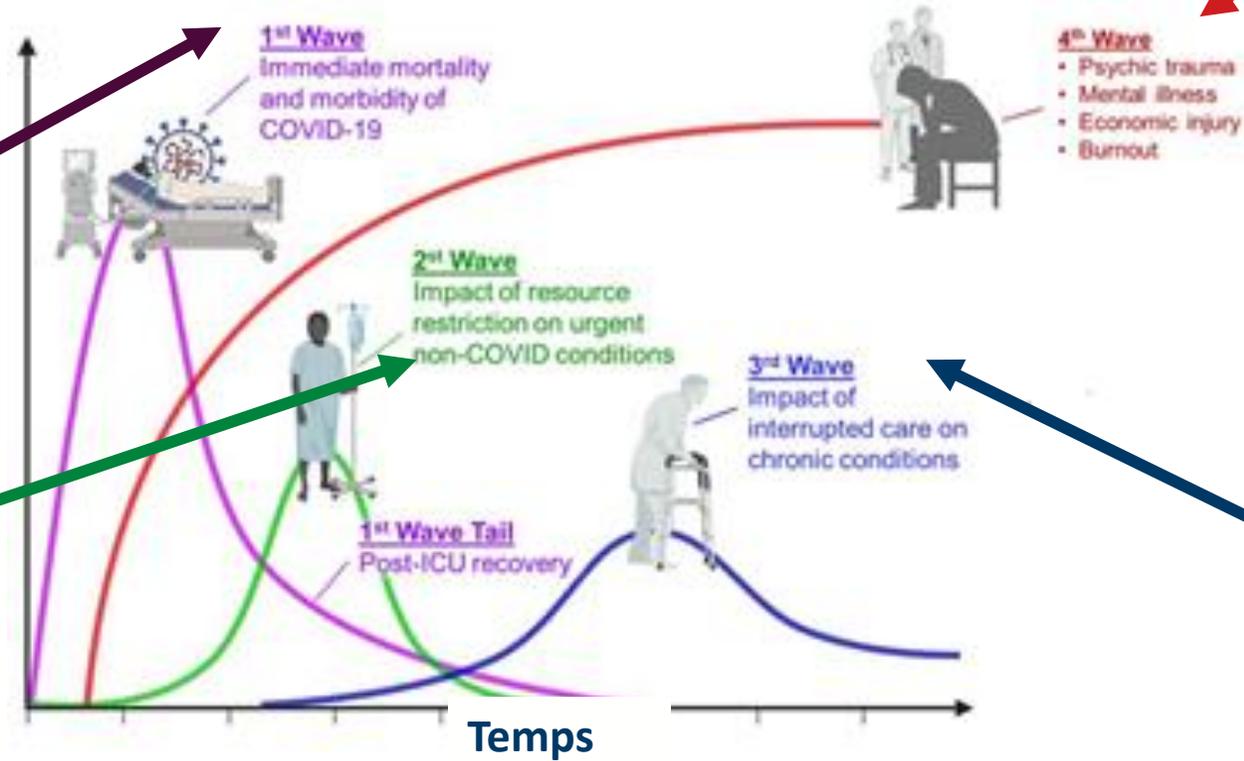
" ... On sait qu'il y a plus de multimorbidité. Je pense qu'on parle de la multimorbidité, plutôt que de la **multimorbidité plus**. Peut-être aussi une plus grande chance d'avoir des difficultés d'alphabétisation **plus...plus...C'est plusieurs couches**".

Médecin généraliste travaillant dans une zone défavorisée

# Covid-19

1<sup>re</sup> vague :  
Covid-19 immédiate  
Mortalité/morbidité

2<sup>e</sup> vague :  
Impact de la restriction  
des ressources sur les  
conditions non liées à  
la COVID



4<sup>e</sup> vague :

