



B3 : SANTE, ACCES AUX SOINS

Inégalités de santé, où en sommes-nous aujourd'hui ?

Dossier documentaire

Présentation du forum

En 2000, l'OMS plaçait le système de santé français au 1er rang mondial, classement maintes fois mis en avant. Pourtant, une analyse plus fine révèle que la France n'arrive qu'en 12ème position en matière de distribution de la santé au sein de sa population. Autrement dit, la France ne fait pas figure de modèle dans la réduction des inégalités de santé. Ces inégalités sont souvent dénoncées, qu'elles soient spatiales (écart d'espérance de vie de 5 ans entre le Nord Pas-de-Calais et Midi- Pyrénées) ou sociales (à 35 ans, un cadre peut espérer vivre jusqu' à 81 ans en moyenne contre 74 ans seulement pour un ouvrier).

Au-delà du constat, ce forum tentera d'apporter des éléments de réponse pour déterminer où nous en sommes aujourd'hui par rapport à ces inégalités....

Présentation du dossier

Ce dossier contient une liste de textes ressources sur cette thématique : ouvrages de référence, articles d'Union Sociale, textes réglementaires, guides, communiqués et positionnements politiques...

Il mentionne également les sources et les liens vers les sites Internet ou les numéros de fiches de notre base d'information. Pour obtenir le commentaire de notre réseau et le document en texte intégral (rubrique Base d'information / Faire une recherche = saisir le n° de fiche).

Remarque : les informations de la base d'information peuvent être réservées aux adhérents de l'Uriopss ou de l'Uniopss.

Dossier établi au 15 octobre 2007 par Violaine Delay, Uriopss Rhône-Alpes.

SOMMAIRE

● Définitions	3
● État de santé de la population	4
● Les inégalités de santé entre les sexes	5
● Les inégalités sociales de santé	5
Comparaison au niveau européen	5
Les déterminants de la santé et leur influence	6
● Les inégalités territoriales de santé	9
● Les inégalités d'accès à la prévention et aux soins	11
L'inégalité face aux campagnes de dépistages et de prévention	12
L'accessibilité de l'offre de soins sur le territoire	12
L'accessibilité financière de l'offre de soins	13
● Les politiques de réductions des inégalités de santé	15
Quelle prise en compte de l'objectif de réduction des inégalités de santé en France ?	15
Quels leviers d'action ?	17

Définitions

● **Dictionnaire de l'organisation sanitaire et médico-sociale** / Annie Le Guével, François Tuffreau Dictionnaire de l'ENSP, 2007, 496 p.

⇒ Extraits :

« Déterminants de la santé :

Les déterminants de la santé désignent les différents facteurs susceptibles d'influencer directement ou indirectement l'état de santé de la population. On distingue habituellement quatre groupes de déterminants, selon une classification proposée au début des années 1970 par les responsables de la santé canadiens :

- la biologie humaine,
- les soins,
- l'environnement,
- les habitudes de vie.

Depuis une trentaine d'années, les travaux épidémiologiques se sont multipliés pour essayer de mieux comprendre l'influence de ces différents déterminants sur la santé. (...) L'impact des facteurs environnementaux est aujourd'hui de mieux en mieux perçu, qu'ils soient physiques (pollution atmosphérique, situation climatique...), liés au niveau de développement (accès à l'eau potable, à l'hygiène) et/ou au niveau de vie et, plus largement, à la position sociale ou aux conditions de travail et d'habitat. Selon certains travaux, la famille, voire la communauté (au sens large), peuvent avoir un effet protecteur sur la santé. Des travaux récents ont aussi montré l'extrême complexité de l'analyse des déterminants, en raison de leur interdépendance (habitudes de vie et milieu social par exemple).(...) »

« Inégalités de santé :

La France connaît une situation jugées relativement favorable au plan sanitaire qui la situe parmi les pays ayant les systèmes de santé les plus performants au monde (OMS, 2000). Mais notre pays se caractérise aussi par le fait que les disparités de santé sont particulièrement marquées, aussi bien sur le plan social que géographique.

De nombreuses études ont montré une forte corrélation entre l'espérance de vie ou la fréquence des incapacités, et la position sociale. En Europe, c'est en France et en Finlande que les inégalités entre groupes sociaux sont les plus importantes. (...)

L'espace national français est également un des plus hétérogène d'Europe tant par ses traits physiques, humains, sociaux que culturels (Haut comité de la santé publique). (...) Ces variations spatiales ne sont pas seulement dues aux disparités de composition sociale, mais traduisent également des comportements spécifiques face à la santé, aussi bien en matière d'habitudes alimentaires, que de conduites à risques ou de recours aux soins. Au-delà des habitudes de vie et du gradient social, l'ensemble de ces observations illustrent la complexité de l'analyse des déterminants de santé.

Dans le cadre de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique (article 2), un rapport établi par le Haut conseil de la santé publique dresse, tous les 5 ans, un état des inégalités socioprofessionnelles et des disparités géographiques relatives aux problèmes de santé. La réduction des inégalités de santé fait partie intégrante, selon la loi, de la politique de santé publique. »

« Promotion de la santé :

La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci. (...) (Charte d'Ottawa)

La politique de promotion de la santé qui permet aux personnes de faire des choix pertinents pour leur propre santé concerne les divers secteurs de l'action publique qui doivent prendre toutes les mesures – fiscales, législatives... - pour créer les conditions favorables au développement de l'individu. (...) »

État de santé de la population

● **L'état de santé en France en 2003. Santé perçue, morbidité déclarée et recours aux soins à travers l'enquête décennale santé** / Jean-Louis Lanoë - Inserm, Yara Makdessi-Raynaud - DREES, revue Études et résultats n°436, DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques) - Ministère de la Santé et des solidarités, octobre 2005, 12 p.

⇒ Document disponible en ligne sur le site ministère (rubrique Études, recherches et statistiques) : <http://www.sante.gouv.fr>

⇒ Commentaire :

Un panorama de l'état de santé des adultes résidant en France, fondé sur une batterie d'indicateurs de santé définis par la Commission européenne, est ici dressé à partir des données de la dernière enquête décennale santé de l'Insee réalisée en 2003.

Environ les trois quarts des personnes enquêtées perçoivent leur état de santé comme bon ou très bon, mais près des deux tiers déclarent un problème de santé de gravité variable. 47 % déclarent ainsi une maladie chronique et 31 % une autre maladie.

● **Atlas de la santé en France : Tome 1 : Les Causes de décès** / Gérard Salem, Éditions John Libbey Eurotext, 2000, 310 p.

⇒ Commentaire :

Ce premier tome, de l'Atlas de la Santé en France, est consacré à la mortalité et aux causes de décès. Il est composé de trois grandes sections : l'analyse de la mortalité en France, l'analyse par causes de décès, et l'analyse plus fine par situation régionale.

● **Atlas de la santé en France. Tome 2 : maladie et comportements** / S. Rican, Gérard Salem, Éditions John Libbey Eurotext, 2006.

⇒ Commentaire :

Ce second volume est consacré à l'analyse de l'état de santé de la population générale, à partir des indicateurs de santé en population et non des seules données d'activité du système de soins, ce qui représente l'originalité majeure de ce travail. La base de données constituée pour cette étude des comportements et maladies dans leurs spécificités géographiques porte sur 14 221 182 individus et 5 632 variables. Quatre grandes parties composent cet ouvrage : Risques et comportements, qui regroupe les indicateurs disponibles sur les déterminants sociaux, les facteurs comportementaux à risques (alcool, tabac, produits psycho-actifs illicites), la sexualité (âge au premier rapport sexuel, protection et contraception), et ceux qui touchent à la sécurité routière ; Autour de la naissance, qui traite les informations concernant les caractères socio-démographiques des mères, l'accouchement, l'enfant, ainsi qu'une étude sur l'allaitement ; Nutrition publique, qui analyse les grands indicateurs d'états nutritionnels (taille, indice de masse corporelle, rapports tour de taille/ tour de hanches) et les habitudes alimentaires ; Morbidité, qui aborde les maladies infectieuses, notamment le sida, les cancers, les maladies cardiovasculaires, des pathologies plus rares mais invalidantes, l'asthme, les problèmes sensoriels et, enfin, la santé bucco-dentaire. Cet Atlas rassemble des informations inédites qui offrent de nouvelles pistes en matière de santé publique.

