



# ENSP

ECOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

**MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE**

– 2005 –

## **LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ : LA LOI DU 9 AOUT 2004 EST-ELLE UNE OCCASION MANQUÉE ?**

### Groupe n°5

- ABALLEA Matthias
- BORN Fanny
- BRAY Laurence
- FOREY Adeline
- JAMMET Philippe
- LOMBARDO Patrice
- MEAL Fabienne
- OGIER-CESARI Vanina
- PERIDONT Marie-Ange
- PICHON Maryse
- SAVINEL-BARRAS Anne
- ZAQUIN Anna

*Animatrice*

- *HERITAGE Zoé*

---

# Sommaire

---

<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>1</b>
<b>CHAPITRE 1 : LES INEGALITES SOCIALES DE SANTE : CONSTATS ET DETERMINANTS .....</b>	<b>3</b>
1.1 <b>ORIGINES ET FONDEMENTS DES INEGALITES SOCIALES DE SANTE.....</b>	<b>3</b>
1.1.1 <i>Emergence des inégalités sociales de santé.....</i>	<i>3</i>
1.1.2 <i>Constat des inégalités sociales de santé.....</i>	<i>4</i>
1.2 <b>LA “DETERMINATION HETEROGENE” DES INEGALITES SOCIALES DE SANTE.....</b>	<b>6</b>
1.2.1 <i>Les inégalités sociétales .....</i>	<i>6</i>
1.2.2 <i>Les inégalités individuelles.....</i>	<i>8</i>
<b>CHAPITRE 2: LA LOI DE SANTE PUBLIQUE DU 9 AOUT 2004, REFLET DU MANQUE D’ATTENTION PORTE AUX INEGALITES SOCIALES DE SANTÉ DANS LE DEBAT PUBLIC ? .....</b>	<b>11</b>
2.1 <b>LA REDUCTION DES INEGALITES SOCIALES DE SANTE TRAITEE ESSENTIELLEMENT SOUS L’ANGLE DE LA LUTTE CONTRE LA PRECARITE ET L’EXCLUSION.....</b>	<b>11</b>
2.1.1 <i>Un corpus législatif centré sur la lutte contre la précarité.....</i>	<i>11</i>
2.1.2 <i>Une approche trop restrictive des inégalités sociales de santé.....</i>	<i>12</i>
2.2 <b>LA LOI EST -ELLE UNE OCCASION MANQUEE ?.....</b>	<b>13</b>
2.2.1 <i>La réduction des inégalités de santé : un principe inscrit dans la loi de santé publique.....</i>	<i>13</i>
2.2.2 <i>Une loi présentant des avancées dans le domaine des inégalités sociales de santé .....</i>	<i>14</i>
2.2.3 <i>Néanmoins ces avancées méritent d’être relativisées .....</i>	<i>15</i>
<b>CHAPITRE 3 : LES EXPERIENCES ET PROPOSITIONS .....</b>	<b>18</b>
3.1 <b>LA LUTTE CONTRE LES INEGALITES SOCIALES DE SANTE PASSE DANS LA PLUPART DES PAYS EUROPEENS PAR DES POLITIQUES SURTOUT TRANSVERSALES ET TERRITORIALES.....</b>	<b>18</b>
3.1.1 <i>Des politiques territoriales de santé.....</i>	<i>18</i>
3.1.2 <i>Des objectifs peu nombreux et quantifiés.....</i>	<i>18</i>
3.1.3 <i>Une lutte contre les inégalités sociales de santé fondée principalement sur des politiques globales et transversales ciblant de nombreux domaines d’actions.....</i>	<i>19</i>
3.2 <b>LES PROPOSITIONS.....</b>	<b>20</b>
3.2.1 <i>Les propositions dans le champ de la recherche.....</i>	<i>20</i>
3.2.2 <i>Les propositions dans le champ de l’action.....</i>	<i>21</i>
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>25</b>
<b>Bibliographie .....</b>	<b>27</b>
<b>Liste des annexes .....</b>	<b>I</b>
<b>1    ANNEXE N°1 - LE RAPPORT VILLERME.....</b>	<b>III</b>
1.1 <b>LE CONTENU DU RAPPORT .....</b>	<b>III</b>

1.2	LA RECEPTION ET LA POSTERITE DU RAPPORT .....	III
<b>2</b>	<b>ANNEXE N°2 – LA COURBE DE LORENZ ET L’INDICE DE GINI.....</b>	<b>IV</b>
2.1	LA COURBE DE LORENZ.....	IV
2.2	L’INDICE DE GINI .....	IV
<b>3</b>	<b>ANNEXE N° 3 SYNTHESE DE L’INTERVENTION DE MME FLORENCE JUSOT, CHERCHEUSE A L’IRDES .....</b>	<b>V</b>
3.1	LA QUESTION METHODOLOGIQUE.....	V
3.2	LES CAUSES DES ISS .....	V
3.3	L’INFLUENCE DES POLITIQUES MISES EN PLACE .....	VI
<b>4</b>	<b>ANNEXE N°4 GRILLE D’ENTRETIEN .....</b>	<b>VIII</b>
<b>5</b>	<b>ANNEXE N°5 ENTRETIEN AVEC UNE CONSEILLERE TECHNIQUE EN TRAVAIL SOCIAL DE LA DRASS.....</b>	<b>IX</b>
<b>6</b>	<b>ANNEXE N° 6 ENTRETIEN AVEC UN MEDECIN URGENTISTE, ASSISTANT EN CH.....</b>	<b>XI</b>
<b>7</b>	<b>ANNEXE N°7 ENTRETIEN AVEC UNE DIRECTRICE DE SOINS DANS UN CENTRE HOSPITALIER .....</b>	<b>XII</b>
<b>8</b>	<b>ANNEXE N°8 ENTRETIEN AVEC UN INSPECTEUR DE L’ACTION SANITAIRE ET SOCIALE D’UNE DRASS.....</b>	<b>XIV</b>
<b>9</b>	<b>ANNEXE N°9 ENTRETIEN AVEC UN PEDOPSYCHIA TRE DE LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIERE.....</b>	<b>XVII</b>
<b>10</b>	<b>ANNEXE N°10 ENTRETIEN AVEC UN DIRECTEUR DE MAISON DE RETRAITE .....</b>	<b>XIX</b>
<b>11</b>	<b>ANNEXE N° 11 ENTRETIEN AVEC UN AGENT DE SANTE D’UNE MISSION LOCALE XXII</b>	
<b>12</b>	<b>ANNEXE N° 12 ENTRETIEN AVEC UN CHEF DE SERVICES DES URGENCES, SMUR ET REANIMATION .....</b>	<b>XXV</b>
<b>13</b>	<b>ANNEXE N° 13 ENTRETIEN AVEC UN CHERCHEUR DE L’INSERM DE NATIONALITE BRITANNIQUE.....</b>	<b>XXVII</b>
<b>14</b>	<b>ANNXE N° 14 ENTRETIEN AVEC UN ENSEIGNANT-CHERCHEUR A L’ENSP, DEMOGRAPHE DE FORMATION.....</b>	<b>XXIX</b>
<b>15</b>	<b>ANNEXE N° 15 ENTRETIEN AVEC UN EPIDEMIOLOGISTE - UNIVERSITE DE MEDECINE/ INSERM.....</b>	<b>XXXIII</b>

<b>16</b>	<b>ANNEXE N° 16 ENTRETIEN AVEC UNE ANCIENNE CONSEILLERE TECHNIQUE EN TRAVAIL SOCIAL (DDASS).....</b>	<b>XXXV</b>
<b>17</b>	<b>ANNEXE N°17 ENTRETIEN AVEC UNE ASSISTANTE SOCIALE DANS UNE MUTUALITE SOCIALE AGRICOLE.....</b>	<b>XXXVIII</b>
<b>18</b>	<b>ANNEXE N° 18 ENTRETIEN AVEC UN DIRECTEUR DEPARTEMENTAL DE LA CROIX-ROUGE.....</b>	<b>XL</b>
<b>19</b>	<b>ANNEXE N° 19 ENTRETIEN AVEC UN CHERCHEUR STATISTICIEN DE L'INSERM</b>	<b>XLIV</b>
<b>20</b>	<b>ANNEXE N° 20 ENTRETIEN AVEC UN EPIDEMIOLOGISTE DE L'UNIVERSITE D'AMSTERDAM.....</b>	<b>XLVI</b>
<b>21</b>	<b>ANNEXES N°21 ENTRETIEN AVEC UN STATISTICIEN ET INGENIEUR EN RECHERCHE A L'INSERM.....</b>	<b>XLVIII</b>
<b>22</b>	<b>ANNEXE N° 22 ENTRETIEN AVEC UNE GERIATRE EN HOPITAL.....</b>	<b>LI</b>
<b>23</b>	<b>ANNEXE N°23 : ENTRETIEN AVEC UN DIRECTEUR DES RESSOURCES HUMAINS EN CENTRE HOSPITALIER .....</b>	<b>LIII</b>
	<i>Avez-vous l'impression d'être confronté aux inégalités sociales de santé ?.....</i>	<i>LIII</i>
	<i>Quel bilan faites vous des actions menées en matière de réduction des ISS ?.....</i>	<i>LIII</i>
	<i>Quel regard portez-vous sur la loi de santé publique d'août 2004 ?.....</i>	<i>LIV</i>
	<i>Quels sont les moyens à votre niveau pour lutter contre les ISS.....</i>	<i>LIV</i>
<b>24</b>	<b>ANNEXE N°24 ENTRETIEN DIRECTEUR DES SERVICES ECONOMIQUES – CENTRE HOSPITALIER .....</b>	<b>LV</b>

---

# Remerciements

---

Nous tenons à remercier Zoé HERITAGE pour son soutien méthodologique ainsi que pour son accompagnement tout au long de la réflexion.

Par ailleurs, les participants de ce groupe tiennent à remercier l'ensemble des personnes rencontrées lors des visites sur site ou interrogées par téléphone, pour leur disponibilité et la qualité des échanges obtenue sur leurs expériences :

Véronique Lachaux,

Nicolas Fadel,

Maxence Bourdet,

Brigitte Comte,

Thierry Lang

Nicole Chautard

Alain Jourdain

Karien Stronks

Karen Inthavong

Pierre Blanchet

Nicolas Studer

Eric Jouglu

Annette Leclerc

Singh Manoux

Michel Ducroux

Yves Jeangeorges

---

## Liste des sigles utilisés

---

**AME** : aide médicale d'Etat  
**AMG** : Aide Médicale Gratuite  
**AS** : aide sociale  
**CADA** : Centre d'accueil et de demandeurs d'asile  
**CCAM** : classification commune des actes médicaux  
**CDD** : Contrat à durée déterminée  
**CDI** : Contrat à durée indéterminée  
**CHRS** : Centre d'hébergement et de réinsertion sociale  
**CHSCT** : Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail  
**CME** : Commission médicale d'établissement  
**CMU** : Couverture Maladie Universelle  
**GRAM** : Caisse régionale d'assurance maladie  
**CSP** : Code de la Santé publique  
**CTE** : Comité technique d'établissement  
**DDASS** : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales  
**DPA** : Direction des Personnes Agées  
**DRASS** : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales  
**EHPAD** : Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes  
**ENSP** : Ecole Nationale de Santé Publique  
**GB** : Grande-Bretagne  
**GTNDO** : Groupe Technique National de Définition des Objectifs  
**HCSP** : Haut Comité de la Santé Publique  
**IASS** : Inspecteur des Affaires Sanitaires et Sociales  
**IDE** : Infirmier diplômé d'Etat  
**INSEE** : Institut national des statistiques et des études économiques  
**INSERM** : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale  
**IRDES** : Institut de Recherche Documentaire en Economie de la Santé  
**ISS** : Inégalités Sociales de Santé  
**LOLF** : Loi organique relative aux lois de finances  
**MCO** : médecine chirurgie obstétrique  
**MSA** : Mutualité sociale agricole  
**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé  
**PASS** : Permanence d'Accès aux Soins de Santé  
**PCS** : Professions et Catégories Sociales  
**PRS** : Programmes régionaux de Santé

**PRAPS** : Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins

**RMI** : Revenu Minimum d'Insertion

**RU** : Royaume-Uni

**UE** : Union Européenne

**URCAM** : Union régionale des caisses d'assurance maladie

**URSSAF** : Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et allocations familiales

**SAMU** : Services d'aide médicale d'urgence

## INTRODUCTION

Le regard le plus ancien porté sur les inégalités sociales de santé concerne la mortalité. En 1778 sont publiées les *Recherches et considérations sur la population de la France* de Moheau. L'auteur relève que :

« Comme le premier âge exige beaucoup de soins et de ménagements, la misère, qui ne peut les procurer, subit une plus grande mortalité ; et parmi ceux qui passent cet âge, il est beaucoup plus de personnes malsaines ou contrefaites que dans les autres classes de citoyens »<sup>1</sup>.

Il s'agit, en fait et surtout, à cette époque, de constats portant sur les écarts sociaux de santé plus que sur les inégalités sociales de santé. Il faudra attendre le vingtième siècle et la seconde moitié des années quatre-vingt pour qu'apparaissent enfin des analyses et réflexions sur les inégalités sociales de santé.

C'est dans cette mouvance que le principe de santé pour tous, défini par l'OMS-Europe, a été signé, en 1985, par l'ensemble des pays d'Europe. Selon ce principe, à l'horizon de l'an 2000<sup>2</sup>, les différences d'état de santé entre les pays et entre les groupes au sein des pays devaient être réduites de 25%.

Aujourd'hui encore, en France, cet objectif est loin d'être atteint. Le Haut Comité de Santé Publique, dans son rapport de 1994, expliquait que si les inégalités sociales de santé étaient mieux décrites et définies (il est reconnu que nous ne sommes pas tous égaux devant la maladie et qu'il existe un attachement à la structure sociale), elles étaient toujours très mal maîtrisées et ne régressaient pas. Ainsi, la mortalité prématurée des ouvriers et des employés est actuellement près de trois fois supérieure à celle des cadres et professions libérales.

Néanmoins, depuis cette date, des avancées ont eu lieu notamment pour faciliter l'accès aux soins et lutter contre les exclusions. De cette façon, a été adoptée, en 1998, la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions<sup>3</sup>. Elle s'est traduite en pratique par la mise en place des Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins

---

<sup>1</sup> *Recherches et considérations sur la population de la France*, J.B. Moheau, PUF (rééd.), Paris, 1994.

<sup>2</sup> Questions d'Economie de la Santé, n°93, février 2005, IRDES

<sup>3</sup> Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions

(PRAPS) destinés à améliorer l'accès aux soins curatifs et préventifs des personnes en situation de précarité. A la suite de ce texte, a été créée, en 2000, la Couverture Maladie Universelle (CMU). Son but était de faire bénéficier d'une couverture maladie de base et complémentaire l'ensemble des personnes résidant en France. Plus récemment, la loi de Santé Publique du 9 août 2004, dans son rapport de cent objectifs annexé<sup>4</sup>, n'aborde plus seulement la question des inégalités sociales de santé sous l'angle de la précarité. Toutefois cette avancée, aussi importante soit-elle, mérite d'être modérée par le fait que seuls deux des cent objectifs traitent des inégalités de santé.

Donc, rien ne nous assure que des mesures utiles seront mises en place, d'ici à cinq ans, pour réduire les inégalités sociales de santé. La généralité de la loi, surtout lorsqu'elle est cadre, pose effectivement la question de l'efficacité et de l'efficience de celle-ci. Dans un domaine où les actions doivent être précises, le recours à une loi pour traiter des inégalités sociales de santé était-il pertinent ?

C'est pourquoi, dans le cadre de ce module interprofessionnel de santé publique, réalisé à l'Ecole Nationale de Santé Publique (ENSP), nous nous interrogeons aujourd'hui de savoir si finalement cette loi est une réponse adaptée à la lutte contre les inégalités sociales de santé ou une occasion manquée.

Il semblerait qu'elle puisse être un tremplin vers la réduction des inégalités sociales de santé si et seulement si elle est déclinée, au niveau local, en actions concrètes. C'est en tout cas ce qu'il est ressorti de nos lectures et des vingt et un entretiens que nous avons menés avec les professionnels de santé, experts, chercheurs sur les inégalités sociales de santé (au nombre de huit), et des personnes de terrain, au contact quotidien avec ces questions (au nombre de dix).

Nous développerons de cette façon les constats et déterminants des inégalités sociales de santé dans un premier chapitre, avant d'aborder l'opportunité de la loi du 9 août 2004 dans un second chapitre, et les recommandations qui découleront de notre analyse dans un troisième chapitre.

---

<sup>4</sup> Loi 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique

# CHAPITRE 1 : LES INEGALITES SOCIALES DE SANTE : CONSTATS ET DETERMINANTS

Pour tenter de réduire les inégalités sociales de santé, il est important avant tout de bien les cerner. Il faut dans un premier temps être capable à la fois de savoir où elles se situent et quelles formes elles prennent (1.1), puis dans un deuxième temps d'analyser leurs causes (1.2).

## 1.1 Origines et fondements des inégalités sociales de santé

### 1.1.1 Emergence des inégalités sociales de santé

Déjà constatées lors des premières études épidémiologiques réalisées au XIXe siècle, les inégalités sociales de santé demeurent une réalité en France. Longtemps considérées comme naturelles, elles ont progressivement été reconnues comme sociales. La rédaction du « Rapport Black »<sup>5</sup> renouvelle au début des années 80 l'intérêt porté à ce thème dans les autres pays européens.

A la suite du programme de l'OMS «La santé pour tous en l'an 2000 », des groupes de scientifiques se sont construits. En 1982, la Fondation européenne pour la science a organisé des ateliers internationaux sur le thème des inégalités sociales de santé en Europe. Depuis, ce sujet n'a cessé de nourrir des débats scientifiques, particulièrement en Suède et dans le Royaume-Uni.

Toutefois, les inégalités sociales de santé font en France l'objet d'une attention moins soutenue que dans les autres pays occidentaux bien que notre pays ait joué un rôle précurseur au XIXème siècle (annexe n° 1 : rapport de Villermé). En France, l'idée que le système de soins était l'un des plus performants a longtemps constitué un frein au développement des recherches sur les inégalités. Ce n'est qu'en 2001, notamment avec l'ouvrage collectif rédigé par l'INSERM sur les inégalités sociales de santé<sup>6</sup>, que des travaux spécifiques dans ce domaine d'étude seront publiés. La loi de santé publique du 9 août 2004, objet de notre questionnement, a confirmé le surcroît d'intérêt pour ce thème.

---

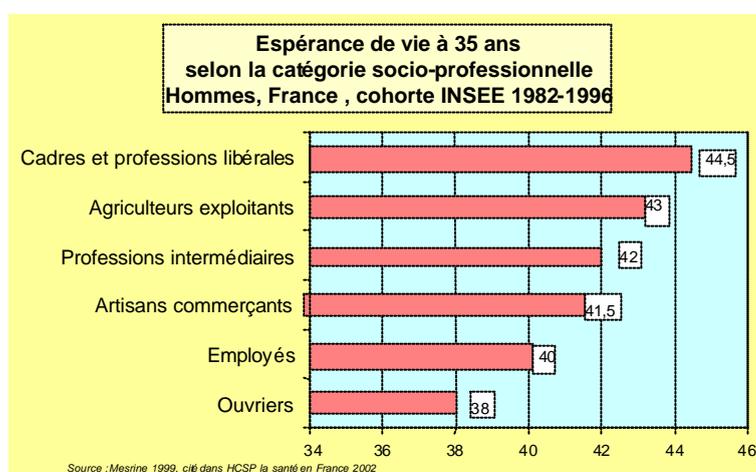
<sup>5</sup> Rapport de Sir Black réalisé à partir de différents travaux sur les inégalités sociales, traitant de la mortalité et de la morbidité des soins médicaux.

<sup>6</sup> A LECLERC, D. FASSIN et al, *Les inégalités sociales de santé*, INSERM/La découverte, Paris, 2000.

### 1.1.2 Constat des inégalités sociales de santé

La France a été classée en tête des systèmes de santé par l'OMS<sup>7</sup>. Pour autant, elle est marquée par de très fortes inégalités sociales de santé<sup>8</sup>. Cette situation constitue ce que le Haut Comité de la Santé Publique (HCSP) nomme le « paradoxe français »<sup>9</sup>. Ces inégalités correspondent à de profondes disparités d'état de santé entre les individus de situations sociales distinctes. En outre, de nombreuses études mettent en exergue le risque de mortalité, de morbidité et de handicap comme étant proportionnel au désavantage social.

## Inégalités sociales



La fonction qui lie mortalité, morbidité, et structure socio-économique hiérarchique semble être un constat universel dans tous les pays<sup>10</sup>.

Ainsi, les inégalités sociales devant la mort sont particulièrement significatives. En effet, notamment pour la mortalité prématurée (c'est à dire avant 65 ans), elles sont beaucoup plus importantes en France que dans la plupart des pays européens. A 35 ans, l'espérance de vie d'un ouvrier non qualifié est de 9 ans inférieure à celle d'un cadre supérieur<sup>11</sup>. La France connaît donc en la matière une situation particulièrement défavorable. Mais ces

<sup>7</sup> Rapport OMS : *la santé dans le monde*, 2000.

<sup>8</sup> IRDES, février 2005, opus cit.

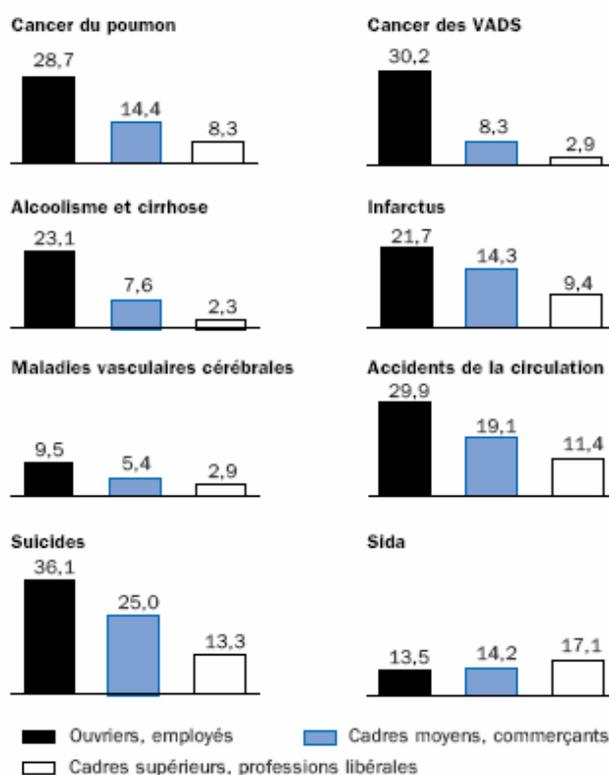
<sup>9</sup> HCSP, *La santé en France*, 2002, Ministère de l'emploi et de la solidarité.

<sup>10</sup> IRDES, février 2005 ; opus cit.

<sup>11</sup> SALEM, RICAN et al, *Atlas de la santé en France*, DRESS, 1999

inégalités ont plutôt tendance à s'accroître dans le temps pour l'ensemble des pays européens<sup>12</sup>.

Figure 31 **Taux de décès selon la catégorie sociale et selon la pathologie\*** (hommes, 25-54 ans, 1988-1992)



\* Taux standardisés par âge (de 5 en 5 ans)

Source : SCB-Inserm

Finalement, en Europe, exception faite des pays scandinaves, l'augmentation de l'espérance de vie s'est accompagnée d'un accroissement des inégalités sociales.

Les inégalités sociales devant la maladie sont, quant à elles, également très marquées. Il est démontré une forte relation entre les catégories socio-professionnelles et l'alcoolisme, les maladies cardio-vasculaires, la plus part des cancers, la santé mentale et le SIDA. Il demeure néanmoins des différences dans l'expression de ces inégalités. En effet, il existe des particularités géographiques dans « l'interprétation possible de la relation entre situations sociales et santé »<sup>13</sup> On ne meurt pas au même âge et des mêmes maladies selon le lieu de résidence.

<sup>12</sup> KUNST in *Les inégalités sociales de santé*, Leclerc A et Al, INSERM, La découverte, 2000, p 58

<sup>13</sup> M.GOLBERG, M. MELCHIOR, A. LECLERC et F. LERT « Epidémiologie et déterminants sociaux des inégalités de santé » de Rev. Epid. Santé Publique, n°51, 2003, p. 384.

Aussi, si la dimension spatiale est à prendre en compte, on ne doit pas pour autant occulter la dimension temporelle. Comme le font remarquer les auteurs *d’Être ou ne pas être en bonne santé*, « le temps constitue un autre piège pour la compréhension des déterminants de la santé »<sup>14</sup>. Effectivement, la plupart des répercussions sur la santé ne sont pas instantanées, et les temps « écoulés, biologiques, cumulatifs, ou historiques » influent sur les gradients socio-économiques. Cette remarque est dans la continuité des théories montrant que la santé se construit au travers d’un processus cumulatif tout au long de la vie (Théories de la Life course). De ce fait, chaque évènement, même survenu dans la petite enfance, a son importance.

Dans ce contexte, les recherches actuelles permettent de reconnaître l’importance des déterminants socio-économiques sur les disparités sociales de santé. «*Les inégalités sociales de santé sont moins le fait d’une inégalité devant les soins que la résultante d’un ensemble d’inégalités économiques, sociales et culturelles, dont l’effet cumulatif négatif est d’autant plus marqué que la catégorie sociale est défavorisée* »<sup>15</sup>. Les inégalités sociales de santé liées aux conditions et modes de vie des personnes sont donc, pour l’essentiel, dues à des facteurs indépendants du système de santé. Elles ont, par conséquent, des causes multiples qui peuvent être influencées par des choix politiques.