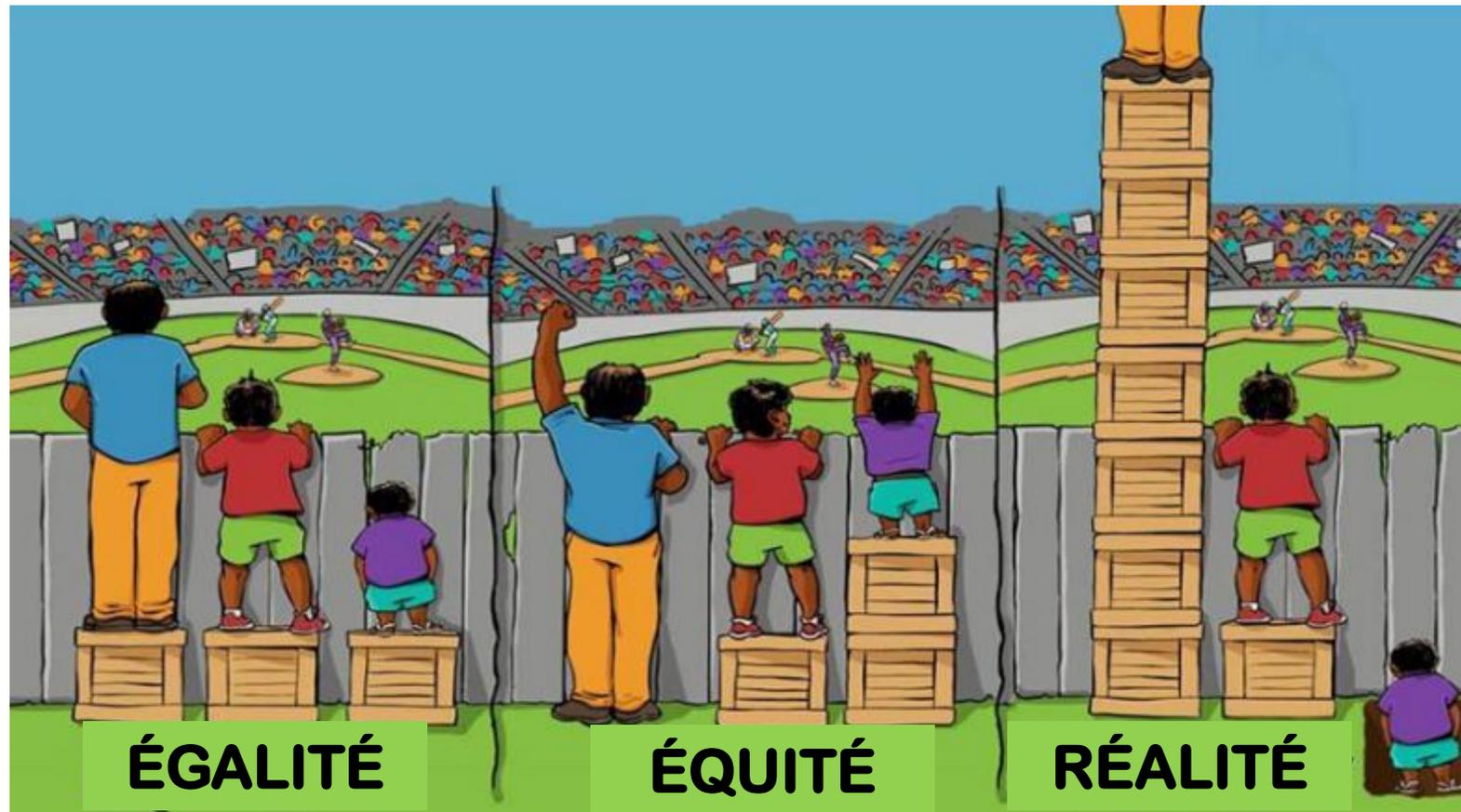
- Traumatisme psychique
- Stress mental
- Économie
- Épuisement professionnel

3<sup>e</sup> vague :

Impact de l'interruption  
des soins sur les  
maladies chroniques

Communautés souffrant de précarité socio-économique importante :