Les inégalités de santé entre les sexes

● **Les inégalités sociales de mortalité : en augmentation chez les hommes, stables chez les femmes** / Christian Monteil, Isabelle Robert-Bobée, revue Insee première n°1025, INSEE, juin 2005, 4 p.

⇒ Document disponible sur le site de l'INSEE : <http://www.insee.fr>

⇒ Extrait :

« Les écarts d'espérance de vie entre catégories socioprofessionnelles se sont accrus chez les hommes alors qu'ils restaient stables chez les femmes. Les hommes inactifs non retraités, dont la situation est souvent liée à des problèmes de santé, n'ont que peu profité de l'allongement de la durée de vie. (...)

Les disparités selon le sexe l'emportent largement sur les écarts entre catégories sociales. Les ouvrières, qui ont l'espérance de vie la plus courte parmi les femmes actives, vivent ainsi plus longtemps que les hommes cadres, qui ont l'espérance de vie la plus longue chez les hommes : dans les conditions de mortalité des années quatre-vingt-dix, l'espérance de vie à 35 ans est de 47 ans pour les premières, contre 46 ans pour les seconds [...] »

Les inégalités sociales de santé

● **Chapitre 2 du Rapport 2005-2006 de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale** / La Documentation Française, Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale, 2006, pages 96-102.

⇒ Rapport disponible sur le site de la documentation française (rubrique Rapports publics) : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr>

⇒ Extrait :

« Malgré les effets significatifs de la couverture maladie universelle, des difficultés persistantes de ménages pauvres en matière de santé. (...) Les inégalités d'espérance de vie par catégorie socioprofessionnelles et par niveau de revenu ont tendance à se creuser. »

COMPARAISON AU NIVEAU EUROPEEN

● **Ampleur, tendance et causes des inégalités sociales de santé et de mortalité en Europe : une revue des études comparatives** / Emmanuelle Cambois (INED - Institut national des études démographiques), Florence Jusot (IRDES), Revue BEH (Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire) n°02-03, InVS (Institut de Veille Sanitaire), 23 janvier 2007, pages 10-14.

⇒ Document disponible sur le site de : <http://www.invs.sante.fr>

⇒ Extrait :

La France, comme les autres pays européens, affiche de larges inégalités sociales face à la mort et en matière de santé. Les plus instruits, les catégories de professions les plus qualifiées et les ménages les plus aisés bénéficient d'une espérance de vie plus longue et se trouvent en meilleure santé. Les conclusions convergentes d'une étude à l'autre dans les pays de l'Union et les tâtonnements pour mesurer, comprendre et réduire les disparités sociales ont porté les préoccupations et questionnements dans ce domaine du niveau national au niveau européen. Les études européennes visent à limiter les problèmes de comparaison liés aux sources et données, facilitant alors l'interprétation des différences entre

pays. Ce panorama des études comparatives européennes sur les inégalités sociales de santé et de mortalité montre que dans l'ensemble des pays européens, les mêmes maladies contribuent aux inégalités face au risque de décès (maladies cardio-vasculaires, cancers et maladies du système digestif et du système respiratoire) ou face au risque de mauvaise santé (maladies cardio-vasculaires, du système nerveux, arthrose, diabète). On retrouve également des différences sociales face à l'incapacité et à la mauvaise santé perçue partout en Europe. Différents facteurs de risque et déterminants de ces inégalités sociales sont communs aux pays européens mais peuvent être plus ou moins prégnants, expliquant certaines variations régionales dans l'ampleur des différentiels à travers l'Union européenne. Par ailleurs, les études comparatives montrent un impact de l'accès et du recours aux soins ou encore des politiques de santé sur les inégalités sociales de santé. Ces travaux participent à l'accumulation des connaissances pouvant conduire dans les années à venir à une modification des politiques sanitaires et sociales visant à réduire ces inégalités.

LES DETERMINANTS DE LA SANTE ET LEUR INFLUENCE

● **Être ou ne pas être en bonne santé : biologie et déterminants sociaux de la maladie** / Robert G. Evans, Morris L. Barer, Theodore R. Marmor, Éditions John Libbey Eurotext, 1996, 359 p.

⇒ Extrait :

« Pourquoi certains sont-ils en bonne santé alors que d'autres ne le sont pas ? Cette question, qui peut paraître saugrenue, retient depuis plusieurs années l'attention d'un grand nombre de chercheurs issus de disciplines différentes (épidémiologie, recherche biomédicale, psychologie, anthropologie, sociologie et économie). L'extraordinaire intérêt de cet essai tient précisément dans la juxtaposition et le rapprochement des travaux menés à ce jour sur le sujet dans ces diverses disciplines, et dont les résultats conduisent à une profonde remise en question des conceptions habituelles de la santé et des soins médicaux. La lecture de ce livre amènera les décideurs à concevoir les politiques de santé de façon radicalement différente. »

● **Inégalités des chances en santé : influence de la profession et de l'état de santé des parents** / revue Questions d'économie de la santé n° 118, IRDES (Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé), février 2007, 6 p.

⇒ Document disponible sur le site de l'IRDES : <http://www.irdes.fr>

⇒ Extrait :

« Les résultats suggèrent que si l'état de santé à l'âge adulte est directement influencé par la profession de la mère, la profession du père a une influence indirecte passant par la détermination du statut socio-économique de l'enfant. Sans annuler l'influence du milieu social, l'état de santé des deux parents a, quant à lui, un effet direct sur la santé de l'enfant à l'âge adulte. Enfin, le rôle de l'éducation n'est pas à négliger puisque le niveau d'études permet d'atténuer nettement les inégalités sociales de santé à l'âge adulte. »

● **Des indicateurs de santé moins favorables pour les habitants des zones urbaines sensibles** / revue Questions d'économie de la santé n° 117, IRDES (Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé), janvier 2007, 6 p.

⇒ Document disponible sur le site de l'IRDES : <http://www.irdes.fr>

⇒ Commentaire :

Les analyses, toutes choses égales par ailleurs, confirment que le fait de vivre en ZUS augmente la probabilité de se déclarer en mauvaise santé. Encroisant le fait de vivre en ZUS avec le statut d'occupation des logements, la situation apparaît plus défavorable pour les locataires et plus particulièrement pour ceux qui résident dans un logement social.

Les déterminants de l'état de santé (l'âge, le sexe, la catégorie socioprofessionnelle, le niveau d'études...) sont globalement identiques pour les habitants des ZUS et ceux vivant hors ZUS mais leur impact semble renforcé en ZUS.

● **Santé et expériences de soins : de l'individu à l'environnement social** / Sous la direction de Pierre Chauvin et Isabelle Parizot, Éditions Inserm-Vuibert, 2005, 304 p.

⇒ Présentation :

Cet ouvrage rend compte des contributions et réflexions issues des séminaires pluridisciplinaires "Santé, inégalités et ruptures sociales", coordonnés par l'équipe de recherche sur les déterminants sociaux de la santé et du recours aux soins de l'Inserm. [...] La 1^{ère} partie du livre se concentre sur différentes situations de soins, par exemple des personnes âgées ou des personnes handicapées, ou encore en fin de vie ou en prison. [...] La seconde partie tente de progresser dans la connaissance des déterminants contextuels de la santé, en présentant des réflexions méthodologiques et des analyses sur l'influence du contexte social quant aux situations de santé et de recours aux soins."

● **Santé, Inégalités et Ruptures Sociales : enquêtes sur la santé et le recours aux soins dans les ZUS franciliennes** / Pierre Chauvin, septembre 2004, 22 p. - Fiche n°33225.

⇒ Commentaire :

Intervention de Pierre Chauvin, épidémiologiste à l'Inserm lors de la journée régionale de l'Uniopss Ile de France du 28 septembre 2004.

● **Santé inégalités et ruptures sociale. Enquête sur la santé et le recours aux soins dans les quartiers de la politique de la ville du 20^{ème} arrondissement de Paris - Rapport pour la mission ville de la Préfecture de Paris** / Isabelle Parizot, Sylvain Pechoux, Fabienne Bazin, Pierre Chauvin, INSERM, septembre 2004, 202 p.