## **1.2 La “détermination hétérogène”<sup>16</sup> des inégalités sociales de santé**

Les inégalités sociales de santé peuvent être regroupées en deux catégories : celles liées aux origines sociétales qui impliquent la société dans son ensemble et dans son fonctionnement global, et celles ayant une origine individuelle reflétant la position de l’individu et son parcours au sein de la société. Ces deux types d’inégalités se complètent dans un processus généralement cumulatif.

### **1.2.1 Les inégalités sociétales**

Ces inégalités sont celles qui ont le plus grand impact, notamment lorsque l’on cherche à expliquer des différences entre les pays. Cependant, elles sont les plus difficiles à combattre car elles engagent toute une société, aussi bien dans son mode de

---

<sup>14</sup>R.G EVANS, M. L. BARER, T.R MARMOR, *Être ou ne pas être en bonne santé : biologie et déterminants sociaux de santé*, Paris, 1996, John Libbey Eurotext, Les Presses de l’université de Montréal, 359 pages, p. 92.

<sup>15</sup> P. SURAULT, « Les inégalités sociales de santé », *La revue du praticien*, décembre 2004

<sup>16</sup>R.G EVANS, Morris L. BARER, T.R MARMOR, opus cit, p 78. Le concept d’hétérogénéité est plus neutre ; il ne contient pas de jugement de valeur. Il est préféré à ceux d’inégalité et d’iniquité.

fonctionnement économique que dans sa tradition culturelle et historique, fondement de ses valeurs. En extrapolant, ce sont ces divergences qui expliqueraient les inégalités en terme d'espérance de vie entre les Etats-Unis et le Japon.

Diverses études, comme celle de Micheal Marmot <sup>17</sup>, démontrent que la cohésion sociale au sein des sociétés est un déterminant important des inégalités sociales de santé. Le Japon, contrairement aux Etats-Unis, illustre parfaitement cette théorie. Il semblerait qu'une plus forte cohésion sociale suscite moins de conduites à risque chez les individus. C'est pourquoi, les Etats-Unis n'occupent que le vingt-sixième rang mondial en matière d'espérance de vie, soit quatre ans d'écart avec le Japon.

Cette étude caractérise aussi la distribution des richesses comme un des principaux déterminants des inégalités de santé, au-delà de la richesse absolue, autant au niveau étatique qu'infra-étatique<sup>18</sup>. C'est pour cela qu'il est nécessaire de se référer à des indices comme la Courbe de Lorenz ou l'indice de Gini (Annexe n° 2) pour identifier les politiques à mettre en œuvre.

Ces inégalités impactent également les données qui se situent à la frontière du sociétal et de l'individuel. D'ailleurs, Richard Wilkinson, dans son ouvrage<sup>19</sup>, insiste sur le fait que la pauvreté relative est plus explicative dans nos sociétés par le biais des effets psychosociaux qu'elle produit. Les rapports sociaux ont une influence importante sur le bien être des individus, et contribuent corrélativement à leur bonne santé.

L'autre grand déterminant sociétal correspond au système de santé et aux politiques de santé publique mises en œuvre. Si ces dernières sont plus aisément modifiables, il n'en demeure pas moins qu'elles le sont "au prix d'un combat" contre les habitudes et le corporatisme.

Aussi en France, la mise en œuvre des politiques publiques n'a pas réellement permis la réduction des inégalités sociales de santé. En effet, dans sa tradition, la France a toujours mis l'accent sur le curatif au détriment du préventif. Les politiques, jusqu'alors, relatives à la lutte contre les inégalités sociales de santé, étaient centrées essentiellement sur l'amélioration constante de l'accès aux soins pour tous. Or, cette vision a conduit à ignorer le fait que les inégalités sociales de santé constituent un gradient et qu'elles se situent, le plus souvent, en amont du soin. A cet effet, une conseillère technique d'une

---

<sup>17</sup> M. MARMOT, *Status Syndrome, How Your Social Standing Directly Affects Your Health and Life Expectancy*. Londres 2004. p 67

<sup>18</sup> M. MARMOT, opus cit. p 67 et suivantes

<sup>19</sup> R. WILKINSON, *L'inégalité nuit gravement à la santé* Cassini, Paris 2002

Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) préconisait, lors d'un entretien (Annexe n° 16 : entretien avec l'ancienne conseillère technique en travail social), la formation d'un plus grand nombre de médecins de santé publique, ainsi que la création de nouveaux métiers, tels que des animateurs de santé dans les écoles, le secteur associatif... Elle insistait aussi sur le fait que la médecine libérale, actuellement pratiquée en France, n'est plus adaptée à la prise en charge des personnes précaires ou en bas de l'échelle sociale, supportant mal le colloque singulier. Une prise en charge plus souple, dans le cadre d'institutions de type maison de santé dans lesquelles on trouverait une équipe médico-sociale, serait plus appropriée.

On constate finalement que les opinions personnelles relatives à la lutte contre les inégalités sociales de santé sont propres à la perception et à la compréhension de chacun, même si les inégalités individuelles interfèrent largement sur cette vision globale.

### **1.2.2 Les inégalités individuelles**

Les inégalités individuelles sont essentiellement de trois ordres qui s'imbriquent et se cumulent. Ce sont les inégalités économiques, notamment le revenu, les inégalités du niveau d'éducation et les inégalités inhérentes au capital social. La combinaison de l'ensemble de ces facteurs explique le fait que les inégalités sociales de santé constituent un gradient sans rupture.

Les inégalités de revenus ne sont pas forcément les plus explicatives. Selon M. Marmot<sup>20</sup>, elles provoquent principalement un effet de seuil. A partir du moment où les individus disposent d'un revenu suffisant pour couvrir leurs dépenses en biens essentiels, d'après la théorie d'Adam Smith<sup>21</sup>, le revenu est faiblement explicatif des inégalités sociales de santé. C'est pourquoi, comme on a déjà pu le constater, ce ne sont pas les pays les plus riches qui ont les espérances de vie les plus élevées<sup>22</sup>. D'ailleurs, dans l'ouvrage *Etre ou ne pas être en bonne santé*, « il semble que les pays qui bénéficient d'un meilleur état de santé soient également ceux qui accordent une place plus importante aux femmes et aux enfants dans leur culture, leur environnement social et leur politique sociale »<sup>23</sup>.

---

<sup>20</sup> M. MARMOT, opus cit.

<sup>21</sup> A SMITH, dans son *Essai sur l'origine et les causes de la richesse des nations*, définit les biens essentiels à la vie de manière extensive en expliquant que ce sont les biens qui sont nécessaires pour ne pas être exclus de la communauté, au-delà des besoins vitaux. Ainsi dans certaines sociétés on peut considérer le téléphone portable comme un bien essentiel. (1776)

<sup>22</sup> M MARMOT, opus cit.

<sup>23</sup> R.G EVANS, M. L. BARER, T.R MARMOR *Etre ou ne pas être en bonne santé ... opus cité.* p 80.

Les variables sociologiques ont donc un rôle fondamental au-delà du revenu. A ce titre, il a été observé que les fils de cadres et d'ouvriers ne possèdent pas les mêmes atouts pour entrer dans la vie sociale. Les « capitaux »<sup>24</sup> qu'ils soient culturels, économiques ou sanitaires sont socialement différenciés. En la matière, certaines données viennent corroborer ce constat puisque la probabilité de décès des enfants d'ouvriers non qualifiés est environ deux fois plus élevée que celle des enfants de cadres. De même, l'état de santé est souvent plus précaire chez les jeunes d'origine modeste.

Les inégalités sociales de santé sont donc la résultante d'un ensemble d'inégalités culturelles, sociales et économiques influant tout particulièrement aux deux extrémités des groupes sociaux. Cela justifierait la place prépondérante de l'éducation dans l'explication des inégalités sociales de santé et ce de plusieurs points de vue :

D'une part, les personnes des PCS supérieures sont plus réactives aux politiques de préventions et aux messages de santé publique.

D'autre part, le niveau d'éducation est une variable discriminante, comme le souligne Micheal Marmot<sup>25</sup>, car c'est le facteur primordial qui permet à l'individu d'avoir le contrôle sur sa vie. Or, cette variable permet de mieux maîtriser les aléas de la vie et notamment le stress. Par exemple, les problèmes de tension artérielle sont beaucoup plus fréquents dans les catégories sociales les plus défavorisées<sup>26</sup>. L'éducation, permettant à l'individu de gérer sa vie de manière indépendante et autonome, a donc une influence directe sur les inégalités de santé. Il semble, en effet, nécessaire de commencer à informer l'individu sur la santé et les questions qui en découlent dès son plus jeune âge. Différentes études mettent en relief l'influence cruciale de la petite enfance sur la santé et le bien-être de l'individu durant toute sa vie.

Enfin, le capital social est la dernière catégorie de variable explicative. Cette approche est relativement ancienne car déjà au début du siècle, Emile Durkheim, dans *Le Suicide*, montrait en quoi le niveau d'intégration dans la société avait un impact sur les conditions de santé mentale et entre autre sur le suicide. Dans des travaux plus récents et approfondis, tirés de l'analyse de Granovetter<sup>27</sup>, le capital social, compris comme l'ensemble des relations sociales qu'un individu est capable d'entretenir, permet d'obtenir des informations diverses et variées, notamment dans le domaine de la santé.

---

<sup>24</sup> P. BOURDIEU, J.C PASSERON, *La Reproduction*, Editions de Minuit, Paris, 1970.

<sup>25</sup> M. MARMOT, opus cit.

<sup>26</sup> T. LANG, C. RIBET, in *Les inégalités sociales de santé*. Opus cit.

<sup>27</sup> M. GRANOVETTER, « la force des liens faibles », 1972

A cet effet, l'existence d'un réseau social permet de limiter les conséquences d'un accident de santé. Ainsi, Richard Wilkinson met en relief la fréquence des décès pour une même maladie ; fréquence deux à quatre fois supérieure à la moyenne chez les personnes mal insérées dans la société<sup>28</sup> et ayant reçu des soins identiques. Cela prouve l'importance du capital social dans la santé.

A leur avantage, les catégories sociales supérieures bénéficient de réseaux sociaux plus denses et "mieux construits", car plus diversifiés, contribuant pleinement à élever leur niveau de santé.

En conclusion, la perception des inégalités sociales de santé varie selon les personnes. Ainsi, les professionnels interrogés ont défini les déterminants des inégalités sociales de santé en fonction principalement de leur activité. Pour leur part, les acteurs de santé interviewés pour ce rapport, médecin gériatre, urgentiste, directeur d'EHPAD, directeur des soins tendent à expliquer les inégalités sociales de santé par la difficulté à accéder au système de soins. A contrario, un épidémiologiste interviewé considère que d'autres déterminants sont à prendre en compte tels que les conditions de vie, de travail, l'environnement, les revenus... Il en résulte qu'aucun consensus, en la matière, n'existe pour avoir une définition arrêtée. Finalement, pour reprendre la théorie de Micheal Marmot<sup>29</sup>, soutenue également par un enseignant-chercheur de l'ENSP, toutes les variables sont à associer pour qualifier les inégalités sociales de santé. Mais lorsqu'il reste un reliquat dans les écarts constatés, ce sera le déterminant social (lieu de vie, lieu de travail, comportements à risque...) qui primera. Ici, les inégalités sociales de santé sont décrites en termes de statistique et d'écarts de normes.

Aussi, bien que de nombreuses recherches et études aient modifié la définition des déterminants de santé et la compréhension des inégalités sociales de santé, l'insuffisante portée des politiques de santé publique a nécessité d'insuffler, à la faveur d'un cadre juridique renouvelé, une nouvelle approche qu'il convient d'analyser.

---

<sup>28</sup> R. WILKINSON, opus cit.

<sup>29</sup> M. MARMOT, opus cit.

## **CHAPITRE 2: LA LOI DE SANTE PUBLIQUE DU 9 AOUT 2004, REFLET DU MANQUE D'ATTENTION PORTE AUX INEGALITES SOCIALES DE SANTÉ DANS LE DEBAT PUBLIC ?**

Considérées initialement sous l'angle de la lutte contre la précarité et l'exclusion (2.1), les inégalités sociales de santé vont émerger indirectement dans le champ de la santé publique. Ainsi, si la loi de santé publique du 9 août 2004 représente une opportunité pour aborder les inégalités sociales de santé, elle mérite néanmoins d'être relativisée (2.2).

### **2.1 La réduction des inégalités sociales de santé traitée essentiellement sous l'angle de la lutte contre la précarité et l'exclusion**

#### **2.1.1 Un corpus législatif centré sur la lutte contre la précarité**

La question des inégalités sociales de santé a longtemps été abordée exclusivement par la mise en place de dispositifs relatifs à la lutte contre la précarité et l'exclusion. La loi de 1988 créant le Revenu Minimum d'Insertion (RMI) est présentée par tous comme un moyen d'insertion sociale permettant de freiner l'aggravation des inégalités, en assurant un revenu différentiel stable aux personnes en situation de difficulté. Les lois du 29 juillet 1998<sup>30</sup> et du 27 juillet 1999<sup>31</sup> de lutte contre les exclusions préconisent des actions ciblées sur les exclus et la recherche d'une ouverture dans l'accès aux soins. La loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions de 1998 lance les Programmes d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS). Elle renforce également la mission sociale de l'hôpital, chargé d'élaborer une Permanence d'Accès aux Soins (PASS). Ce texte regroupe également des mesures d'accessibilité aux soins tant curatifs que préventifs pour les personnes en situation de précarité, ainsi que des mesures d'urbanisme notamment en termes de salubrité et de lutte contre le saturnisme. L'appropriation par les personnes en difficulté des informations nécessaires pour accéder au système de santé constitue le combat quotidien de certains acteurs de terrain (Annexe n° 17 et n° 22 : Entretien avec une assistante sociale et un médecin gériatre). La loi de 1999 portant création de la Couverture Maladie Universelle (CMU) est considérée comme une avancée significative, même si elle reste centrée sur l'accès aux soins. Il est

---

<sup>30</sup> Loi n° 98-657 du 29 Juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions

<sup>31</sup> Loi n° 99-641 du 27 Juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle

intéressant de constater que ce texte a été souvent présenté non pas comme un moyen de lutte contre les inégalités, mais comme un garant de l'égalité dans l'accès au système de santé. Ce système a été construit dans un souci de réduction des inégalités d'accès aux soins mais non pas dans un souci de réduction des inégalités sociales de santé. Le double dispositif d'une couverture de base et d'une couverture complémentaire a concerné au total près de cinq millions de personnes<sup>32</sup>.

Outre l'incidence de mesures fiscales, économiques, urbaines, il faut noter l'importance de la loi de cohésion sociale dans son troisième pilier « égalité des chances », qui place la réduction des inégalités au centre d'un faisceau de mesures<sup>33</sup>.

Ainsi, ces politiques de lutte contre la précarité et l'exclusion ont eu le mérite d'aborder la question des inégalités sociales de santé, qui reste par ailleurs peu traitée dans la société française. « *Les chercheurs ont profité des politiques de lutte contre les exclusions comme tremplin à la recherche* » sur les inégalités sociales de santé (Annexe n° 14 : entretien avec un enseignant chercheur). Cette émergence du débat sur les inégalités sociales de santé, selon un chercheur à l'Institut de Recherche Documentaire en Economie de la Santé (IRDES), peut notamment s'expliquer par la tradition égalitariste et l'universalisme français. La société française serait réticente à toute rupture du principe de cette égalité fondamentale entre tous ces membres. Ce serait entre autre la raison pour laquelle les politiques de discrimination positive suscitent tant de débats.

Toutefois, alors que les inégalités sociales de santé ont bénéficié de l'influence des mesures de lutte contre la précarité notamment en terme de moyens (crédits alloués à la recherche), le débat public est, à cet égard, encore insuffisant. Un chercheur de l'INSERM estime ainsi que « *la priorité est la santé alors que le débat porte sur les soins, l'accès aux soins et l'assurance maladie. On n'a pas aujourd'hui un réel débat sur la santé et sur l'ensemble des déterminants.* » (Annexe n°15 : entretien avec un chercheur épidémiologiste à l'INSERM)

### **2.1.2 Une approche trop restrictive des inégalités sociales de santé**

Cette approche, par le biais de l'exclusion et de la précarité, s'avère toutefois trop restrictive. Comme l'explique Didier Fassin, « *on se focalise sur les situations extrêmes,*

---

<sup>32</sup> Voir sur ce point l'analyse faite par l'équipe de l'Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé (IRDES), « Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé ? Un éclairage européen », « Deuxième partie : quelques expériences européennes », dans Questions d'économie de la santé, n°93, février 2005.

<sup>33</sup> Loi n° 2005-32 du 18 Janvier 2005 de programmation pour la cohésion sociale.

*les plus dramatiques, quand au contraire les inégalités sociales invitent à englober dans une même perspective l'ensemble du monde social »<sup>34</sup>. Un épidémiologiste insiste sur le fait que « les inégalités sociales courent le long de l'ensemble de la société et ne concernent pas seulement les exclus et les individus en situation de précarité. Il s'agit ici de la théorie du gradient par rapport à la théorie de l'exclus / inclus » (Annexe n° 15 : entretien avec un chercheur de l'INSERM).*

Le ciblage des actions publiques sur une population déterminée peut conduire à une stigmatisation de ces groupes. Un autre chercheur souligne le risque d'échec de campagnes publiques visant à agir sur les comportements, et qui peuvent être perçues comme des « *leçons de morale* » (Annexe n° 21 : Entretien avec un chercheur de l'INSERM). Cette stigmatisation aurait des incidences sur le comportement des professionnels de santé, dans le traitement des pathologies des individus concernés et leur orientation dans le système de santé. Un médecin gériatre illustre l'existence de différences dans les trajectoires de santé par l'importance des disparités dans la prise en charge des personnes âgées (Annexe n° 22 : Entretien avec un médecin gériatre). Les statistiques françaises démontrent que chacun peut accéder au système de soins mais que la question du suivi et de la continuité des soins reste ainsi très aléatoire selon les publics.

Toujours considérées sous l'angle de la précarité et de l'exclusion, les inégalités de santé apparaissent pour la première fois, dans le domaine de la santé publique avec l'adoption de la loi relative à la politique de santé publique

## **2.2 La loi est-elle une occasion manquée ?**

### **2.2.1 La réduction des inégalités de santé : un principe inscrit dans la loi de santé publique**

La loi de santé publique parle pour la première fois de réduction des inégalités de santé. En ce sens, elle constitue une innovation dans le dispositif législatif. Elle ouvre une brèche dans la reconnaissance des inégalités sociales de santé.

Ainsi, la réduction des inégalités de santé constitue un des dix domaines majeurs d'application de la politique de santé publique, qui, entre autres, « *concerne [...] la réduction des inégalités de santé, par la promotion de la santé, par le développement de l'accès aux soins et aux diagnostics sur l'ensemble du territoire* »<sup>35</sup>.

---

<sup>34</sup> M.De KONNINCK, D. FASSIN, « Les inégalités sociales de santé, encore et toujours », Santé, société et solidarité, n°2, 2004, p. 6.

<sup>35</sup> Article 2, alinéa 7 de la loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique

Une liste hiérarchisée de cent objectifs quantifiés est annexée à la loi. La majorité de ces objectifs est regroupée autour de cinq thèmes considérés comme prioritaires et constituant des plans stratégiques de santé publique : cancer, violence, maladies chroniques, santé environnementale, ainsi que les maladies rares.

Au sein de ce corpus, deux objectifs, inscrits sous l’item « précarité et inégalités », abordent la question de la réduction des inégalités de santé. L’objectif 33 vise à « *réduire les obstacles financiers à l’accès aux soins pour les personnes dont le niveau de revenus est un peu supérieur au seuil ouvrant droit à la CMU.* » Un objectif préalable doit permettre d’« *analyser les conséquences d’un effet seuil lié aux revenus sur le recours aux soins* ». Ce dernier s’est traduit concrètement par une nouvelle aide financière dite « aide à la complémentaire », inscrite dans la loi du 13 août 2004 relative à l’assurance maladie<sup>36</sup>. Elle est réservée aux personnes situées au-dessus de 15 % du seuil fixé pour la CMU. L’objectif 34 correspond à une volonté de « *réduire les inégalités devant la maladie et la mort, par une augmentation de l’espérance de vie des groupes confrontés aux situations précaires* ». Pour cela, l’objectif préalable prévoit d’« *identifier les meilleurs instruments de mesure des inégalités et des discriminations liées à l’origine* ».

## **2.2.2 Une loi présentant des avancées dans le domaine des inégalités sociales de santé**

La grande majorité des experts et des acteurs du champ sanitaire et social que nous avons interrogés regarde cette loi comme une avancée très positive. Première loi généraliste depuis la loi du 15 février 1902 relative à l’hygiène publique, cette loi est présentée par un inspecteur de la DRASS (Annexe n° 8 : entretien avec un inspecteur de l’action sanitaire et sociale) comme une « *constitution* » de santé publique. Elle est appréciée pour avoir le mérite de « *poser les grands principes d’une politique publique en matière de santé* » (Annexe n° 5 : entretien avec une conseillère technique en travail social à la DRASS). Ces principes sont explicités dans le rapport d’objectifs de santé publique et président aux choix des objectifs. La formulation de ces principes permet d’aborder indirectement la question des inégalités sociales de santé. Le second principe est la « réduction des inégalités ». Il implique que la « *définition des objectifs et l’élaboration des plans stratégiques doivent systématiquement prendre en compte les groupes vulnérables en raison de leurs expositions à des déterminants spécifiques de la fréquence et / ou de la gravité du problème visé, y compris les déterminants liés à des spécificités géographiques* ». Le principe de “précocité” mentionne l’importance de la prise en compte le plus tôt possible des déterminants de santé.

---

<sup>36</sup> Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l’assurance maladie

De plus, la formulation très large de ces objectifs peut être perçue comme un espace de liberté pour les différents acteurs. L'absence de contraintes fortes leur laisserait une marge de manœuvre pour mettre en place des actions dans le domaine de la réduction des inégalités sociales de santé. Par ailleurs, les quatre-vingt-dix huit autres objectifs peuvent se traduire concrètement par des actions ayant des répercussions indirectes sur les inégalités sociales de santé. Un enseignant-chercheur de l'Ecole Nationale de Santé Publique (ENSP) estime ainsi que « *l'intérêt des cent objectifs est de laisser un espace de liberté aux acteurs. C'est à eux de décider dans quels objectifs ils s'inscrivent.* » (Annexe n° 14 : entretien avec un enseignant chercheur).

En outre, l'objectif 34 représente une opportunité pour agir directement sur les déterminants de santé : les professions et catégories sociales, l'espérance de vie, le statut dans l'emploi et l'origine géographique par l'intermédiaire du lieu de naissance ont été retenus comme indicateurs. Ces derniers sont présentés par la plupart des experts comme des éléments clés pour agir sur la réduction des inégalités sociales de santé.

Enfin, la loi de santé publique soutient et donne plus de poids aux actions déjà mises en œuvre pour lutter contre les inégalités sociales de santé. Elle permet pourtant d'introduire un cadre d'actions, notamment à travers la fixation d'objectifs quantifiés et la mise en place d'outils de surveillance, proposés par les scientifiques. De surcroît, les chercheurs interrogés considèrent qu'elle peut avoir un effet moteur et susciter de nouvelles actions. Enfin, ils soulignent également l'importance des actions d'éducation à la santé.

### **2.2.3 Néanmoins ces avancées méritent d'être relativisées**

Il convient tout d'abord de souligner que la loi ne traite pas explicitement des inégalités sociales de santé, mais d' « inégalités de santé ». Ces dernières regroupent en théorie les inégalités géographiques, sociales et professionnelles. Il est possible que le législateur, lors de l'élaboration de ce texte, ait pensé de façon plus spécifique à la réduction des inégalités spatiales. Pour un certain nombre d'experts interrogés, cette « *omission* » est très dommageable. La loi de santé publique constituait une opportunité intéressante pour inscrire la réduction des inégalités sociales de santé comme un objectif à part entière de la politique de santé publique.

Cette "occasion manquée" est le reflet de la relative absence de discussion préalable sur cette question dans le débat parlementaire. Il est intéressant d'examiner sur ce point les rapports préliminaires à la loi. Les inégalités y sont considérées comme un déterminant des problèmes de santé mais pas comme un problème de santé à part entière. Le rapport de mars 2003 publié par la Direction Générale de la Santé et le Groupe Technique National de Définition des Objectifs (GTNDO), mentionne les inégalités sociales de santé non seulement comme un déterminant de certains problèmes de santé mais aussi comme une thématique de santé associée à la précarité. L'enseignant-chercheur de l'ENSP

explique par ailleurs que «pour les instigateurs de la loi, (...) chaque action de santé publique doit passer par le politique et ainsi, il faut simplifier au maximum. Ainsi, pour le suicide, le rapport des experts faisait 5 à 7 pages ; dans la loi, il apparaît seulement le taux de diminution à atteindre et 4 ou 5 champs d'action (Annexe n° 14 : entretien avec un enseignant chercheur). La retranscription des travaux de la commission des affaires culturelles et sociales de l'Assemblée Nationale permet de voir à quel point le débat était orienté sur l'amélioration du dispositif de sécurité sanitaire. C'est sur ce point que le ministre de la santé de l'époque, Jean-François Mattei, a ouvert la discussion. C'est également sur ce point qu'a porté la majeure partie des questions. Aucun député n'a évoqué le sujet des inégalités sociales de santé<sup>37</sup>.

De plus, il est regrettable de constater que la loi ne constitue pas une véritable rupture dans l'appréhension des inégalités sociales, telle qu'elles apparaissaient dans les précédents textes législatifs. En effet, une lecture attentive des articles et des objectifs concernant ce sujet permet de souligner que l'approche choisie reste très axée sur un amalgame entre précarité et inégalité sociale. Certains experts déplorent le fait que le texte reste centré sur les "disparités" de santé et n'aborde pas la question des inégalités sociales de santé. Ils soulignent que les politiques de santé actuelles ont été orientées essentiellement sur le côté "visible" de l'inégalité, à savoir la précarité, au détriment du côté "invisible", autrement dit les inégalités sociales de santé.

