

# Horizon pluriel

numéro 19



## Manières d'agir pour plus d'équité en santé

**EDITORIAL** - p. 1 ■ **DOSSIER** Lutter contre les inégalités de santé : une démarche à décliner suivant les publics et contextes d'intervention - p. 2 ■ L'état des recherches en matière d'inégalités sociales de santé (ISS) : des constats aux recommandations - p. 6 ■ **CONTROVERSE** L'accessibilité aux soins : entre postulats, dispositifs, et réalité - p. 7 ■ **MARQUE-PAGE** - p. 8 ■

EDITORIAL

« Si, en France, un manoeuvre a une probabilité deux fois et demie plus élevée qu'un cadre supérieur de mourir entre 35 et 60 ans, il faut y voir non le résultat de différences naturelles (éventuellement génétiques), ou même comportementales (face au risque), mais bien la traduction dans les corps des inégalités sociales. »

Pierre Aïach, sociologue, directeur de recherche à l'INSERM et Didier Fassin, anthropologue et médecin, directeur d'études à l'école des hautes études en sciences sociales (EHESS)

### LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ : UNE QUESTION AVANT TOUT... SOCIALE !

Les inégalités sociales de santé (ISS) sont le fruit « d'une injustice sociale qui tue à grande échelle », les réduire est un impératif éthique. Tel était le leitmotiv du rapport de l'OMS portant sur les déterminants sociaux en décembre 2008.

Ainsi, au cours des deux dernières décennies, presque partout dans le monde, les inégalités sociales de santé n'ont pas reculé. Dans le meilleur des cas, elles se sont maintenues à un niveau à peu près constant et dans certains pays comme la France, elles se sont aggravées.

Les chercheurs en sciences sociales et les épidémiologistes montrent le lien étroit qui existe entre l'état de santé d'une personne et sa position dans la hiérarchie sociale. En d'autres termes, chaque catégorie sociale présente un niveau de mortalité et de morbidité plus élevé que la classe sociale immédiatement supérieure. Ce phénomène - nommé *gradient social* - montre que les ISS relèvent plus d'un état structurel (la hiérarchie des groupes sociaux) et d'un fait relationnel (les rapports entre ces groupes), que de comportements individuels.

Les ISS posent la question de la justice sociale, car elles ré-interrogent fortement la question de l'organisation de la société, des places qui sont attribuées à chacun avec leur lot d'avantages et de désavantages liés à leur position sociale, économique, de genre, dans la société mais aussi à la reconnaissance sociale due à cette position.

Réduire les ISS ne peut donc être de la seule responsabilité des acteurs de la santé publique et des personnes qui en sont les victimes, elle implique l'ensemble des politiques publiques. Nous pourrions prendre exemple sur nos amis Québécois, qui en 1996, ont adopté une loi sur l'équité salariale devant corriger les écarts de salaire dus à la discrimination liée au sexe dans le but d'améliorer la santé des femmes. En France, la lutte contre les ISS reste cantonnée au domaine sanitaire, sans perspective globale. Ce positionnement permet de développer deux hypothèses volontairement provocatrices : *La France ne dispose pas suffisamment d'études montrant l'impact des déterminants sociaux sur la santé des populations*, ou bien *Elle ne souhaite pas remettre en cause la nature même du système économique et social existant*.

Les ISS en France montrent que l'idéal de société posé autour des termes de liberté, égalité, fraternité auxquels j'ajouterais ceux de solidarité et du vivre-ensemble, est loin d'être atteint. Il est donc nécessaire de s'exprimer sur l'ensemble des questions sociales et politiques qui peuvent avoir des répercussions sur la santé des populations. D'une certaine façon, comme le soulevait Jonathan Mann<sup>1</sup> : « *Croyons-nous que le monde puisse changer ?* »<sup>2</sup> ■

ERIC LE GRAND

SOCIOLOGUE, CONSULTANT EN PROMOTION DE LA SANTÉ

<sup>1</sup> Jonathan Mann (1947-1998) - ancien responsable de l'Organisation mondiale de la santé

<sup>2</sup> « Santé publique : éthique et droits de la personne », *Santé publique*, 1998, vol. 10, N°3, pp 239-250

## Lutter contre les inégalités de santé : une démarche à décliner suivant les publics et contextes d'intervention

Quelle que soit leur mission première vis à vis d'un public, les professionnels peuvent tous à leur niveau contribuer à la réduction des inégalités de santé. Comment, par des actions spécifiques ou par leur pratique de tous les jours, peuvent-ils s'en emparer ? Le présent dossier expose des exemples de stratégies développées suivant les publics et besoins repérés. Vous allez y trouver des actions auprès des populations susceptibles de connaître des inégalités en raison de leur âge, sexe, origine, état de santé, statut professionnel, lieu de résidence,...

### Après 75 ans, le risque de cancer augmente et la vigilance diminue.

#### Passé un certain âge, la vie a-t-elle moins de valeur ?

Les personnes âgées vivent de plus en plus longtemps en bonne santé et tiennent à la qualité de leur vie. Cependant les risques de maladie menacent leur autonomie. Ainsi, le risque de développer un cancer continue d'augmenter après 75 ans et la vigilance n'est pas à la hauteur : le dépistage organisé s'arrête, le diagnostic est plus tardif et nombreux sont ceux, patients ou soignants, pour qui un cancer à cet âge, c'est normal et c'est fatal. Or un cancer évolue et se guérit de la même façon, quel que soit l'âge.

Ce paradoxe de la santé publique commence à être documenté par l'INCa<sup>1</sup>. La Mutualité française Rhône-Alpes (Mfra) a investi ce sujet depuis 2002, à l'initiative d'un médecin de la clinique de St Etienne confronté au diagnostic en urgence de cancers avancés chez des personnes âgées et interpellé par des femmes de 75 ans sur l'arrêt du dépistage organisé. D'autres organismes s'intéressent à la question, notamment les Comités féminins<sup>2</sup> qui voudraient repousser l'âge limite du dépistage organisé.