⇒ Document disponible en ligne sur le site SIRS (Santé Inégalités et Ruptures sociales) de l'Inserm : <http://www.b3e.jussieu.fr/sirs>

⇒ Extrait :

« L'objectif de cette enquête est d'évaluer les besoins de santé et les recours aux soins des habitants de quartiers relevant de la politique de la ville dans le 20^{ème} arrondissement de Paris. Il s'agissait notamment d'étudier les relations entre la santé et le bien-être, les inégalités et les ruptures sociales des individus. »

● **Vulnérabilités sociales, santé et recours aux soins dans les quartiers défavorisés franciliens** / Pierre Chauvin, Isabelle Parizot, Éditions de la DIV (Délégation Interministérielle à la Ville) (coll. Études et Recherches), 2007, sous presse.

● **Inégalité sociale des enfants face au surpoids en Alsace : données de la visite médicale d'admission en école élémentaire, France 2001-2002** / Dominique Fernandez (Observatoire régional de la santé d'Alsace), Hervé Polesi (ORS Alsace), Brigitte Schweitzer (Académie de Strasbourg), Liliane Danièle (Académie de Strasbourg), Nicole Schauder (ORS Alsace), Monique Seiller (Académie de Strasbourg), Jeanne Kochanowski (Académie de Strasbourg), Frédéric Imbert (ORS Alsace), Revue BEH (Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire) n°02-03, InVS (Institut de Veille Sanitaire), 23 janvier 2007, pages 20-23.

⇒ Document disponible sur le site de l'Invs : <http://www.invs.sante.fr>

⇒ Commentaire :

« 460 élèves ont été vus. La prévalence du surpoids (incluant l'obésité) est de 15,1 % [13,8 % ; 16,5 %], elle est de 19,7 % pour les enfants d'ouvriers, 11,2 % pour les enfants de cadres, et 14,9 % pour les autres ($p < 0,001$). Cette différence reste significative après ajustement sur les autres facteurs de risque : avoir des parents ouvriers est associé à un Odds Ratio ajusté de 1,65 ($p = 0,001$) la catégorie de référence étant les parents cadres. On retrouve un gradient social du surpoids (incluant l'obésité) chez les enfants de six ans en Alsace, ce gradient ne se réduit pas à des différences de comportements individuels. Réduire les inégalités sociales de surpoids passe donc par une démarche globale de promotion de la santé. »

● **Mesurer l'impact des déterminants non médicaux des inégalités sociales de santé - Rapport** / Michel Grignon, Agnès Couffinal, Paul Dourgnon, Florence Jusot, Florence Naudin, IRDES (Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé), juin 2004, 86 p.

⇒ Contexte : Rapport de recherche réalisé dans le cadre du Programme Sciences biomédicales, santé et société CNRS (SHS-SDV) – INSERM – MIRE-DREES / Thème 3 : Déterminants sociaux de la santé.

⇒ Extrait :

« (...) Cette littérature montre l'insuffisance des explications "classiques" des inégalités sociales de santé. Ainsi, les conditions de vie présentes, telles que la pauvreté, les conditions de logement, et de travail, ou passées, telles que la nutrition dans l'enfance ou le suivi périnatal, les modes de vie, tels la consommation d'alcool et de tabac, le manque d'hygiène alimentaire et la sédentarité, les recours aux soins ou l'influence de l'état de santé sur le statut socioéconomique (appelé effet de sélection) ne permettent pas de rendre compte de l'ampleur des inégalités d'état de santé entre milieux sociaux, et de leur variations dans le temps ou l'espace. Une littérature plus récente, surtout américaine, britannique et scandinave, propose par ailleurs des modèles explicatifs originaux des inégalités sociales d'état de santé, parfois qualifiés de collectifs, car mettant en avant l'environnement social de l'individu. On recense trois grands types de facteurs collectifs influant sur l'état de santé et pouvant constituer une explication aux inégalités sociales de santé, dans la mesure où l'importance de ces facteurs varie selon le milieu social :

- le soutien social apporté par le réseau de relations dont dispose l'individu ;
- le capital social, c'est-à-dire le degré d'équipement et de cohésion de l'environnement social dans lequel évolue l'individu ;
- la position hiérarchique ressentie au sein de son groupe de pairs. »

● **Dénouer les facteurs individuels et environnementaux influençant la consommation d'alcool** / Basile Chaix, revue Actualités Alcool n°14, INPES (Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé), juillet/août 2003, p. 9.

⇒ Document disponible sur le site de l'Inpes : www.inpes.sante.fr

⇒ Commentaire :

Basile Chaix nous présente un exemple représentatif de l'analyse multi niveau.

L'utilisation des modèles multi niveaux s'avère particulièrement appropriée lorsque les facteurs explicatifs d'un phénomène peuvent être trouvés à différents niveaux, comme c'est notamment le cas pour la consommation d'alcool.

● **Effets cumulatifs à long terme de l'accès aux soins et du revenu sur les inégalités de santé** / Florence Jusot, Pierre-Emmanuel Couralet, Pascale Lengagne - Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (Irdes), revue La lettre de la MiRe (Mission de la Recherche) n°9, DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques), Ministère de la Santé et des solidarités, avril 2006, pages 6-8.

⇒ Document disponible en ligne sur le site ministère (rubrique Études, recherches et statistiques) : <http://www.sante.gouv.fr>

⇒ Commentaire du réseau Uniopss-Uriopss

Cette recherche s'intéresse à la formation des inégalités de santé, c'est-à-dire à la formation des différences systématiques et régulières d'état de santé constatées entre des individus de situations sociales différentes. Elle propose de tester l'existence de deux mécanismes cumulatifs de long terme expliquant que des individus de positions sociales initiales faiblement différentes finissent par avoir des états de santé très divergents. Le premier mécanisme est un mécanisme de report de soins, selon lequel un moindre recours aux soins des jeunes à faible revenu entraînerait une dégradation de l'état de santé et un recours aux soins ultérieur plus élevé ; le second, pouvant conduire à un piège de pauvreté lié à la maladie, est un mécanisme économique de renforcement réciproque, selon lequel une différence de revenu peut entraîner une différence d'état de santé, qui elle-même accentue la différence de productivité et donc de revenu.

● **L'enquête santé protection sociale 2004, un outil d'analyse pluridisciplinaire de l'accès aux soins, de la couverture maladie et de l'état de santé des Français** / Caroline Allonier, Paul Dourgnon, Thierry Rochereau, revue Questions d'économie de la santé n°105, IRDES (Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé), janvier 2006, 4 p.

⇒ Document disponible sur le site de l'IRDES : <http://www.irdes.fr>

⇒ Extrait :

« La vulnérabilité sociale, c'est-à-dire le fait d'avoir vécu des épisodes de pauvreté et d'isolement apparaît jouer de façon propre sur l'état de santé et l'accès aux soins, en plus des effets déjà documentés du statut économique et social (éducation, occupation, revenu...) (...)

Le capital social est un concept utilisé en sociologie dont la définition la plus courante, au niveau individuel, est la capacité d'un individu à disposer et faire usage d'un réseau social et à s'engager dans des activités collectives. (...) »

● **Les personnes en situation sociale difficile et leur santé** / Emmanuelle CAMBOIS, article issu de l'ouvrage « Les travaux de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale 2003-2004 », La Documentation Française, pages 101-120.

⇒ Commentaire :

La précarité sociale résulte de parcours de vie faits de ruptures sociales, professionnelles ou affectives et recouvre des histoires et des difficultés diverses. Ces ruptures et conditions de vie passées et présentes induisent ou révèlent des problèmes de santé, parfois aussi elles en découlent. Elles rendent moins à même les personnes de repérer et de soigner ces problèmes de santé, qui s'aggravent et se cumulent. Entre consultations tardives et renoncements, ce type de recours aux soins limite aussi les chances de guérison et de récupération. Ces personnes cumulent les difficultés sociales, problèmes de santé et de soins, et on perçoit à quel point les parcours de vie défavorables et les processus mènent à une mauvaise santé sont intriqués depuis l'enfance. La diversité des déterminants en cause souligne la nécessité d'une réponse plurielle au problème « précarité-santé » et le besoin de prendre en compte de manière globale les contextes sociaux susceptibles de limiter l'efficacité des filières et soins courants.

Les inégalités territoriales de santé

● **Inégalités cantonales de santé en France** / FNORS (Fédération des observatoires régionaux de santé), mai 2004, 139 p. - Fiche n°35 723.