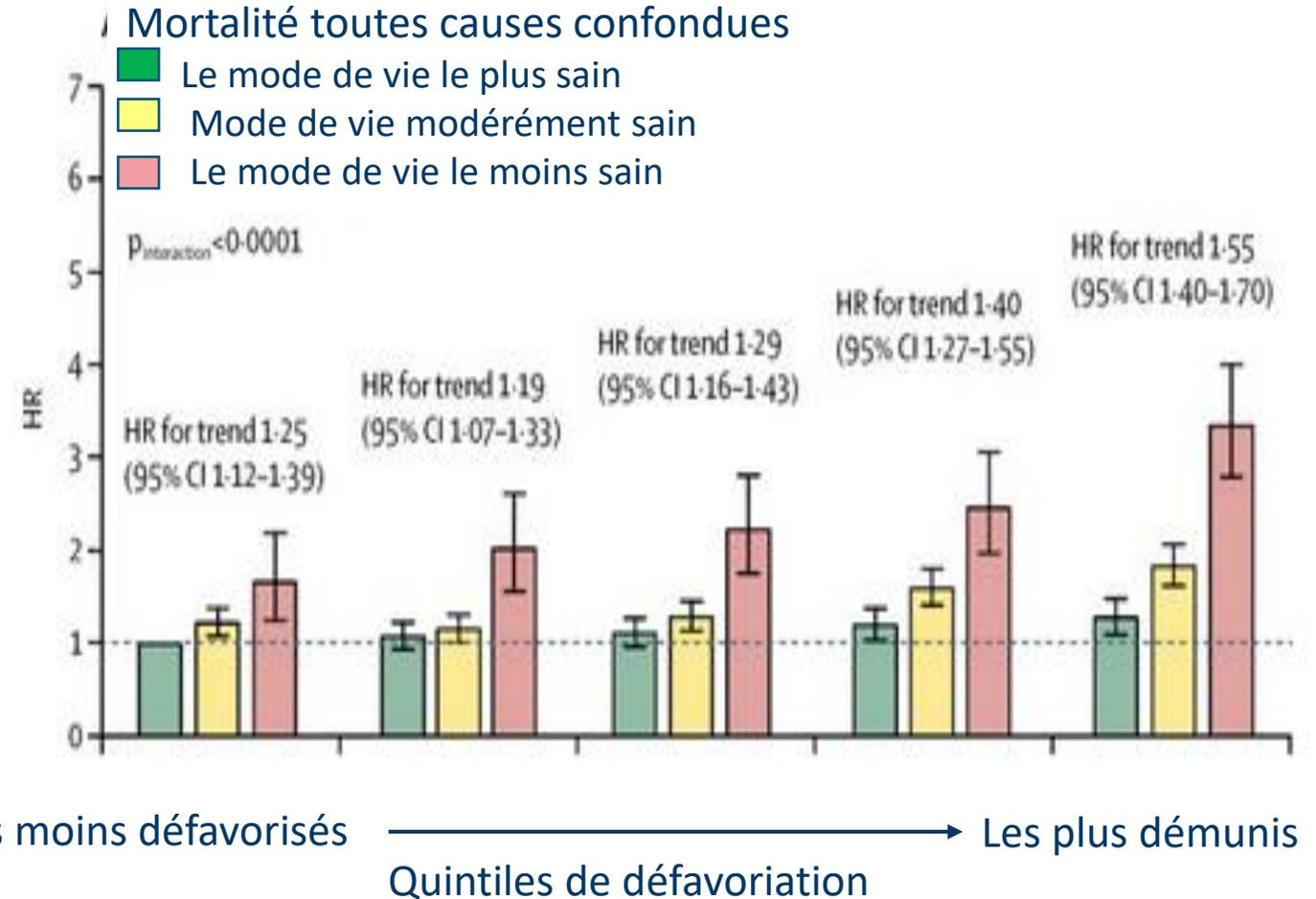
- Impacts disproportionnés de la Covid-19
- On peut s'attendre à ce que les 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> vagues de la pandémie les touchent davantage et de manière disproportionnée



- Malgré plus de 20 ans d'investissements de la part des gouvernements britannique et écossais, les résultats en matière d'inégalités de santé n'ont pas changé, et dans certains cas, ils ont même empiré.
- Les politiciens et les médias du Royaume Uni se concentrent sur les choix de comportement des individus; mais ont-ils le choix ?
- Je pense que nous devons reconnaître les structures inégales sous-jacentes : viser l'équité et pas seulement l'égalité.

- La précarité socio-économique a un impact **INDÉPENDANT** sur la mortalité, indépendamment des facteurs liés au mode de vie.<sup>1</sup>
- Les facteurs de risque comportementaux n'expliquent que 40,8 % de la différence de multimorbidité en fonction du niveau de précarité socio-économique.<sup>2</sup>
- Nous ne devons pas nous contenter de nous concentrer sur les comportements malsains.

## Rapport de risque pour l'association entre le score de style de vie, le quintile de précarité socio-économique et la mortalité<sup>1</sup>



1. Foster, H. M. E., et al. (2018). "L'effet de la précarité socio-économique sur l'association entre une mesure étendue des facteurs de mode de vie malsain et les résultats de santé : une analyse prospective de la cohorte UK Biobank." *The Lancet Public Health* **3**(12) : e576-e585.
2. Katikireddi, S. V., et al. (2017). "La contribution des facteurs de risque aux inégalités socioéconomiques en matière de multimorbidité à travers le parcours de vie : une analyse longitudinale de la cohorte Twenty-07." *BMC Med* **15**(1) : 152.

## Ces comportements sont-ils un choix ? Le point de vue des patient.e.s

- Selon une méta-ethnographie (revue systématique de la littérature qualitative), les personnes vivant dans des zones à forte précarité socio-économique :
  - considèrent les inégalités en matière de santé comme une conséquence d'une inégalité sociétale plus large.
  - sont conscients du fait que la société en général impute souvent les inégalités à la communauté qui a fait de mauvais choix, ce qui est vécu comme une stigmatisation importante.
  - ne pas considèrent pas les comportements malsains comme un « choix » mais comme une « **réponse rationnelle (voire inévitable) à des circonstances difficiles, des mécanismes d'adaptation ou des formes d'évasion** ».