On peut émettre des doutes sur la réalisation des objectifs tels qu'ils sont présentés dans la loi (Annexes n°10 et n°16 : entretien avec un directeur de maison de retraite, et une ancienne conseillère technique en travail social). Elle reste beaucoup trop générale, comporte trop d'objectifs et n'aborde pas certains problèmes de fond. Les experts ajoutent qu'elle ne tient pas compte des expériences déjà menées sur le terrain. De plus, la politique d'évaluation qui permettrait un suivi des actions menées est absente. Quant aux personnes non expertes, elles émettent des réserves sur la mise en œuvre de la loi qui concernent principalement les moyens qui vont être octroyés et leur financement. Contrairement aux experts et aux chercheurs, ces professionnels de terrain, s'interrogent sur la marge de manœuvre dont ils vont disposer.

Enfin, la grande majorité des actions publiques qui découlera de ces objectifs nécessitera une cohésion interministérielle forte et durable. Or, cette interdisciplinarité ne fait pas partie de la culture politique française. D'autre part, le groupe s'est posé la question de

---

<sup>37</sup> Rapport de J-M. DUBERNARD, fait au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales sur le projet de loi relatif à la politique de santé publique, 2003.

l'opportunité de la loi dans le domaine des inégalités sociales de santé qu'elle n'aborde que de manière implicite. Les experts, comme les non-experts, ne semblent pas remettre en cause les omissions qu'elles comportent. Les outils sont posés même s'il s'agit pour chacun de se positionner par rapport aux objectifs qu'il souhaite atteindre en matière de réduction des inégalités sociales de santé.

L'évaluation globale de la loi à l'échéance des cinq ans prévus permettra de dire si l'orientation choisie a été un frein ou un atout au développement de politique de réduction des inégalités sociales de santé. Les entretiens avec les professionnels de santé ont mis en évidence les différences de points de vue sur l'application même des actions de santé publique concernant les inégalités sociales de santé. Certains estiment que l'identification d'une population cible est un préalable indispensable, alors que d'autres envisagent la réduction des inégalités sociales d'une manière plus globale, sans distinction entre groupes d'individus. Il faut, par ailleurs, souligner que plusieurs de ces professionnels n'avaient pas connaissance du texte et de ses possibles implications dans leur pratique quotidienne.

## **CHAPITRE 3 : LES EXPERIENCES ET PROPOSITIONS**

Certains pays européens ont une avance sur la France, si ce n'est en matière de lutte contre les inégalités sociales de santé, au moins dans la prise de conscience de leur importance. Des groupes de travail ont souvent été mis en place, des rapports des gouvernements rédigés et des financements dégagés pour la recherche et le développement d'actions sur le terrain (3.1). Ces différentes expériences nous ont permis de formuler nos propres propositions quant à la réduction des inégalités sociales de santé (3.2).

### **3.1 La lutte contre les inégalités sociales de santé passe dans la plupart des pays européens par des politiques surtout transversales et territoriales**

Leurs actions de santé sont orientées autour de trois axes principaux : des politiques territoriales, des politiques ciblées et quantifiées et des politiques globales et transversales sur des domaines précis.

#### **3.1.1 Des politiques territoriales de santé**

L'article de Mackenbach & Bakker intitulé "Tackling Socioeconomics Inequalities in Health : Analysis of European Experiences"<sup>38</sup> montre que des politiques territoriales ont été une première voie explorée par des pays comme la Grande-Bretagne ou l'Espagne (la Catalogne). Ces politiques ciblaient des territoires particulièrement défavorisés où avaient été mis en lumière un ou plusieurs déficits. Ainsi en Grande-Bretagne, des actions ont été menées dans certains territoires pour faciliter un meilleur accès aux soins primaires. D'autres expériences ont également été menées dans une optique de discrimination positive en matière de soins et d'équipements médicaux dans les territoires où l'on observe d'importantes inégalités sociales de santé.

#### **3.1.2 Des objectifs peu nombreux et quantifiés**

Certains pays ont choisi comme politique de se fixer des objectifs intermédiaires. Ainsi, les Pays-Bas ont décidé de mettre en place une politique sur onze cibles identifiées, certaines sur des terrains précis, d'autres d'ordre plus global et à visée nationale. En Suède, en 2000, dix huit objectifs nationaux axés sur les déterminants de la

---

<sup>38</sup> Mackenbach, Bakker : "Tackling socioeconomic inequalities in health : analysis of European experiences", *Revue épidémiologique de santé publique*, n° 51 P 381-401. 2003, The Lancet, V:362, N:9393, 2003, p. 1409-1414

santé et les infrastructures nécessaires à l'action de prévention ont été définis ; un projet de loi a été déposé en décembre 2002.

Enfin, on peut citer les exemples de la Grande-Bretagne et du Danemark qui ont fixé des objectifs quantifiés en matière de réduction des inégalités sociales de santé. Ainsi le Danemark détermine des objectifs d'augmentation de l'espérance de vie. En Grande-Bretagne, le programme de lutte contre les inégalités de santé définit un objectif national qui vise à réduire d'ici 2010 les inégalités sociales de santé de 10%. Cet objectif principal est décliné en deux sous objectifs. Le premier concerne les enfants de moins d'un an et vise à réduire d'ici 2010 les écarts de mortalité entre les groupes de travailleurs manuels et les autres. Le second intéresse la réduction de 10% de l'écart d'espérance de vie à la naissance entre le cinquième des régions qui ont les taux les plus faibles et les autres.

### **3.1.3 Une lutte contre les inégalités sociales de santé fondée principalement sur des politiques globales et transversales ciblant de nombreux domaines d'actions**

Les exemples les plus souvent cités sont ceux de la Suède et de la Grande Bretagne.

En Suède, l'objectif est d'intégrer la santé publique dans la politique générale du gouvernement (économie, protection sociale, marché du travail, agriculture, transports et environnement). Dix grands domaines d'actions sont ainsi prévus (incluant notamment la santé sur le lieu de travail). La politique de santé est totalement décentralisée et mise en œuvre par les autorités locales.

En Grande Bretagne, le programme de lutte contre les inégalités sociales de santé est sous-tendu par l'idée que développe le rapport Acheson<sup>39</sup>, à savoir que la santé a de multiples déterminants sur lesquels il faut intervenir pour réduire les inégalités sociales de santé. Ces interventions concernent donc l'amélioration de l'éducation (lutte contre l'illettrisme), des transports, de l'habitat, du chômage et des services publics. Elles intéressent aussi l'aide aux travailleurs à bas salaires, domaines sur lesquels l'action doit se porter.

---

<sup>39</sup> Rapport Acheson in Tacking Health Inequalities : A programme for Action, Department of Health, London, 2003

On peut également citer l'exemple de la Belgique, qui élabore une politique publique pour créer des milieux favorables, développer les aptitudes personnelles et réorienter les services de santé.

Plus spécifiquement, certains pays ont mis en place une surveillance des conditions de travail afin de réduire les inégalités dans certaines régions ou certains secteurs. Le but est aussi de pouvoir mieux détecter les maladies chroniques et donc de réduire leur impact par une prise en charge plus précoce.

Enfin, tous les pays cherchant à diminuer les inégalités sociales de santé ont mis en place de nombreuses actions de prévention. A titre d'exemple, les pays scandinaves ont développé des campagnes de prévention pour prévenir les comportements à risque mais également celui de la Grande-Bretagne, où la prévention concerne la lutte contre le tabagisme, l'obésité et tente de favoriser une meilleure détection des cancers. Le cancer et les maladies cardiovasculaires sont effectivement identifiés comme deux sources de mortalité importantes dans ce pays.

## **3.2 Les Propositions**

Au cours de nos rencontres avec les professionnels et les experts nous avons pu dégager des pistes de réflexion quant aux perspectives d'application de la loi, prenant en compte le fait que les inégalités sociales de santé ne se limitent pas à la question de l'accès aux soins, et sont multifactorielles.

Au regard des propos que nous avons recueillis lors de nos entretiens, il nous semble possible d'identifier des perspectives d'interventions intéressantes tant le champ de la recherche que le champ de l'action concrète.

### **3.2.1 Les propositions dans le champ de la recherche**

Alors que la vision actuelle des inégalités sociales de santé est partielle, de nouvelles voies de recherche sont appelées à être explorées. Les déterminants n'apparaissent pas dans le système de soins ni dans le système de prévention dit médicalisé (Annexe n° 13: entretien avec un chercheur de l'INSERM en Grande-Bretagne). C'est pourquoi les propositions et recommandations visant à réduire les inégalités ne peuvent être uniquement relatives au domaine sanitaire. Nous rejoignons ici la question de la coordination entre les secteurs sociaux et sanitaires.

Nous pourrions proposer:

- Une inscription dans une logique de recherche plus globale quant aux inégalités sociales de santé. Il est important de ne pas centrer les études sur les inégalités sociales de santé uniquement sur la précarité, ni seulement sur la population active. L'ensemble de la population est concerné, à tous les âges. En cela, le modèle anglais «Life course» a retenu notre attention ; il est cité comme un exemple intéressant pour étendre l'étude tout au long d'une vie, les inégalités ayant été repérées comme commençant dès le plus jeune âge.
- Une évolution de la recherche dans les domaines de la différenciation sociale, de la mortalité, de la morbidité, pour apporter une vision globale de la santé.
- Des recherches sur l'articulation entre les déterminants de santé déjà identifiés pour travailler sur la dimension multifactorielle des inégalités sociales de santé. Ainsi la conjonction entre les déterminants socio-économiques et sanitaires, mais aussi l'identification des conséquences de la maladie et du handicap sur le travail et les relations sociales pourront être mises en exergue.

La recherche sur les déterminants permettrait la définition d'indicateurs nouveaux répondant à une exigence de mesure de l'efficacité de la loi systématisant les démarches d'évaluation.

- Plus que la quantification de la consommation de soins, une recherche doit être effectuée sur la manière dont les soins sont consommés et donc sur les comportements. Cette démarche s'inscrit dans une perspective de santé publique et d'action publique préconisée par le HCSP et s'éloigne d'un modèle circonscrit à l'accès aux soins élargissant ainsi les objectifs de la loi.
- Des études multi-niveaux avec des variables collectives et individuelles doivent être menées afin de développer les comparaisons inter régionales et internationales. Elles permettraient de fournir une information détaillée aux décideurs chargés de définir les besoins de santé et l'offre de soins régionaux.

### **3.2.2 Les propositions dans le champ de l'action**

Du fait même de la multiplicité des causes, il n'est pas possible de déduire de manière simple et cohérente des principes d'actions propres à réduire les inégalités sociales de santé.

Nous ne pouvons tirer que quelques éléments de réflexion :

- La réduction des inégalités dans la société passe inévitablement par une volonté politique et au niveau national.

- Un travail interministériel permettrait d'œuvrer en amont de la maladie, de réduire les écarts entre les revenus, d'améliorer les conditions de travail et l'accès à des emplois stables, d'améliorer les conditions d'habitat et l'accès au logement social. Il s'agit également de lutter contre les disparités à l'école et entre les hommes et les femmes, et contre toutes les formes de discriminations.

Les experts insistent sur le lien entre travail et santé : « *Il faut s'intéresser aux conditions de travail pour que le travail ne rende pas malade* » (Annexe n°19 : entretien avec un chercheur statisticien).

- Une démocratisation du débat concernant les inégalités sociales de santé est nécessaire ; les conférences nationales et régionales de santé et les conférences de consensus peuvent être le levier d'actions. Elle doit permettre de renforcer la prévention et ainsi modifier les politiques de santé publique souvent axées sur le curatif comme nous l'avons vu précédemment (cf. chapitre 1, partie 1.2.1).
- La question de l'égalité devant les soins relève de l'efficacité sur la santé mais aussi du respect des droits sociaux. Du fait de l'effet de seuil engendré par la CMU, il est souhaitable de se soucier des catégories qui n'en bénéficient pas, autrement dit des salariés pauvres. D'autant plus que ces derniers sont actuellement en nombre croissant et subissent une situation, non seulement très difficile, mais également non reconnue (Annexe n° 4 : entretien avec une assistante sociale).
- Dans le domaine de la prévention, il est important de s'intéresser à la socialisation et au rapport aux institutions. En lien avec l'égalité, ils déterminent effectivement le succès des mesures préventives qui s'annoncent aujourd'hui plus efficaces chez les classes sociales favorisées. Sur le terrain, cela pourrait se traduire :
  - par une mise en place de lieux de rencontres autour de la santé, avec des professionnels, afin de développer une information de proximité et rompre l'isolement. Cependant, l'expérience, menée en Grande-Bretagne entre 1992 et 1996, a montré qu'il était important de bien cibler ces lieux afin que ce ne soient pas les classes moyennes, voire moyennes supérieures, qui en profitent le plus ; ce qui aggraverait les inégalités sociales de santé.
  - par des déplacements des différents professionnels auprès des populations afin de diffuser l'information et la rendre intelligible par tous.
  - par le développement des moyens de transport vers les zones urbaines pour éviter l'isolement de la population résidant dans les campagnes reculées (Annexe n° 17 : entretien avec une assistante sociale).
  - par une action non seulement sur l'éducation, mais aussi sur la parentalité, quelque soit la déclinaison et quelques soient les catégories professionnelles.

L'objectif est de travailler sur la transmission transgénérationnelle et donc sur la prévention (Annexe n° 9 : entretien avec un médecin pédopsychiatre).

Enfin, nous reprendrions volontiers une recommandation formulée à la fois par l'INSERM et le HCSP. Il s'agit de mener une évaluation régulière et systématique de toutes les politiques publiques afin de mesurer leur impact sur les inégalités sociales de santé. Certains acteurs ont également déclaré qu'il ne fallait pas seulement évaluer mais qu'il était nécessaire de tirer les enseignements des politiques précédentes pour élaborer les suivantes.

## CONCLUSION

Les inégalités de santé ont été pendant longtemps considérées comme naturelles. Rousseau, dans son *Discours sur l'origine de l'inégalité parmi les hommes*, souligne ainsi qu'il existe une inégalité « naturelle ou physique, parce qu'elle est établie par la nature, et qui consiste dans la différence des âges, de la santé, des forces du corps, et des qualités de l'esprit ou de l'âme »<sup>40</sup>. L'idée que ces inégalités puissent relever non pas de l'inné mais de l'acquis a émergé de façon très progressive. Aujourd'hui, sociologues, géographes et épidémiologistes mettent en évidence l'importance des facteurs sociaux dans la constitution de ces inégalités. La recherche d'une réduction des inégalités de santé, et plus particulièrement des inégalités sociales de santé, ne peut plus être ainsi regardée comme une idée vaine.

Cette évolution dans la conception même des inégalités a eu des répercussions sur les différentes politiques publiques. La loi de santé publique du 9 août 2004 prend en compte cette évolution générale, puisqu'elle inscrit la réduction des inégalités de santé dans le domaine de la politique de santé publique. C'est la première fois, comme le soulignent de nombreux experts, que deux objectifs de politique de santé publique sont consacrés à la réduction de ces inégalités.

Néanmoins, les entretiens qui ont été menés avec des épidémiologistes spécialistes des inégalités sociales de santé comme ceux avec des professionnels de santé ont permis de dégager un certain nombre de réserves concernant ce texte. Tout d'abord, à aucun moment la loi ne parle d'inégalités sociales de santé : la formulation des domaines de la santé publique, comme celle des objectifs 33 et 34 concernant la réduction des inégalités de santé reste très vague sur ce point. La reconnaissance officielle de l'existence d'inégalités sociales de santé dépassant le simple cadre de la précarité et de l'exclusion n'a donc toujours pas été inscrite dans le corpus législatif. La loi ne rompt pas complètement avec la démarche de la lutte contre les exclusions et la précarité, telle qu'elle existe dans la loi du 29 juillet 1998. La mise en avant de la notion de gradient social n'est toujours pas affirmée officiellement.

Malgré ces réserves, étant donné le caractère très vague de la formulation de la loi, cette dernière restera une occasion manquée sans mobilisation à tous les niveaux de la société. À l'issue de notre réflexion, nous avons dégagé deux types de propositions.

---

<sup>40</sup> J.J. ROUSSEAU, *Discours sur l'origine de l'inégalité parmi les hommes*, édition Garnier Flammarion, Paris, 1991, p. 37.

D'une part, des recherches transversales prenant en compte la dimension multifactorielle des déterminants de santé doivent être développées. D'autre part, la mise en œuvre des actions de réduction des inégalités sociales de santé doit s'appuyer sur le développement de travaux interministériels prenant en compte les multiples dimensions du problème : démocratisation des débats, respect des droits sociaux, accentuation de la prévention et de l'éducation à la santé dans une démarche de proximité.

Le groupe, au terme de cette recherche, a conclu que la loi n'était pas une occasion manquée si une action construite et volontaire était mise en œuvre dans sa déclinaison au niveau local. La mise en place de programmes d'actions avec les collectivités locales ou les services déconcentrés de l'Etat doit se poursuivre et s'approfondir.

Ce travail nous a permis par ailleurs de prendre conscience d'un certain nombre de réalités dans le cadre de nos futures pratiques professionnelles. Il est en effet nécessaire de tenir compte quotidiennement des inégalités sociales de santé dans notre fonction. L'importance de la prévention, de l'éducation à la santé dans l'évolution des comportements individuels nous est apparue clairement à tous. Nous réalisons les dangers liés au ciblage des populations en situation de précarité, alors que les inégalités sociales de santé forment un véritable gradient qui touche tous les groupes sociaux. Enfin, l'interdisciplinarité du groupe nous a montré l'importance et l'opportunité d'un travail transversal, mêlant à la fois le social et le sanitaire, dans une optique de réduction des inégalités sociales de santé. Nous concluons donc sur l'opportunité de la création d'un groupe interministériel pour réfléchir à la mise en place d'actions locales.

---

# Bibliographie

---

## Textes législatifs et réglementaires :

- Loi 2005-32 du 18 janvier 2005, de programmation pour la cohésion sociale
- Loi 2004-806 du 9 août 2004, relative à la politique de santé publique
- Loi 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie
- Loi 99-641 du 27 juillet 1999, portant création d'une couverture maladie universelle
- Loi 98-657 du 29 juillet 1998, d'orientation relative à la lutte contre les exclusions
- Ordonnance 96-345 du 24 avril 1996, relative à la maîtrise médicale des dépenses de soins

## Ouvrages :

BOURDIEU P., PASSERON J-C, La Reproduction, Minuit, Paris, 1970

EVANS R.G, BARER M. L., MARMOR T.R, *Etre ou ne pas être en bonne santé : biologie et déterminants sociaux de santé*, Paris, 1996, John Libbey Eurotext, Les Presses de l'université de Montréal, 359 pages, p. 92.

KUNST, 1999 in Les inégalités sociales de santé, INSERM, La découverte, 2000

LECLERC A., FASSIN D., GRANDJEAN H., et al, Les inégalités sociales de santé, INSERM, La Découverte, 2000

MARMOT M., Status Syndrome, How Your Social Standing Directly Affects Your Health and Life Expectancy, Bloomsbury, Londres 2004

SALEM, RICAN et al, Atlas de la santé en France, DRESS, Paris 1999

SMITH A, Essai sur l'origine et les causes de la richesse des nations, 1776

WILKINSON R., L'inégalité nuit gravement à la Santé, Cassini, Paris 2002

## Rapports :

- DUBERNARD J-M., rapport fait au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales sur le projet de loi relatif à la politique de santé publique, 2003.
- Haut Comité de santé publique, rapports : « La santé en France », Ministère de l'Emploi et de la solidarité, 1994 ; 1998 et 2002

- INPES, rapport : « Développer la prévention en France : les 415 propositions des experts - Analyse des propositions des experts du groupe national technique de définition des objectifs (GNTDO) et de la commission d'orientation sur le cancer », février 2003
- OMS rapport : *la santé dans le monde*, 2000.
- ACHESON, rapport : in *Tacking Health Inequalities : A programme for Action*, Department of Health, London, 2003

### **Revues:**

BARTLEY M. : " Gender differences in the relationship of partner's social class to behavioural risk factors and social support in the Whitehall II study"., Social Science and medecine, V:59, N:9, 2004

DE KERVASDOUE, "Cohésion sociale et espérance de vie", *Le Monde*, 20 mai 2005.

DE KONINCK M., FASSIN D. : « Les inégalités sociales de santé, encore et toujours », Santé, société et solidarité, n°2, 2004, p.

COUFFINHAL A., DOURGNON P. et al : « Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé ? un éclairage européen », Questions d'économie de la santé, n°92 et 93, février 2005

GOLDBERG M., MELCHIOR M., LECLERC A., LERT F., « Les déterminants sociaux de la santé : apports récents de l'épidémiologie sociale et des sciences sociales de la santé », Sciences sociales et santé, 20, 4, p 75-128

M.GOLBERG, M. MELCHIOR, A. LECLERC et F. LERT « Epidémiologie et déterminants sociaux des inégalités de santé » de *Rev. Epid. Santé Publique*, n°51, 2003, p. 384.

GRANOVETTER M., "The Strenght of The Weak Ties" American Journal of Sociology, 1973

GRIMAUD O., Revue de la société française de santé publique, n° 2, Décembre 2004

MACKENBACH, BAKKER : "Tackling socioeconomic inequalities in health : analysis of European experiences", Revue épidémiologique de santé publique, n° 51 P 381-401. 2003, *The Lancet*, V:362, N:9393, 2003, p. 1409-1414

SURAUULT P : «Les inégalités sociales de santé » décembre 2004, La revue du praticien, n° 20

**Sites Internet :**

*Légifrance.gouv.fr* , Droit Européen, Traités européens, recueil des traités

.

---

## Liste des annexes

---

Annexe n°1 : Le rapport Villermé

Annexe n°2 : La courbe de Lorenz et l'indice de Gini

Annexe n°3 : La synthèse de l'intervention de Mme Florence Jusot, chercheuse à l'IRDES

Annexe n°4 : La grille d'entretien

Annexe n°5 : Entretien avec une conseillère technique de la DRASS

Annexe n°6 : Entretien avec un médecin urgentiste, assistant en CH

Annexe n°7 : Entretien avec une directrice des soins d'un CH

Annexe n°8 : Entretien avec un inspecteur de l'action sanitaire et sociale d'une DRASS

Annexe n°9 : Entretien avec un pédopsychiatre de la fonction publique hospitalière

Annexe n°10 : Entretien avec un directeur de maison de retraite

Annexe n°11 : Entretien avec un agent de santé d'une mission locale

Annexe n°12 : Entretien avec un chef de service des urgences, SMUR, et réanimation

Annexe n°13 : Entretien avec un chercheur de l'INSERM de nationalité britannique

Annexe n°14 : Entretien avec un enseignant chercheur de l'ENSP, démographe de formation

Annexe n°15 : Entretien avec un épidémiologiste – Faculté de médecine, INSERM

Annexe n°16 : Entretien avec une ancienne conseillère technique en travail social (DDASS)

Annexe n°17 : Entretien avec une assistante sociale dans une mutualité sociale agricole

Annexe n°18 : Entretien avec un directeur départemental de la Croix Rouge

Annexe n°19 : Entretien avec un chercheur statisticien de l'INSERM

Annexe n°20 : Entretien avec un épidémiologiste de l'université d'Amsterdam

Annexe n°21 : Entretien avec un statisticien et ingénieur à l'INSERM

Annexe n°22 : Entretien une gériatre en CHU

Annexe n°23 : Entretien avec un directeur en ressources humaines en CH

Annexe n°24 : Entretien avec un directeur des services économiques en CH

# 1 ANNEXE N°1 - LE RAPPORT VILLERME

Son véritable titre est : *Le Tableau de l'état physique et moral des ouvriers dans les fabriques de coton, de laine et de soie*. Il date de 1840 après une étude de trois ans. Ce Rapport est le fruit d'une commande faite par Guizot à Villermé en tant que membre de l'académie de Médecine.

Son auteur, Louis René Villermé, est un chirurgien de formation, mais aussi un des premiers démographes et hygiéniste. Contrairement à ce que l'on pourrait penser au premier abord, ce n'est pas un opposant au régime, mais un légitimiste. Ces travaux ne cherchent pas à remettre en cause le système, mais à poser des garde fous pour éviter ses dérives et Villermé condamnera les théories sociales préconisant l'association des travailleurs comme celle de Fourier.

Le rapport vient à la suite d'autres travaux menés à partir des années 1820, et notamment une, en 1828, sur les différences dans les taux de mortalité infantile selon les différents quartiers de Paris.

## 1.1 Le contenu du rapport

Ce texte de 900 pages est issu de l'observation minutieuse des modes de vie des ouvriers de la manufacture. Il les observe aussi bien dans leur vie au travail qu'en dehors (lors des déplacements pour se rendre à la manufacture, ou même chez eux).

Le rapport est très novateur par sa méthodologie. Villermé fait usage des outils statistiques avancés pour donner une véritable valeur scientifique à son observation.

Son rapport, même s'il corrobore l'idéologie dominante, c'est-à-dire que la paupérisation provient des mœurs des ouvriers et qu'elle serait en grande partie résolue par une plus grande morale dans les classes populaires, souligne néanmoins les abus du patronat qui épuise son capital humain. Il dénonce notamment les conditions de travail des enfants qui compromettent l'avenir.

## 1.2 La réception et la postérité du rapport

Le rapport a été plutôt bien reçu dans les milieux notables du fait qu'il ne remet pas en cause les modes de développement à la fois de l'économie et de la société. Ainsi il écrira en 1849 dans son ouvrage : *des associations ouvrières* : « C'est à la libre concurrence, prudemment conduite, que depuis 1789, la France doit ses progrès industriels et la classe ouvrière prise en masse, l'amélioration de son sort ».