⇒ Document disponible sur le site de la Fnors : <http://www.fnors.org>

⇒ Commentaire du réseau Uniopss-Uriopss :

Cette étude vise à établir une typologie des cantons en matière de santé en France métropolitaine à partir de 35 indicateurs de santé à l'échelon cantonal : indicateurs socio-démographiques, d'offre de soins et de mortalité.

Réalisée sous l'égide de la Fnors par un groupe de 5 ORS (Bourgogne, Centre, Île-de-France, Nord-Pas-de-Calais, Picardie), elle a été financée par la Direction générale de la Santé (DGS). Cette étude a permis de mettre en évidence 8 classes regroupant des cantons aux profils socio-sanitaires similaires.

● **Disparités régionales de santé, À partir des indicateurs associés à la loi relative à la politique de santé publique** / DREES, octobre 2006, 45 p.

⇒ Document disponible en ligne à l'adresse suivante :

<http://www.sante.gouv.fr/drees/disparites/disparites.htm>

⇒ Résumé / 3^{ème} de couverture de l'ouvrage :

« Cet ouvrage est une déclinaison régionale du rapport « L'état de santé de la population en France en 2006 ». Ce dernier constitue un premier bilan des objectifs définis dans la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004. [...] Cette analyse des disparités régionales de santé, réalisée à l'occasion des états généraux de la prévention (16-17 octobre 2006), a pour vocation d'alimenter la réflexion des acteurs nationaux et régionaux, permettant ainsi de mieux prendre en compte les diversités régionales.

Partant des 100 objectifs devant orienter la politique de santé publique d'ici 2008, la DREES a listé les indicateurs pertinents et disponibles au niveau régional. Deux grands groupes d'indicateurs ont été distingués : des indicateurs généraux et des indicateurs spécifiques, regroupés par grands types de pathologie ou champs d'intervention (tabac, alcool, nutrition, diabète, maladies cardiovasculaires, tuberculose - sida, couverture vaccinale, cancer du sein, santé - environnement, interruptions volontaires de grossesse, violences et traumatismes, personnes âgées). Pour chaque thème, une fiche de synthèse présente les indicateurs disponibles et propose une analyse descriptive des disparités régionales observées. Ces synthèses sont accompagnées de 73 cartes. »

● **Inégalités socio-spatiales de mortalité en France** / Stéphane Rican - Laboratoire Espace santé et territoire Université Paris X-Nanterre, Eric Jouglu - CépiDc-Inserm, Gérard Salem - Laboratoire Espace santé et territoire, Revue BEH (Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire) n°30-31, InVS (Institut de Veille Sanitaire), 08 juillet 2003, pages 142-145.

⇒ Document disponible sur le site de : <http://www.invs.sante.fr>

⇒ Extrait de l'article :

« Les disparités spatiales de mortalité prématurée sont importantes.

Analysés à l'échelle des zones d'emploi, les taux comparatifs de mortalité varient dans un rapport de 1 à 2,5 entre les zones de plus faible mortalité et les zones de plus forte mortalité. On note trois grands ensembles de nette surmortalité : la Bretagne et son prolongement sur la façade atlantique ; un ensemble nord composé du Nord-Pas-de-Calais et de la Picardie ; une diagonale centrale allant de la Champagne-Ardenne à l'Auvergne. A l'inverse, le centre-ouest, le sud-ouest et le sillon rhodanien sont caractérisés par de faibles taux de mortalité. (...)

L'analyse des disparités socio-spatiales de mortalité prématurée permet de mieux comprendre les disparités géographiques de santé. Elle donne la possibilité d'identifier des situations sociosanitaires spécifiques dans certains ensembles régionaux et confirme l'importance du fait régional en France.

Cette composante régionale n'est cependant pas à entendre au sens administratif du terme mais bien au sens des régions historiques et culturelles. Par les disparités intra et interrégionales qu'elle permet de mettre en évidence, cette étude confirme les limites des études ne portant que sur un découpage administratif du territoire.

Le « fait régional » en France traduit des comportements spécifiques face à la santé, tant en termes de comportements à risque, d'habitudes nutritionnelles que de recours aux soins, soit autant de déterminants environnementaux et culturels qui vont bien au-delà des seules disparités sociales et qu'il faut pouvoir analyser. Une analyse dynamique des disparités socio-spatiales, en cours de réalisation, permettra de mieux comprendre ces déterminants. »

● **Les inégalités de risque de décès selon les pays en Bretagne – Cartographie / ORS Bretagne.**

⇒ Site de l'ORS Bretagne : <http://www.orsb.asso.fr>

⇒ Extrait :

« Cette étude fait partie d'un programme d'observation des inégalités de santé à l'intérieur de la région Bretagne. C'est une analyse cartographique des disparités des risques de décès dans la population bretonne selon le pays de domicile.

A retenir : la Bretagne présente des inégalités Ouest-Est de risques de décès. La plus forte mortalité, toutes causes, observée dans les pays de l'Ouest de la région et dans une diagonale allant de la Bretagne centrale jusqu'au pays de Redon, est la conjonction de plusieurs effets : surmortalité par cancers, surmortalité par maladies de l'appareil circulatoire. L'Est de la région, et en particulier le pays de Rennes, présentent systématiquement des situations plus favorables. »

● **Évolutions des disparités géographiques de mortalité sur 25 ans en Rhône-Alpes / revue Actualité et dossier en santé publique (AdSP) n°59, Haut Conseil de la santé publique, juin 2007, page 65.**

⇒ Extrait :

« Les disparités géographiques de santé ne se sont pas réduites en Rhône Alpes depuis 25 ans. Elles se sont parfois accrues, notamment pour les femmes. Ces résultats doivent être complétés par une étude corrélant les indicateurs de mortalités aux données sociales. (...) De nombreux facteurs semblent être à l'origine de ces inégalités géographiques de santé dont, en premier lieu, les facteurs socio-économiques. (...) La région Rhône Alpes, région riche mais très diversifiée sur le plan socio-économique, présente une situation sanitaire globalement favorable par rapport à la moyenne française mais, du fait de sa taille et de sa grande diversité, elle est particulièrement concernée par les disparités de santé. »

Les inégalités d'accès à la prévention et aux soins

● **Influence du contexte de résidence sur les comportements de recours aux soins. L'apport des méthodes d'analyse multi niveau et spatiale / Basile Chaix, Pierre Chauvin, revue Questions d'économie de la santé n°104, décembre 2005, 6 p.**

⇒ Document disponible sur le site de l'IRDES : <http://www.irdes.fr>

⇒ Commentaire :

L'étude des inégalités géographiques de recours aux soins utilise souvent des données agrégées au niveau des zones de résidence. Ces analyses sont incapables d'évaluer si les disparités géographiques d'utilisation des soins sont dues aux seules caractéristiques des individus, qui varient d'un endroit à l'autre, ou si les caractéristiques du contexte de résidence (densité médicale, environnement socio-économique, etc.) exercent un effet propre.

La présente analyse, réalisée à l'aide de méthodes multi niveaux et spatiales, permet de dépasser cette limite. Elle s'intéresse à deux comportements de recours aux soins : avoir ou non un médecin généraliste habituel et consulter des spécialistes plutôt que des généralistes. Elle met en évidence des variations de comportements de recours aux soins sur le territoire métropolitain. Elle montre qu'au-delà des caractéristiques socio-économiques des individus,

les deux comportements de recours étudiés sont associés au niveau socio-économique du contexte de résidence, un niveau socio-économique élevé réduisant les chances d'avoir un médecin généraliste habituel et accroissant les recours aux spécialistes. La propension à recourir à des spécialistes est également liée aux densités médicales.