University  
of Glasgow

## Mon travail actuel



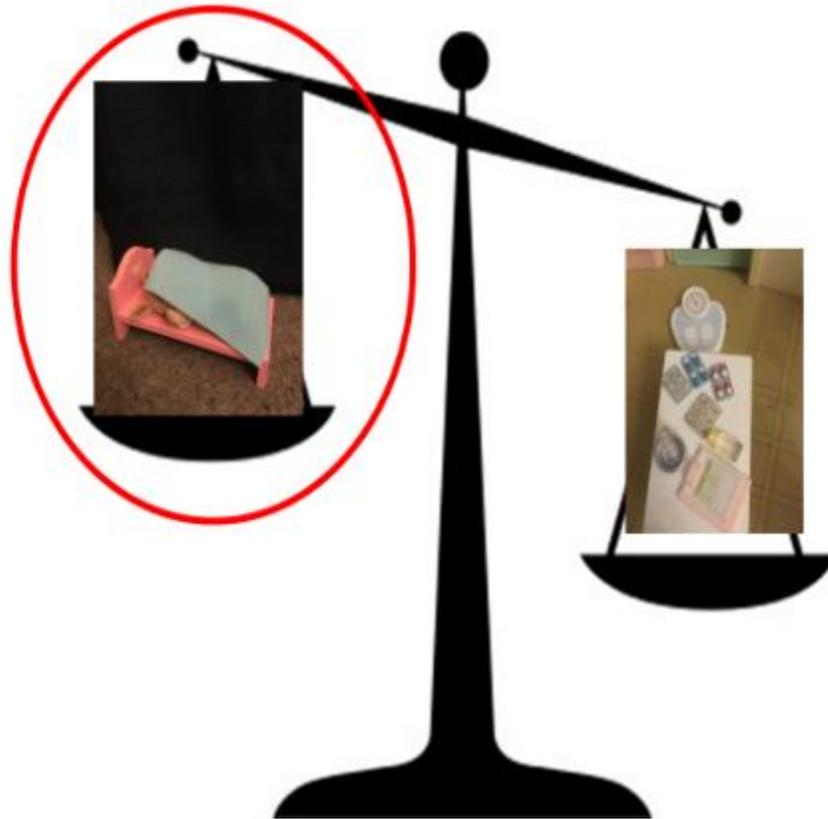
# Approche théorique



## Capacité

Capacité à effectuer ce travail

Individu et communauté



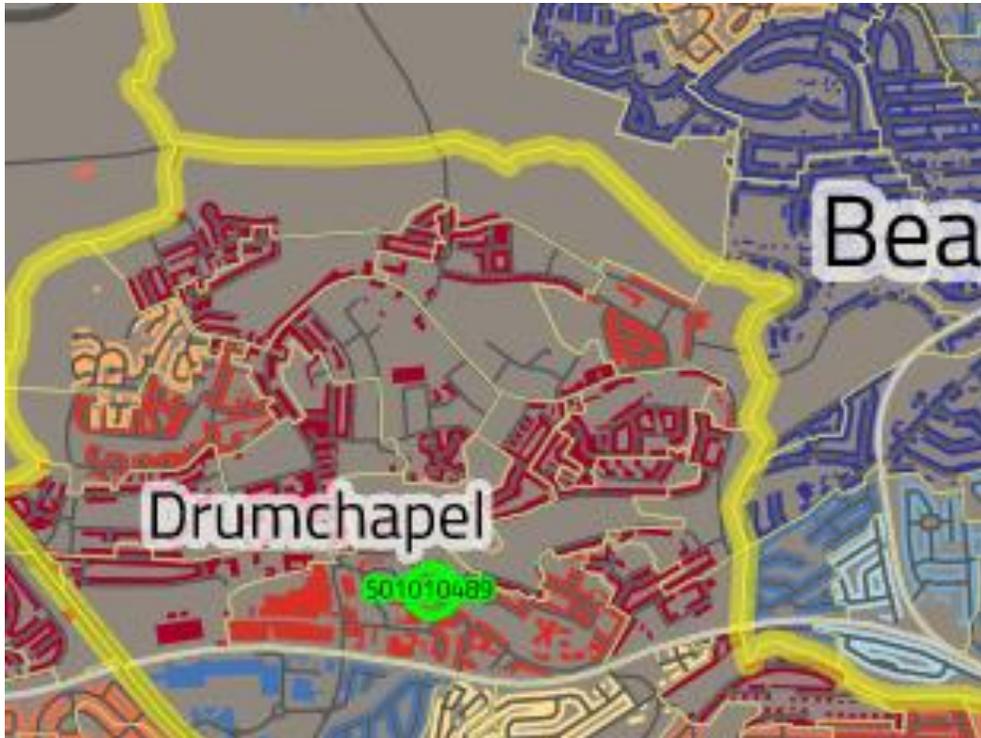
Théorie du fardeau du traitement



## Fardeau de traitement

Le travail que les clinicien.nes donnent aux patient.e.s

## L'ethnographie à Drumchapel : communauté connaissant des taux élevés de précarité socio-économique à Glasgow



Carte montrant Drumchapel :