Le rapport est cependant un moment important de l'histoire sociale du 19<sup>e</sup> siècle car il symbolise un début de prise de conscience des dangers que pouvait avoir un mode d'expansion sans aucune barrière. Le choc qu'il suscita amènera le gouvernement Guizot à rédiger les premières lois sociales dont la loi CUNIN-GRIDAINÉ du 22 mars 1841 sur le travail des enfants en manufactures. Il inspirera aussi le vote sous la seconde République (en 1850) de la première loi interdisant les logements insalubres.

Le rapport Villermé a donc été à l'origine des travaux d'hygiène et d'épidémiologie sociales qui se poursuivent encore aujourd'hui.

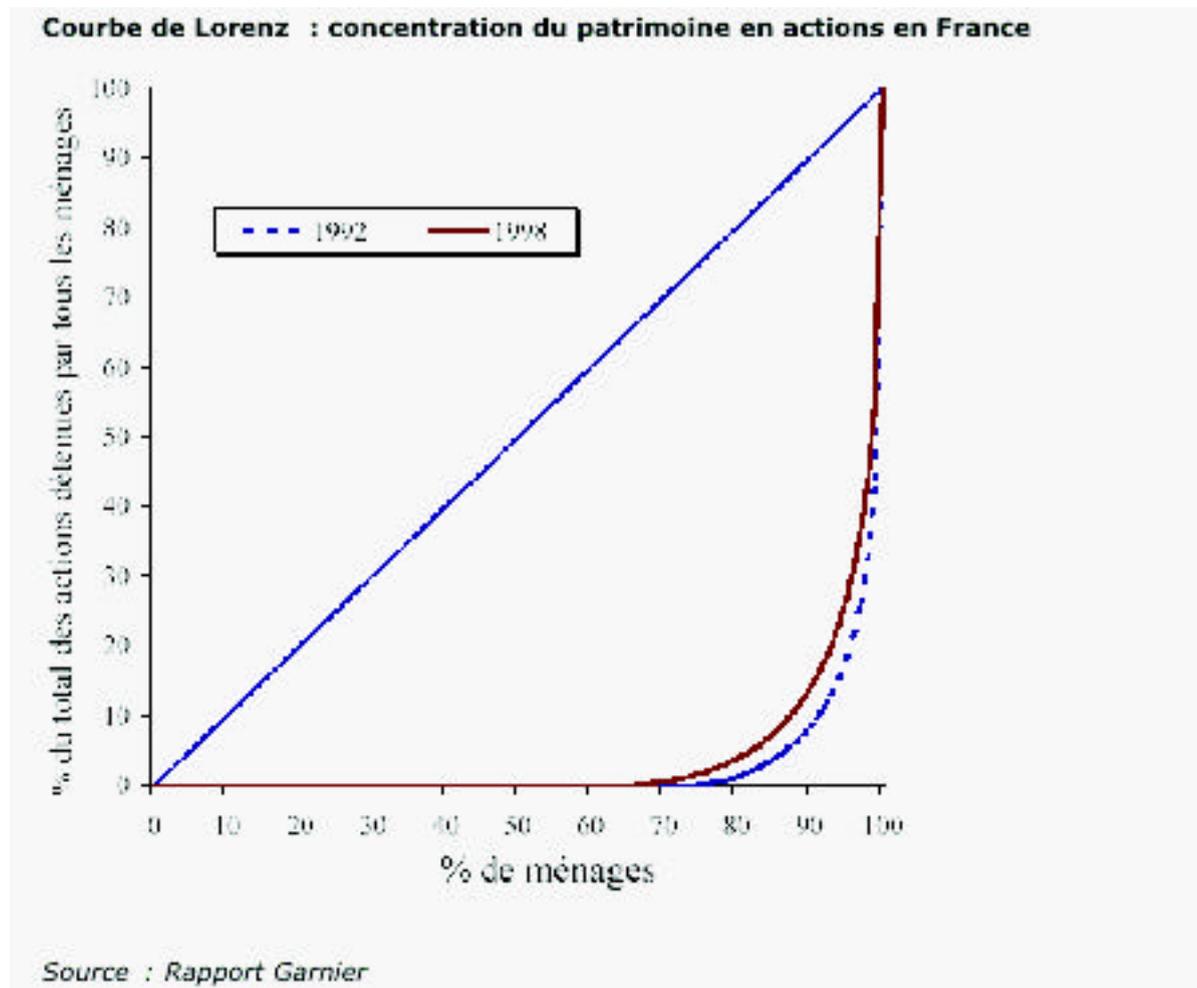
## 2 ANNEXE N°2 – LA COURBE DE LORENZ ET L'INDICE DE GINI

### 2.1 La courbe de Lorenz

La courbe de Lorenz est une courbe visant à mesurer dans une économie donnée la concentration des revenus ou des patrimoines. Elle permet donc de visualiser les inégalités de revenus et de patrimoine et donner une vue de la concentration des richesses dans une société donnée.

Elle est construite de la manière suivante :

- en abscisses, on répartit les ménages par décile, des 10% les plus pauvres aux 10% les plus riches
- en ordonnées, on pose les patrimoines ou les revenus en pourcentage des revenus et des patrimoines totaux.



### 2.2 L'indice de Gini

L'indice de Gini est une mesure synthétique de la différence entre la répartition effective des revenus, des patrimoines ou d'autres variables connexes, et une répartition hypothétique dans laquelle chaque agent recevra une part égale. Géométriquement, l'indice de Gini est égal à deux fois la surface entre la courbe de Lorenz et la diagonale. Plus l'indice est proche de 1, plus il révèle une forte concentration des revenus et des patrimoines. Par exemple, l'indice de Gini pour les patrimoines américains en 1998 était de 0,915.

### **3 ANNEXE N° 3 SYNTHÈSE DE L'INTERVENTION DE MME FLORENCE JUSOT, CHERCHEUSE A L'IRDES**

Dans son introduction, Mme Jusot souligne dans un premier temps que l'étude des inégalités sociales de santé (ISS) relève d'une approche bivariable ; c'est-à-dire qu'elle ne s'intéresse aux individus que s'ils sont membres d'un groupe social.

De là, elle dresse le constat suivant à partir de différentes études européennes notamment dirigées par Kunst et Mackenbach. Tout d'abord, il existe dans tous les pays un gradient de santé. Cependant, les recherches semblent montrer que celui-ci est plus fort en France que dans les autres pays. Ainsi, le rapport entre le taux de mortalité prématuré chez les travailleurs manuels et celui des travailleurs non-manuels est de 1.7 en France contre 1.2 au Danemark.

Ces études posent, selon elle, trois questions qui permettent de mieux cerner les inégalités sociales de santé:

- la question de la méthodologie
- la question des causes.
- l'influence des orientations politiques sur les ISS.

#### **3.1 La question méthodologique**

Des interrogations méthodologiques apparaissent dans les deux composantes des ISS. Il est à la fois difficile de mesurer l'état de santé des populations comme de traduire un individu dans un groupe social donné.

En ce qui concerne la santé, le débat se situe autour de la question de trouver un indicateur à la fois objectif et à la fois subjectif, afin de prendre en compte l'ensemble de la définition de la santé de l'OMS. Cependant de nombreuses études n'utilisent souvent qu'un indicateur objectif, comme de taux de mortalité prématurée (<à 65 ans).

Un indicateur comme l'espérance de vie sans incapacité pourrait être un exemple d'indicateur synthétique.

La mesure de la situation sociale pose tout autant de question. Quels indicateurs permettent d'évaluer la situation sociale d'un individu le plus justement ? La CPS ? Le revenu ? L'éducation ? L'âge et le sexe ?

Toutes questions montrent bien la complexité de l'étude des inégalités sociales de santé

#### **3.2 Les causes des ISS**

Jusqu'au rapport Black de 1982, les explications des inégalités sociales de santé se faisaient en terme de pauvreté absolue, dans la lignée des travaux initiés par Villermé dans les années 1830. Le rapport Black qui paraît, alors que la pauvreté absolue a disparu en Angleterre remet complètement en cause cette approche. Depuis, des travaux ont montré qu'en France, corroborant le rapport Black qu'il existe un continuum. Il reste à l'expliquer.

Le deuxième argument qui a été soulevé, à la suite des travaux de Grossman est qu'il existe une inégalité dans l'accès aux soins et dans l'utilisation des soins. En effet, le recours à certains soins, comme les soins dentaires ou d'optique, mal pris en compte par les systèmes de protection sociale est différent selon les catégories sociales, de même que le recours aux médecins spécialistes. Le comportement vis-à-vis des soins, même dans les pays où la gratuité a été mise en œuvre, comme en France depuis la CMU, ou les pays scandinaves, reste marqué par l'éducation. En France T. Lang a montré que si à l'hôpital les patients reçoivent tous les mêmes soins, leur parcours de soins précédent est relativement différent selon la catégorie sociale à laquelle ils appartiennent. De plus les patients bénéficiant de la CMU peuvent être victimes de la

part de certains praticiens de ce que les économistes appellent la demande induite, c'est-à-dire que les praticiens vont les inciter ou non à consulter plus ou moins.

Autre hypothèse avancée : celle de renverser la proposition en montrant que les inégalités de santé détermineraient le statut social. En effet, l'exclusion du marché du travail peut empêcher les individus d'avoir recours à la quantité de soins qui leur est nécessaire. Cependant, dans l'état actuel des connaissances cette hypothèse semble peu vérifiée.

Les comportements à risques constituent une autre explication. Ils sont plus fréquents dans les catégories populaires, notamment en ce qui concerne la consommation d'alcool et de tabac. Pour expliquer cette différence, plusieurs hypothèses sont avancées. Tout d'abord des différences d'éducation dont il résulte une moins grande sensibilité aux messages de prévention. Ensuite, les personnes des catégories populaires ont une plus grande préférence pour le présent. Enfin, comme pour la plupart ils travaillent dans un environnement risqué, ils sont plus incités à prendre des risques en dehors de leur travail.

Des théories ont aussi insisté sur l'aspect cumulatif des parcours de santé. Les inégalités sociales de santé seraient le résultat d'une somme d'inégalités accumulées tout au long de la vie. (théorie life course hypothesis, Blane 1999)

Wilkinson a, quant à lui, insisté sur l'importance des inégalités de revenu au niveau étatique mais aussi infra étatique comme déterminant important des inégalités sociales de santé. Cela rejoint les hypothèses fondées sur la notion de capital social. En effet, les sociétés les plus inégalitaires sont aussi les sociétés où il existe le moins de solidarités. Or comme l'a montré E Durkheim dans *le Suicide*, l'intégration dans un groupe social est un facteur important de bien-être. De plus, dans une société inégalitaire les groupes sociaux auront tendance à se concentrer autour de certaines références, de certaines normes, ce qui peut avoir un effet négatif si les normes sont nuisibles à la santé ; ou inversement positif. Enfin une société trop hiérarchique peut ôter aux individus l'envie de s'en sortir et les enfermer dans un cercle vicieux.

### **3.3 L'influence des politiques mises en place**

Une controverse existe entre les experts sur le type de politique à mettre en place. Faut-il faire des politiques en amont du système de soins (redistribution de revenus, éducation) ou des politiques ciblées sur la santé. Le débat n'est pas tranché.

Les pays les plus avancés en terme de politique visant explicitement à réduire les inégalités sociales de santé sont la Grande-Bretagne, les Pays-Bas. En Grande-Bretagne, la politique mise en place associe des objectifs nationaux à des politiques visant un public cible. Les actions ont commencé à être mises en oeuvre à partir de 1998 mais pour l'instant, on ne dispose pas de suffisamment de recul pour juger réellement de leur efficacité.

Aux Pays-Bas, après des études menées dans la première moitié des années 1990, mettant en avant l'impact du statut socio-économique sur la santé, une politique mettant en oeuvre 12 expérimentations locales est actuellement conduite. Mais là encore on dispose de peu de recul sur leur efficacité.

En France des politiques d'accès aux soins pour tous ont été développées dans les années 90 : aide médicale gratuite pour les bénéficiaires du RMI puis CMU. La loi de Santé Publique du 9 août 2004 donne 100 objectifs dont deux, les numéros 33 (réduire les obstacles financiers de l'accès aux soins) et 34 (réduire les inégalités devant la maladie et la mort par une augmentation de l'espérance de vie des groupes confrontés aux situations précaires) concernent spécifiquement les inégalités sociales de santé. Cependant, il existe aussi en France des politiques transversales, notamment par le biais des PRAPS (programme régional d'accès à la prévention et aux soins). Il ne faut donc pas chercher seulement dans les lois de santé publique. Les premiers enseignements des différentes expériences menées, malgré la réserve sur le recul, semblent montrer une certaine efficacité.

A la question l'Etat doit-il toujours intervenir pour réduire les inégalités de santé, la réponse dépend du critère de justice social choisi. L'intervention de l'Etat pourrait par exemple soulever une interrogation lorsque, par

exemple, un progrès technique viendrait améliorer la santé de tous, mais qu'il accentuerait les inégalités, les catégories sociales supérieures en profitant vraisemblablement dans un premier temps (Deaton 2002).

## 4 ANNEXE N°4 GRILLE D'ENTRETIEN

**Entrée en matière** : présentation de l'intervenant (domaines d'activité, champs de compétences)

**Pour vous, que sont les inégalités sociales de santé ? Quels sont pour vous les principaux déterminants des inégalités sociales de santé?** (Est-ce que pour vous cela touche plus particulièrement une partie de la population ?)

⇔ *Définition des ISS, approche du sujet pour l'intervenant*

*Laisser l'intervenant donner sa propre définition, et, si jamais elle ne correspond pas à notre définition du sujet, essayer de réintroduire le sujet sans les mettre en opposition*

**Avez-vous l'impression d'être confrontés aux inégalités sociales de santé dans votre pratique ? De quelle façon y êtes-vous confrontés ?** (Moyens d'observation, population cible)

**Quel bilan faites-vous des actions menées en matière de réduction des inégalités sociales de santé?** (Obstacles à la lutte contre les inégalités sociales de santé = recherche, mise en place d'actions publiques, pérennité des enveloppes)

**Quel regard portez-vous sur la loi de santé publique d'août 2004 ?** Quels sont les apports de la loi de santé publique par rapport aux précédentes politiques de réduction des inégalités sociales de santé? Est-ce une « occasion manquée » pour vous ? Quelle place la loi d'août 2004 occupe-t-elle dans la lutte contre les inégalités sociales de santé ? Quelle place accordez-vous aux inégalités sociales de santé par rapport aux autres priorités de santé publique ?

**Quels sont les moyens à votre niveau pour lutter contre les inégalités sociales de santé** (ressources financières, partenaires, réseaux, systèmes d'information) (et les difficultés rencontrées) ?

**Quelles sont les expériences que vous connaissez et qui vous semblent intéressantes dans ce domaine ?** (Etrangères comme nationales ou locales) Quelles sont vos attentes en matière de politique publique en faveur d'une réduction des inégalités sociales de santé ?

**Pour les médecins : que pensez-vous de la CMU ?** Par comparaison avec le système de l'AMG ? Est-ce que le système était plus performant en termes de réduction des inégalités sociales de santé ? (Carte Paris-Santé plus complète que CMU) Différences dans la couverture entre les deux systèmes ? (Creuser et chercher à comprendre le discours qui peut sortir sur les CMUistes, patients exigeants, complexes et problématiques dans les unités de soins)

## **5 ANNEXE N°5 ENTRETIEN AVEC UNE CONSEILLERE TECHNIQUE EN TRAVAIL SOCIAL DE LA DRASS**

### **Entrée en matière : présentation de l'intervenant (domaines d'activité, champs de compétences)**

Elle est Conseillère technique en Travail Social dans une DRASS depuis plus de 5 ans. Elle est responsable du PRAPS. Elle apporte également un appui technique sur de nombreux dossiers et organismes dont l'observatoire sanitaire et social.

### **Pour vous, que sont les inégalités sociales de santé ? Quels sont pour vous les principaux déterminants des inégalités sociales de santé ? (Est-ce que pour vous cela touche plus particulièrement une partie de la population ?)**

Les inégalités sociales de santé correspondent à tout ce qui est inscrit dans le PRAPS. L'accès aux soins n'est pas le même pour tout le monde. Elle s'appuie sur la charte d'Ottawa pour définir la santé. Explication des inégalités sociales de santé à partir des déterminants sociaux qui sont : le logement, l'emploi, le revenu : « avoir un bon environnement », « de bonnes conditions d'une santé convenable permettant de s'intégrer dans la société ». Elle évoque la santé en terme de « chaîne de soins » qui va de la prévention à l'accompagnement de la maladie. Eviter des pathologies, bien s'alimenter...

Le PRAPS est une réponse aux inégalités sociales de santé et lutte donc pour toutes les inégalités sociales de santé avec dix populations cibles : jeunes chômeurs, étudiants en situation de précarité, enfants avec retards psychomoteurs scolarisés, adultes en situation de précarité et les personnes avec des contrats de travail précaires...

### **Avez-vous l'impression d'être confrontés aux inégalités sociales de santé dans votre pratique ? De quelle façon y êtes-vous confrontés ? (Moyens d'observation, population cible)**

L'observatoire sanitaire et social qui correspond à une plateforme avec différents partenaires : DDASS, CT, CREA, INSEE, ORSB... Nous avons mis en place un tableau de bord construit de manière progressive et réactualisé tous les six mois. Et on s'alimente également des données de l'INSEE, de la CAF, de la BDSL... le but est d'obtenir des données sociales au niveau régional.

### **Quel bilan faites des actions menées en matière de réduction des inégalités sociales de santé ? (Obstacles à la lutte contre les inégalités sociales de santé = recherche, mise en place d'actions publiques, pérennité des enveloppes)**

Il y a eu trois améliorations majeures :

- la capacité à travailler santé/social ensemble, il y a un décloisonnement. Les infos sont plus partagées, il y a davantage de travail en réseau. Cependant les décloisonnements ne sont pas toujours suffisants.
- meilleure continuité de l'accès aux soins et aux droits
- un renforcement de l'éducation à la santé et la loi de santé publique nous y incite.

Mais existence de difficultés :

- Manque de crédits. On finance en effet des actions et non des structures pérennes. Ceci dit nous développons les COM, Contrats d'Objectifs et de Moyens, plus pérennes.
- le nombre de promoteurs est parfois insuffisant.

- des difficultés de hiérarchisation des priorités et des difficultés à travailler ensemble entre l'Etat et les Collectivités Territoriales.

**Quel regard portez-vous sur la loi de 2004 ? Quels sont les apports de la loi de santé publique par rapport aux politiques de réduction des inégalités sociales de santé? Est-ce une « occasion manquée » pour vous ? Quelle place la loi d'août 2004 occupe-t-elle dans la lutte contre les inégalités sociales de santé ? Quelle place accordez-vous aux inégalités sociales de santé par rapport aux autres priorités de santé publique ?**

C'est la première loi en matière de santé publique qui énonce dans les 8 premiers objectifs celui de réduire les inégalités. Ce qui est un peu compliqué, c'est que le PRAPS n'apparaît pas en tant que tel dans la loi et qu'on n'en parle pas clairement. On le retrouve comme des sous objectifs des programmes plus généraux tels que le PRS. On nous demande cependant d'avoir des objectifs et des résultats... mais la loi constitue un appui. Ca stimule un peu tout le monde.

La loi insiste par exemple sur la notion de précocité qui est très important. Elle permet aussi de développer l'éducation à la santé. Evoque la difficulté à mettre en place les objectifs de la loi de santé publique.

**Quelles sont les expériences que vous connaissez et qui vous semblent intéressantes dans ce domaine ? (Étranger comme national ou local) Quelles sont vos attentes en matière de politique en faveur d'une réduction des inégalités sociales de santé ?**

Les actions sont plus structurées et mieux repérées. Des lieux d'accueil, des permanences de santé... Une des innovations concerne la mise en place des actions territoriales de santé : animation territoriale de santé de manière expérimentale au niveau de 6 pays sur 21.

## **6 ANNEXE N° 6 ENTRETIEN AVEC UN MEDECIN URGENTISTE, ASSISTANT EN CH**

### **Définition et déterminants des inégalités sociales de santé**

Il a été difficile de différencier la définition des inégalités sociales de santé de ses déterminants tout au long de l'entretien. Pour lui, les inégalités de santé, ce sont principalement, les inégalités dans l'accès aux soins. Il a particulièrement cité le cas de la médecine de ville et le choix du médecin (par exemple, la différence d'accès au secteur 2 car pas remboursé intégralement par la sécurité sociale et parfois délais de rendez-vous plus courts). Il a également cité le cas de la psychiatrie qui est sectorisée et qui éloigne souvent les patients relevant de la psychiatrie de leur domicile, si ces derniers n'ont pas les moyens de payer une clinique privée. Parmi les déterminants, il a également cité les CSP, l'alcoolisme très répandu chez les travailleurs manuels travaillant à l'extérieur (ex : ouvriers de chantiers).

Il a également cité des déterminants comme le contexte familial (soutien de la famille ou non, existence d'un médecin de famille) et des déterminants d'ordre plus financier, comme par exemple, le coût du matériel médical (pour les personnes handicapées par exemple), le coût du matériel en lunetterie, des prothèses dentaires qui ne sont pas intégralement remboursées par la sécurité sociale et qui nécessite une bonne mutuelle ; ce que tout le monde ne peut pas se permettre.

Il a également cité de façon plus spécifique le fait que l'attente aux urgences allait souvent décroissant avec la notoriété publique du patient.

### **Bilan des actions effectuées jusqu'à maintenant**

CMU qui permet accès aux soins à tous mais de façon différenciée à cause de la sectorisation de la médecine libérale ; ce qui accroît les inégalités sociales de santé.

### **Intérêt de la loi de santé publique de 2004**

Ne connaît pas la loi, pense donc que c'est une loi parmi tant d'autres et que le corps médical dans son ensemble ne la connaît pas et qu'elle n'aura en tout cas sur l'hôpital aucune répercussion concrète. Aucun impact à ses yeux.

## **7 ANNEXE N°7 ENTRETIEN AVEC UNE DIRECTRICE DE SOINS DANS UN CENTRE HOSPITALIER**

### **Présentation de l'intervenant :**

Directrice de soins. Manage les cadres de santé et a sous sa responsabilité les IDE, personnels médico-techniques et de rééducation. A l'initiative de la politique de soins et de l'élaboration du projet de soins dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire et interprofessionnelle. Inscrit toutes ses missions dans le cadre des orientations de santé publique.

Elle insiste sur les principes de la fonction publique et notamment sur la continuité du service, l'équité et l'accueil de tous dans le cadre de la Charte des droits de l'homme.

### **Pour vous, quelles sont les inégalités sociales de santé ? Quels en sont les principaux déterminants ?**

Les conditions de vie ont un impact très fort sur la santé, il s'agit d'un facteur discriminant. La question qui peut se poser est : quelle médecine et pour qui ? On peut parler aujourd'hui d'une médecine à deux niveaux entre privé et public. Le public récupérant toute une partie de la population qui n'a pas le choix.

Les principaux déterminants : l'éducation, la fratrie, l'environnement, l'identité géographique, la culture régionale (nationale).

Les inégalités sociales de santé touchent essentiellement les gens désocialisés notamment à cause du travail et de la maladie (désocialisation par rapport une norme établie par la société). Une autre question essentielle : quelle est la norme sociale ? Il faut rester centré sur l'individu et sortir de la norme sociale. Il s'agit aussi de la capacité de l'individu à rebondir et à réagir tout en distinguant l'homme et la femme et la reproduction d'un modèle familial.

Important de travailler sur la manière psychologique dont l'individu s'adapte à une situation ou non. C'est aussi l'autorisation que chacun se donne à avoir des besoins et les moyens pour y répondre.

L'ISS peut également être un ressenti et une projection des autres, elle peut s'évaluer par rapport à une norme, une société de production et d'apparence.

### **Avez-vous l'impression d'être confronté aux inégalités sociales de santé dans votre pratique ?**

Se trouve confrontée aux inégalités sociales de santé après l'hospitalisation de la personne, par rapport à la difficulté pour certains de trouver un hébergement en soins de suite ou en maison de retraite. Pose le principe d'un immense problème d'éducation et d'information à la santé.

Confrontée aux inégalités sociales de santé par rapport aux personnes qu'elle manage au travers des arrêts maladie, des orientations vers le médecin du travail, de la souffrance au travail, de la manière de prendre soin de l'autre et de s'impliquer au travail.

Confrontée aux inégalités sociales de santé par rapport aux candidatures qu'elle reçoit : aux personnes prêtes à faire n'importe quoi, en recherche de travail à tout prix parce que dans une situation précaire ou en grande difficulté. S'insurge sur le fait que le système induit les inégalités sociales de santé parce que la société veut des gens de plus en plus performants pour des postes dans lesquels ils ne s'adapteront jamais. Il ne s'agit plus d'un choix pour les individus ce qui induit l'humiliation, la dévalorisation...

Confrontée à la difficulté des individus à demander de l'aide. Le groupe social est aidant parce qu'il fait pression : lieu de parole et de soutien.

### **Quel bilan faites-vous des actions menées en matière de réduction des inégalités sociales de santé ?**

Grand progrès depuis les années 70 notamment en matière de logement cependant la société n'a pas joué le jeu... Aujourd'hui, elle ne sait pas. C'est une affaire interministérielle alors que tout est parcellisé. C'est une question transversale et non pas globale.

Les campagnes d'information sont pertinentes. L'accès à l'information est essentiel et a un impact mais il faut encore le démocratiser.

Les professionnels de proximité font un travail fondamental parce qu'adapté. Cependant plusieurs problématiques : l'argent est fléché mais les gens qui en ont réellement besoin en bénéficient-ils ? Les professionnels ont-ils un véritable projet par rapport à la vie de l'individu et se demandent-ils de quoi ils ont vraiment besoin ? Nécessité de s'adapter au choix de vie et d'impulser l'individu.