● **L'accès de tous à la prévention et à des soins de qualité : une ambition portée par l'Uniopss / Union Sociale n°205, Uniopss, mars 2007, pages 20-22.**

⇒ Extrait :

« L'égalité des chances doit aussi être envisagée dans sa dimension territoriale. L'accès à l'offre de prévention et de soins doit être assuré sur tout le territoire. Comme les professionnels de santé sont inégalement répartis, la question de la liberté d'installation se pose. L'Uniopss est favorable aux incitations définies de manière concertée avec les professionnels et souhaite une évaluation de leurs effets. Si elles s'avéraient insuffisantes, il faudra prévoir un encadrement plus strict, pour que des territoires ne soient pas délaissés et des besoins non couverts. Une vigilance particulière doit être exercée face au risque d'une sélection accrue des populations, en fonction de leurs ressources et de leur état de santé. En cause, le développement des secteurs de la médecine ambulatoire à honoraires libres (le secteur 2) et la tarification à l'activité à l'hôpital, qui incite à ne prendre en charge que les séjours les plus "rentables". »

⇒ Voir également : « L'accès de tous à la prévention et aux soins, rapport de l'Uniopss », document disponible sur la base d'information du réseau Uniopss-Uriopss, fiche n°39107.

L'INEGALITE SOCIALE FACE AUX CAMPAGNES DE DEPISTAGES ET DE PREVENTION

● **Influence des facteurs socio-économiques sur le recours au dépistage du cancer chez les femmes du Nord-Pas-de-Calais : résultats de l'enquête décennale Santé France - 2002** / Hélène Prouvost, Gilles Poirier, ORS Nord-Pas-de-Calais, Revue BEH (Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire) n°02-03, In VS (Institut de Veille Sanitaire), 23 janvier 2007, pages 17-20.

⇒ Document disponible sur le site de : <http://www.invs.sante.fr>

⇒ Extrait : « *Même si elles ne sont pas les seules inégalités en matière de cancer (inégalité d'incidence, de survie), les inégalités de participation au dépistage peuvent contribuer à la surmortalité observée dans la région et les campagnes de dépistage organisé doivent s'efforcer de les prendre en compte, par exemple par des actions d'information ciblées vers les femmes au statut socio-économique bas, afin d'en limiter l'impact.* »

L'ACCESSIBILITE DE L'OFFRE DE SOINS SUR LE TERRITOIRE

● **Les inégalités territoriales d'accès aux soins dans la perspective des SROS de 3^{ème} génération** / Philippe Lardé – CNRS, Yves Paix – IAE de Lille, Actes du colloque intitulé 'approches économiques des inégalités de santé' Paris 17-18 juin 2004 à l'École des Mines, CREDES (devenu l'IRDES), 2004, 25 p.

⇒ Document disponible sur le site de l'IRDES (rubrique Espace Recherche / actes de colloques) : <http://www.irdes.fr>

⇒ Commentaire :

Cette communication a été présentée à l'occasion des 27^{èmes} Journées des Économistes Français de la Santé qui se sont déroulées à Paris en juin 2004 sur le thème des inégalités de santé : approches économiques.

A partir d'une analyse des disparités régionales de l'offre médicale et des situations sanitaires qui soulignent le problème récurrent de l'adaptation de l'offre de soins aux besoins, leurs auteurs mènent une réflexion globale sur les inégalités territoriales d'accès aux soins en utilisant la méthode de l'analyse structurelle, mieux adaptée à la problématique complexe de la réduction de ces inégalités.

L'ACCESSIBILITE FINANCIERE DE L'OFFRE DE SOINS

● **Enquête Santé et Protection Sociale 2004 : premiers résultats** / Caroline Allonier, Stéphanie Guillaume, Thierry Rochereau, Revue Questions d'économie de la Santé n°110, IRDES (Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé), juillet 2006, 6 p.

⇒ Document disponible sur le site de l'IRDES : <http://www.irdes.fr>

⇒ Extrait :

« Globalement, en 2004, 13 % de la population métropolitaine déclare avoir renoncé à certains soins pour des raisons financières au cours des douze derniers mois, 20 % des renoncements sont déclarés comme définitifs, les autres étant reportés. Les renoncements (ou reports) sont concentrés sur un nombre limité de soins, ceux pour lesquels le reste à charge des assurés est le plus important : 49 % concernent la santé bucco-dentaire, 18 % les lunettes et 9 % les soins de spécialistes. L'absence de couverture par une complémentaire maladie est le principal facteur lié au renoncement : 28 % des personnes non protégées déclarent avoir renoncé, contre 18 % des bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire et 12 % pour les bénéficiaires d'une complémentaire privée. »

● **Déterminants psychosociaux du renoncement aux soins pour raisons financières dans cinq zones urbaines sensibles de la région parisienne en 2001** / Fabienne Bazin, Isabelle Parizot, Pierre Chauvin, revue Sciences Sociales et Santé, Volume 24 N° 3 - 2006, Edition John Libbey Eurotext, Septembre 2006.

⇒ Commentaire :

Le renoncement aux soins : au-delà des obstacles financiers

La question du renoncement aux soins et de ses raisons semble emblématique des liens que nous cherchons à étudier entre inégalités, ruptures sociales et santé – et plus généralement entre conditions de vie, événements biographiques, caractéristiques psychosociales et comportements et attitudes de santé. Les études successives du CREDES 20 nous indiquent qu'en France, malgré un droit aux soins théoriquement acquis (en particulier depuis la mise en place de la Couverture maladie universelle) et la multiplication des dispositifs de soins gratuits (centres de santé municipaux, « PASS » hospitalières, dispensaires associatifs, etc.), une proportion importante de la population (autour de 15 %) renonce chaque année à des soins pour raisons financières.

● **Santé et recours aux soins des populations vulnérables.** / Pierre Chauvin, Isabelle Parizot, Éditions Inserm, 2005, 325 p.

⇒ Au sommaire :

- Introduction - Les déterminants sociaux de la santé : une approche pluridisciplinaire
- 1. Santé, inégalités et ruptures sociales
- 2. Lien social et santé : des approches sociologiques et épidémiologiques
- 3. Santé des personnes sans domicile

4. Violences conjugales
5. VIH et recours aux soins
6. Adolescence en souffrance
7. Santé et migration

● **Dispositifs limites et limites des dispositifs. Article extrait du Dossier « Défaveurs sociales et santé, les défis d'un lien complexe »** / Maryse Bresson, Revue Contact Santé n°221, GRPS (Groupement Régional de Promotion de la Santé) de Nord Pas-de-Calais, février-mars 2007.

⇒ Revue disponible sur le site du GRPS Nord Pas-de-Calais : <http://www.santenpdc.org>

⇒ Extrait :

La précarité est une catégorie récente, définie par l'idée d'une incertitude généralisée, touchant d'abord au travail et à l'emploi. Cette incertitude peut être perçue positivement, sous l'acception anglo-saxonne de flexibilité notamment. En France, l'idée cependant est plutôt négative, et associée à des problèmes de liens sociaux, de droits sociaux... Dans ce contexte, les politiques pour promouvoir le « droit à la santé » des populations précaires affichent l'objectif de réduction des inégalités. Pourtant, à travers les dispositifs construits à la frontière entre précarité et santé mentale, elles produisent aussi des effets pervers de stigmatisation et de renforcement des inégalités.

● **L'accès aux soins des plus démunis. Interviews de Sylvana Sion, responsable du service social de St Vincent de Paul et de Philippe Foucras, fondateur du Collectif des Médecins généralistes pour l'accès aux soins. Article extrait du Dossier « Défaveurs sociales et santé, les défis d'un lien complexe »** / Revue Contact Santé n°221, GRPS (Groupement Régional de Promotion de la Santé) de Nord Pas-de-Calais, février-mars 2007.

⇒ Revue disponible sur le site du GRPS Nord Pas-de-Calais : <http://www.santenpdc.org>

⇒ Extrait :

« "Parmi les personnes qui devraient avoir une CMU, 82 % n'en ont pas !" Ce constat dressé par Médecins du Monde dans son rapport annuel sur l'accès aux soins révèle la contradiction du système : alors que la CMU était censée garantir l'accès de tous aux soins, dans la pratique beaucoup de patients en restent privés. (...) "Dès que nous recevons un patient sans mutuelle, nous sommes vigilants : c'est pour nous un indicateur de précarité ! confie Sylvana Sion. (...) Pour les personnes à faibles revenus, l'impossibilité de financer cette somme est souvent un motif de non recours aux soins ! »

● **En débat. Pour ou contre les franchises médicales** / Union Sociale n°210, Uniopss, octobre 2007, pages 28-30.