Après trois ans d'une campagne d'incitation au diagnostic précoce du cancer après 75 ans centrée sur les professionnels de santé (sensibilisation, conférences, formations, etc.), la Mfra et ses partenaires<sup>3</sup> ont produit en 2009 des recommandations sur le diagnostic précoce.

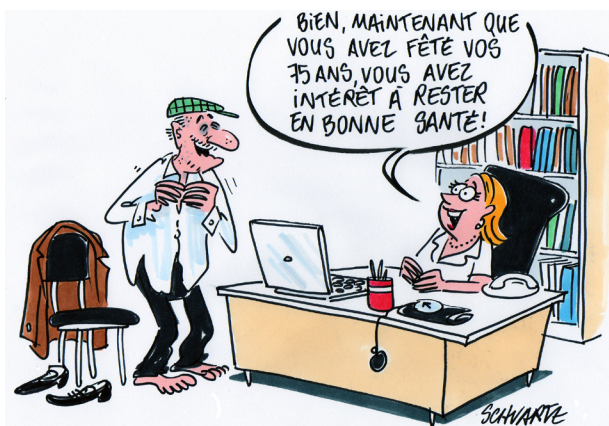
Dix usagers de plus de 70 ans et dix médecins, infirmiers et pharmaciens ont travaillé avec des experts, séparément, au cours de trois soirées. Ils ont présenté leur travail et confronté leurs analyses et leurs préconisations au cours d'une conférence publique qui a réuni une centaine de participants le 26 novembre 2009 à Lyon.

Les objectifs étaient : prendre la mesure de la situation grâce aux exposés d'experts, travailler sur les représentations du cancer et de l'âge, puis réfléchir aux solutions possibles et préconiser un certain nombre de bonnes pratiques destinées aux usagers et aux soignants.

<sup>1</sup> Etat des lieux et perspectives : un premier rapport d'expertise, document téléchargeable sur le site <http://www.e-cancer.fr/les-soins/oncogeriatric/>

<sup>2</sup> Les Comités féminins pour la prévention et le dépistage des cancers

<sup>3</sup> Collectif Interassociatif sur la santé Rhône-Alpes (CissRA), Cancéropôle Lyon Auvergne Rhône-Alpes (CLARA), Union régionale des médecins libéraux (Urml), Ligue contre le cancer, Centre Hygiène de prévention du cancer; avec le soutien de l'Institut national du cancer (INCa) et de la Région Rhône-Alpes



À l'issue de la conférence, un jury d'une quinzaine de personnalités du monde de la santé a repris les débats et produit des recommandations aux usagers et aux soignants, insistant sur :

- la nécessité pour chacun d'être plus vigilant vis-à-vis du cancer après 75 ans
- le bénéfice d'un diagnostic précoce en termes de qualité de la vie
- l'importance d'une formation spécifique des médecins traitants
- la sensibilisation des usagers pour qu'ils préparent mieux leur consultation
- la proposition d'instituer une consultation annuelle de prévention
- la nécessité d'annoncer un cancer d'abord au patient, comme le prévoit la loi
- l'importance de l'évaluation gériatrique pour orienter la prise en charge

Les recommandations ont été remises à l'INCa et vont être reprises par la Mfra et ses partenaires. Elles sont disponibles sur [www.rhone-alpes.mutualite.fr](http://www.rhone-alpes.mutualite.fr) ■

Denis REQUILLART, coordinateur du réseau promotion de la santé, Mutualité Française Rhône-Alpes

### Droit de cité des filles à la MJC<sup>1</sup> Antipode (quartier de Cleunay, Rennes)

L'accès aux revenus, au pouvoir, à l'espace public... doit être soumis à des règles d'égalité. Malgré cela, les différences de traitement entre hommes et femmes perdurent et peuvent être observées tant sur le plan de la vie politique, professionnelle, familiale qu'à l'échelle de la vie d'un quartier. Elles ne sont pas sans conséquences sur la santé des femmes...

En 2004, le constat s'impose aux professionnels de la MJC Antipode : les filles ont déserté la structure. La raison principale est clairement identifiée : seuls les garçons fréquentent les temps d'accueil informel ; la majorité des activités leur sont donc adaptées. La MJC est devenue en quelque sorte leur fief. Ils ne souhaitent pas, voire même, ne tolèrent pas la pré-

sence des filles. Cela se traduit par des propos et des comportements vulgaires à l'égard des seules filles qui osent s'aventurer dans les locaux. Leurs seules parades pour être intégrées sont alors d'adopter des apparences vestimentaires et des comportements très masculinisés.

La MIC est certes un espace de loisirs pour les jeunes mais elle est aussi un formidable espace de socialisation, d'accès à des informations de toutes sortes, y compris dans le domaine de la santé à travers le lien privilégié que les animateurs entretiennent avec ce public. Les jeunes filles du quartier devaient pouvoir bénéficier au même titre que les garçons de tous les services proposés par cette structure.

C'est dans le cadre du PIEPS<sup>2</sup> jeunes coordonné par le CODES que ces constats ont pu être partagés par plusieurs partenaires du site. Le projet « Prendre soin de soi », destiné aux jeunes filles du quartier, a été élaboré avec la MIC, le Relais (service de prévention spécialisé) et le CDAS<sup>3</sup>.

Une dizaine de jeunes filles, mobilisées par ces différents partenaires, se sont impliquées pendant 8 mois dans des ateliers co-animés par l'animatrice de la MIC, une esthéticienne et une éducatrice du Relais. L'infirmière du CDAS est intervenue comme personne ressource lorsque les jeunes filles ont eu envie d'évoquer l'alimentation, le corps, la contraception, les relations garçons/filles ...