Par rapport aux choix ministériels, elle pense que ce sont les experts qui doivent montrer la réalité de vie des individus. Les inégalités sociales de santé ne sont pas seulement liées au matériel mais à l'identité de chacun. Elle revient sur le besoin d'une société propre, uniforme, productive et normée qui « rentre dans des cases ».

### **Quel regard portez-vous sur la loi de santé publique d'août 2004 ?**

La loi aborde le problème de la violence, des inégalités sociales de santé et de leur réduction, c'est la première fois qu'une loi l'inscrit. Elle a du sens parce que l'espoir peut venir de là en terme d'éducation. Cependant elle énonce la réduction des inégalités sociales de santé comme un principe sans le décliner. Il manque des étapes.

Sur ces orientations elle va dans le sens d'une complémentarité avec les autres plans. Elle est transversale parce qu'elle aborde le cancer, la violence, les ISS... Mais on n'aborde pas assez certaines thématiques comme le logement en mettant l'accès sur le travail alors que l'ISS se voit moins au travail (parce qu'habituel) qu'au travers du logement. La LSP peut paraître très vite obsolète : après les campagnes, quelle va être la marge de manœuvre des professionnels ? Il faut que les inégalités sociales de santé soient la priorité de tous les citoyens et non pas uniquement celle des professionnels.

### **Quels sont les moyens à votre niveau pour lutter contre les inégalités sociales de santé ?**

Etat de veille et de vigilance par rapport aux gens qui l'entoure. Perméabilité à la différence. Tente de reconnaître avec les individus leurs difficultés et de les orienter. Elle pense avoir les moyens d'aider les gens et de les valoriser (usagers, personnel, famille). Très difficile de ne pas aller vers des inégalités. Travaille plutôt sur l'équité que sur l'inégalité avec ses équipes et au sein de ces mêmes équipes.

Elle tente de mettre en place des actions transversales avec les écoles, la ville, les associations, les réseaux et tous les professionnels de santé.

### **Quelles sont les expériences que vous connaissez et qui vous semblent intéressantes dans ce domaine ?**

Connaissance des expériences menées dans ce domaine en Grande-Bretagne (alors que les anglais travaillent 60 heures par semaine). Tony Blair a mis en place un certain nombre de lois sur la précarité dont il faudrait vérifier l'efficacité sur place. Pour elle, M. Borloo modélise.

La France maîtrise certaines inégalités ciblées sur une population : toxicomanie, sida... mais les autres ne se voient pas suffisamment pour être étudiées (ISS)

Enfin, elle pense que la Suède mène une bonne politique en matière d'éducation des individus.

## **8 ANNEXE N°8 ENTRETIEN AVEC UN INSPECTEUR DE L'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE D'UNE DRASS**

### **Entrée en matière : présentation de l'intervenant (domaines d'activité, champs de compétences)**

IASS à la DRASS de Bretagne au sein du service de santé publique. Ce service gère les crédits de prévention et de promotion de la santé publique. On a 2 944 000 euros. Deux types de structures et/ou d'actions sont financés : les actions d'observation (financement de l'ORS, des CODES...) et les actions de santé publique concernant le tabac, les conduites à risques. Puis il y a des financements sur des pathologies spécifiques : sida, IST, cancers et tout ce qui concerne le mal-être. Où sont les personnes en situation sociales, de précarité ? Ensuite il existe des actions transversales ciblées, un volant notamment sur la précarité. De toute façon, toutes les actions de santé publique touchent également les populations précaires. En Bretagne 300 actions sont financées avec une multitude d'interlocuteurs et un certain « saupoudrage » des crédits.

### **Le thème de l'entretien est les inégalités sociales de santé**

Les inégalités de santé ....

### **Les inégalités sociales de santé ....**

Sociales .... Ah sociales.... Les inégalités sociales de santé...

### **Pour vous, que sont les inégalités sociales de santé ? Quels sont pour vous les principaux déterminants des inégalités sociales de santé? (Est-ce que pour vous cela touche plus particulièrement une partie de la population ?)**

Un exemple pour illustrer ma conception et ma vision des inégalités sociales de santé: la ville de Brest a mis en place des actions dans les quartiers de la ville de sensibilisation destinées notamment à des femmes qui possèdent des problèmes spécifiques de santé publique. Ce ne sont pas les personnes qui en ont le plus besoin qui vont aller se faire dépister. Certaines personnes n'ont pas accès à la santé, n'ont pas de revenus, n'ont pas d'informations, sont en prison. Certaines catégories sociales sont dans une situation de précarité et on essaye peu à peu de leur donner des moyens.

### **Vous ciblez des personnes ...**

Quant à ce que l'on finance, les personnes touchées par la précarité sont principalement les détenus, les femmes (qui sont souvent en situation de fragilité), les jeunes chômeurs. Le tiers de nos actions de santé publique concerne les jeunes. La précarité ne se mesure pas qu'en terme de revenus mais aussi en terme de fragilité. Et il faut expliquer beaucoup plus aux personnes en situation de précarité. Par exemple, en Bretagne dans certaines zones, la population masculine a un taux de mortalité nettement plus élevé qu'ailleurs.

Il existe différents déterminants : l'âge, les CSP mais ce n'est pas uniquement ça : l'environnement professionnel, l'offre de soins, l'environnement culturel ainsi que des facteurs historiques comptent aussi beaucoup. Ainsi c'est plutôt une combinaison de facteurs qui va entraîner des inégalités sociales de santé. Ainsi en Bretagne et avec l'ORS y a-t-il une volonté d'être le plus proche possible des réalités de terrain. La notion de pays (il y en a 29 en Bretagne) permet de coller à cette réalité et d'avoir une analyse et une connaissance plus fine. Elle est plus large que la notion de CSP, elle permet la combinaison de plusieurs facteurs en prenant en compte notamment du lieu d'habitation. Parfois plusieurs facteurs défavorables sont combinés. Quand il y a eu le début de la mise en place du PRSP il y a eu réunion dans les pays et non seulement à Rennes.

Il faut bien distinguer les soins de la santé. Nous travaillons ici davantage sur la santé et donc sur des actions de prévention.

**Avez-vous l'impression d'être confrontés aux inégalités sociales de santé dans votre pratique ? De quelle façon y êtes-vous confrontés ? (Moyens d'observation, population cible)**

Ce sont des données épidémiologiques, nous les commandons à l'ORS.

**Quel bilan faites-vous des actions menées en matière de réduction des inégalités sociales de santé? (Obstacles à la lutte contre les inégalités sociales de santé = recherche, mise en place d'actions publiques, pérennité des enveloppes)**

Les crédits sont faibles mais... Il y a eu de gros progrès notamment grâce à l'élaboration d'une base de données statistique.

Les crédits ont été multipliés par 10 depuis 1997. Il y a une montée en charge des crédits de prévention. Désormais les actions sont mieux planifiées. Un budget prévisionnel est fait. De plus en plus d'acteurs tels que les conseils généraux et régionaux s'impliquent et sont volontaires pour des actions de prévention. Chaque partenaire crée au fur et à mesure des financements. Ce qui vient déjà en quelque sorte préfigurer les GRSP. Ce sont des balbutiements, ça avance.

On assiste depuis deux ou trois ans à une réelle prise de conscience des questions de santé publique. Ces questions là sont apparues par le biais de la sécurité routière puis de la lutte contre le tabac et l'alcoolisme ; et on se rend compte qu'à ces questions de santé publique sont liées des questions d'inégalités sociales. Par exemple, bien manger nécessite d'avoir les moyens d'acheter des aliments plus coûteux. Et surtout c'est une question de culture. Il faut leur donner l'habitude de manger des légumes.

Il y a un réel bouleversement par les nouvelles questions qui émergent. Il y a un matraquage médiatique sur le tabac par exemple.

En effet aujourd'hui, les progrès dans les moyens de communication vont très vite. Or certaines personnes ont du mal à suivre ce rythme et il faut être vigilant à ne pas créer ainsi de nouvelles situations d'exclusion et à ne laisser personne au fur et à mesure de la route (du progrès).

**Concernant les obstacles :**

1/ les crédits sont encore faibles

2/ le travail en partenariat est parfois lourd et le formalisme pesant. Ceci aboutit au final à des lacunes en matière d'évaluation car la majorité du temps est consacré à l'instruction du dossier et à la gestion des crédits, malgré des procédures d'engagement global. «On fait encore trop de papiers ». On a trop tendance à saupoudrer. Or c'est un domaine très difficile à évaluer.

Néanmoins, les documents de l'ORS constituent pour nous une véritable aide à la décision. Avec la LOLF, il y a de plus en plus une grande exigence en matière de production d'indicateurs, des indices de performance et de supports pour justifier. Il faut des outils pour aider à prioriser. De plus, les indicateurs sont intéressants car ils donnent les tendances de fond. Les indicateurs constituent des armes pour mener les actions et les justifier. Ils permettent de corriger les tendances infrarégionales pour que le maillage territorial soit bon. Cependant ça va y tendre à mais nous, avec nos modestes crédits, il ne faut pas passer tout notre temps à mettre en place des indicateurs.

Les inégalités sociales de santé sont là, ce sont des inégalités territoriales.

**Quel regard portez-vous sur la loi de 2004 ? Quels sont les apports de la loi de santé publique par rapport aux politiques de réduction des inégalités sociales de santé? Est-ce une « occasion**

**manquée » pour vous ? Quelle place la loi d'août 2004 occupe-t-elle dans la lutte contre les inégalités sociales de santé ? Quelle place accordez-vous aux inégalités sociales de santé par rapport aux autres priorités de santé publique ?**

Un des grands avantages de la loi de santé publique est qu'elle pose des grands principes. C'est très bien qu'elle existe, c'est une loi de la république qui une fois qu'elle a été votée peut avoir un effet moteur car elle pose clairement des principes. S'il n'y a pas de loi, on s'en fiche. Peut-être a-t-elle permis durant la campagne budgétaire de 2004 d'avoir davantage de crédibilité par rapport aux autres partenaires. Ça nous donne du poids. Cette année il a été plus facile de travailler avec certains, même si on ne peut pas être sûr que cela est imputable à la loi. Il y a tellement de facteurs qui entrent en jeu dans le travail en partenariat.

Cependant l'effet de la loi est bien sûr à relativiser. Elle est très longue cette loi, vous savez. C'est comme une constitution, c'est très long, on ne se penche que sur les éléments qui nous intéressent. Sur la place de inégalités sociales de santé dans la loi, je n'ai pas d'idée là-dessus, pour moi les inégalités sociales de santé vont parfois de pair a priori avec les inégalités géographiques.

La France est un pays cartésien où l'on a une tendance à nier les différences, où l'on nie les différences culturelles, les façons de faire. Or il faut faire des choix et mettre le paquet sur quelques régions et ensuite évaluer les actions. Car nos moyens sont limités. Est-ce que le saupoudrage est efficace pour « donner l'impression de » ? Il ne faut pas bien sûr a contrario mettre en place des politiques inégalitaires d'accès aux soins.

Pour moi les priorités en matière de santé publique sont la nutrition, puis la lutte contre le tabac et l'alcool. Et la nutrition est un problème global qui touche toutes les catégories de population.

Les politiques transversales manquent, or la santé publique résulte d'une combinaison de facteurs.

**Quelles sont les expériences que vous connaissez et qui vous semblent intéressantes dans ce domaine ? (Etrangères comme nationales ou locales) Quelles sont vos attentes en matière de politique en faveur d'une réduction des inégalités sociales de santé ?**

Une des expériences très porteuses concerne la mise en place d'animateurs territoriaux de santé qui s'occupent de recenser, de coordonner et d'animer au niveau local à l'échelon d'un pays les actions de santé publique. Le financement est tripartite : Assurance Maladie, Conseil Général et Etat. La moitié de notre travail est de convaincre et l'autre moitié concerne la paperasse.

Cela permet de coller au plus auprès aux besoins du terrain. D'ailleurs on voit aujourd'hui dans les débats publics cette exigence de plus en forte de coller aux besoins du terrain et de colmater la coupure qui existe entre le terrain et le politique au sens strict du terme.

De plus il faut encourager les nouveaux métiers, il faudrait multiplier par dix les conseillères en économie sociale et familiale. Il y a beaucoup de gens incapables de gérer un budget.

## **9 ANNEXE N°9 ENTRETIEN AVEC UN PEDOPSYCHIATRE DE LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIERE**

**Entrée en matière : présentation de l'intervenant (domaines d'activité, champs de compétences)**

Pédopsychiatre, fonction publique hospitalière.

**Pour vous, que sont les inégalités sociales de santé ? Quels sont pour vous les principaux déterminants des inégalités sociales de santé? (Est-ce que pour vous cela touche plus particulièrement une partie de la population ?)**

Accès aux soins du fait des suppléments demandés par les médecins.

Comportements individuels en matière hygiène de vie.

Touche certaines catégories de la population, les plus privilégiées avec un confort de vie (bourgeois et petits bourgeois) et les autres (smicards, chômeurs....), en lien avec les diplômes et les revenus.

**Avez-vous l'impression d'être confrontés aux inégalités sociales de santé dans votre pratique ? De quelle façon y êtes-vous confrontés ? (Moyens d'observation, population cible)**

Difficultés de certains adultes d'avoir une hygiène de vie : addiction, santé mentale, famille recomposée, familles avec des problèmes transgénérationnels, accidents, deuils, santé...

Et qui engendrent de la mauvaise distance relationnelle.

**Quel bilan faites-vous des actions menées en matière de réduction des inégalités sociales de santé? (Obstacles à la lutte contre les inégalités sociales de santé = recherche, mise en place d'actions publiques, pérennité des enveloppes)**

Difficile à mesurer car elle n'a accès qu'à des personnes qui font la démarche de se déplacer.

Il existe tout un champ social auquel elle n'a pas accès, sauf pour personnes en situation d'immigration et femmes seules avec enfants.

**Quel regard portez-vous sur la loi de 2004 ? Quels sont les apports de la loi de santé publique par rapport aux politiques de réduction des inégalités sociales de santé? Est-ce une « occasion manquée » pour vous ? Quelle place la loi d'août 2004 occupe-t-elle dans la lutte contre les inégalités sociales de santé ? Quelle place accordez-vous aux inégalités sociales de santé par rapport aux autres priorités de santé publique ?**

C'est le terrain qui a consolidé la législation, avec le développement du travail ensemble, concerne le partenariat plus que les réseaux.

**Quels sont les moyens à votre niveau pour lutter contre les inégalités sociales de santé (ressources financières, partenaires, réseaux, systèmes d'information) et les difficultés rencontrées ?**

Education à la santé, développement de la prévention primaire.

Education non comme de la pédagogie mais à domicile par des actions ciblées, individualisées à partir de problèmes cliniquement identifiés.

**Quelles sont les expériences que vous connaissez et qui vous semblent intéressantes dans ce domaine ? (Etranger comme national ou local) Quelles sont vos attentes en matière de politique en faveur d'une réduction des inégalités sociales de santé ?**

PRS suicide.

Travail inter professionnel, pluridisciplinarité avec la justice, l'école, les soins somatiques.

**Pour les médecins : que pensez-vous de la CMU?**

Hors champ (pas vu de changement car service public).

La baguette magique.

La parentalité, quelque soit la déclinaison et quelques soient les catégories professionnelles.

Pré maternité, maternité, périnatalité.

Pour développer la bonne distance parents -enfants, pour travailler sur la transmission transgénérationnelle pour développer la prévention.

## **10 ANNEXE N°10 ENTRETIEN AVEC UN DIRECTEUR DE MAISON DE RETRAITE**

### **Entrée en matière : présentation de l'intervenant (domaines d'activité, champs de compétences)**

Il est directeur de la « maison départementale de retraite ».

Cet EHPAD compte 411 lits et places en section d'accueil des personnes âgées et 521 au total en prenant en compte le foyer d'hébergement pour adultes handicapés.

### **Pour vous, que sont les inégalités sociales de santé ? Quels sont pour vous les principaux déterminants des inégalités sociales de santé ? (Est-ce que pour vous cela touche plus particulièrement une partie de la population ?)**

Les inégalités sociales de santé s'exercent dans les difficultés qu'éprouve une personne demeurant dans un territoire donné à accéder à la quasi-totalité des soins courants (gériatrique, psy, MCO...).

En pratique, l'inégalité des soins « vécues » se rencontre particulièrement dans l'accès aux soins notamment auprès du dentiste et de l'ophtalmologiste.

Elles trouvent leurs origines dans un aspect financier mais aussi physique (mobilité).

Les déterminants de santé sont notamment l'âge et le revenu. La non-reconnaissance des professionnels de santé et de leurs spécificités aurait contribué aux creusements de ces inégalités.

### **Avez-vous l'impression d'être confrontés aux inégalités sociales de santé dans votre pratique ? De quelle façon y êtes-vous confronté ? (Moyens d'observation, population cible)**

Oui. De part notre mission de service public nous accueillons toutes les populations dont les plus défavorisées.

Concrètement nous sommes confrontés aux problèmes de prise en charge médicale de plus en plus importants des personnes âgées.

Cas de l'aide sociale : si un besoin de soins dentaires ou ophtalmologiste émerge le problème de prise en charge se pose. L'AS signifie « pas assez de revenu » et la sécurité sociale refuse les prises en charge complémentaires. D'où une nécessité de demande de prise en charge extra légale difficile et longue.

A cet effet, en ce moment, une enquête est réalisée par la CRAM pour analyser les cibles et évaluer les blocages de prise en charge. Concernant les personnes handicapées, leur prise en charge en institution (et service) peut leur permettre de rompre avec le continuum des ISS.

### **Quel bilan faites-vous des actions menées en matière de réduction des inégalités sociales de santé ? (Obstacles à la lutte contre les inégalités sociales de santé = recherche, mise en place d'actions publiques, pérennité des enveloppes).**

Concernant les actions les plus ciblées, les crédits donnés sont largement inférieurs à la demande.

Il me semble par exemple que la prise en charge des personnes âgées s'est dégradée notamment dans le délai de réponse.

Aussi, le traitement des inégalités sociales de santé n'est pas un problème que d'argent mais de réseau et de connaissance.

Globalement, à vouloir monter des « usines à gaz » (grosses structures, complexité du système), il se crée un phénomène de gaspillage d'où la nécessité de réorganiser les soins.

### **Quel regard portez-vous sur la loi de 2004 ? Quels sont les apports de la loi de santé publique par rapport aux politiques de réduction des inégalités sociales de santé ? Est-ce une « occasion**

**manquée » pour vous ? Quelle place la loi d'août 2004 occupe-t-elle dans la lutte contre les inégalités sociales de santé ? Quelle place accordez-vous aux inégalités sociales de santé par rapport aux autres priorités de santé publique ?**

Cette loi est bonne dans ses intentions mais nécessite encore de nombreux décrets d'application et un financement pour la rendre réellement effective. Elle jette les bases d'une politique en matière de SP et est une prise de conscience collective.

**Les priorités ?**

Le problème majeur en France en matière de santé publique est une approche en réaction aux événements (ex : personnes âgées /canicule, psychiatrie/morts à Pau).

Aussi, les inégalités sociales de santé se placent en interaction avec les autres politiques (logement, emploi...). Le droit d'être en bonne santé doit être abordé d'une façon la plus large. C'est une approche sociétale.

**Quels sont les moyens à votre niveau pour lutter contre les inégalités sociales de santé (ressources financières, partenaires, réseaux, systèmes d'information) (et les difficultés rencontrées) ?**

Il n'y a pas réellement de financement spécifique. Aussi, pour répondre au mieux à la prise en charge de la personne âgée, il convient parfois de solliciter le forfait soin.

Les réseaux et programmes restent essentiels s'ils sont ciblés (ex : détection bucco-dentaire mené par la CRAM). Cependant, il existe un manque cruel d'information.

Toutefois, les programmes et actions locales de santé sont trop courts et concernent un trop petit échantillon, donc restent insuffisants en volume et en durée.

**Quelles sont les expériences que vous connaissez et qui vous semblent intéressantes dans ce domaine ? (Etrangères comme nationales ou locales) Quelles sont vos attentes en matière de politique en faveur d'une réduction des inégalités sociales de santé ?**

Pas d'expérience connue à relater.

Mes attentes : Axer davantage la SP sur la prévention

Les politiques menées à ce jour ont été celles du « balancier » (réduction du nombre de lits, baisse du numerus clausus...), donc nécessité de revenir à un recentrage sur un territoire

Ainsi le département ou la région doivent conserver des pôles spécifiques dans le bassin de vie pour éviter une prise en charge trop globale en tenant compte toutefois de l'aménagement du territoire et viser à équilibrer prise en charge adaptée par rapport au bassin de vie et centre spécialisé sur une autre dimension.

Aussi, il convient de faire davantage déplacer les professionnels de santé vers les populations que de faire déplacer les gens, d'où un changement de mentalité.

Il serait souhaitable d'encourager (prime) les initiatives en matière de SP.

De même il convient de travailler davantage ensemble (et « balayer devant notre porte »...)

Le SP doit demeurer une incitation forte qui ne doit pas obligatoirement passer par une loi si les personnes sont convaincues.

Jusqu'à présent, il n'y avait pas de politique claire en faveur des personnes âgées.

S'il n'y a pas de politique claire affichée, comment mobiliser les acteurs de santé que nous sommes ?

Il faut une lisibilité, une traçabilité des politiques en matière de santé publique pour ne plus avoir une politique uniquement événementielle.

Une politique de santé publique est une politique d'anticipation avant tout.

# 11 ANNEXE N° 11 ENTRETIEN AVEC UN AGENT DE SANTE D'UNE MISSION LOCALE

## **Présentation de l'intervenant et de son domaine d'intervention**

Le premier poste d'agent de santé a été créé en 1945 à la demande du conseil général suite au constat qu'ils avaient fait vis-à-vis des bénéficiaires du RMI. Ils avaient constaté qu'ils avaient des difficultés d'accès aux soins en terme de mobilité. Certaines personnes étaient isolées du fait de l'absence de moyens de locomotion mais aussi parce qu'ils n'avaient pas l'énergie de se faire soigner.

L'agent de santé au début était surtout chargé d'accompagner la personne chez le praticien. Ceci s'est avéré efficace. Parallèlement, les missions locales ont fait le constat que les jeunes avaient des difficultés de santé et les conseillers n'avaient pas toujours les compétences pour orienter le jeune dans ses démarches de santé, d'où l'idée de créer un deuxième poste. Puis par la suite, les autres secteurs géographiques du département ont sollicité la création de poste d'agents de santé.

Ainsi, dans le département, il y a quatre agents de santé, trois sont financés par la Croix Rouge et un par un centre hospitalier. Un agent de santé travaille en mission locale pour le public jeune, les trois autres sont tous publics (un est rattaché à la PASS d'un Centre Hospitalier).

Les agents de santé ne vont pas directement vers le public, il faut qu'il soit adressé par un partenaire soit social soit santé. Actuellement, on a des personnes qui nous contactent directement, mais on s'assure toujours qu'il y ait un suivi en parallèle. En fait, nous sommes des personnes relais. La personne nous est envoyée par un partenaire par rapport à des problèmes de santé ou un besoin de mise à jour des droits. Nous, quand on reçoit la personne, on fait une étude des besoins. Après c'est à nous de sensibiliser la personne pour l'accompagner et l'aider à faire les démarches. On essaie que la personne devienne autonome. L'objectif est là. On est entre les sociaux et les médicaux. On est le premier contact qui facilite l'accès au système de santé. On se rend compte que c'est deux mondes différents, le social et le sanitaire. Les 4 agents de santé sont de formation paramédicale (ide), ce qui permet de faire le lien.

Quand on se présente auprès du public, on dit tout de suite que l'on est infirmière. La personne sait tout de suite à qui elle s'adresse et ceci facilite la parole. Pour eux, c'est l'occasion de voir quelqu'un du milieu médical, c'est un premier pas vers la santé.

La mission première est l'accompagnement dans les démarches puis au fur et à mesure du temps les missions se sont élargies. Les jeunes sont plus autonomes, ils ont moins recours au spécialiste qu'au généraliste qui est souvent à proximité du domicile. Les parents peuvent les emmener s'ils n'ont pas de moyens de locomotion mais il y a d'autres problèmes. Quand ils nous demandent de les accompagner, c'est parce qu'ils ont peur de faire les démarches, ils ont peur de ne pas comprendre ce que le médecin va dire. De plus, j'ai élargi mes missions à la prévention, en individuel, d'une part, puis de manière collective. La prévention collective permet d'établir une relation de confiance, souvent je les reçois en individuel par la suite. Au début, je faisais surtout la mise à jour des droits, puis par la suite les conseillers ont mieux situé le besoin de santé et nous avons développé des partenariats notamment avec le centre médico-psychologique. Aujourd'hui, on oriente davantage les jeunes vers une prise en charge, on offre davantage de réponses grâce au partenariat.

## **Pour vous, qu'est-ce que les inégalités sociales de santé ?**

Pour moi, déjà la santé c'est large.

Les ISS, il y a des personnes qui n'ont pas forcément accès aux soins et puis il y a l'information, l'éducation à la santé, mais aussi le contexte économique. Si on n'a pas de revenus, pas d'emplois, pas de logements décentes, on est en mauvaise santé. Derrière les ISS, il y a tout cela.

**Pour nous la problématique, c'est la différence d'espérance de vie entre les ouvriers et les cadres ?**

Oui, les inégalités sociales de santé résident dans les revenus et aussi dans la culture. Je vois des enfants qui naissent dans un milieu où les parents ont une certaine éducation, une certaine culture, ils emmèneront plus facilement leurs enfants en consultation pour faire un contrôle buccodentaire. Les autres ne vont pas forcément y penser. Les habitudes alimentaires sont également différentes. Ils ont tous un salaire, un logement mais pas au même niveau. Un cadre a des revenus supérieurs à l'ouvrier et un ouvrier avec le SMIC, n'aura pas forcément comme priorité sa santé. Ceux qui ont moins de revenus compenseront par des éléments matériels pour paraître normal, mais ils ne prendront pas de mutuelle parce que cela ne sert à rien. C'est une vision un peu différente.