- Entièrement rouge (forte précarité)
- Entouré de zones aisées (bleu)

- Observation des participant.e.s dans quatre groupes communautaires (soutien aux parents, jardin communautaire, santé mentale des hommes, groupe de cyclistes)
- Entrevues approfondies (30 personnes atteintes de multimorbidité)
- Méthode choisie pour explorer :
  - Histoire personnelle et privée (ce que les gens font réellement et pourquoi)
  - Histoire publique (ce que les gens croient qu'ils font et feraient)

## Conclusions provisoires : Une expérience communautaire partagée

- **Quand tous les systèmes échouent**
  - **Il existe une expérience partagée de la vie dans une communauté où AUCUN des systèmes ne fonctionne pour soi (services sociaux, allocations, éducation, logement).**
  - **Ce n'est pas seulement soi, mais tous ceux que vous connaissez.**
- **Honte et stigmatisation partagées**

## Conclusions provisoires de ce travail

- Quand tous
  - Il existe
  - Ce n'est
- Honte et st
  - Les per
  - (capital
  - Cepend
  - large et
  - Cela sig
  - sécurité
  - visite d
- Soins holistiques

**L'expérience communautaire commune de la stigmatisation et le fait qu'aucun système ne fonctionne pour soi a fondamentalement modifié la façon dont les gens abordent tous les services officiels, y compris les soins de santé.**

CUN des  
ne pour soi.

mmunauté

au sens  
s vivaient.

ment de  
compris la



## Conclusions provisoires : L'importance des soins holistiques

- La continuité des soins et la solidité des relations avec les équipes de soins primaires étaient très appréciées et essentielles à l'habilitation des patients.
- Là où cela existait, les personnes considéraient les équipes de soins primaires différemment des autres services statutaires : des endroits où elles n'étaient pas jugés et où les gens étaient « pour elles ».
- Lorsque la relation était mauvaise (dans les soins primaires ou secondaires), cela renforçait les croyances sous-jacentes selon lesquelles les équipes ne se souciaient pas des « personnes comme elles ».
  - Dans ce contexte, les personnes ont réagi de deux manières : en se fermant et en ne s'engageant pas, ou en se mettant en colère et en étant agressives.
- Les personnes ont souvent vu les médecins se concentrer sur le diagnostic de la maladie plutôt que sur ce qui était important pour elles, et il leur est rarement venu à l'esprit de contester cette attitude.
- L'expérience actuelle de la télémédecine a exacerbé le sentiment de manque d'autonomie et a augmenté de manière significative la difficulté à naviguer dans le système de santé.

# Les groupes communautaires qui ont réussi à impliquer les personnes vulnérables avaient plusieurs points en commun

- **Authenticité**

- Reconnus comme appartenant à, ou comprenant très bien la communauté.

- **« Espaces sécuritaires »**

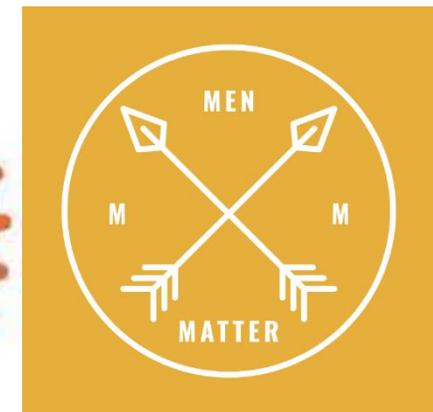
- Les personnes qui participent se sentent en sécurité et ne sentent pas jugées. Cela exige un travail continu de la part de travailleurs et travailleuses expérimentés afin de créer et de maintenir ces espaces.

- **« Le pouvoir des pairs »**

- Voir « quelqu'un comme moi » changer, était particulièrement fort et donnait de l'espoir aux gens.

- **Tension entre sécurité et défi**

- Les groupes communautaires ne se sont pas contentés de laisser les personnes là où elles étaient, mais leur ont fourni des pistes pour progresser.
- Les groupes ont permis aux gens de progresser à leur propre rythme.



# Les groupes communautaires qui ont réussi à impliquer les personnes vulnérables avaient plusieurs points en commun

- **Authenticité**

- Reconnus comme appartenant à, ou comprenant très bien la communauté

- **Création**

**EN REVANCHE, LA PLUPART DES INTERVENTIONS EN MATIÈRE DE SANTÉ SONT :**

- **DIRIGÉES PAR UN PRATICIEN OU UNE PRATICIENNE**
- **LIMITÉES DANS LE TEMPS**
- **FIXES ET PRÉDÉTERMINÉES**
- **SOUVENT DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS DE SANTÉ**

- **Utilisation**

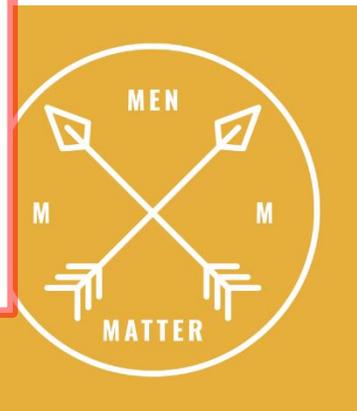
- 

- **Tenue**

- 

des pistes pour progresser.