<sup>1</sup> Maisons des jeunes et de la culture

<sup>2</sup> PIEPS jeunes (2002/2006) : Programme interinstitutionnel (DDASS, CPAM, CG-35, DRDJS, MSA, Mutualité Française 35, Ville de Rennes, RSI) pour renforcer des dynamiques interpartenariales et développer, chez les jeunes, des compétences et des moyens pour promouvoir leur santé ainsi que celle de la collectivité.

<sup>3</sup> Centre Départemental d'Action Sociale

Les premières séances se sont déroulées tous volets fermés, sous la risée des garçons, puis progressivement l'atelier a acquis toute sa légitimité d'autant que certains garçons invités pour des soins ne se sont pas fait longtemps prier.

L'évaluation de cette action a révélé tous ses enjeux : les filles se sont senties prises en considération dans un environnement favorable. Elles ont découvert des structures ressources (CDAS, Planning Familial ...). Ces ateliers et leur participation à un temps fort sur le quartier ont contribué à les valoriser aux yeux de leurs familles et des garçons du quartier. Les jeunes filles ont en effet invité leurs mères à une séance de soins, occasion privilégiée d'échanger sur la féminité et sur la place de la femme dans notre société. Les garçons, sauf cas isolés, ont mieux « co-habité » avec les filles au sein de la MIC. Les professionnels ont eu le sentiment que cette action les avait renforcés dans leur rôle éducatif auprès des jeunes sans discrimination. Ils se sont révélés être des interlocuteurs privilégiés des préoccupations santé des jeunes. ■

Valérie LEMONNIER, CODES 35, coordinatrice du projet

## La santé des personnes migrantes : un point d'entrée pour leur insertion sociale

**La vulnérabilité de cette population est davantage liée au contexte de migration qu'à un état de santé particulier : les personnes en situation d'exil doivent faire face à l'inattendu dans tous les domaines de la vie quotidienne ; les activités fondamentales de subsistance – s'alimenter, se loger, s'habiller, se soigner...- se révèlent complexes en raison de leur méconnaissance de la langue, des services et des coutumes du pays d'accueil. Leur insertion passe donc par la prise en compte de leur santé, comme pour tout un chacun, et par un soutien social plus global.**

Le centre médico-social Louis Guilloux accueille depuis 4 ans des personnes migrantes arrivant sur le territoire français, au sein d'une consultation médico-sociale. Celle-ci vise à faire le point sur la santé du consultant et à l'orienter à terme dans le système de soins ouvert à l'ensemble de la population.

Les patients sont d'origines variées : essentiellement caucasienne, d'Afrique sub-saharienne voire d'Asie ... et ont souvent un parcours de vie complexe et traumatisant. La prise en charge de ces patients se heurte à des barrières linguistiques et culturelles qu'il convient de prendre en compte.



L'intervention d'un interprète salarié, souvent compatriote, est le premier temps d'une relation de confiance. Le centre médical dispose ainsi d'un groupe d'interprètes pour une quinzaine de langues. La consultation à trois permet le plus souvent d'éviter les malentendus et sécurise le consultant. L'écoute est essentielle, permettant au patient d'exprimer ses difficultés.

L'entretien qui suit sur un mode non intrusif vient compléter les renseignements que le patient aura fournis. Chaque acte peut être expliqué et justifié auprès du consultant grâce à l'interprète qui par sa connaissance de ses us et coutumes permet d'ajuster au mieux la pratique médicale. Pour exemple, une discussion avec un patient diabétique venu de Mongolie a permis d'adapter son régime nutritionnel en fonction de ses pratiques alimentaires coutumières et de son contexte de vie en France.

Quelque soit l'origine d'une consultation médicale, en cas de besoin, le centre peut assurer une coordination plus large impliquant des professionnels non soignants. Ainsi une fillette de 7 ans, albanaise, porteuse d'une malformation de l'arbre urinaire, et sa famille, ont pu bénéficier d'un accompagnement pluri partenarial. Le centre a associé le service de chirurgie infantile (qui a effectué le bilan morphologique de l'enfant), le service de rééducation fonctionnelle (qui a enseigné l'auto-sondage à l'enfant), la médecine scolaire et l'école (l'enfant a pu être scolarisé sur le lieu de résidence de la famille), le CADA qui assure le suivi de la famille.

Selon les résultats de l'évaluation réalisée avec le patient sur ses conditions de vie - alimentation, hygiène, habitat, connaissance du système de soins,...- celui-ci, venu pour une consultation, peut être orienté vers des structures relais. Il y trouvera information et soutien dans ses démarches - auprès de l'avocat, des services d'administration, de l'école,... Il sera accompagné par l'interprète, sorte de fil rouge et repère constant dans son parcours de vie quotidienne, le temps pour la personne d'acquérir progressivement son autonomie et de poursuivre son insertion sociale qui passera notamment par l'accès à des cours de langue française ou d'alphabétisation. ■

Joëlle PLEMEVAUX, directrice du Centre Médical Louis Guilloux  
Dr Didier MICHEL, coordonnateur médical

## Accès à la santé bucco-dentaire des enfants en situation de handicap

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées précise que toute personne en situation de handicap doit avoir accès à la prévention, au dépistage et aux soins. La réalité reste cependant insatisfaisante. Ainsi, 91,3% des enfants accueillis en IME<sup>1</sup> et EEAP<sup>2</sup> avaient en 2006 besoin d'un examen ou d'un soin buccal (Dorin et coll ; 2006).

Les enfants en situation de handicap présentent des pathologies bucco-dentaires semblables à celles des autres enfants, mais également en rapport direct avec leur pathologie générale ou les traitements associés. L'absence de soins et de suivi chez ces patients peut avoir de nombreuses conséquences physiques (locales, générales) et psychosociales allant de la douleur, de difficultés à mastiquer gênant l'alimentation,... aux troubles de l'élocution ou aux conséquences esthétiques impactant les relations sociales.