**Sentez-vous chez les jeunes des inégalités sociales de santé par rapport aux CSP ?**

Non, mais c'est l'entourage familial qui influe. Je vais voir une différence entre les parents qui refusent d'aider et ceux qui les aident. Certains continuent de payer la mutuelle de leurs enfants, d'autres arrêtent au 20 ans du jeune.

**D'après vous la CMU, est-ce que c'est positif ?**

Au début, les praticiens jouaient le jeu. Maintenant, les dentistes jouent de moins en moins le jeu. Dès que cela dépasse les soins de base, les prothèses, ils ne prennent pas. Ce peut-être un refus ou un délai d'attente plus long. Les dentistes disent que pour eux ce n'est pas intéressant, ils se font rembourser longtemps après avoir effectué les soins et les dépassements d'honoraires ne sont pas possibles. De plus, les spécialistes, ils ne font pas dans le social.

**Alors pour vous, les inégalités sociales de santé ne touchent que la population précaire ?**

Pour la CMU oui, au delà, il peut y avoir des inégalités sociales de santé pour les immigrés par rapport au problème de la langue.

Quand on a de faibles revenus, on a moins accès aux soins. Même ceux qui ont des mutuelles doivent faire l'avance de frais, alors pour les dentistes, les lunettes, ils attendent. Ce n'est pas une priorité.

De plus, les revenus comptabilisés pour avoir la CMU sont les revenus du foyer. Un jeune qui réside chez ses parents exerçant une activité n'a pas droit à la CMU, pour autant ses parents ne participent au paiement de ses soins. Il y a aussi une méconnaissance des droits (CMU, prestations extralégales, institutions sanitaires gratuites : planning familial, les dispensaires...). Nous on fait beaucoup d'information. Mais il y a aussi le désintérêt. Les personnes ne s'intéressent pas à leur sécurité sociale. Pourquoi dépenser pour une mutuelle ?

L'accueil est différent selon les gens, certaines personnes dérangent dans les salles d'attente. Les médecins n'en veulent pas.

Par rapport à certaines attitudes des jeunes on constate des différences. Un jeune qui n'aura pas de travail consommera davantage de drogues, le jeune consommera avec ses copains qui n'ont pas de travail et voudra oublier ses problèmes. Aujourd'hui, on ne constate plus de différence entre les CSP par rapport aux types de drogues consommées.

En matière de contraception, certaines jeunes filles ne prennent pas la pilule parce que cela coûte cher.

**Quel moyen pourrait-on mettre en place pour qu'il y ait moins d'ISS ?**

Il faudrait que tout le monde joue le jeu. Aujourd'hui, on a la CMU, mais tout le monde ne joue pas le jeu. Pour la prévention, c'est bien l'information collective mais il faudrait des budgets. Une année, on a le budget, l'année d'après on n'a plus les financements. Les actions de prévention varient selon les financements. On fait de la prévention en fonction des budgets.

La prévention, c'est l'action de multiples acteurs, les médecins, l'école, les médias. Il faut un discours commun présenté sous différentes formes car chacun est différent.

### **La loi de santé publique est-elle un outil pour réduire les inégalités sociales de santé?**

On met des actions en place, on évalue mais on ne continue pas l'action en fonction de son efficacité. J'ai l'impression qu'on raisonne toujours à court terme. C'est bien d'avoir des priorités, des objectifs mais il faut se donner les moyens de remplir ces objectifs. J'ai l'impression que c'est du saupoudrage. L'Etat finance à un moment donné puis se désengage même si l'action a une efficacité reconnue.

Cependant, la loi de santé publique apporte un cadre aux politiques de santé. Mais il est nécessaire d'être cohérent jusqu'au bout.

## **12 ANNEXE N° 12 ENTRETIEN AVEC UN CHEF DE SERVICES DES URGENCES, SMUR ET REANIMATION**

### **Quelle définition donnez vous des inégalités sociales de santé ?**

Il faut tout d'abord préciser que nous sommes tous inégaux sur le plan biologique face à la maladie. Les inégalités de santé se situent donc exclusivement sur le plan social et notamment au niveau de l'accès au système de soins.

### **Qui concernent-t-elles principalement selon vous ?**

- Pour les personnes les plus démunies, il existe la CMU et pour tous existe l'assurance maladie. Néanmoins sont exclues du système de santé les personnes qui pour des raisons culturelles, intellectuelles ne peuvent accéder aux informations concernant le système de santé et n'y ont aucun accès (certaines personnes pouvant bénéficier de la CMU par exemple ne le savent pas et ne font donc pas valoir leur droit).
- En tant que chef des urgences et médecin depuis une trentaine d'années, il fait valoir que les urgences sont un lieu où règne l'égalité des soins. Tous y sont soignés de la même façon quelque soit leur catégorie socioprofessionnelle. Et même selon lui, les personnes en situation précaire sont beaucoup mieux prises en charge par rapport aux autres.
- Néanmoins, il souligne de façon un peu paradoxale que les inégalités sociales de santé ne touchent pas exclusivement les catégories sociales défavorisées et que certaines catégories de personnes apparemment aisées comme les chefs de petites entreprises sont en quelque sorte exclues du système de santé car malgré leur capacité intellectuelle ils ne disposent pas du temps nécessaire pour aller se faire soigner.
- Il précise également qu'il faut bien différencier à l'intérieur d'une même CSP différents sous-groupes : par exemple, on ne peut pas selon lui comparer le travail d'un cadre travaillant dans le privé de celui d'un cadre travaillant dans le public (sachant que l'un subit les effets du stress ce qui a des conséquences néfastes sur sa santé et pas l'autre...)

### **Quels sont les déterminants des inégalités sociales de santé ?**

- Ce sont des déterminants psychosociaux comme des fondamentaux culturels qui permettent de connaître le fonctionnement du système de soins et de se faire soigner correctement.
- Dépend de la façon dont on aborde son travail et la façon de gérer le stress et ses responsabilités. Les enseignants sont plus malades que les autres professions (cf. mutuelle des enseignants qui a beaucoup de structures psychiatriques et disposent de leur propre clinique)
- Difficulté à percevoir les gens qui ne sont pas dans une grande précarité ou dans une région très défavorisée et qui sont malgré tout exclus des soins et du système de santé.
- Facteurs liés à l'âge : manque de moyens intellectuels et moyens d'accès (transports)
- Plus forte conscience de la maladie et de la nécessité de se faire soigner.
- Eloignement du système de soins (évoque le concept de monochronie qui se définit comme le même laps de temps pour chaque citoyen à accès aux soins). Eloignement géographique qui fait que des patients ne peuvent et ne vont pas se faire soigner.

### **Intérêt de la loi de santé publique**

- Les médecins ne connaissent pas cette loi

- Incompréhension par rapport à la loi, connue par bribes mais pas de façon globale. Ne comprend pas ses objectifs, ses axes, ses principes. Aucune information délivrée.

### **Passage de l'AME à la CMU**

- soignants développent des a priori sur les personnes ayant la CMU
- médecin de ville refuse de soigner les gens couverts par la CMU, pour eux cela devrait être uniquement du ressort de l'hôpital (cf. dentistes).

### **Recommandations :**

- D'abord tenter de mieux cibler les personnes exclues du système de soins et qu'on ne perçoit pas très bien. Exemple : ceux qui ne connaissent pas la législation, tout le monde ne sait pas qu'ils ont des droits, ceux qui sont insuffisants intellectuels)
- Favoriser l'accès aux soins des jeunes : qui ne veulent pas montrer leurs maladies (cf. ceux qui sont sur la sécurité sociale de leurs parents). Or réponse donnée par une loi. Problème d'information, mieux diffuser l'information
- Vieux, personnes isolées physiquement, mentalement. Répondre et cibler les populations défavorisées.
- Exemple de la canicule : mieux impliquer la famille, les associations, les actions de proximité
- Lutter contre la dictature médicale : les médecins ne prennent pas en compte les besoins spécifiques de chaque malade. Le médecin doit tenir compte de l'avis des patients qui ne sont plus la propriété du médecin.
- Le médecin pas responsable des ISS, ce qui relève par contre de sa responsabilité : poser des règles d'exercice déontologique : soigner les gens quelque soit leur CSP. Médecine à visage humain. Science et humanité. Le patient est un bien aimé. Soigner avec des sentiments pour bien soigner. Aimer guérir l'autre. Loi et déontologie exigent cela de la part des médecins mais personne ne les applique.
- Développer la médecine préventive car inégalités devant la santé.

## **13 ANNEXE N° 13 ENTRETIEN AVEC UN CHERCHEUR DE L'INSERM DE NATIONALITE BRITANNIQUE**

### **Entrée en matière : présentation de l'intervenant (domaines d'activité, champs de compétences)**

Chercheur INSERM, de nationalité Britannique qui travaille sur les Inégalités Sociales dans la fonction publique / données de Whitehall (RU).

Projet recherche comparatif Whitehall2 et gazelle pour le personnel EDF-GDF / population entre 55 70 ans : Facteurs économiques, stratégies de modélisation, mécanismes cognitifs.

Qui s'interroge sur les Actions politiques ?

C'est une Action de recherche pluridisciplinaire : sociologues, médecins.

### **Pour vous, que sont les inégalités sociales de santé ? Quels sont pour vous les principaux déterminants des inégalités sociales de santé? (Est-ce que pour vous cela touche plus particulièrement une partie de la population ?)**

ISS = très large,

Début des travaux dans Années 80= espérance vie, indicateurs de santé perçus et repérés

Vis-à-vis des populations : au début on pensait que les inégalités sociales de santé étaient liées à la précarité, mais le gradient social existe dans tous les domaines. Différences pas forcément entre travailleurs et non travailleurs. Gradient / Economie, éducation, et catégories socioprofessionnelles

### **Avez-vous l'impression d'être confrontés aux inégalités sociales de santé dans votre pratique ? De quelle façon y êtes-vous confrontés ? (Moyens d'observation, population cible)**

Dans la recherche scientifique, pour montrer qu'il existe des inégalités.

### **Quel bilan faites des actions menées en matière de réduction des inégalités sociales de santé? (Obstacles à la lutte contre les inégalités sociales de santé = recherche, mise en place d'actions publiques, pérennité des enveloppes)**

En GB : messages santé publique. Je travaille beaucoup avec le gouvernement ; évidence de la recherche ; impact sur politique, les chercheurs « montrent » les inégalités.

Bilan France : souvent santé confiée au Ministère de la Santé, mais devrait travailler avec autres ministères, problème plus global, besoin d'instaurer un travail pluridisciplinaire. Chercheur donne conseils sur ce sujet ;

### **Quel regard portez-vous sur la loi de 2004 ? Quels sont les apports de la loi de santé publique par rapport aux politiques de réduction des inégalités sociales de santé? Est-ce une « occasion manquée » pour vous ? Quelle place la loi d'août 2004 occupe-t-elle dans la lutte contre les inégalités sociales de santé ? Quelle place accordez-vous aux inégalités sociales de santé par rapport aux autres priorités de santé publique ?**

Dans la loi ce qui est très bien : objectifs quantifiés : tabac, alcool, ....Mais est-ce réalisable ?

Négatif : les inégalités sociales de santé sont appelées précarité, or pas seulement précarité puisque gradient - faire attention- - Loi adaptée / précarité, nécessaire, mais pour gradient: comment gouvernement voit-il les choses ? Il est nécessaire d'observer la population en entier.

### **Quels sont les moyens à votre niveau pour lutter contre les inégalités sociales de santé (ressources financières, partenaires, réseaux, systèmes d'information) (et les difficultés rencontrées) ?**

Difficile en France car :

peu d'Actions interdisciplinaires et donc interministérielles.  
Complicé par manque de recherche sérieuse en santé publique

**Quelles sont les expériences que vous connaissez et qui vous semblent intéressantes dans ce domaine ? (Etranger comme national ou local) Quelles sont vos attentes en matière de politique en faveur d'une réduction des inégalités sociales de santé ?**

Expérience britannique : recherche réalisée par universités, (il n'existe pas d'institut de recherche), plusieurs universités ont un département épidémiologie et santé publique qui existe depuis 30 ans, 20 ans, ... Il n'en est pas de même en France : L' EHESP décrite dans la loi va-t-elle former gens pour la recherche ? En GB, la santé publique est une priorité et pourtant pas beaucoup plus de moyens financiers qu'en France – mais organismes caritatifs donnent argent pour recherche et il existe une implication politique forte. Influence recherche sur gradient en GB ? Gouvernement écoute chercheurs (différence avec France),

Attentes : Il ne faut pas regarder globalement les ISS, il faut jouer sur les indicateurs, faire programme prévention Définir des actions sur chaque indicateur ; avoir des objectifs assez précis.

Education très importante ; Inégalités commencent tôt dans la vie.

Life course : regarder tout au long de la vie ; Inégalité commence assez tôt dans vie, effet sur fonction cognitive quand naissance dans milieu pauvre ! Effet social persiste partout en UE – changer = agir sur éducation.

Bientôt GB présidence UE : thème sera Inégalités Sociales, et GB tentera de travailler concrètement à la réduction des ISS. Recherche européenne : pas beaucoup pauvres en UE / aux pays en voie de développement, mais gradient existe dans tous les pays.

## 14 ANNEXE N° 14 ENTRETIEN AVEC UN ENSEIGNANT-CHERCHEUR A L'ENSP, DEMOGRAPHE DE FORMATION

Il a commencé à travailler sur les inégalités sociales de santé dès 1990 dans le cadre du rapport "Santé 2010", présidé par M. Raymond SOUBIE. Sous l'égide du plan, un sous-groupe réfléchissait spécifiquement aux problèmes des ISS. Par ce rapport, basé sur la méthode anglaise RAWP, les inégalités sociales de santé apparaissaient pour la première fois en terme d'allocations de ressources. Ainsi, à partir d'une structure nationale de dépenses par âge, des caractéristiques régionales ont été appliquées afin d'attribuer des allocations de ressources (*il devait répondre à la question : quelles sont les variables que l'on doit inclure dans les allocations pour réduire les inégalités sociales de santé?*).

Cette thématique a ensuite été reprise en 1994 au moment du rapport du Haut Comité de la Santé Publique, auquel il a également contribué.

Il a enfin participé au Groupe Technique National de Définition des Objectifs de la loi d'août 2004. Ce groupe s'est rencontré de septembre à octobre 2002 et était animé par Madame Catherine Legal, directeur à l'INSERM. L'objet de ce groupe était de proposer une méthodologie sur la formation annexe des objectifs de la loi.

### **Que représentent, pour vous, les inégalités sociales de santé (ISS) ? Quels sont les principaux déterminants des inégalités sociales de santé ?**

Il a défini les inégalités sociales de santé en trois temps :

- Il y a d'abord une description des inégalités sociales de santé en terme de statistiques, à savoir que c'est un écart entre les extrêmes (plus pauvres – plus riches) ou un écart de répartition. Autrement dit, un effet se manifestera différemment sur l'ensemble de la population suivant les catégories sociales. Il s'agit aussi d'une différence de santé entre les différentes catégories de la population.
- Il considère ensuite que rentre dans la définition des inégalités sociales de santé la notion de justice et d'injustice. C'est un rapport entre l'équité et l'inégalité.
- Doivent enfin être pris en compte les caractéristiques des déterminants : les inégalités de santé jouent ainsi un rôle sur l'état de santé de la population.

Les principaux déterminants de santé :

- Les inégalités sociales sont un déterminant. Toutefois, toutes les inégalités sociales n'ont pas le même impact sur les ISS. Il faisait remarquer que les différences se matérialisaient parfaitement entre un niveau national et régional.
- La hiérarchie des individus par les conditions de travail, le stress, le revenu...est un autre déterminant.
- Les comportements individuels ont un rôle important mais ils n'appartiennent pas aux systèmes de soins.
- Il a cité aussi d'autres déterminants en minorant toutefois leur impact lorsqu'ils sont pris individuellement : les systèmes de soins, la culture, l'insertion, l'intégration.
- L'exclusion, selon lui, n'est pas un déterminant des inégalités sociales de santé sur la population générale.

Globalement, il nous expliquait que toutes les variables sont associées ; mais lorsqu'il reste un reliquat de 50%, ce sera le déterminant social (lieu de vie, lieu de travail...) qui l'expliquera.

### **De quelle façon êtes-vous confrontés aux inégalités sociales de santé?**

Il a été confronté aux ISS, depuis 1990, au travers des différents travaux et groupes mis en place et dont l'objet était de réfléchir à une réduction de ces ISS.

Les conférences de santé menées entre 1995 et 1998 dans le cadre d'un programme régional de santé l'ont fait se rapprocher encore de ce problème. Son rôle était d'élaborer, en concertation avec d'autres, des actions stratégiques de santé, et de contrôler, pour établir un bilan, leur mise en œuvre sur le terrain.

### **Quel bilan faites-vous des actions menées par les pouvoirs publics en matière de réduction des inégalités sociales de santé?**

Les pouvoirs publics disposent de deux voies pour diminuer les inégalités sociales de santé :

- L'élaboration de programme régional de santé ; autrement appelé programme local spécifique.
- Le constat d'une surmortalité et d'une sous-dotatation, et donc le renforcement de l'allocation de ressources (notion d'enveloppes transversales et de contractualisation).

Il apparaît, lorsque ces deux voies sont comparées, que les politiques ciblées sur des priorités sont plus efficaces. Ex. : Une région ayant choisi d'agir sur la baisse du suicide verra son taux de mortalité, par rapport au suicide, diminuer en comparaison avec les autres régions ayant préféré se positionner sur un autre critère. Il en va de même pour l'alcool...

Pour le cancer, ce constat n'est pas applicable. Les régions qui ont donc eu une allocation supplémentaire n'ont pas vu leur mortalité chuter.

En fait, pour qu'une allocation régionale de ressources entraîne une diminution des ISS, il faut que :

- Les inégalités sociales de santé correspondent à des différences de besoin de la part de la population.
- Des traitements plus efficaces pour répondre aux besoins soient mis en place.
- Les ressources allouées ne le soient pas à fonds perdus. Autrement dit, il faut que les services soient efficaces, bien gérés sinon ce n'est qu'une compensation des manques dans la gestion. Or, on veut une amélioration des ressources.

Bilan : certaines actions vont entraîner une réduction des inégalités sociales de santé parce qu'elles sont préalablement bien analysées et que la voie utilisée est bien déterminée, et vice versa.

### **Quel regard portez-vous sur la loi d'août 2004 ?**

Je pense que nous n'avons pas évalué les expériences précédentes, il y a eu un oubli du passé. Les instigateurs de la loi se sont essentiellement inspirés des expériences menées outre atlantique (plan santé 2010). Ce modèle passe par la définition d'objectifs avec des actions dont l'efficacité est prouvée et des objectifs dont les preuves de l'efficacité de l'action sont peu connues mais où un financement sera alloué pour la recherche et le développement de système d'information.

Pour moi, la programmation passe par l'évaluation.

Pour ce qui concerne le processus utilisé pour élaborer la loi, il n'a pas été assez expliqué.

La méthodologie utilisée pour l'élaboration de la loi a été :

- La constitution d'un groupe technique de définition des objectifs ayant pour objet d'élaborer une méthodologie pour déterminer les objectifs et de mettre en œuvre cette méthode.
- Les thèmes choisis sont issus des priorités de l'OMS et du HCSP.

- Par rapport aux thèmes , une centaine d'experts a été consulté afin d'élaborer un référentiel afin de cerner l'ampleur du problème de santé, ses répercussions, les solutions existantes et leur efficacité, la traduction possible de ces thèmes en terme de résultats, l'existence d'une population cible et les obstacles à l'action.

C'est au niveau de ces thèmes que doivent être abordés les inégalités sociales de santé.

Les instigateurs de la loi souhaitaient se rapprocher de la méthode d'outre atlantique. Un autre groupe était plus orienté vers une approche de promotion de la santé et d'engagement de la population.

Les résultats obtenus par le groupe technique de définition des objectifs ont été assez positifs, mais les éléments apportés par ce groupe n'ont été que faiblement retranscrits dans la loi.

Pour les instigateurs, l'objectif est d'avoir une loi cadre, chaque action de santé publique doit par le politique et ainsi, il faut simplifier au maximum.

Ainsi, pour le suicide, le rapport des experts faisaient 5 à 7 pages, dans la loi, il apparaît seulement le taux de diminution à atteindre et 4 ou 5 champs d'action.

La méthode par objectif est sans doute à rapprocher de la loi organique relative aux lois de finances de 2001 (LOLF) .

En 1994, on avait 17 priorités, en 2004, c'est différent. En 1994, les priorités avaient été déterminées par la méthode DELPHI. La méthode DELPHI s'articulait autour de la consultation de 100 experts qui devaient déterminer pour les problèmes de santé les plus importants leurs déterminants et ensuite les pondérer. Ceci avait abouti à des priorités nationales de santé dont certaines devaient servir aux programmes régionaux de santé. Les régions choisissaient 3 ou 4 priorités qui leur semblaient importantes.

La critique des instigateurs de la loi par rapport à cette détermination des priorités est l'absence d'éléments précis pour déterminer ces priorités.

Avec la LSP, les objectifs sont issus des priorités du HCSP et de l'OMS s'appuyant eux mêmes sur des données scientifiques.

Une fois les objectifs listés, qu'est-ce qu'on en fait ?

Les Etats Unis ont défini pour chaque objectif des indicateurs afin de les faire coïncider avec l'allocation de ressource. L'allocation de ressource est ajustée en fonction des résultats. Les Etats Unis, comme nous, ont une multitude d'institution, ces objectifs ont pour objet de fédérer ces institutions.

La LSP a suivi la méthode de définition des objectifs, mais ensuite, ce sont les services déconcentrés qui devront formuler leurs programmes régionaux de santé publique d'un point de vue financier. La coopération sera intégrée au niveau régional.

Les objectifs sont à mettre en lien avec la LOLF. Les parlementaires, quand ils vont voir passer l'ONDAM vont dire : « vous aviez fixé un objectif, vous avez obtenu tel résultat et en fonction de cela, les financements sont maintenus ou pas ».

Les DDASS s'interrogent véritablement sur la matrice qu'ils vont utilisés pour les financements. Certaines se posent la question, à savoir s'ils sont plus efficaces en développant les CHRS, les CADA... en terme d'état de santé de la population que par rapport à des informations grand public.

L'intérêt des 100 objectifs est de laisser un espace de liberté aux acteurs. C'est à eux de décider dans quels objectifs ils s'inscrivent.

Il faut noter que ceux sont les institutions dont l'action est reconnue et qui traite d'un problème de santé qui bénéficient souvent des financements (Codes, Ccaa, aides..).

Je pense qu'il y a une continuité dans les financements.

Les financements sont différenciés essentiellement pour les projets soumis à appel d'offre. Ainsi, suite à la canicule, une étude a été réalisée, mais l'année d'après, on est passé à autres choses.

Pour le reste, la loi donne l'avantage à ceux qui s'inscrivent dans les objectifs de la loi.

Les groupements régionaux de santé publique devraient apporter une certaine stabilité.

#### **Pour vous la loi, est-ce une occasion manquée ?**

Je ne crois pas assez à la force du droit pour un sujet comme celui-ci. Je préfère la théorie des conventions, ce qui est important, c'est de se mettre d'accord sur des priorités, les évaluer. Si celles-ci marchent, on continue, sinon on arrête.

Par rapport à cette loi, je pense qu'il aurait fallu qu'elle s'inscrive dans un deuxième round de la politique du HCSP avec les PRS.

Les gens ont beaucoup travaillé pour mettre en place les PRS et un jour, on leur a dit « vous faites un rapport sur ce que vous avez fait, mais on s'en fiche et maintenant on passe à autre chose ». Je pense qu'il y avait des expériences intéressantes mais on n'en a pas tenu compte. Pour moi, c'est un rendez-vous manqué. La sauce commençait à prendre et là, on a cassé la dynamique.

Ce qui est positif dans la loi, c'est qu'elle a introduit du cadre. Avant, c'était un peu le bazar avec des programmes nationaux et des programmes régionaux qui n'étaient pas forcément liés. Mais, il suffisait de trouver des règles communes, il n'était pas nécessaire de tout changer.

#### **Quelles sont vos attentes par rapport à la politique de réduction des inégalités sociales de santé?**

Mes attentes, c'est la promotion de la santé. Dans le groupe de définition des objectifs, on avait analysé les PRS au regard de la charte d'OTAWA.

Que signifie une politique de promotion de la santé dans des soins primaires ? La participation des usagers, les soins de premières lignes autour de la maladie, l'information du public, le travail inter institutionnel, l'approche par programme négocié... C'est cela qu'on aurait pu imaginer.

En France, on a des institutions ouvertes à la santé publique (ARH, EPS/loi hospitalière, DDASS, ENSP) mais on a préféré regarder outre atlantique.

## **15 ANNEXE N° 15 ENTRETIEN AVEC UN EPIDEMIOLOGISTE - UNIVERSITE DE MEDECINE/ INSERM**

### **Pour vous, quelles sont les inégalités sociales de santé ? Quels en sont les principaux déterminants ?**

Plusieurs termes sont à définir : inégalités en opposition à disparités et santé comme bien primordial.

Les inégalités sociales de santé courent le long de l'ensemble de la société et ne concernent pas seulement les exclus et les individus en état de précarité. Il s'agit ici de la théorie du gradient par rapport à la théorie de l'exclu/inclus.

Les déterminants n'apparaissent pas dans le système de soins ni dans le système de prévention dite médicalisée. Ce sont notamment les conditions de vie, les conditions de travail, l'environnement, l'environnement social, les revenus... Mais il insiste sur le fait que les enjeux sont en dehors du système de soins.