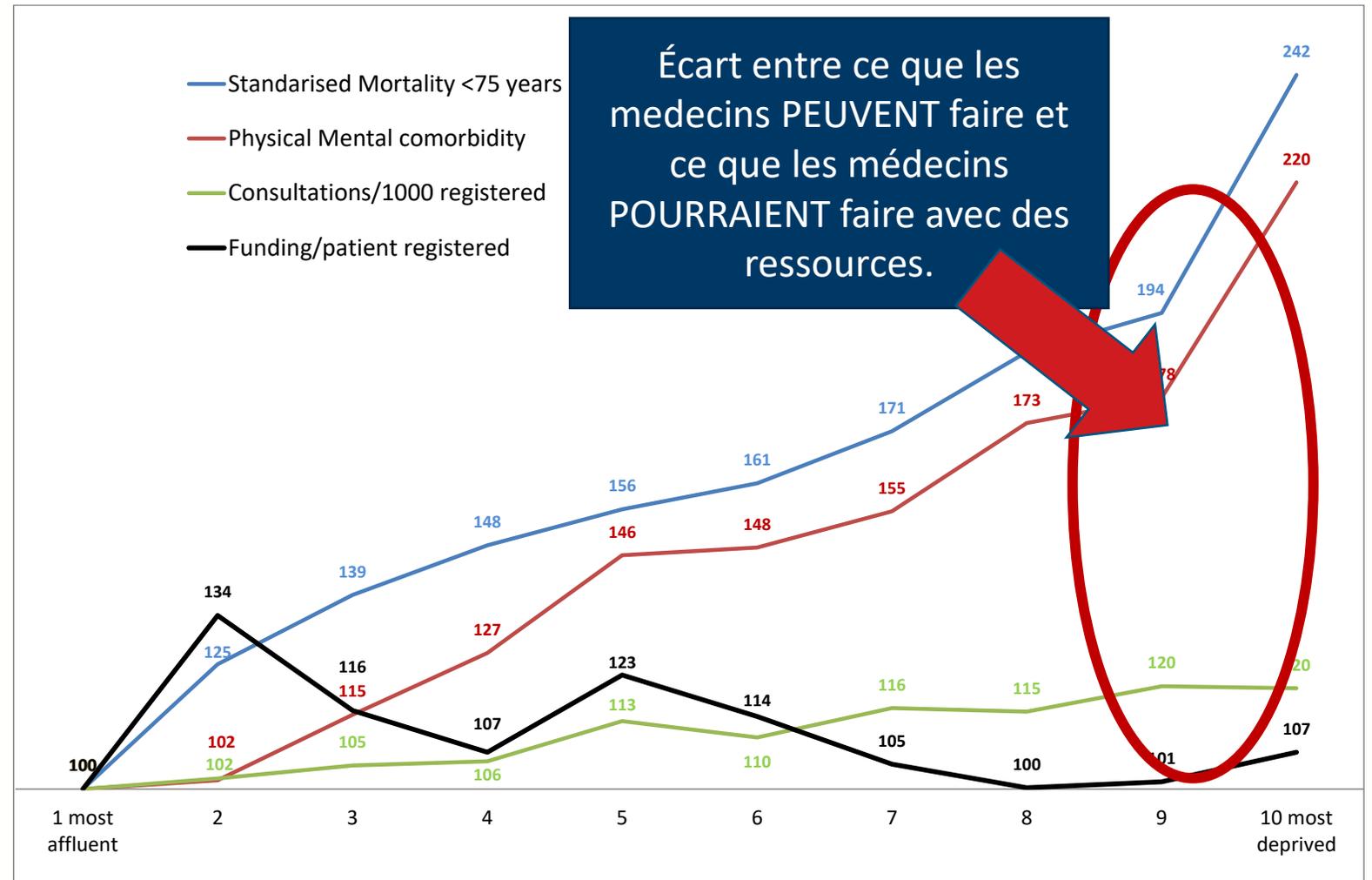
- Les groupes ont permis aux gens de progresser à leur propre rythme.