⇒ Extrait :

« Mêmes les personnes percevant l'allocation aux adultes handicapés, dont le montant est de 621 € par mois, seront touchées par les franchises. Forfaits et franchises additionnés conduiront de nombreuses personnes à renoncer à leur mutuelle, notamment les étudiants et personnes âgées aux revenus précaires ou modestes, et les éloigneront davantage encore du soin. » Christian Saout, Vice Président du Collectif interassociatif sur la Santé.

« L'argument choc, c'est que la franchise à aggraver les inégalités de santé, et créer des difficultés supplémentaires aux plus pauvres, qui accèdent déjà moins aux soins que les autres. Mais alors pourquoi ne pas proposer des mesures de gratuité ciblées sur ces publics, en les exceptant des franchises ? Notre sécurité sociale repose sur la fiction qu'un malade riche est équivalent à un malade pauvre et mérite le même remboursement. » Claude Le Pen, enseignant à Paris Dauphine.

● **L'accès aux soins des précaires sur le point de reculer ? / Union Sociale n°198, Uniopss, juin/juillet 2006, pages 8-9.**

⇒ Extrait :

« Le groupe santé précarité de l'Uniopss alerte depuis un an Xavier Bertrand sur les obstacles croissants que rencontrent les personnes démunies ou en précarité pour accéder aux soins : démarches irréalistes pour l'AME, dispositif du médecin traitant, insuffisances du dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire... »

● **Enquête européenne sur l'accès aux soins des personnes en situation irrégulière / Pierre Chauvin et Isabelle Parizot de l'Inserm, Nagège Drouot, Nathalie Simonnot et Anne Tomasino de Médecin du monde, Observatoire européen de Médecins du Monde sur l'accès aux soins, juin 2007, 76 p.**

⇒ Document disponible sur le site de Médecins du monde : www.medecinsdumonde.org

⇒ Commentaire :

« Les conditions de vie des personnes interrogées sont difficiles. 40 % des personnes considèrent leur logement comme étant précaire, 11 % vivent à la rue. Toutes sont sans ressources. D'une manière générale, nous constatons que les personnes ne sont pas informées de leurs droits. (...) Les personnes n'ont généralement pas accès à la couverture santé, que ce soit par manque d'information sur leurs propres droits, par absence de mise en œuvre des démarches pour les faire valoir, ou encore parce que les procédures administratives sont encore en cours. Dans l'ensemble de la population interrogée, deux personnes sur dix perçoivent leur état de santé comme mauvais ou très mauvais. (...) Lors du dernier problème de santé rencontré, une personne sur dix a essuyé un refus de prise en charge par des professionnels de santé. (...) Les obstacles les plus fréquents à l'accès et à la continuité des soins, exprimés par les personnes elles-mêmes, concernent principalement la méconnaissance des droits, la méconnaissance des lieux de soins où s'adresser, le coût des traitements, les difficultés administratives, la peur d'une dénonciation et de la discrimination, et les barrières linguistiques et culturelles. »

Les politiques de réduction des inégalités de santé

QUELLE PRISE EN COMPTE DE L'OBJECTIF DE REDUCTION DES INEGALITES DE SANTE EN FRANCE ?

● **Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique / Journal Officiel du 11/08/2004 - Fiche n°33052.**

⇒ Commentaire du réseau :

« La loi relative à la Santé publique a été promulguée le 9 août 2004, plus d'un an après que l'ancien ministre de la Santé, J-F Mattei l'a présentée au Conseil des ministres. Elle comprend différents volets qui visent à répondre à cinq préoccupations majeures. La première est de rééquilibrer l'organisation des soins entre le curatif et le préventif et de réduire les inégalités. En 2002, sur les 158 milliards d'euros consacrés aux dépenses de santé, seulement 3,6 ont été consacrés à la prévention. Aussi, l'un des objectifs de cette loi

est-il de renforcer le dispositif de prévention. Intégrant la définition de la politique de prévention dans une définition de la politique de santé publique elle-même élargie, la loi prévoit un certain nombre de mesures destinées à favoriser la prévention : le renforcement du dispositif de lutte contre le saturnisme, du dispositif de prévention des maladies ou traumatismes avec l'organisation de consultations périodiques de prévention, l'élaboration tous les cinq ans d'un plan national pour la prévention des risques pour la santé liés à l'environnement. La loi inscrit en outre la réduction des inégalités de santé, par la prise en compte des groupes les plus vulnérables, comme l'un des principes de la politique de santé publique. »

● **Les inégalités de santé, fruit de l'injustice sociale. Article extrait du Dossier « Défauteurs sociales et santé, les défis d'un lien complexe »** / Michel Autès, chercheur au CNRS-CLERSE-IFRESI, Revue Contact Santé n°221, GRPS (Groupement Régional de Promotion de la Santé) de Nord Pas-de-Calais, février-mars 2007.

⇒ Revue disponible sur le site du GRPS Nord Pas-de-Calais : <http://www.santenpdc.org>

⇒ Extrait : « *Les inégalités entre les individus sont d'abord le produit d'une injustice sociale qui relève d'une réflexion et d'une action politique.* »

● **Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé ? Un éclairage européen. Deuxième partie = quelques expériences européennes** / revue Questions d'économie de la santé n°93, IRDES (Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé), février 2005.

⇒ Document disponible sur le site de l'IRDES : <http://www.irdes.fr>

⇒ Extrait:

« En France, qui est pourtant le pays d'Europe où les différences sociales de mortalité prématurées sont les plus fortes, les inégalités sociales de santé correspondent à une préoccupation relativement récente. (...) Pour importantes qu'elles soient, ces avancées récentes [NDLR : les PRAPS et la CMU] s'inscrivent dans la poursuite d'une vision qui, d'une part, centre la question des inégalités de santé sur le seul problème de la précarité et, d'autre part, la considère essentiellement sous l'angle de l'accès aux soins. La question des inégalités de santé, en tant que telle, n'a pas constitué, jusqu'à récemment, un élément majeur du débat public. (...) Elle apparaît dans le rapport d'objectifs de santé publique annexé à la loi du 9 août relative à la politique de santé publique. (...). L'objectif 34 est de réduire les inégalités devant la maladie et la mort par une augmentation de l'espérance de vie des groupes confrontés aux situations précaires. Cet objectif peut s'analyser comme la première étape vers une politique de réduction des inégalités de santé – l'objectif préalable étant de travailler sur les instruments de mesure de ces inégalités. »

« Le contenu des politiques [NDLR : de pays européens]. On peut analyser le contenu des politiques retenues selon un double axe, défini par les déterminants des inégalités sociales visés et les populations ciblées. Ainsi, on peut opposer les mesures s'attaquant en amont aux inégalités sociales elles-mêmes, les mesures visant, en aval, l'accès aux soins, et les mesures intermédiaires visant l'exposition aux facteurs de risques médiateurs de l'effet de la situation sociale sur la santé. Par ailleurs, on peut distinguer les politiques universelles des politiques sélectives, visant soit les groupes sociaux défavorisés, soit les zones défavorisées, soit les groupes souffrant de la santé la plus dégradée.

Les stratégies définies au Royaume-Uni, aux Pays-Bas et en Suède combinent toutes des mesures en amont, des mesures intermédiaires et des mesures en aval. (...)

Un des aspects originaux de la démarche néerlandaise est de traiter non seulement de l'effet des inégalités sociales sur la santé, mais aussi de l'effet inverse, en incluant des actions visant à réduire les effets de la santé sur le statut social (...)

Aux Pays-Bas, une attention particulière est portée aux interventions visant à améliorer les conditions de travail. (...)

Si le rôle du système de santé est envisagé dans les trois pays, sa contribution est recherchée de manière un peu différente. »

● **Les inégalités sociales de santé, une question politique oubliée, le 3 avril 2007, Mireille Elbaum, professeure au Conservatoire national des arts et métiers.**

⇒ Site de l'observatoire des inégalités : <http://www.inegalites.fr>

⇒ Extrait :

« (...) cela n'explique en rien que le débat social et l'action publique ne se soient pratiquement pas en France, au-delà de l'institution de la CMU, emparés de ce sujet, contrairement à la Suède, au Royaume-Uni et aux Pays-Bas, qui en ont fait une priorité politique affichée. La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique ne retient par exemple que deux objectifs qui ont trait à la réduction des inégalités de santé parmi les cent qu'elle s'est donnée.