Leur santé bucco-dentaire pose un problème spécifique qui nécessite une approche préventive et de soins accessible et adaptée, en raison d'une part d'un risque de co-morbidité lié aux troubles systémiques du patient (risque infectieux, traitement médical incompatible avec les produits utilisés par le dentiste...), et d'autre part de limitations techniques à certains actes liées à des difficultés psychomotrices du patient ou à des problèmes cognitifs.

Etre accessible à ces personnes nécessite d'agir à plusieurs niveaux :

- dans le cadre de la formation initiale et continue, sensibiliser les professionnels sanitaires, sociaux et éducatifs à l'importance de la santé bucco-dentaire chez les personnes en situation de handicap, la bouche apparaissant souvent secondaire au vu des problèmes généraux ;
- valoriser un temps d'écoute, d'explication et de prise en charge, impliquant à la fois le personnel soignant et non soignant, nécessaire pour assurer un accompagnement adéquat du patient ;

<sup>1</sup> Institut Médico-Éducatif / <sup>2</sup> Etablissement pour Enfants et Adolescents Polyhandicapés

- au quotidien, adapter les pratiques de soins et de prévention de droit commun à l'accueil des personnes en situation de handicap et de leurs familles.

Les personnes en situation de handicap et leurs proches, comme tout un chacun, revendiquent le droit normal d'accès à la prévention, à la détection précoce des problèmes, à l'interception et aux soins. Pour ces quatre niveaux, la coopération entre la personne, l'entourage, le personnel soignant et non soignant est primordiale. Aujourd'hui, l'existence de réseaux de soins (celui de Bretagne existe depuis 2007) répond en partie à ces exigences, mais un important travail reste à effectuer. Il suppose un engagement des praticiens, de leurs représentants et de l'administration. ■

Sabrina LEMARÉCHAL et Jean-Louis SIXOU,  
Odontologie Pédiatrique, Université de Rennes 1 et CHU de Rennes

### Pour en savoir plus

Dorin M. et coll. Evaluation des besoins en santé bucco-dentaire des enfants et adolescents fréquentant un Institut Médico-Educatif ou un établissement pour enfants et adolescents polyhandicapés en France. *Prat Organ Soins*, 2006 ; 37 : 299-312

Burban J. et coll. Handicap et odontologie en quelques points. *Rev Franc Odont Pédiatr*, 2007 ; 2 : 55-66

Hingant B. et coll. Le Réseau de Soins Dentaires Spécifiques en Bretagne – La lettre en Santé Publique Bucco-dentaire, 2009, 4 : 7-10

Santé bucco-dentaire du handicapé : [http://ancien.odonto.univ-rennes1.fr/old\\_site/handi-plan.htm](http://ancien.odonto.univ-rennes1.fr/old_site/handi-plan.htm)

## La santé de travailleurs en situation de précarité professionnelle : une démarche de promotion de la santé pour aller vers plus d'égalité

L'emploi précaire se révèle être un multiplicateur des inégalités sociales de santé. Les études actuelles montrent une surexposition aux facteurs de risque chez les travailleurs en situation de précarité professionnelle (intérimaires, saisonniers, CDD). Plusieurs raisons sont invoquées : la polyvalence des tâches, la rentabilité dont ces professionnels doivent témoigner ou leur méconnaissance des sites de travail. Par ailleurs, les problématiques de souffrance psychosociale, en lien avec la précarité et la disqualification sociale qui lui est associée, sont fréquentes chez ce public et peuvent freiner son insertion professionnelle dans la durée.

Les acteurs de la santé au travail reconnaissent leur difficulté à atteindre ces travailleurs. Les mesures de prévention des risques professionnels et de suivi de santé au travail, liées en priorité à la notion de poste et d'environnement de travail stables, se révèlent en effet inadéquates pour le public en précarité professionnelle.

Au vu de ces constats, le CODES 35 a mis en place une démarche de promotion de la santé territoriale, avec pour objectif d'enrichir le système de protection de la santé du travail par des initiatives locales adaptées à la réalité des travailleurs précaires.

Associant les acteurs de la santé au travail, de l'insertion professionnelle et des acteurs économiques (employeurs, agences d'intérim) de Vitry Communauté, un dispositif partenarial est en voie d'élaboration.

L'identification des problématiques rencontrées par cette population, (observations des partenaires et enquête auprès du public cible) a permis de définir des pistes de travail.



Le premier axe concerne l'amélioration du partenariat entre la médecine du travail et les agences d'intérim. Une nouvelle organisation des visites des intérimaires est en phase d'expérimentation. Elle prévoit la mise en place d'un suivi systématique du professionnel par le médecin attaché à l'entreprise utilisatrice, ce dernier connaissant bien les risques liés au poste confié et les aptitudes nécessaires.

Le second axe vise l'amélioration de l'accueil de la personne par l'employeur. Différentes entreprises du territoire mutualiseront leurs savoir-faire pour élaborer un guide de « bonnes pratiques », diffusable sur le territoire.

Le troisième axe se fixe pour objectif de renforcer l'accès aux droits, aux soins et à la prévention de ce public, par la mise en place d'actions collectives d'éducation pour la santé et de temps d'information divers.