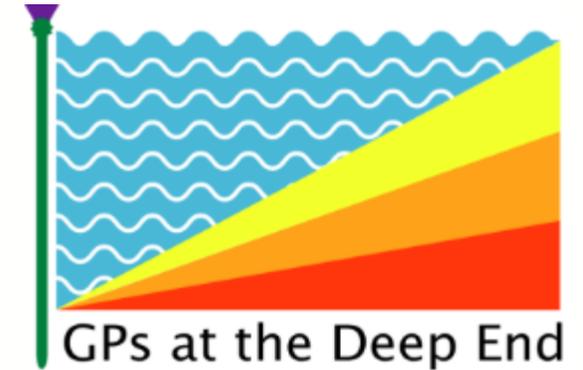
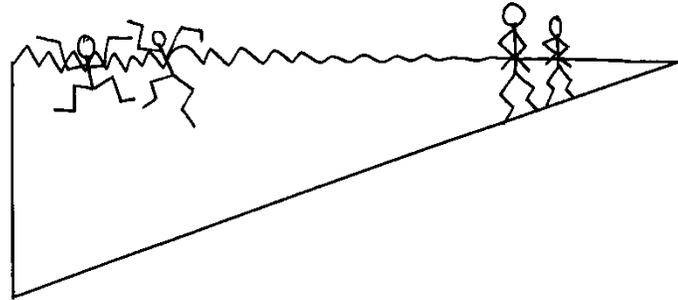
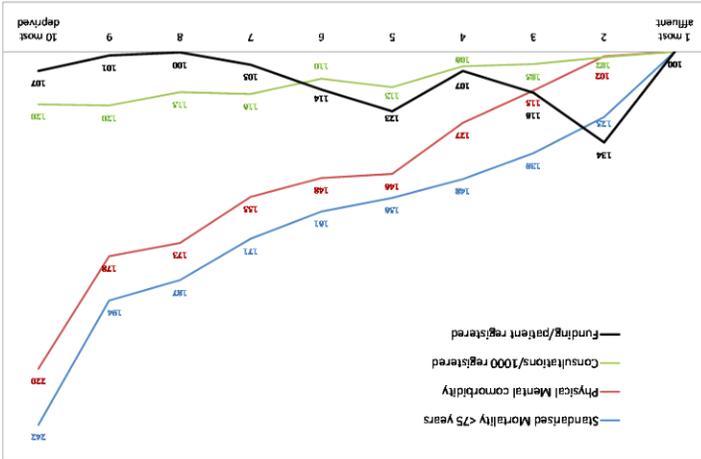
# Graphique comparant le financement des médecins généralistes et le nombre de consultations avec les taux de mortalité et de morbidité par quintile de précarité

- Malgré l'augmentation de la mortalité et de la morbidité en fonction de la précarité, le financement et le nombre de médecins généralistes sont répartis de manière égale au sein de la population.
- Cela entraîne un manque de temps pour répondre aux besoins



McLean G, Guthrie B, Mercer SW, Watt GC. *Le financement de la médecine générale sous-tend la persistance de la loi sur les soins inversés : étude transversale en Écosse ?* BJGP 2015 ; 65(641) : 799-805.

# Les médecins généralistes du « *Deep End* » (ou « eaux profondes »)



- Le groupe « *GPs at the Deep End* », un groupe dirigé par des praticiens et des praticiennes, a été créé il y a plus de 15 ans à l'université de Glasgow.
- Le terme « *Deep End* » (« eaux profondes ») est apparu quand l'un des fondateurs a retourné le graphique montrant les besoins non satisfaits et l'a comparé à une piscine.
- Alors que tous les médecins généralistes travaillent sans relâche, les médecins qui travaillent dans les communautés les plus défavorisées se débattent dans les « eaux profondes » engendrées par l'inadéquation entre les besoins et les ressources.
- Il existe maintenant de nombreux groupes Deep End au niveau national et international et, en Écosse, "Deep End" est devenu une expression utilisée par les politiciens et les gestionnaires de soins de santé.

En premier, le groupe a recueilli des données sur les problèmes et les expériences de Deep End en organisant des tables rondes avec des praticiens et des praticiennes (plus de 50 rapports sont disponibles).

### PROBLÈMES AFFECTANT LES COMMUNAUTÉS DEEP END

- Chômage
- Sanctions des prestations
- Coupes dans les services
- Drogues et alcool
- Protection de l'enfance
- Santé des migrant.e.s
- Adultes vulnérables
- Deuil
- Prévalence plus élevée du cancer

### POINTS CLÉS DES RENCONTRES DEEP END

- Morbidité multiple précoce
- Complexité sociale
- Manque de temps
- Attentes réduites
- Moins d'habilitation
- Littératie en matière de santé
- Stress des praticiens et praticiennes
- Interfaces insuffisantes

Mercer S, Watt G. (2007) *La loi sur les soins inversés : rencontres cliniques de soins primaires dans les zones défavorisées et aisées de l'Écosse*. Ann Fam Med, 5(6) : 503-510.