(...) Enfin, notre système de santé de tradition « bismarckienne » n'a pas été conçu ni aménagé pour prendre en charge, comme en Suède ou au Royaume-Uni, l'objectif de « promotion de la santé » dans l'organisation des soins primaires. (...) Il est donc temps que la question des inégalités sociales de santé trouve un écho au-delà des chercheurs et des spécialistes, et s'impose à l'action publique. Cela implique d'abord que, comme dans les pays où cela a été le cas, un débat s'engage pour faire reconnaître ces inégalités comme inacceptables et envisager la meilleure façon d'en faire une priorité : faut-il comme au Royaume-Uni cibler avant tout les enfants et les plus défavorisés ; faut-il privilégier le terrain des entreprises, de l'école, du système de santé ou des territoires ; de quelle manière concrète articuler politiques sociales et politiques de santé... Toute une série d'actions peuvent d'ores et déjà être envisagées : reformuler le rôle de la protection maternelle et infantile (PMI) en l'orientant vers les comportements de prévention et les modes de vie ; revoir les règles d'accès aux cantines scolaires dont on sait qu'elles sont parfois fermées aux enfants de chômeurs et d'inactifs ; sensibiliser les professionnels de santé aux questions sociales (...) Quant au système de soins proprement dit, le coût de son financement collectif (près de 9 % du PIB) apparaît trop élevé pour que son organisation et ses pratiques ne soient pas reconsidérés au regard d'une telle priorité. Et le prisme des inégalités de santé est sans doute une voie majeure pour revisiter la fonction, l'organisation et le financement des soins primaires en France, et leur reconnaître une fonction sociale et préventive de proximité, ceci ne pouvant manquer d'avoir des conséquences à terme sur la formation, la rémunération et l'évaluation des professionnels de santé. »

QUELS LEVIERS D'ACTION ?

● **Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé ? Un éclairage européen. Première partie = les déterminants des inégalités sociales de santé et le rôle du système de santé /** revue Questions d'économie de la santé n°92, IRDES (Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé), février 2005, 6 p.

⇒ Document disponible sur le site de l'IRDES : <http://www.irdes.fr>

⇒ Extrait :

« La réduction des inégalités passe surtout par une redistribution en amont (richesse, éducation), et l'investissement croissant fait dans le système de soins, au mieux, ne sert à rien en termes de réduction des inégalités, au pire, évince d'autres fonctions collectives ou dimensions de la protection sociale qui seraient plus efficaces à ce titre. » (Link et al. 1998).

● **Les inégalités sociales de santé en Île-de-France** / Guy ATLAN, rapport préparé au nom de la commission de la santé, de la solidarité et des affaires sociales du Conseil Économique et Social d'Île-de-France, 19 septembre 2007, 147 p.

⇒ Rapport disponible sur le site du CESR IDF : www.cesr-ile-de-france.fr

⇒ Extrait du Communiqué de presse :

Dans le dernier rapport de sa commission santé, solidarité et affaires sociales, le Conseil économique et social régional d'Île-de-France (CESR), par la voix de son rapporteur, le professeur Guy Atlan, s'intéresse aux inégalités sociales de santé en Île-de-France, en étudiant la question du gradient social de santé, expression consacrée pour traduire le lien entre santé et conditions sociales. Le CESR y réaffirme qu'il existe bien un lien statistique clair entre les indicateurs de mortalité ou de morbidité (rapport entre le nombre de malade et celui de sa population) et la situation sociale des personnes.(...) Pour le CESR, plusieurs axes devraient émerger pour rendre plus efficace et plus lisible la politique nouvelle voulue par la loi de santé publique : trouver un lieu de gouvernance (...), informer les populations et les responsables (...), éduquer et former (...), soutenir et promouvoir les actions préventives et correctives (...), intégrer la lutte contre les inégalités sociales de santé dans les critères de choix des investissements et subventionnements. »

● **Inégalités et disparités sociales de santé** / Pierre Chauvin, Jacques Lebas, 2007, pp. 331-341.

⇒ Document disponible sur le site de la DIV : <http://i.ville.gouv.fr>

⇒ Extrait :

Il reste que la maîtrise des inégalités sociales dépasse largement le domaine des politiques de santé au sens strict pour englober les politiques intersectorielles (emploi, logement et urbanisme).

La politique de la ville s'intéresse d'ailleurs aux questions de santé, comme en témoignent l'initiation, la promotion et le soutien à la mise en place des ateliers santé-ville (ASV), dont le principe est de prendre en compte les problématiques locales de santé à partir d'un diagnostic des besoins prioritaires « qui identifie les aspects proprement sanitaires, mais aussi les déterminants de l'état de santé (conditions et modes de vie, qualité de l'environnement, participation sociale aux choix déterminants pour la santé et le bien-être des populations ».

● **L'Assurance maladie réduit-elle les inégalités sociales de santé ? une revue de littérature** / Paul Dourgnon, Michel Grignon, Florence Jusot, revue Questions d'économie de la santé n°43, IRDES (Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé), décembre 2001, 8 p.

⇒ Document disponible sur le site de l'IRDES : <http://www.irdes.fr>

⇒ Extrait :

« Nous présentons une revue des études, qui dans la littérature internationale, ont tenté d'analyser cet impact. Si elles tendent à montrer que l'assurance maladie entraîne une augmentation de la consommation de soins, l'effet de cette consommation sur l'état de santé à un niveau global est plus difficile à évaluer d'un point de vue méthodologique. Cependant, l'assurance maladie apparaît améliorer l'état de santé des populations pauvres, notamment par la réduction des maladies infantiles, des problèmes de vision et des risques liés à l'hypertension. D'autres analyses suggèrent un effet indirect de l'assurance maladie : en évitant que les dépenses de santé grèvent le budget, elle permet le maintien de consommations non médicales susceptibles d'avoir des répercussions positives sur l'état de santé, comme le logement ou l'alimentation. »

● **Agir sur les inégalités sociales de santé – Dossier** / revue Vecteur santé n°20, GRSP (Groupement Régional de Promotion de la Santé) de Midi-Pyrénées, février 2007, 12 p.

⇒ Document disponible sur le site de la DRASS Midi-Pyrénées : <http://midi-pyrenees.sante.gouv.fr> (rubrique Informations générales / Publications)

⇒ Extrait :

Cet article détaille les moyens d'action pour agir sur les inégalités de santé : des leviers d'ordre structurel mais aussi sanitaire ou qui s'appuient sur la modification des comportements individuels. Ont également un rôle important, l'éducation et de la prévention qui doivent s'inscrire dans des valeurs éthiques de respect de la personne pour ne pas tomber dans un travers moralisateur.

● **La réduction des inégalités de santé passe par une approche territorialisée** / Bernadette Lemery, Alain Trugeon, revue La santé de l'Homme n°385, INPES (Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé), septembre-octobre 2006.

⇒ Commentaire :

« Ce n'est pas le clivage rural/urbain qui détermine le taux de mortalité et la longévité des habitants mais le statut social et le niveau de vie qui l'emportent sur tout autre critères, y compris l'offre de soins, plus ou moins dense mais non déterminante. Ainsi les cantons ruraux mal pourvus en offre de soins présentent un des taux de mortalité les plus faibles. (...) Il est possible de mener des analyses à des échelons géographiques plus fins, cela peut contribuer à la détermination de politiques mieux adaptées mais aussi à l'appropriation par la population de ses problèmes et difficultés, de ses forces et avantages, ce qui peut être d'autant plus utile si l'on estime que l'éducation pour la santé doit être une démarche communautaire. ».

● **Proposition pour un corpus d'indicateurs caractérisant la réduction des inégalités de santé en Bretagne** / ORS (Observatoire Régional de la Santé) Bretagne, DRASS Bretagne, avril 2006, 104 p.

⇒ Rapport disponible sur le site de l'ORS Bretagne : <http://www.orsb.asso.fr>

⇒ Commentaire

A la demande de la DRASS, l'ORS a remis un rapport concernant l'objectif 2 du Programme Régional de Santé Publique (PRSP) Breton : réduire les inégalités de santé.