Aucun de ces trois axes de travail ne se suffit à lui-même. Le bon déroulement du projet tient à une implication durable de l'ensemble des partenaires quelque soit leur niveau d'intervention : professionnel, éducatif ou institutionnel. Gageons que les forces vives mobilisées autour de ce dispositif sauront mener à bien l'ensemble des initiatives engagées. ■

Roselyne JOANNY, CODES 35, coordinatrice du projet

## L'isolement social et géographique des populations : leur prise en compte dans les actions de santé

**L'étude comparative des lieux de résidence des populations révèle des inégalités territoriales de santé à différents échelons, par exemple, entre quartiers au sein d'une agglomération, ou encore entre centres urbains et espaces ruraux. Sur un même territoire, les inégalités de santé se superposent généralement aux inégalités sociales.**

Alertés par les problèmes de santé des habitants, les professionnels et les bénévoles d'un quartier de Saint Briec se sont rassemblés pour améliorer le bien-être des personnes en situation de précarité. Ces dernières ont mis en exergue une condition fondamentale pour atteindre cet objectif : rompre l'isolement social dans lequel elles se trouvaient. C'est ainsi que le projet de santé s'est orienté vers une question d'ordre social : l'accès des personnes les plus en difficulté à des activités collectives au sein de l'espace public.

Ensuite, transposé au sein d'un territoire rural - la communauté de communes de Matignon - le projet de santé s'est appuyé sur cette même problématique de l'isolement social et culturel, préjudiciable aux

démarches de santé de la population. Toutefois, permettre l'accès de tous à la santé a supposé ici de tenir compte d'un facteur défavorable supplémentaire : l'éloignement géographique des services et équipements mis à la disposition de la population. En outre, le choix de s'adresser à l'ensemble des habitants a été le moyen d'éviter le risque de stigmatiser les personnes en difficulté sociale dans un contexte où tous les statuts sociaux se côtoient.

L'action, pilotée par le Codes 22 et la Mutualité Française Bretagne en partenariat avec l'association Familles Rurales a été initiée en 2002 et se poursuit à ce jour. Elle se décline en plusieurs axes dont voici deux illustrations :

### « Créer un espace relais famille accessible à tous »

Le relais accueil familles a ouvert ses portes en octobre 2004. Il accueille tout public et en particulier les familles et les personnes en situation d'exclusion sociale ou d'isolement. Les permanences sont assurées chaque mardi après-midi par des bénévoles de l'Association Familles Rurales, en relation avec l'assistante sociale du secteur.

*« Nous avons remarqué qu'il était difficile pour les personnes isolées de franchir les portes d'un nouveau lieu de leur propre initiative. Nous avons donc proposé des activités manuelles, art floral, jeux de société... toujours accessibles pour que chacun puisse participer. Le fait de pouvoir réaliser un petit quelque chose redonne confiance en soi (...)*

Le relais accueil familles organise également des séances d'échange d'informations sur des sujets de consommation comme par exemple « l'ouverture du marché de l'énergie ». Ces séances participent de l'autonomie des personnes âgées dans la mesure où elles répondent à leur besoin d'être rassurées et informées sur des questions pratiques de la vie quotidienne.

Nous insistons beaucoup sur la convivialité. Parfois quelqu'un vient avec un gâteau qu'il a confectionné, ce qui permet un échange de savoir et de savoir-faire à partir de recettes de cuisine.

*Une dizaine de personnes y viennent très régulièrement. Pour certaines d'entre elles, le mardi est un jour très important. Elles ne prennent aucun autre rendez-vous ce jour-là. »*

Marie Christine SERADIN, Vice-présidente Familles Rurales Hénanbihen

### « Améliorer la coordination entre services à travers la question du transport »

Un autre groupe s'est penché sur l'aide à la mobilité.

*« Après une enquête lancée sur le terrain, avec l'aide de l'association Stéréden de Dinan, nous avons mis en place un parc de mobylettes. Ce sont des cyclos et scooters mis à la disposition des personnes qui n'ont pas de voiture ou sont en attente de permis. Aujourd'hui, notre grande préoccupation est de développer un moyen de transport qui prendrait les personnes à domicile pour les accompagner au marché, chez des spécialistes, à la maison de retraite pour rendre visite ...*

*Très conscients du besoin, nous avons déjà entamé les premières démarches. »*

Madeleine Rebillon, bénévole Familles Rurales Hénanbihen

Lydie GAVARD-VÉTEL, chargée de projets, CODES 22

# L'état des recherches en matière d'inégalités sociales de santé (ISS) : des constats aux recommandations

ZOE HERITAGE, RÉSEAU FRANÇAIS DES VILLES-SANTÉ DE L'OMS ET EHESP

**Pendant longtemps, la France a ignoré la recherche internationale en matière de santé publique et d'ISS<sup>1</sup>. Dans les années 90, peu d'études françaises sont parues sur ce sujet. Certes les inégalités étaient observées ; elles n'étaient cependant associées qu'aux personnes en grande précarité. L'existence d'un gradient social au sein de toute la population restait perçue comme un problème anglo-saxon.**

A partir de la fin des années 90, les chercheurs néerlandais, Kunst et Mackenbach<sup>2</sup>, ainsi que d'autres équipes internationales, ont démontré dans leurs publications que l'écart en termes d'espérance de vie entre les ouvriers et les cadres était plus important en France que dans plusieurs autres pays européens. Même si leur mode de calcul des ISS restait discutable, ces résultats ont rendu plus légitime le travail des chercheurs français en épidémiologie sociale. En 2000, un important ouvrage est paru en français : « *Les inégalités en santé* », signé d'Annette Leclerc et ses collègues<sup>3</sup>, suivi d'autres publications comme celle d'Alain Jourdain<sup>4</sup> en 2003; 2006 a vu l'un des premiers colloques nationaux consacré uniquement aux ISS se tenir à Toulouse.

Au cours de la dernière décennie, nombre d'études ont utilisé les données de la cohorte Gazel. L'Enquête Décennale Santé, l'Echantillon Démographique Permanent de l'INSEE ou l'Enquête Santé Protection Sociale de l'IRDES sont arrivés à la même conclusion : en France, comme dans les autres pays, il existe une forte association entre le niveau social et la mortalité. Cette association existe pour tous les indicateurs de statut fréquemment utilisés - éducation, revenu ou profession - et elle est plus forte pour les hommes que pour les femmes. Par exemple, le tableau ci-dessous démontre qu'à l'âge de 35 ans, un cadre a encore en moyenne 46 ans d'espérance de vie, tandis qu'un ouvrier n'en a que 39. Il y a donc 7 ans de différence. Pour les femmes, cette différence est de 3 ans.