### **Quels sont vos travaux en matière d'ISS ?**

Il est « entré » dans le domaine des inégalités sociales de santé par des travaux sur les maladies cardiovasculaires et plus particulièrement l'infarctus du myocarde. Ce travail lui a permis de définir des déterminants individuels qui contribuent aux ISS.

Il étudie aussi l'organisation sociale du travail. Il distingue ici le stress qui est la résultante d'une agression chronique (les individus doivent se préparer au stress). Il faut alors penser en terme de contraintes organisationnelles (la latitude de décision et surtout le contrôle sur le travail).

Dans le système de soins, on raisonne sur l'aspect primaire aux soins en matière de prévention (peu de données) mais on sait très peu de choses après ce premier contact. Les soins seraient alors délivrés de la même manière pour tout le monde. Cependant des inégalités existent en matière de suivi, de communication d'informations...

Enfin il travaille particulièrement sur la relation médecin/malade.

### **Quel bilan faites-vous des actions menées en matière de réduction des inégalités sociales de santé ?**

Y a-t-il une politique de réduction des inégalités sociales de santé ? Il nous renvoie la question. Il ne connaît pas de politique publique dans ce domaine. Il y a une politique de diminution du risque global : campagne de prévention mais qui n'est valable encore une fois que chez les individus éduqués. Il faut une réflexion particulière sur les ISS.

Il existe des politiques générales, la lutte contre l'exclusion mais rien pour affronter les ISS.

Il y a précarité parce qu'il y a une précarisation de la société même dans une société développée (multiplication des CDD au lieu de CDI...).

La précarité est très visible, les inégalités sociales de santé sont invisibles et ne sont révélées que par les statistiques mais les deux phénomènes sont en continuité.

Les politiques contre l'exclusion ont leurs limites et répondent exclusivement aux exclus.

Il s'agit d'un problème politique de fond que la société française ne veut pas affronter et qui renvoie à de nombreuses problématiques. Les déterminants sont nombreux et se trouvent en dehors de la santé : éducation, logement, lien social... L'interministérialité est très difficile à mettre en œuvre et pourtant la santé est un problème politique majeur.

Il y a 10 ans, ce thème n'était pas français. Depuis la fin des années 90, il y a eu un changement d'orientation et la réduction des inégalités sociales de santé devient un thème d'étude légitime. Le changement est très modeste et la France est très en retard au niveau de l'Europe mais elle se sent désormais contrainte. Cela

peut s'expliquer par le fait que les politiques de lutte contre l'exclusion ont mobilisé et appelé une réponse de l'ordre de la charité. Le travail sur les inégalités sociales de santé a sans doute bénéficié de cette mobilisation.

**Quel regard portez-vous sur la loi de santé publique d'août 2004 ?**

Elle se donne l'objectif de réduire les inégalités de santé par la promotion de la santé, par le développement de l'accès aux soins et aux diagnostics sur l'ensemble du territoire. Mais elle n'aborde pas les problèmes de fond. Elle est réductrice et reste dans le débat de la société française depuis celui sur la mise au point de l'assurance maladie après la seconde guerre mondiale : inégalité de santé = inégalité d'accès aux soins.

Il faut se donner les moyens de mesurer les progrès (ce qui n'est pas le cas de la loi). Depuis 10 ans, seul le rapport du Haut Comité de Santé parle d'inégalités sociales de santé. Mais cette loi a le mérite d'évoquer les ISS.

**Quelles sont vos attentes en matière de réduction des inégalités sociales de santé ?**

Il faut tout d'abord arrêter de faire l'équivalence entre santé et soins. Faire entendre que les inégalités sociales de santé sont une affaire interministérielle. Mettre en place une politique intersectorielle pour affirmer que les déterminants se trouvent partout.

La priorité est la santé alors que le débat porte sur les soins, l'accès aux soins et l'assurance maladie. On n'a pas aujourd'hui un réel débat sur la santé et sur l'ensemble des déterminants.

## 16 ANNEXE N° 16 ENTRETIEN AVEC UNE ANCIENNE CONSEILLERE TECHNIQUE EN TRAVAIL SOCIAL (DDASS)

**Que représentent, pour vous, les inégalités sociales de santé (ISS) ? Quels sont les principaux déterminants des inégalités sociales de santé ?**

Elle a défini les inégalités sociales de santé en deux points :

- Un accès inégal aux soins dû à une inégalité culturelle et sociale. Ainsi, certaines CSP sont plus touchées par le cancer (ex. : ouvriers) car le contexte dans lequel ils évoluent n'est pas sain.
- Une inégalité de prise en charge.

Principaux déterminants des inégalités sociales de santé: les conditions de travail, l'organisation de la médecine, l'environnement socioculturel, l'hygiène de vie, la santé mentale et psychique.

**De quelle façon êtes-vous confrontée aux inégalités sociales de santé ?**

Elle a été confrontée aux inégalités sociales de santé au travers du PRAPS (programme régional d'action et de prévention sanitaire). Ce programme populationnel, créé et rendu obligatoire par la loi de 1998 relative à la lutte contre les exclusions, devait être un levier d'insertion pour un public précaire. A partir d'orientations nationales, d'un budget spécifique régional, des actions locales de terrain ont été élaborées dès 1999.

De cette façon, des actions sur le cancer, l'alcoolisme et la souffrance psychique ont été menées dans un lieu déterminé. Dans le dernier cas, il s'agissait de prendre en compte la souffrance psychique des travailleurs sociaux et de les accompagner dans une démarche évolutive et progressive. Cette mission a parfaitement fonctionné. Les personnes concernées venaient spontanément exposer leur problème. Ils avaient l'impression qu'ils étaient écoutés, entendus contrairement à ce qu'ils rencontraient au travers de la médecine traditionnelle. Le simple fait d'être là pour eux était déjà un début de solution à leur problème.

Une autre action a été établie dans le cadre de ce programme régional : la mise en place d'un réseau médico-social. En constatant que les personnes en difficulté, après avoir consulté un médecin en urgence pour une pathologie lambda, prenaient péniblement, voire pas du tout, leur traitement faute d'un suivi post diagnostic, un coordonnateur de réseau a été créé. Son rôle était de mettre le médecin et le travailleur social en lien pour un suivi.

Si cette action a très bien fonctionné dans un premier temps au travers de la population ciblée à savoir les jeunes et les sans domicile fixe (SDF), elle s'est épuisée dans un second temps faute de moyens financiers persistants et de relais au niveau local.

**Quel bilan faites-vous des actions menées par les pouvoirs publics en matière de réduction des inégalités sociales de santé ?**

Globalement, selon elle, il est normal que le gouvernement veuille maîtriser l'aspect curatif du système de santé. Mais elle estime ensuite qu'il devrait y avoir, pour la prévention et l'éducation sanitaire, une volonté décentralisatrice plus prononcée au niveau des régions et départements. Les élus se sentiraient plus motivés et concernés par les différentes actions menées ou à mener.

Particulièrement, notamment par rapport à la couverture maladie universelle (CMU), au revenu minimum d'insertion (RMI), elle considère que ce sont des actions qui diminuent « relativement » les ISS. Néanmoins, ce n'est pas suffisant pour que les personnes en difficulté aillent se faire soigner. La médecine libérale n'est

pas adaptée à un public précaire car il faut oser aller vers un médecin pour se retrouver seul avec lui. Elle estime, en fait, que la CMU est un moyen de stigmatiser les personnes.

### **Quel regard portez-vous sur la loi de santé publique du 9 août 2004 par rapport aux inégalités sociales de santé?**

Selon elle, cette loi de santé publique était nécessaire car, jusqu'alors, aucun texte n'avait été élaboré en la matière. Toutefois, il convient de relativiser son importance du fait du décalage existant entre le contenu de la loi (objectifs fixés) et la réalité. Les objectifs visés sont trop épidémiologiques. Il n'y a pas de mesures des actions de prévention. Les objectifs à atteindre ont été écrits dans cette loi à défaut « de savoir où les classer ailleurs ».

Par conséquent, « trop générale, cette loi ne pourra correspondre à une certaine population ».

### **Quels sont les moyens et les expériences mises en œuvre, à votre niveau, pour lutter contre les inégalités sociales de santé?**

L'idée est qu'il faut cibler les populations qui n'ont pas d'actions directes, spontanées, et individuelles vers la médecine. La multiplication des intermédiaires et des réseaux peut être une solution pour modifier ces comportements inadaptés.

Ce qu'il faut entendre par la notion de réseau : les associations caritatives, les centres de travailleurs sociaux, les associations de chômeurs, les missions locales... Autrement dit, tous les organismes dont l'objet est d'aider l'autre dans quelque domaine que ce soit.

#### Actions concrètes réalisées :

- Un atelier sur une ville : une animatrice santé répondait à différentes personnes qui venaient parler de leur souffrance psychique. Cette action a fonctionné puisque les personnes sont venues échanger. Toutefois, cela n'a pu perdurer faute de moyens financiers (*voir réponse 2*).
- Mise en place d'un réseau d'éducation du patient par un médecin spécialisé en cardiologie (information sur le cœur, son fonctionnement, et les risques cardiaques). Les médecins libéraux et le personnel paramédical ont accepté de participer à ce réseau. Il a fallu 8 ans toutefois avant qu'il y ait un aboutissement en terme financier (prise en charge par l'URCAM) et sur la pérennité de l'action.

### **Quelles sont vos attentes ?**

Elle suggérerait une autre approche de la médecine, plus communautaire. Selon elle, ce modèle permettrait une meilleure responsabilisation des professionnels et prise de conscience des individus. Cela passerait également par d'autres organisations telles que les maisons de santé, dont le rôle serait de travailler en complémentarité avec les médecins notamment au niveau des services de prévention et d'éducation à la santé.

Dans le même temps, il conviendrait de former autrement les médecins afin de faciliter les échanges avec tous les individus quelque soit leur niveau social. Cette évolution permettrait de développer un nouvel accueil du patient, qui, manifestement aujourd'hui, est dans l'attente d'autres choses (cf. : la saturation des urgences liée à la bobologie).

Elle estime, en effet, que le rapport à la médecine est source d'ISS.

- Selon elle, il serait nécessaire de financer, dès la maternelle, l'éducation à la santé. Ceci éviterait de rencontrer certaines inégalités fondées sur des méconnaissances ou des ignorances dans le domaine

sanitaire. Elle suggérait de multiplier les effectifs infirmiers dans les écoles et de les former spécifiquement pour qu'ils puissent renseigner et s'investir de façon plus continue et plus soutenue ; le but étant de pallier le manque actuel.

- Elle proposait la création de nouveaux métiers tels que des animateurs de santé dans les écoles, le secteur associatif... Ces personnes auraient pour mission de donner de l'information sanitaire qui aurait pour but de prévenir et de diminuer, corrélativement et sur le long terme, certaines ISS. Ces acteurs travailleraient conjointement avec les infirmiers et les médecins, qui aideraient au développement de ces intervenants.

En conclusion, elle mettait en exergue le manque de moyens mis en place pour diminuer les ISS, même si elle admettait qu'une certaine prise de conscience du besoin se manifestait (cf. : la loi d'août 2004).

Ses attentes passaient donc au travers de cette prise de conscience et, inéluctablement, des conséquences, en terme d'actions concrètes, qui en découleraient.

## **17 ANNEXE N°17 ENTRETIEN AVEC UNE ASSISTANTE SOCIALE DANS UNE MUTUALITE SOCIALE AGRICOLE**

### **Entrée en matière : présentation de l'intervenant (domaines d'activité, champs de compétences)**

Assistante sociale dans un organisme : mutuelle sociale agricole (MSA)

MSA est un organisme à guichet unique ; il réceptionne les cotisations (comme l'URSSAF) et redistribue les prestations (retraites, allocations familiales et assurance maladie).

Population suivie : salariés : employés du secteur tertiaire et salariés des exploitations agricoles, ainsi que les exploitants agricoles.

### **Pour vous, que sont les inégalités sociales de santé ? Quels sont pour vous les principaux déterminants des inégalités sociales de santé ? (Est-ce que pour vous cela touche plus particulièrement une partie de la population ?)**

Il existe une problématique de l'accès aux soins pour les personnes qui demeurent dans les campagnes reculées, sans transports urbains ; la difficulté est importante pour accéder aux lieux de soins. Peu habituées à consulter spontanément ; il y a une résistance.

Problème de coût, souvent lié aux soins spécifiques.

Etat d'esprit agricole : ne pas dépenser beaucoup.

Mauvaise compréhension des informations sur les mutuelles.

Les inégalités, c'est : le coût, la distance et les délais de rendez-vous.

### **Avez-vous l'impression d'être confrontés aux inégalités sociales de santé dans votre pratique ? De quelle façon y êtes-vous confrontés ? (Moyens d'observation, population cible)**

Contact quand quelque chose ne va pas.

Avertie par service social.

Surtout problèmes liés au maintien des droits

### **Quel bilan faites des actions menées en matière de réduction des inégalités sociales de santé ? (Obstacles à la lutte contre les inégalités sociales de santé = recherche, mise en place d'actions publiques, pérennité des enveloppes)**

Les soins sont trop coûteux, la barre de la CMU est assez basse

Il existe de plus en plus de salariés pauvres.

Il y a plus de travail saisonnier qu'avant.

Ces inégalités sont plus importantes qu'avant.

La population très fragile est mieux aidée.

### **Quel regard portez-vous sur la loi de 2004 ? Quels sont les apports de la loi de santé publique par rapport aux politiques de réduction des inégalités sociales de santé ? Est-ce une « occasion manquée » pour vous ? Quelle place la loi d'août 2004 occupe-t-elle dans la lutte contre les inégalités sociales de santé ? Quelle place accordez-vous aux inégalités sociales de santé par rapport aux autres priorités de santé publique ?**

Loi 2004 : peu d'information, peut-être parce que je ne suis pas professionnelle de santé.

On peut mieux aider les personnes socialement en difficulté quand il n'y a pas de problème de santé.

**Quels sont les moyens à votre niveau pour lutter contre les inégalités sociales de santé (ressources financières, partenaires, réseaux, systèmes d'information) et les difficultés rencontrées ?**

Amener les gens à chercher les avis, les informations, voir plusieurs professionnels, élargir les horizons, aller ailleurs pour autre regard.

Rôle de l'assistante sociale : donner toutes les informations utilisables par les personnes.

Partenaires : actions communes ponctuelles.

**Quelles sont les expériences que vous connaissez et qui vous semblent intéressantes dans ce domaine ? (Etrangères comme nationales ou locales) Quelles sont vos attentes en matière de politique en faveur d'une réduction des inégalités sociales de santé ?**

- Développer des lieux de rencontre autour de la santé pour permettre une information de proximité et briser l'individualisme : communiquer autrement que par écrit (documents trop techniques, pas compris). Brasser les professionnels différents et complémentaires, et aussi les populations : ne plus séparer les catégories sociales là où elles habitent.

- Développer plus de coordination, plus de réseau pour partage d'information et prise en charge plus globale.

- Faire aller les professionnels dans les campagnes, pas seulement les médecins. Non pas pour recréer de l'assistantat, mais pour aider les personnes à bouger.

- Améliorer les transports !! Problèmes de la concentration de l'administration.

Pour les exclus, c'est plus facile.

# 18 ANNEXE N° 18 ENTRETIEN AVEC UN DIRECTEUR DEPARTEMENTAL DE LA CROIX-ROUGE

## Présentation de l'intervenant

La Croix Rouge ici est bien implantée. Elle gère un certain nombre d'établissements dans le département et dispose de 330 salariés. On a quatre grands domaines d'activité :

- le social qui se décompose en deux parties :

L'urgence sociale (CHRS, centre d'accueil d'urgence, la gestion du 115) et la petite enfance (le centre maternel avec l'accueil des mamans et des enfants de moins de 3 ans, une crèche collective et une crèche familiale, le service de médiation familiale et les agents de santé).

Les agents de santé ne concernent pas réellement la petite enfance, ils auraient pu être rattachés aussi à l'urgence sociale. Ces agents qui sont au nombre de 3 sur le département travaillent sur l'accès aux soins.

- le médico-social et sanitaire avec :

La gériatrie (une unité de soins de suite et de réadaptation - 40 places) avec essentiellement des personnes âgées qui sont là suite à une opération avec la mise en place de prothèse. Mais ce service propose aussi un accompagnement de fin de vie et une maison de retraite de 90 places avec 3 services rattachés : un service de soins à domicile (35 places), un centre de soins avec 3 infirmières (comparable à un cabinet d'infirmière libérale) et un service de portage de repas.

Tous ces services sont assez complémentaires et permettent la continuité de la prise en charge. Ainsi, on a des personnes qui passent d'un service à l'autre.

Le handicap avec un établissement pour adultes handicapés avec 44 résidents.

## Pour vous qu'est-ce que c'est les inégalités sociales de santé ?

C'est l'accès aux soins qui n'est pas forcément le même pour tout le monde. On le voit très bien dans le travail des agents de santé, c'est-à-dire que tout le monde n'a pas accès aux soins de la même manière. Il y a des médecines à plusieurs vitesses où les démunis se trouvent en grande difficulté, il y a à la fois le facteur financier et le fait d'avoir des rendez vous, et souvent un certain nombre de personnes qui ont les moyens d'accéder aux soins ne le font pas parce qu'elles ne savent pas faire la démarche. Il se trouve aujourd'hui qu'il y a un problème, le SAMU est surchargé. Ceci peut s'expliquer par un désengagement des médecins généralistes, il n'y a plus de gardes donc tout se reporte sur de l'urgence ensuite cela sature aux urgences et ça pose problème. Pour avoir un rendez-vous, chez un spécialiste, c'est souvent de plus en plus compliqué.

## La difficulté d'avoir un rendez vous chez un spécialiste vient du manque de spécialiste ou est-ce qu'il y a d'autres déterminants qui font que les gens n'ont pas accès aux spécialistes ?

Il y a le manque de spécialiste, c'est évident mais il y a aussi des différences dans la prise de rendez-vous. Pour une partie de la population, on va dire le rendez-vous c'est dans 3 mois et pour une autre partie de la population notamment les CMU où on va leur dire : « vous êtes CMU » et le délai est de 6 mois, là on voit une médecine à deux vitesses. Moi j'ai rencontré certains spécialistes qui me disaient : « moi j'ai mon quota de CMU alors c'est bon, je n'en prends plus ». Même ceux qui les prenaient tous au début, se sont trouvés surchargés et maintenant ils font comme les autres, une fois le quota atteint, ils n'en prennent plus non plus.

## Et pourquoi, ils ne veulent pas prendre des personnes qui sont à la CMU ?

Soit pour un problème de dépassement d'honoraires, soit parce que ceux sont des cas sociaux et qu'ils n'ont pas envie de les prendre en charge, aujourd'hui, les spécialistes peuvent choisir qui ils veulent prendre.

**Dans le secteur personnes âgées, est-ce que vous ressentez également des inégalités sociales de santé ?**

Pas trop, non, au niveau du suivi, les généralistes les suivent particulièrement bien, le seul problème, ce sont les gardes. Mais pour moi c'est une inégalité qui touche tout le monde. Le soir, il n'y a plus de garde et on appelle le SAMU pour des choses qui n'ont rien à voir. Moi je n'ai pas l'impression par rapport aux services que nous proposons à la Croix Rouge, qu'il y ait des inégalités au niveau de la personne âgée.

Je pense que les inégalités touchent les personnes qui sont dans une situation de précarité. A partir du moment où les personnes ne sont plus insérées, les inégalités de santé sont importantes. On le voit dans le public accueilli en CHRS.

**Pourquoi d'après vous entre un ouvrier et un cadre, il y un écart de 6 ans d'espérance de vie ?**

Ce n'est peut-être pas le revenu mais la capacité de la personne à prendre en charge sa santé. Un cadre, une fois qu'il a décidé de se prendre en charge, il se prend en charge et il va tout faire pour se faire soigner. Plus la personne est dans la précarité, moins elle va faire les démarches. Elle aura besoin d'être accompagnée, c'est exactement le rôle des agents de santé. Il faudra quelqu'un pour que la personne se fasse soigner. J'ai l'impression que là est l'inégalité. Ce n'est pas uniquement une question de revenus.

**Au niveau de la Croix Rouge, en quoi êtes vous confrontés aux inégalités et comment vous y répondez ?**

Quand on a une structure comme le centre maternel où le personnel est assez nombreux pour accompagner la personne, je dirais que cela se passe relativement bien. Dans le cadre des CHRS, c'est un peu différent. On a des personnes qui arrivent du jour au lendemain et nous n'avons pas les effectifs pour suivre tout cela. Il y a forcément des problèmes de santé. Les gens qu'on accueille ne sont pas toujours capables de se prendre en charge et il n'y a pas assez de personnes pour les orienter. Souvent on s'est dit il faudrait qu'il y ait un médecin. On a fait des vacations de médecin. Il faut des financements. Je pense qu'on diminuerait vraiment les inégalités de santé si on avait quelqu'un comme nos agents de santé qui accompagnerait la personne dans ses démarches de santé. On arriverait à colmater un peu ce problème d'inégalité.

**Est-ce qu'on peut parler un peu des agents de santé ?**

Oui, alors nous on a 3 agents de santé, ce sont des infirmiers et ils sont là pour l'accès aux soins des personnes. On en a une pour les jeunes qui intervient en mission locale. On s'est aperçu en mission locale que même si un jeune vient en mission locale et qu'il rencontre quelqu'un, il n'était pas toujours évident d'aborder le domaine de la santé et le fait qu'il y ait une infirmière qui soit là, cela leur permet de s'exprimer plus facilement. L'agent de santé, il est là pour orienter et convaincre le jeune de faire tel ou tel traitement, ce peut-être faire un examen de santé ou aller chez le dentiste ou l'ophtalmo. Ce peut-être aussi les problèmes de drogues ou d'alcool. Inciter et suivre la personne pour vraiment qu'elle accède aux soins. Les deux autres agents de santé feront la même chose sauf que c'est orienté vers le public adulte notamment les RMIstes. Ils interviennent sur l'ensemble du département.

Les agents de santé travaillent en partenariat avec les PASS, ils sont en lien avec de nombreux partenaires (CHRS, centre d'examen de santé, hôpitaux)

**Est-ce que c'est un dispositif propre au département ?**

Au niveau de la région, la DDASS et le Conseil Général étaient demandeurs pour créer ces emplois d'agents de santé. Le premier poste a été créé en 1996 par rapport à un besoin ressenti par la DDASS et le Conseil Général. La région compte 8 agents. Aujourd'hui, une réflexion commune est menée afin de pérenniser les financements qui sont incertains à l'heure actuelle. Un dossier commun de financement est en cours. Leurs missions c'est l'accès aux soins et faire les papiers car souvent, ils n'ont plus de couverture maladie. C'est aussi beaucoup d'écoute. Rien que l'écoute est un élément pour la personne pour rentrer dans une démarche de soins.

**Quels sont pour vous les obstacles à la réduction des inégalités sociales de santé ?**

Les obstacles c'est le nombre de médecins, de spécialistes. Pour moi, c'est beaucoup une question d'offre. Le fait que les spécialistes sont surchargés implique qu'ils trient la clientèle.

Je trouve qu'on régresse dans l'offre de soins. C'est peut-être propre au département, mais on a vu au fur et à mesure tous les acteurs se désengager. Un généraliste qui ne fait plus de garde c'est un problème.

**Quel regard portez vous sur les politiques publiques notamment la loi d'août 2004 ?**

Il y a des progrès qui sont fait, les soins sont de meilleure qualité. Nos équipes participent à des réunions sur les priorités de santé publique mais ce sont des domaines très particuliers, ce n'est pas forcément grand public. Les problèmes de santé publique doivent être traités à la base. Par exemple, la nutrition, c'est à l'école qu'une partie de l'éducation doit être faite.

**Est-ce que vous ressentez des différences de santé par rapport à l'éducation ?**

Oui, le niveau de santé est différent selon l'éducation. On le voit bien car on reçoit des jeunes mères, des sans papiers...

**Est-ce qu'il y a des inégalités de santé au niveau de la population étrangère ?**

Oui, cela dépend d'où ils viennent. La santé est différente, certaines personnes sont renfermées sur leur famille. Nous avons beaucoup de Kosovars. Ce n'est pas facile, ils viennent de pays où le soin n'est pas quelque chose de primordial. Le CHRS ne propose pas de prise en charge en matière de santé. Au niveau des enfants, c'est un peu différent puisqu'ils sont souvent scolarisés et donc bénéficient d'un suivi médical.

**La loi répond elle aux inégalités sociales de santé ?**

Je pense qu'il y a eu de gros efforts de fait, la création de la CMU a été une grande avancée. Aujourd'hui, une fois que nous sommes hospitalisés, il y a normalement une prise en charge qui est faite. La difficulté pour réduire les inégalités réside dans la prise de conscience de la personne elle même. Comment faire prendre conscience à la personne qu'il faut qu'elle se soigne ?

**Au sein de votre Unité de Soins et de Réadaptation, y-a-t-il des inégalités ?**

Tout le monde est pris en charge, mais ceux qui viennent à l'USSR, ceux sont des personnes qui ont eu une opération avec mise en place d'une prothèse. Je ne pense pas que tout le monde se fait poser une prothèse. Et pour les fins de vie, c'est aussi un choix qui pour l'essentiel provient de la personne. On accueille indifféremment, l'hôpital envoie indifféremment mais la population accueillie est différenciée. Ce n'est pas une population précaire.

**Au niveau du service de personnes âgées, y a t-il des inégalités sociales de santé ?**

Il y a des inégalités pour la personne qui n'a pas les moyens, elles ne sont pas prioritaires pour entrer en maison de retraite. On essaie d'éviter les mauvais payeurs.

**Connaissez-vous des expériences intéressantes pour diminuer les inégalités sociales de santé ?**

Les agents de santé.