Après un rappel de la méthode mise en œuvre pour aboutir à cette proposition, les indicateurs susceptibles de constituer le corpus sont ensuite exposés et ordonnés selon trois grands axes qui structurent généralement toutes les études portant sur les inégalités de santé

- *Les inégalités de mortalité.*
- *Les inégalités de morbidité.*
- *Les inégalités portant sur les déterminants de la santé.*

● **La réduction des inégalités de santé est au cœur de la cohésion sociale** – Éditorial / HIRSCH Martin (Conseiller d'État, Président d'Emmaüs France, Directeur général de l'Agence nouvelle des solidarités actives), Revue BEH (Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire) n°02-03, InVS (Institut de Veille Sanitaire), 23 janvier 2007, pages 9-10.

⇒ Document disponible sur le site de : <http://www.invs.sante.fr>

⇒ Extrait :

« La réduction des inégalités de santé est une fin en soi, probablement la priorité des politiques de santé, même si elle est terriblement complexe. Elle conditionne beaucoup d'autres politiques. Un seul exemple : la question des retraites. Si pour des raisons économiques et démographiques, il faut continuer à reculer l'âge de la retraite, comment

cette contrainte peut-elle être acceptable si les inégalités d'espérance de vie restent marquées ? C'est assez logiquement le problème qui est soulevé depuis quelques années par les partenaires sociaux et qui est d'une redoutable pertinence. La réduction des inégalités de santé est donc au cœur de la cohésion sociale. »

● **L'accès à la prévention : la voie étroite du partage. Éditorial** / Virginie Halley Des Fontaines, revue Santé publique n°2, SFSP (Société Française de Santé Publique), mars-avril 2007, pages 95-96.

⇒ Extrait :

« Il relève de la responsabilité des générations sortantes de transmettre en héritage un intérêt commun pour la santé, dans la tonalité du défi lancé par l'OMS dès les années 1980 "la santé pour tous en l'an 2000". A trop idéaliser la santé, le propos paraissait dérisoire. Aujourd'hui, à l'heure où la décroissance est menaçante, le partage devient la seule issue envisageable. »

● **Les défis de la nouvelle politique de santé publique au Québec** / Patricia Carlier, Marguerite Cognet, Revue Actualité et Dossier en Santé Publique (ADSP) n°51, Haut Conseil de la Santé Publique, juin 2005, pages 9-13.

⇒ Document disponible sur le site de <http://www.hcsp.ensp.fr>.

⇒ Extrait :

« Des limites du modèle contractuel à celles du Programme national de santé publique du Québec. Nous cernerons rapidement quelques-unes des limites relatives aux responsabilités des trois instances du modèle contractuel. Ainsi, si la responsabilité de l'État réside principalement dans la garantie d'un droit universel à la santé au moyen de la mise en place des ressources nécessaires et des dispositifs propres à en assurer l'accessibilité, une des limites majeures réside dans la persistance d'une iniquité en matière de santé qui signe, aujourd'hui encore, l'incapacité des mesures gouvernementales à atteindre certains groupes. »

● **Inégalités sociales de santé : passer du « savoir » au « connaître » pour agir. Article extrait de l'ouvrage « L'état des inégalités de santé en France – 2007 »** / Pierre Volovitch, Éditions Belin, 2007, pages 183-185.

⇒ Extrait :

« En multipliant les paiements demandés aux malades, soit par le bais de déremboursement ou par l'imposition de forfaits, soit en multipliant les possibilités de dépassements tarifaires de la part des professionnels, la réforme de la sécurité sociale va aggraver les inégalités sociales de santé. (...) Une meilleure connaissance des inégalités de santé, de leurs manifestations et de leurs origines est sans doute centres si l'on veut mener réellement des politiques de santé publique ayant pour objectif de les réduire dans ce pays. »

● **Hôpitaux publics, T2A et handicap social. Pour interroger nos évidences** / Didier Castiel, Pierre-Henri Brechat, Christophe Segouin, Marie-Christine Grenouilleau, Dominique Bertrand, revue Gestions hospitalières n°457, juin/ juillet 2006, pages 403-407.

⇒ Document disponible en ligne sur le site www.gestions-hospitalieres.fr

⇒ Extrait :

« Des indicateurs de précarité et/ou d'inégalités associés au PMSI permettent de connaître les handicaps sociaux de la population prise en charge dans un établissement public de santé ainsi que ce que cela implique pour ce dernier. Un tiers de la population prise en charge ne présente aucun handicap social, un quart en présente un très sérieux et 42 % en

présentent un moyen. L'état de santé plus dégradé n'est pas l'apanage des patients les plus handicapés sociaux et il n'entraîne pas de surconsommation médicale. Les personnes présentant un handicap social restent cependant hospitalisées plus d'un jour de plus en moyenne. (...)

Ce constat devrait pouvoir donner lieu à une modulation positive de la mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC), c'est-à-dire à dotation budgétaire supérieure, telle que l'appréhende notre modèle d'allocation de ressources. Selon les méthodes retenues, les ressources octroyées aux patients les plus défavorisés doivent être augmentées de 10 % à 21 %. (...)

Et si finalement, la vraie réforme du système, c'était tout simplement de poser la question de l'opportunité de la création de zones prioritaires de santé (ZPS), à l'instar des zones d'éducation prioritaire. Ne serait-ce pas la condition sine qua non à la pérennité des valeurs de solidarité ? Encore faudrait-il concevoir ces ZPS comme des zones où l'amélioration des conditions de vie serait une priorité et l'extension des structures sanitaires un objectif de second ordre.»

● **Site Internet, Portail européen des inégalités de santé** : <http://www.health-inequalities.eu>

- ⇒ Ce portail est un espace unique sur lequel vous pouvez trouver des exemples récents de politiques publiques et d'interventions ayant pour objet de réduire les inégalités de santé dans les pays de l'Union Européenne. Le portail héberge :
- Une base de données de bonnes pratiques pour la réduction des inégalités de santé
 - Les profils des pays énumérant les principales politiques publiques, les acteurs et les outils développés pour traiter des inégalités de santé au niveau national
 - Une section sur les politiques européennes avec des études de cas démontrant comment les politiques européennes peuvent avoir un impact sur les inégalités de santé au niveau national
 - Autres liens relatifs au sujet des inégalités de santé.



Congrès 2007 de l'Uniopss « Cohésion sociale et solidarités : changeons-nous de cap ? »
13-14-15 novembre 2007 à Nantes

Retrouvez tous les dossiers documentaires présentés sur l'Espace Ressources sur les sites internet du Réseau UNIOPSS/URIOPSS dès le 19 novembre 2007.

- URIOPSS Alsace : <http://www.uriopss-alsace.asso.fr>
- URIOPSS Aquitaine : <http://www.uriopss-aquitaine.asso.fr>
- URIOPSS Auvergne : <http://www.uriopss-auvergne.asso.fr>
- URIOPSS Bourgogne : <http://www.uriopss-bourgogne.asso.fr>
- URIOPSS Bretagne : <http://www.uriopss-bretagne.asso.fr>
- URIOPSS Centre : <http://www.uriopss-centre.asso.fr>
- URIOPSS Champagne-Ardenne : <http://www.uriopss-ca.asso.fr>
- URIOPSS Franche-Comté : <http://www.uriopss-f-comte.asso.fr>
- URIOPSS Ile de France : <http://www.uriopss-idf.asso.fr>
- URIOPSS Languedoc-Roussillon : <http://www.uriopss-lr.asso.fr>
- URIOPSS Limousin : <http://www.uriopss-limousin.asso.fr>
- URIOPSS Lorraine : <http://www.uriopss-lorraine.asso.fr>
- URIOPSS Midi-Pyrénées : <http://www.uriopss-midipyrenees.asso.fr>
- URIOPSS Nord Pas de Calais : <http://www.uriopss-npdc.asso.fr>
- URIOPSS Normandie (Basse) : <http://www.uriopss-basse-normandie.asso.fr>
- URIOPSS Normandie (Haute) : <http://www.uriopss-hautenormandie.asso.fr>
- URIOPSS Pays de la Loire : <http://www.uriopss-pdl.asso.fr>
- URIOPSS Picardie : <http://www.uriopss-picardie.asso.fr>
- URIOPSS Poitou-Charentes : <http://www.uriopss-poitou-charentes.asso.fr>
- URIOPSS Provence – Alpes Côte d'Azur et Corse : <http://www.uriopss-pacac.asso.fr>
- URIOPSS Rhône Alpes : <http://www.uriopss-ra.asso.fr>
- URIOPSS La Réunion : <http://www.uriopss-reunion.asso.fr>