	Cadres	Prof's inter	Agriculteurs	Artisans / commerçants	Employés	Ouvriers	Ensemble
Hommes	46.0	43.0	43.5	43.0	40.0	39.0	41.0
Femmes	50.0	49.5	48.5	49.0	48.5	47.0	48.0

Espérance de vie à 35 ans par sexe et PSC. EDP cohorte <sup>5</sup>

Il est important de noter qu'on observe un gradient social entre toutes les catégories ; il n'y a pas de seuil au-delà duquel la santé ne serait plus associée au statut socio-économique. Il convient également de noter que toutes les catégories mentionnées dans ce tableau bénéficient d'un emploi, d'un logement et d'une insertion sociale.

Les différences de mortalité prématurée (mortalité parmi les personnes de moins de 65 ans) sont encore plus frappantes. Salem et al<sup>6</sup> ont montré en 2001 une mortalité prématurée 3 fois plus importante pour les hommes employés et ouvriers de 25 à 54 ans comparés aux hommes cadres de la même tranche d'âge pour des maladies comme les cardiopathies ischémiques ou les cancers et pour des risques comme les accidents de la route ou le suicide. La santé perçue suit le même gradient<sup>7</sup>.

Comme l'existence des IS (inégalités de santé) entre les catégories sociales, mais aussi entre les territoires, est aujourd'hui indiscutable, il reste à préciser pourquoi ces inégalités continuent d'être aussi importantes malgré un bon accès aux soins pour presque toute la population. Le rôle important des déterminants sociaux est mis en

lumière (logement, activités au quotidien, accès à l'emploi, conditions de travail...), faisant consensus parmi les chercheurs. Par contre, il existe encore un vif débat sur l'impact direct du manque de ressources matérielles et financières sur la santé et/ou la dimension physico-sociale des inégalités. Wilkinson, Kawachi et Marmot<sup>8</sup> soutiennent que dans les sociétés où les inégalités sont marquées, les personnes en bas du gradient souffrent d'un stress permanent. Or, les hormones de stress sont à la longue néfastes pour la santé.

## Après les chiffres, les recommandations pour l'action

Certaines différences dans l'état de santé sont inévitables, par exemple il est évident que les personnes très âgées sont plus exposées aux risques de maladies et de décès que les personnes plus jeunes. Mais, mis à part quelques situations particulières, les *inégalités sociales de santé sont systématiques, socialement construites et donc modifiables et injustes*<sup>9</sup>. Pour cette raison, le titre du livre « *Inégaux face à la santé : du constat à l'action* » par Leclerc, Kaminski et Lang<sup>10</sup>, publié en 2008, semble très pertinent.

Compte tenu des études existantes, quelles sont les actions nécessaires pour réduire les inégalités ? Les idées-forces listées par Leclerc et al soulignent le fait que toutes les étapes de la vie sont concernées, et que les causes sont multiples bien au delà des comportements individuels : accès à l'emploi, politique du logement.... Ils nous rappellent par ailleurs que les dispositifs de prévention, axés uniquement sur le comportement individuel, peuvent pour certains creuser les inégalités.

La Commission OMS sur les déterminants de la santé a proposé trois grands champs d'action : améliorer les conditions de vie au quotidien, revoir la distribution actuelle des revenus et ressources, et continuer à mesurer l'impact des inégalités. Un rapport publié en Angleterre en février 2010, présente 6 propositions<sup>11</sup> :

- donner à chaque enfant, dès le début de sa vie, les meilleures conditions de développement (ex : accès à des services de protection maternelle et infantile, développement de compétences cognitives, linguistiques et sociales) ;
- faire en sorte que toute personne puisse accroître ses compétences et le contrôle sur sa vie ;
- créer de l'emploi pour tous (accès à l'emploi et à la qualité de l'emploi) ;
- assurer à tous des conditions de vie favorables à la santé (revenu minimum) ;
- créer des territoires favorables à la santé (accroître le capital social des personnes, leur accès aux espaces verts et aux modes de déplacement non polluants) ;
- soutenir la prévention.

En France, le Haut Conseil de la Santé Publique a publié en décembre 2009, 16 propositions concernant les ISS à faire figurer dans la nouvelle loi de santé publique<sup>12</sup>. Ces propositions vont du très général - « *Introduire la réduction des ISS au cœur du débat social et du développement durable des territoires* » - au très spécifique - « *Etudier*

*l'impact des différentes discriminations sur la santé* ». La nouvelle loi de santé publique pourra être une étape importante dans la lutte contre les ISS en mettant en avant la nécessité d'une approche intersectorielle. Certains outils commencent à être mis en place, par exemple les CUCS (contrats urbains de cohésion sociale) avec leur volet santé.

Dans le champ de l'éducation pour la santé et de la promotion de la santé, il revient aux porteurs de projets de proposer des actions destinées à réduire les ISS, et aux financeurs de les soutenir... même si ces actions qui nécessitent du temps pour leur mise en place et leur impact, supposent un financement disponible sur une longue période.

Le livre de Leclerc et al<sup>13</sup> se termine sur ce constat : « *Le meilleur moteur pour progresser est une prise de conscience collective que les inégalités de santé existent, qu'elles sont inacceptables et qu'on peut les réduire* ». Il existe d'autres pays (Suède, Japon...) où les ISS sont nettement moins marquées qu'en France. S'ils peuvent y arriver, nous le pouvons aussi. ■

<sup>1</sup> Spira A., Flahault A., 2007. Le paysage français de la recherche et de la formation en santé publique évolue... Rev.Epidemiol.Sante Publique 55, 163-164.