Je pense qu'il serait intéressant d'avoir un médecin au CHRS qui puisse suivre les personnes, pour que les médecins soient plus accessibles, plus proches de la population en difficulté.

**Quels sont les moyens dont vous disposez pour réduire les inégalités sociales de santé ?**

On a les moyens que l'on nous donne. Il nous faudrait plus d'agents de santé.

**Quelles sont vos attentes en matière de réduction des inégalités sociales de santé ?**

Les financeurs ne nous donnent pas toujours les moyens, pas parce qu'ils ne veulent pas mais parce qu'ils ne les ont pas. Les moyens n'ont cessé d'augmenter dans le domaine de la santé. Ils sont aujourd'hui limités. J'ai l'impression que les moyens financiers augmentent et qu'on y arrive de moins en moins. Il faudrait faire un « redispaching » des moyens en fonction des besoins de la population.

## 19 ANNEXE N° 19 ENTRETIEN AVEC UN CHERCHEUR STATISTICIEN DE L'INSERM

### **Entrée en matière : présentation de l'intervenant (domaines d'activité, champs de compétences)**

Présentation : Chercheur Inserm qui a réalisé la coordination ouvrage INSERM de 2000 sur les ISS. Travaille depuis 1980 sur ce thème. Formation en mathématique et statistique ; enquêtes de population, facteurs professionnels. Maintenant épidémiologiste.

### **Pour vous, que sont les inégalités sociales de santé ? Quels sont pour vous les principaux déterminants des inégalités sociales de santé? (Est-ce que pour vous cela touche plus particulièrement une partie de la population ?)**

Selon la CSP, niveau d'études, origine (immigrés et français d'origine) ; revenu et lieu géographique.

Distinction entre inégalités sociales de santé et précarité ; questions liées mais différentes, Santé=mortalité, morbidité, pratiques liées à santé, lié au comportement individuel, causes multiples.

Rôle des soins apparaît peu important / ISS.

### **Avez-vous l'impression d'être confrontés aux inégalités sociales de santé dans votre pratique ? De quelle façon y êtes-vous confrontés ? (Moyens d'observation, population cible)**

Non – pas de pratique sur le terrain, essentiellement du travail de recherche.

### **Quel bilan faites des actions menées en matière de réduction des inégalités sociales de santé? (Obstacles à la lutte contre les inégalités sociales de santé = recherche, mise en place d'actions publiques, pérennité des enveloppes)**

C'est quoi les actions menées : je n'en vois pas menées correctement.

Dans les régions, il y a des initiatives locales ou régionales intéressantes, mais sans évaluation des effets.

Pourtant CMU positive car a permis accès aux soins pour une partie de la population.

### **Quel regard portez-vous sur la loi de 2004 ? Quels sont les apports de la loi de santé publique par rapport aux politiques de réduction des inégalités sociales de santé? Est-ce une « occasion manquée » pour vous ? Quelle place la loi d'août 2004 occupe-t-elle dans la lutte contre les inégalités sociales de santé ? Quelle place accordez-vous aux inégalités sociales de santé par rapport aux autres priorités de santé publique ?**

Point vue assez positif – notion d'inégalités apparaît à plusieurs endroits, plus qu'il y 10 ans.

Avant aucun écho, personne ne s'y intéressait (considéré comme un engagement politique, pas scientifique).

Loi de 2004 témoigne que regard a changé. Permet des outils de surveillance proposés par chercheurs.

### **Quels sont les moyens à votre niveau pour lutter contre les inégalités sociales de santé (ressources financières, partenaires, réseaux, systèmes d'information) (et les difficultés rencontrées) ?**

Continuer faire recherche dans ce domaine ; avoir données disponibles ; impact médiatique sur le descriptif des ISS. Sur l'efficacité des actions il n'existe rien.

### **Quelles sont les expériences que vous connaissez et qui vous semblent intéressantes dans ce domaine ? (Etrangères comme nationales ou locales) Quelles sont vos attentes en matière de politique en faveur d'une réduction des inégalités sociales de santé ?**

Aller regarder dans autres pays : GB et Pays Bas = recensement de ce qui est fait sur les ISS.

L'approche corrective par l'éducation : suppose que l'on accorde beaucoup importance à tout ce qui est comportement (tabac..) a des limites évidentes (inégalités sociales de santé multifactorielles).

Proposition : Quand une décision est prise et quelque soit le domaine, on devrait regarder systématiquement les conséquences sur inégalités sociales de santé et évaluer les effets.

Tout le monde devrait avoir accès à l'emploi et à un emploi de bonne qualité.

Emploi de bonne qualité : pas risque accident, non précaire.

Il faut s'intéresser aux conditions de travail pour que le travail ne rende pas malade.

## **20 ANNEXE N° 20 ENTRETEN AVEC UN EPIDEMIOLOGISTE DE L'UNIVERSITE D'AMSTERDAM**

### **In sort of introduction could you tell us about your work in general?**

I am an epidemiologist. I started working in 1987 and finished my PhD thesis in 1997 (Erasmus University Rotterdam). My thesis was on the explanation of socio-economic inequalities in health in the Netherlands. Since 1997, I have worked in the Academic Medical Centre/University of Amsterdam. My current position is associate professor. The focus of my research activities is now mostly on ethnic inequalities in health.

### **How can you define social health inequalities? What would be, for you, the fundamental health determinants? What evidences do you use to observe social inequalities?**

Social inequalities in health are, in my view, inequalities in health that are systematically related to social determinants. Social determinants are determinants that are related to the way we have 'organized' our societies, like socioeconomic status, ethnic origin, marital status etc. We use epidemiological and qualitative studies to obtain insight into these inequalities.

### **In Netherlands, how public authorities deal with social health inequalities?**

#### **Are there some public or private health programmes? How do you assess the actions led?**

In the Netherlands, at the local level there is a widespread interest in tackling inequalities in health (local health municipalities in particular). At this level, many initiatives are being taken to reduce inequalities in health (health promotion, intersectoral action etc.). At the national level, inequalities in health are said to be an important issue (Ministry of Health), but at the same hardly any measures are taken to tackle these.

See for more information a few papers in international journals on a big national research programme aimed at gathering information on the effectiveness of measures tackling inequalities in health:

### **Is there a public debate about this problem?**

It depends on what you mean by public debate. The answer is no if you see public debate as a debate in which the general public participates. There is, however, a debate among professionals and politicians, especially at the local level (see previous point).

### **Have you heard about the French health public law published last summer?**

#### **In Netherlands, how social health inequalities are ranked on health public agenda?**

No, I haven't. See question 3

### **What should governments, public authorities, do in order to reduce social health inequalities? (Partners, networks, information systems)**

#### **What is the best level of action? National, local, associations, hospitals and public services...**

I think that, in order to reduce inequalities in health, a lot of measures should be taken at many levels:

1. Reducing social inequalities in itself (e.g. reduction of unemployment, poverty, improving educational opportunities);
2. Reducing the negative effect of social position on health (housing policies, health promotion, improving working conditions etc.);
3. Reducing the negative effect of health on social position (e.g. improving financial position of people who cannot work because of health problems);

4. Improving accessibility and quality of health care for people in lower positions (e.g. by health insurance).

**As a conclusion, what are for you the best means to cope with social health inequalities?**

Fundamental measures that address the situation people live and work in (housing, income, living environment etc.).

## 21 ANNEXES N°21 ENTRETIEN AVEC UN STATISTICIEN ET INGENIEUR EN RECHERCHE A L'INSERM

### Intervenant

Il est statisticien, ingénieur en recherche à l'INSERM. Il est plus particulièrement attaché au laboratoire Cepidoc, centre de recherche des causes médicales de l'INSERM. Ce centre, créé en 1968 travaille sur les causes médicales de mortalité à partir des certificats de décès, de données sur les catégories socio-professionnelles des personnes décédées, et de données socio-économiques de l'INSEE.

Le Cepidoc a trois missions :

1/Production de données à partir de

- Certificat médical, qui sert de base à l'établissement des causes médicales de la mort
- données INSEE
- CSP, données par la famille ou l'institution chargée de la prise en charge des corps

2/ Diffusion des analyses

3/ Etudes et recherche autour de ces données

### **Définition des inégalités sociales de santé: définition technique fondée sur sa pratique d'épidémiologiste.**

Pour lui, les inégalités sociales de santé se résument aux CSP, puisque c'est uniquement sur cette donnée qu'il travaille pour déterminer les inégalités de mortalité.

Les CSP sont regroupées en fait en trois grandes catégories (un découpage plus précis des différentes CSP est impossible étant donné les difficultés rencontrées pour obtenir des données valables):

- professions libérales, cadres supérieurs
- catégories intermédiaires
- regroupement ouvriers / employés

La base de données du Cepidoc, du fait même des problèmes liés au recueil des données sur les CSP, se réduit aux hommes actifs, 24 – 54 ans

Pas de données véritables sur les femmes, les analyses étant biaisées par l'absence de prise en compte des femmes inactives.

⇔ Problème technique de recueil de données. Pb de fiabilité de l'information. Les causes médicales de décès et la CSP sont des données ouvertes.

⇒ Mise en évidence de la mortalité prématurée chez les hommes.

Approche du Cepidoc se définit comme une approche d'épidémiologiste ? approche sociologique.

### **Résultats D quelles sont les inégalités sociales de santé?**

Surmortalité prématurée importante dans le groupe des Ouvriers – Employés, par rapport au groupe des Cadres supérieurs. Le taux de mortalité des ouvriers-employés est de 2,6 fois plus élevé que celui des cadres supérieurs.

Cette surmortalité est liée essentiellement à l'alcool, causes directes (psychoses alcooliques, cirrhoses) ou indirectes (cancer des voies aéro-digestives supérieures, accidents de voiture, certains suicides). Le taux de décès chez les ouvriers – employés pour des causes liées à la consommation d'alcool est multiplié par 10 par rapport aux cadres supérieurs et aux professions libérales.

Il est à noter que le biais sur la retranscription des causes de l'alcoolisme est contrôlé (on aurait moins souvent tendance à inscrire ce type de causes sur les certificats de décès quand il s'agit de cadres supérieurs et de professions libérales).

Existence de fortes disparités géographiques : la surmortalité des ouvriers du Nord est encore plus marquée que celle des autres ouvriers ⇒ on retrouve toujours le croissant Bretagne, Nord, Picardie, Alsace.

⇒ Ces déterminants de santé, tels qu'ils apparaissent dans les enquêtes du Cepidoc, sont essentiellement liés aux comportements à risque.

Mort prématurée → alcool, accentué par les différences de pratiques entre les différentes CSP.

⇔ Manque des soins primaires : suicide, alcool, tabagisme,

Il fait référence aux travaux de l'équipe hollandaise (MACKENBACK et KUNST), avec la mise en évidence de la forte surmortalité prématurée qui existe France et Finlande. Le fait qu'en France et en Finlande, on trouve des gradients sociaux pour la mortalité prématurée, est très lié à des pratiques de santé comme l'alcool. Pour la Finlande, on est surtout confronté à une surmortalité due aux suites violentes de l'alcoolisme (psychoses alcooliques, accidents, suicides)

### **Regard sur la politique de réduction des ISS**

Bilan mitigé : pas de réduction des ISS, mais stagnation voire une augmentation si l'on examinait les derniers chiffres (voir les travaux de LECLERC sur ce domaine).

Pas d'amélioration des pratiques de santé. Besoin de repenser les méthodes de prévention primaire, en mettant plus en avant les approches sociales. Travail qui est lancé par l'INPES, mais qui doit être encore développé.

La place des inégalités sociales de santé dans le débat public aurait évolué dans le débat public, notamment depuis les rapports du HCSP qui ont bien mis en évidence leurs disparités et leurs causes.

Appréciation du travail fait sur les rapports du HCSP : « on les a fait quand même passer ». Il était nécessaire de dire, c'est le fait qu'un des gros problèmes en France, c'est ce qui est disparités / inégalités : cela ne concerne pas que les inégalités sociales, mais aussi les disparités géographiques et les inégalités hommes / femmes.

### **Appréciation positive de la loi de santé publique du 9 août**

Très gros progrès permis par la loi, gros pas en avant sur les déficits en prévention primaire.

C'est un très gros progrès qu'il y ait une loi de santé publique, qu'il y ait une définition d'objectifs. La définition des objectifs n'est pas suffisante, mais c'est déjà bien. Il faudra affiner au vu des derniers travaux de recherche. Il y aurait également trop d'objectifs, mais il ne s'étend pas sur cette question.

### **Expériences et attentes**

Travailler sur la prévention primaire et l'éducation à la santé, pratiques de santé. Ces problèmes relèvent d'un problème de société qui sort du champ d'activité de l'épidémiologie, son but à lui étant de sortir un maximum de données statistiques.

Il existe un risque de stigmatisation des populations en raison de leurs pratiques de santé, de "faire la leçon de morale" à ces "classes".

De plus, il est dangereux de laisser de côté les risques professionnels, qui restent très mal connus en France.

Le travail sur les inégalités sociales de santé ne passe pas que par les lois de santé publique : les conditions de vie et les conditions de travail doivent être prises en compte

Comparaison entre la France et le Royaume-Uni

- Approche prévention / santé publique ancienne ? modèle curatif français

Indiscipline des Français, «esprit rebelle » qui réagit plus à la peur de la sanction qu'au message de prévention.

## 22 ANNEXE N° 22 ENTRETIEN AVEC UNE GERIATRE EN HOPITAL

Elle est responsable de l'unité d'hospitalisation en post-urgence gériatrique, créée après la canicule en janvier 2004, ainsi que de l'unité mobile gériatrique de l'hôpital. Cette unité mobile est chargée d'apporter un soutien méthodologique aux praticiens des autres services ainsi que de mettre en place des processus d'évaluation de l'état du patient âgé.

### Définition des inégalités sociales de santé

Plusieurs dimensions des inégalités sociales de santé :

- Angle médical : pathologies liées directement à des conditions sociales défavorables Ex : dénutrition, problèmes cutanés, tuberculose
- Angle de l'accès aux soins : manque de moyens financiers
- Angle du "suivi ultérieur" : les patients accèdent aux soins par un service d'urgence, par une CMU, il n'y a pas de suivi médical. C'est particulièrement vrai pour le domaine dentaire. Ils ne vont pas aux consultations de suivi.

### Déterminants

- Revenus : soins dentaires
- problèmes psychiatriques : gens sans domicile, pathologies avec refus de soins
- culturels : fatalisme face à la maladie, absence de demande de soins
- accessibilité géographique

Ex : démence à la campagne : le vieux perd la tête, mais pour la famille, c'est normal, c'est parce qu'il est vieux. Ce ne serait pas l'analyse des enfants si la personne comme la famille étaient en ville, on l'emmènerait chez le médecin.

Ex : plaie sur jambe, suivi dermato et refus de soins (il fallait prendre le taxi, c'était casse-pieds)

### Confrontation aux inégalités sociales de santé dans la pratique quotidienne

- Maintien à domicile pas possible → on envoie à l'hôpital
- Manque de ressources pour ce maintien
- Structures de convalescence : suppléments chambre seules impossibles à payer
- Hospitalisations à écourter

Les inégalités jouent bien au-delà des patients qui sont au niveau de la CMU et de la CMU complémentaire.

Evolution :

- vieillissement de la population → inégalités sociales qui surgissent avec force. Les très vieux retraités n'ont pas cotisé toute leur vie et sont très souvent au minimum vieillesse.
- "fracture sociale" : gens pauvres qui n'accèdent pas aux soins parce que la santé n'est pas un bien prioritaire. Lié au chômage, à tout un tas de choses. Dans les années 1970, on avait moins de gens en détresse financière. Ce sont ces gens que l'on retrouve aux urgences.

### Bilan des actions menées en matière de réduction des ISS

{NB : le mot "bilan" est interprété par l'interlocuteur comme le terme d'"analyse"}

Le chômage y est pour beaucoup, surtout le chômage des jeunes. Multiplicité des emplois, variabilité des postes, et intermittence de plus en plus importante des phases de chômage, avec poids psychologique de cette situation sur ces personnes

Personnes âgées : problème de société, désengagement des familles, du gouvernement. On n'a jamais vécu ça, une telle proportion de personnes âgées. Il y a tout à inventer dans les relations entre les différentes générations.

#### **Regard sur la loi de 2004**

“Une de plus”

Sceptique : comme le Plan Alzheimer, plan canicule

“Il y a toujours une telle déconnexion entre les bonnes volontés de ces textes et la réalité de la base. Il faudrait que ça vienne d'en bas. On trouve de réelles aberrations dans ces textes : les soins palliatifs sont absents du plan cancer.

Discours sur la volonté du politicien qui est de résoudre les problèmes sans y mettre les moyens.

Ex : mise en place de la Direction des Personnes Agées dans le département. Réunion du Conseil Général : pour ses électeurs, il n'était pas question d'augmenter les impôts locaux pour la prise en charge des personnes âgées.

#### **Moyens pour lutter contre les inégalités sociales de santé**

Concierter la vraie base : gens de terrain.

Assistants sociaux du SAMU Social, certaines assistantes sociales des services d'urgence, de gériatrie, mairies pour les demandes de CMU.

Ex : dame avec démence au stade de l'agitation. Elle était maintenue à domicile. Le généraliste a fait rentrer cette dame dans une maison --> demande d'aide sociale. Les enfants n'ont pas voulu payer, et donc elle a été renvoyée chez le fils lyonnais qui est le seul à s'en occuper. La Direction des Personnes Agées a financé comme auxiliaire de vie la belle-fille, qui n'a rien déclaré) l'URSSAF.

⇒ La famille n'a rien compris, et la Direction des Personnes Agées a arrêté les versements.

⇔ Inégalités sociales qui passent autour du domaine de la santé : recherche des partenaires autour des soins, avec les complexités.

#### **Vision des CMUistes**

Pas de connaissance particulière des CMUistes à l'hôpital. L'époux, médecin généraliste, en parle comme de personnes qui ont parfois tendance à abuser des soins.

## 23 ANNEXE N°23 : ENTRETIEN AVEC UN DIRECTEUR DES RESSOURCES HUMAINS EN CENTRE HOSPITALIER

### Présentation de l'intervenant :

Directeur Adjoint chargé des Ressources Humaines (personnel médical et non médical) et de la Communication et à titre temporaire, chargé du Système d'Information.

Impliqué dans divers projets ou dossiers transversaux :

- Accréditation version 2 : pilote groupe GRH
- Gestion des risques du personnel Hospitalier : Document unique
- Mise en œuvre de la CCAM version V1
- Mise en œuvre d'un projet Intranet

Responsable :

- de l'ensemble de la gestion des effectifs : recrutement, carrière, gestion prévisionnelle des emplois....
- des relations avec les représentants du personnel
- de la préparation et du suivi des instances : CTE, CME, CHSCT
- de la mise en œuvre d'une politique de communication interne et externe

### Pour vous, que sont les inégalités sociales de santé ?

Inégalités d'accès à l'éducation, à l'information en santé

Inégalités à l'accès aux soins

Liées à la proximité de structures de santé

Liées aux conditions environnementales de vie, de travail

### Quels en sont les principaux déterminants ?

Culture-Education : représentations liées au corps, à l'éducation familiale,... dont découlent les habitudes de vie en matière d'Hygiène

Degré d'Alphabétisation : définit notamment la capacité à rechercher l'information

Les liens sociaux- Vie sociale : la multiplicité des liens sociaux (intra ou extra familiaux) ou son absence influent sur la représentation et l'image du corps

Age

Handicap

Types de pathologies : cas des maladies rares ou qui ne sont pas l'objet d'une priorité de santé publique

### Avez-vous l'impression d'être confronté aux inégalités sociales de santé ?

Oui. Confronté aux ISS essentiellement dans le cadre des gardes administratives : populations âgées ou personnes en détresse sociale (refus de soins) ou psychologique (prise en charge de la maladie mentale)

### Quel bilan faites vous des actions menées en matière de réduction des ISS ?

Constat mitigé sur l'ensemble de la question :

Les associations se substituent par défaut à une prise en charge institutionnelle organisée

Une part significative de la file active en psychiatrie est constituée de patients que la société oriente vers ce secteur : alcoolisations ponctuelles, toxicomanie, exclusion sociale,...dont ils ne devraient pas, en tous cas pas exclusivement, relever (dixit professionnels)

*Politiques de réseau trop peu développées et dont la mise en œuvre est laissée parfois à la seule initiative des acteurs locaux. Question qui renvoie à une nécessité d'encadrement et de coordination.*

Difficultés à coordonner des actions dont le champs relève de plusieurs domaines de compétences : emploi, éducation, logement,...

### **Quel regard portez-vous sur la loi de santé publique d'août 2004 ?**

*La loi de 2004 est à large spectre définissant à la fois des politiques en santé (prévention,...), des plans ciblés (cancer, toxicomanie,...) et des mesures concrètes (formation des professionnels, sanctions pénales en cas de manquement,...).*

Elle présente les qualités de ses défaut, et traduit une volonté claire d'embrasser la problématique de santé publique dans son ensemble intégrant les différentes dimensions , la complexité de la notion de santé publique.

Elle redéfinit des principes en matière d'inégalité et s'impose comme un cadre qui situe cette problématique dans un contexte général de santé : environnement, maladie,...

Place qui renvoie aux droits fondamentaux de la personne humaine et du citoyen.

### **Quels sont les moyens à votre niveau pour lutter contre les ISS**

Développer les partenariats inter-établissements pour compléter, optimiser l'offre de soins

Affecter des moyens humains à la prévention, l'information : lutte contre le tabagisme,..., informations de santé sur offre de l'établissement en matière de soins, d'accès aux soins,... par site internet

Développer les moyens alloués à la pris en charge de certaines pathologies d'origine et à retentissement social : prise en charge de l'alcoolisme, éducation en santé ( obésité,...)

### **Quelles sont les expériences que vous connaissez et qui vous semblent intéressantes dans ce domaine et quelles sont vos attentes?**

Les attentes : appui des pouvoirs publics en matière de coordination des actions pour la mise en œuvre des réseaux notamment. Leur mise en place, les moyens alloués sont trop souvent dépendant de la seule implication des acteurs concernés.

## 24 ANNEXE N°24 ENTRETIEN DIRECTEUR DES SERVICES ECONOMIQUES – CENTRE HOSPITALIER

### Présentation de l'intervenant :

Directeur adjoint chargé des services économiques, de la qualité et de la gestion des risques. Auparavant DRH

### Pour vous, que sont les inégalités sociales de santé ? Quels en sont les principaux déterminants ?

Facteurs liés à l'environnement social au sens large : géographie, milieu socioprofessionnel, niveau d'études, éducation, connaissances du système de santé., relations qui vont déterminer des conduites et des comportements induisant une inégalité des chances devant la santé.

Importance des déterminants socioculturels.

Les ISS touchent plus certaines catégories de la populations plus fragiles, qui cumulent plusieurs handicap : pauvreté, difficulté d'accès à l'emploi. Mais tout le monde peut, à un moment de sa vie, être touché par ce phénomène.

### Avez-vous l'impression d'être confronté aux inégalités sociales de santé ?

Oui dans la gestion des réclamations et des plaintes. Sinon au hasard du travail dans le services et lors des gardes mais pas directement dans la pratique quotidienne. Le problème se pose souvent avec le service des urgences qui reçoit en première instance avant une autre orientation plus adéquate. Relève alors du directeur de garde ;

### Quel bilan faites vous des actions menées en matière de réduction des ISS ?

Gros progrès avec la CMU avec des risques liés aux seuils qui engendrent de nouveaux exclus. Le problème risque de s'aggraver au sein des hôpitaux avec la T2A qui augmente largement la part de l'assuré social. Ces nouveaux exclus appartiennent désormais à la classe moyenne.

### Quel regard portez-vous sur la loi de santé publique d'août 2004 ?

#### *Elle constitue une indéniable avancée :*

- ✓ Instaure une politique de SP cohérente et globale
- ✓ Fixe des objectifs quantifiés et se déclinera par des plans d'action
  
- ✓ Réduction des inégalités érigée en principe
- ✓ Thème « Précarité et inégalités » retenu comme problème de santé avec deux objectifs identifiés (articles 33 et 34)
- ✓ Objectifs classés comme « ayant pour préalable la production d'autres connaissances scientifiques »
- ✓ 33 nécessiterait des arbitrages peu compatibles avec la situation économique du pays (pacte de stabilité)
- ✓ L'article 34 est un objectif général, non quantifié, pas accompagné d'actions concrètes a priori (?)

***La réduction des ISS passe avant tout par la réduction des inégalités sociales prises dans leur globalité.***

***La réduction des ISS se situe sur un autre plan que les autres priorités de santé publique***

Les ISS ne sont en réalité que l'un des aspects d'un problème plus global qui est celui des inégalités sociales au sens large et de la précarité. Elles renvoient donc à notre modèle social et à la crise du « welfare state » qui n'a pas permis de réduire la « fracture sociale »

Il y a en outre un enjeu éthique, au-delà de l'enjeu économique et de Santé Publique à la réduction des ISS et à la prise en charge des personnes précaires. Il en va d'avantage de la responsabilité sociale des acteurs de santé, hospitaliers en particulier, d'offrir cette prise en charge (écoute et dignité au-delà des soins techniques) que de l'intérêt économique de l'institution dans le contexte de la T2A

**Quels sont les moyens à votre niveau pour lutter contre les ISS ? Quelles sont les expériences que vous connaissez et qui vous semblent intéressantes dans ce domaine ?**

- ✓ Allocation de ressources financières fléchées et pérennes aux établissements (MIGAC ?) pour développer les actions de prévention et d'éducation pour la santé (exemple cours de cuisine diététique pour lutter contre l'obésité, les risques de diabète ou de maladies cardio-vasculaires) notamment en faveur des populations qui cumulent les difficultés socio-culturelles.
- ✓ Développer les PRAPS et autres lieux favorisant l'accès aux soins....