Mercer SW, Jani BD, Maxwell M, Wong SYS et Watt GCM. (2012) *L'habilitation des patients nécessite l'empathie des médecins : une étude transversale des consultations de médecine générale dans les zones de précarité socio-économique élevée et faible en Écosse*. BMC Family Practice, 13, p. 6.

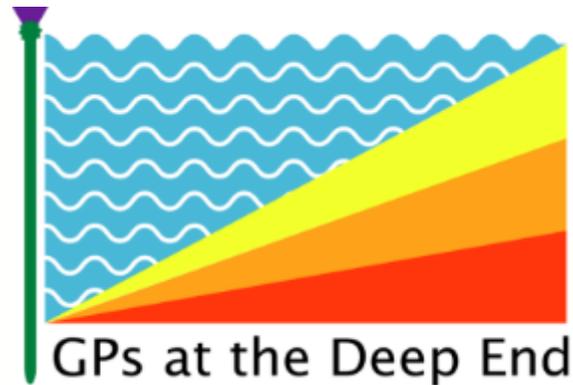
## Conclusions

- L'inégalité sociale structurelle continue d'entraîner des inégalités persistantes en matière de santé, ce qui a des conséquences importantes pour les praticiens et les praticiennes et les résultats des patients et des patientes.
- L'influence de la stigmatisation sociale sur l'accès et les décisions de traitement doit être prise en compte dans la prestation des systèmes de santé.
- L'expérience de *GPs at the Deep End* est un exemple de solutions dirigées par des praticiens et des praticiennes et qui peuvent être utiles dans d'autres contextes.

## Conclusions

- Les interventions futures devraient envisager de se concentrer sur les facteurs de niveau méso et individuel, et chercher à renforcer les capacités individuelles.
- Les principes des soins centrés sur la personne (solliciter avec compassion les idées, les préoccupations et les attentes, la continuité des soins et la prise de décision partagée) semblent particulièrement importants dans ce contexte.
- Les interventions et services futurs en matière de multimorbidité qui ciblent les communautés présentant des niveaux élevés de précarité socio-économique devraient :
  - chercher à faire participer les patient.e.s
  - trouver des moyens pour que les patient.e.s soient authentiques
  - responsabiliser, former et utiliser les pairs dans la mesure du possible
  - comprendre l'importance d'un espace sécuritaire comme condition préalable à l'engagement

# Remerciements



**PROGRAMME DE  
MOBILITÉ DE DÉBUT  
DE CARRIÈRE**

- Professeure Frances Mair, Professeur Sara Macdonald, Professeur Jim Lewsey
- Dr David Blane, Dr Carey Lunan et le comité directeur de GPs at the Deep End (médecins généralistes)
- Médecine Générale, soins primaires, Institut de la santé et du bien-être, Université de Glasgow



University  
of Glasgow

**Merci !  
Avez-vous des questions ?**

**[marianne.mccallum@glasgow.ac.uk](mailto:marianne.mccallum@glasgow.ac.uk)**

**Twitter : @mmccallum81**



**CHIEF  
SCIENTIST  
OFFICE**

**#UofGWorldChangers**



**@UofGlasgow**



**Réseau-1 Québec**

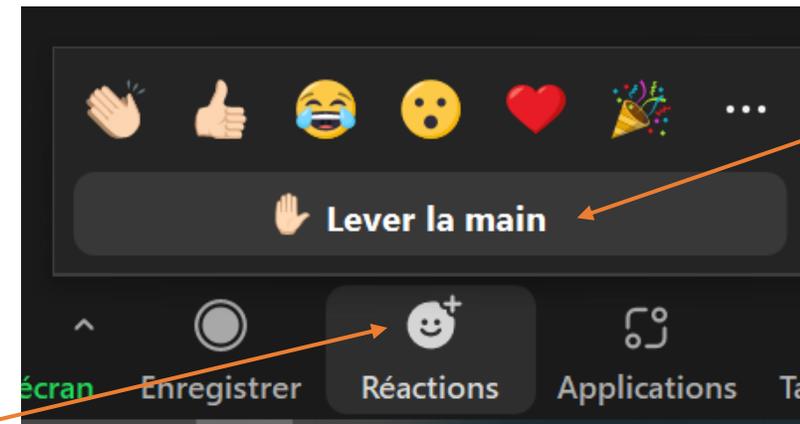
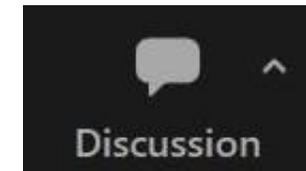
Réseau de connaissances sur les soins primaires



## QUESTIONS ET DISCUSSION

Comment poser des questions :

1. Cliquez sur « Discussion » et posez votre question par écrit ou
2. Cliquez sur « Réactions » et ensuite sur « Lever la main » si vous souhaitez que l'on vous adresse la parole



@reseau1quebec



info@reseau1quebec.ca



reseau1quebec.ca



Réseau-1 Québec