<sup>2</sup> Mackenbach J., 2005. Health Inequalities : Europe in Profile UE

<sup>3</sup> Leclerc A., Fassin D., Grandjean H., Kaminski M., Lang T., 2000. Les inégalités sociales de santé. INSERM / La découverte, Paris, 1-448pp.

<sup>4</sup> Jourdain A., 2003. Le principe d'équité dans les politiques de population des années 90. Editions ENSP, Rennes

<sup>5</sup> Monteil C., Robert-Bobée I., 2005. Les différences sociales de mortalité : en augmentation chez les hommes, stables chez les femmes. INSEE Première 1-4.

<sup>6</sup> Salem G., Rican S. et Jouglu E., 2001. Atlas de la santé en France Vol 1 John Libby

<sup>7</sup> Heritage Z., 2009 Inequalities, social ties and health in France. Public Health 123 e29-e34

<sup>8</sup> Marmot M., 2004. Status Syndrome : How your social standing directly affects your health and life expectancy. Bloomsbury Publishing, London

<sup>9</sup> Whitehead M., Dahlgren G., 2006. Leveling up : a discussion paper on concepts and principles for tackling social inequities in health. World Health Organization, Europe, Copenhagen

<sup>10</sup> Leclerc A., Kaminski M. et Lang T., 2008. Inégaux face à la santé : du constat à l'action. INSERM/La découverte, Paris

<sup>11</sup> Fair Society, Healthy Lives. Strategic Review of Health Inequalities in England, Feb 2010

<sup>12</sup> Haut Conseil de Santé Publique, 2009. Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité

<sup>13</sup> Leclerc A., Kaminski M. et Lang T., 2008. Inégaux face à la santé : du constat à l'action. INSERM/La découverte, Paris

## CONTROVERSE

# L'accessibilité aux soins : entre postulats, dispositifs, et réalité

CHRISTELLE GIULIANI, COORDINATRICE DU SAMU SOCIAL DE JOUR, MUTUALITÉ FRANÇAISE PACA

La question de l'accès aux soins ne se résume pas aux capacités financières et matérielles des personnes, ni, en regard, à l'existence d'une offre de soins.

Les dispositifs tels que la CMU et l'aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire sont souvent méconnus des usagers. Or ils nécessitent que le bénéficiaire en ait la connaissance, soit en capacité de faire valoir ses droits et puisse lui-même constituer un dossier administratif afin de pouvoir en justifier. Un accompagnement dans cette démarche se révèle souvent nécessaire car toute démarche administrative peut se transformer en parcours du combattant lorsqu'il s'agit de produire les documents demandés.

De plus, certains médecins généralistes et spécialistes refusent les usagers bénéficiaires de la CMU. Ces derniers s'orientent donc vers les consultations externes en milieu hospitalier dont les délais d'obtention d'un rendez-vous peuvent aller de 2 à 3 mois suivant les spécialités.

Quel recours possible pour ces personnes ?

En attendant la réponse à cette question, il existe des initiatives telles que celle du Samu Social de jour géré par la Mutualité française auprès des personnes les plus démunies. En 2009, 265 accompagnements vers le réseau sanitaire et social ont été effectués.

Ainsi, l'équipe du Samu Social de jour de la ville de Nice composée d'infirmières, d'assistantes sociales et psychologue va à la rencontre des personnes Sans Domicile Stable. L'objectif principal est de recréer du lien entre les usagers et le réseau sanitaire et social.

Les infirmières de l'équipe mènent des actions de prévention en amont afin d'éviter une consommation de soins dans « l'urgence ». La santé est bien souvent secondaire dans cette population par rapport aux autres besoins fondamentaux. En effet, ses préoccupations s'orientent davantage vers la recherche d'un lieu pour s'alimenter et dormir.

Une simple orientation vers une structure sanitaire ne suffit pas dans la plupart des cas. Un accompagnement physique dans les différentes étapes de l'accès à la santé s'avère souvent utile avant que la personne n'accède réellement aux soins. Tout d'abord, une prise de conscience du problème de santé doit s'opérer par l'intéressé. Or, plus une personne est « mal en point » sur le plan psychologique, moins elle est en capacité de demander de l'aide, de formuler une demande de soins. Les infirmières du Samu Social s'adaptent donc au rythme de la personne afin de l'amener progressivement dans une démarche de soins.

Celle-ci, avec le consentement de l'utilisateur, dans l'objectif de lui « réapprendre à faire ».

*Monsieur T est connu de l'équipe du Samu Social depuis fin 2008 suite à un signalement de son ami. Il est de nationalité hongroise. Il vient de Paris où il a été hospitalisé en psychiatrie. Depuis, il est en rupture de traitement et ne bénéficie d'aucune couverture sociale. Monsieur T ne s'exprime pas bien en français et n'arrive pas à s'orienter à Nice. Dans un premier temps, l'assistante sociale et l'infirmière de l'équipe ont contacté les services sociaux et médicaux de l'hôpital où il avait été hospitalisé afin d'avoir des éléments concernant sa situation. L'assistante sociale l'a aidé à déposer une demande de CMU. Par la suite, le Samu Social a pris contact avec le centre médico psychologique dont il dépend et l'a accompagné à son premier rendez-vous afin de faire le lien avec l'équipe soignante. Les accompagnements ont duré le temps nécessaire afin qu'il soit autonome dans cette démarche. Depuis, il se rend seul à ses consultations, respecte ses rendez vous et récupère son traitement à la pharmacie.*

Il est enfin important d'identifier les solutions possibles en matière d'offres de soins et d'aider l'utilisateur à faire valoir ses droits à la sécurité sociale. C'est ainsi qu'à terme, devenu acteur de sa santé, il parviendra à bénéficier pleinement et librement des services « mis à disposition de tous ». ■

**Comblent le fossé en une génération. Instauration de l'équité en santé en agissant sur les déterminants de la santé. Rapport final de la Commission des déterminants sociaux de la santé.** OMS, 2008.

Ce rapport fournit une analyse des déterminants sociaux de la santé et donne des exemples concrets de types d'actions s'étant révélés efficaces pour améliorer la santé et l'équité en santé dans les pays, quel que soit le niveau de développement socio-économique.

**Comment réduire les inégalités sociales de santé ?** / Moquet M.-J. (dir.). *La Santé de l'homme*, n°397, 09-10/2008, pp. 15-47.

Comment prendre en compte les inégalités sociales de santé dans une action de prévention, d'éducation ou de promotion de la santé ? Dans ce dossier central de 30 pages, une quinzaine d'experts et d'intervenants de terrain dressent l'état des lieux et des pratiques en la matière.

**Réduire les inégalités sociales de santé.** *Education santé*, n°245, mai 2009, 32 p.

Disponible sur [http://www.hainaut.be/sante/osh/medias\\_user/education\\_sante\\_245\\_mai\\_2009.pdf](http://www.hainaut.be/sante/osh/medias_user/education_sante_245_mai_2009.pdf) Consulté le 03/06/10

Une réflexion sur l'impact des inégalités sociales sur la santé des populations, suivie d'une analyse des approches et moyens utiles à mettre en place pour les réduire.

**Santé : pourquoi ne sommes-nous pas égaux ? Comment les inégalités sociales de santé se créent et se perpétuent** / De Koninck M., Pampalon R., Paquet G., [et al.]. Québec : INSPQ, 2008. 78 p.

Disponible sur [http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/794\\_Inegalites\\_sociales\\_sante.pdf](http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/794_Inegalites_sociales_sante.pdf) Consulté le 03/06/10

Si les mécanismes par lesquels le social se transmet au biologique sont mieux connus, en contrepartie les processus sociaux qui interagissent pour créer et laisser perdurer les écarts de santé au sein d'une population demeurent encore à élucider. C'est la raison pour laquelle les auteurs du document ont choisi de réaliser une étude sur la question et d'en présenter ici les résultats.

**Stratégies d'action pour lutter contre les inégalités sociales de santé, Journée de la prévention de l'INPES, 2e session**, Maison de la Mutualité, Paris, 10 et 11 avril 2008

Disponible sur <http://www.inpes.sante.fr/index.asp?page=jp/cr/2008/s2.htm> Consulté le 03/06/10

Cette synthèse de la journée reprend les contenus des interventions et les éléments de débat sur la nature des inégalités sociales de santé, sur les enjeux et les stratégies de l'intervention en vue de les réduire.

**Naître égaux et grandir en santé : un programme intégré de promotion de la santé et de prévention en périnatalité** / Martin C., Boyer G. Québec : Direction générale de la santé publique, 1995 : 213 p.

Naître égaux - Grandir en santé vise à réduire les inégalités et à améliorer la santé et la qualité de vie des nouveau-nés et de leurs parents. Ce programme fait appel à trois stratégies d'intervention : le renforcement du potentiel individuel, le renforcement du milieu et l'influence médiatique ou politique. Enfin, il vise l'ensemble des déterminants de la santé des familles de milieu défavorisé : conditions et habitudes de vie, densité du réseau de soutien, accessibilité des services, etc.

**La réduction des inégalités sociales de santé : une priorité affichée de santé publique**

Une espérance de vie parmi les plus élevées, un système de soins jouissant d'évaluations les plus favorables à l'échelle internationale, ... dans un contexte pourtant fortement marqué par des inégalités sociales de santé : les recherches en santé publique continuent à souligner ce « French paradox ». Elles mettent en lumière le caractère systématique des disparités de santé en France qui trouvent leur origine dans de multiples déterminants structurels, et notamment dans la répartition des pouvoirs, des revenus, des services... et renvoient aujourd'hui aux instances de santé publique la responsabilité d'agir sur ces déterminants.

Ainsi, aux côtés du rapport produit par le Haut Conseil de la santé publique « *Principales recommandations et propositions en vue de la prochaine loi pour une politique de santé publique* » (décembre 2009),

nous trouvons une publication de l'INPES destinée aux représentants de l'Etat en région intitulée « *Agences régionales de santé. Les inégalités sociales de santé* » (août 2009) .

Un dossier conséquent - la révision de la loi de santé publique de 2004 et l'élaboration des schémas régionaux de prévention - est inscrit aujourd'hui dans les agendas politiques. Comment les recommandations de ces deux institutions vont-elles être prises en compte ? Sur quelle politique déboucheront-elles ?

Les deux documents sont accessibles en ligne : [http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20091211\\_rapportmandat1.pdf](http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20091211_rapportmandat1.pdf)  
[www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1251.pdf](http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1251.pdf)

**Horizon Pluriel est une publication de l'IREPS Bretagne**

4 A rue du Bignon, 35000 Rennes, [contact@irepsbretagne.fr](mailto:contact@irepsbretagne.fr)

Cette publication est disponible en ligne : <http://www.irepsbretagne.fr>

**Directeur de la publication :** Jeanine Pommier

**Rédacteur en chef :** Magdalena Sourimant

**Comité de rédaction :** Isabelle Arhant, Christine Ferron, Philippe Lecorps, Marie Prat, Sonia Vergnion

**Conception graphique :** Magdalena Sourimant

**Illustrations :** Loïc Schwartz

**Bienvenue à toutes vos réactions, remarques, commentaires...**

N'hésitez pas à nous faire part de tout ce qui vous a interrogé, rassuré, intrigué, révolté, ... dans ce numéro consacré aux inégalités sociales de santé, en envoyant un message à : [contact@irepsbretagne.fr](mailto:contact@irepsbretagne.fr)