

Fabien MAGUIN

Coordonnateur RCDSC

Réseau des Centres de Santé Communautaire

LES INÉGALITÉS SOCIALE DE SANTÉ

Et la question du recours
aux soins

Université de Lyon 1 – Licence 3 Santé Publique

Parcours « Accompagnement des usager-e-s et promotion de la santé en population »

UE2 « Promotion / médiation / éducation à la santé niveau 2 »

LE LIEN AVEC LA MÉDIATION EN SANTÉ

- On a vu dans le référentiel HAS et l'approche institutionnelle de la médiation en santé, une orientation forte vers le renforcement de :

- l'équité en santé en favorisant le retour vers le droit commun
- le recours à la prévention et aux soins

- Sur le terrain, on porte fortement l'orientation de la médiation en santé vers la réduction des ISS (cf. rapport mission Denormandie).

- Or les deux notions ne se recouvrent pas complètement.

AU MENU

LA QUESTION DU NON RECOURS

APPRÉHENDER LA NOTION
LES RÉALITÉS VÉCUES
LES QUESTIONS LIÉES A L'ACCÈS

LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

COMPRENDRE LES ISS
RÉDUIRE LES ISS



**NON
RECOURS**

PRÉCISIONS :

- Les enjeux
- Notion de « Non recours »
- Les questions de l'accès

LES BONNES RAISONS DE PRENDRE EN COMPTE LE NON-RECOURS

Introduction du
« *non take-up* »
en France
Antoine Math,
1996

- Révélateur de dysfonctionnements de politiques, de mise en œuvre inefficace
- Cause de pauvreté et de problèmes associés
- Implique une injustice fondamentale, une inégalité entre les personnes
- Alors même que le phénomène s'applique à des dispositifs tendant à plus de justice sociale
- Le risque d'alimenter encore plus la fabrique des inégalités (à ne pas appréhender le non-recours)
- **UNE REALITE MASSIVE**

DÉFINITION DU NON-RECOURS

- La question du non-recours renvoie à toute personne qui ne reçoit pas – quelle qu'en soit la raison – une prestation ou un service auquel elle pourrait prétendre.
- Son approche s'élargit aujourd'hui à une diversité de domaines d'intervention.
- Entre non connaissance, non réception, non demande et non proposition, les situations de non-recours interrogent l'effectivité et la pertinence de l'offre publique, et représentent un enjeu fondamental pour son évaluation

Ressource :
Odénore
<https://odenore.msh-alpes.fr/>

DÉFINITION DU NON-RECOURS

- Le type de non-recours le plus commun correspond en général à la situation dans laquelle une personne éligible à une prestation sociale n'y recourt pas, avec pour conséquence de ne pas la recevoir.
- Non-recours primaire : ne pas percevoir une prestation du fait de ne pas l'avoir sollicitée.
- Non-recours secondaire : une personne éligible demande une prestation mais finit par ne pas la percevoir.
- non-recours complet peut être distingué d'un non-recours partiel (ex. erreur dans le calcul du montant aboutit à l'attribution d'une prestation d'un montant inférieur)

TYPOLOGIE DU NON-RECOURS

- **La non-connaissance**
- **La non-demande**
- **La non-réception**
- **La non-proposition**

Ressource :
Odénore
<https://odenore.msh-alpes.fr/>

TYPOLOGIE DU NON-RECOURS

Ressource :
Odénore
<https://odenore.msh-alpes.fr/>

- **La non-connaissance**
 - Un individu est éligible à une prestation sociale, mais n'y a pas accès à cause d'un manque d'information.
 - Responsabilité de l'information
 - La connaissance des droits et dispositifs est socialement distribuée
 - La non proposition

TYPOLOGIE DU NON-RECOURS

Ressource :
Odénore
<https://odenore.msh-alpes.fr/>

- **La non-demande**
 - Un potentiel bénéficiaire d'offres sociales ne recourt pas à ses droits par choix personnel ou à la suite des contraintes qu'impliquent cette demande
 - Complexité administrative
 - Marquée par les représentations sociales
 - Effets de stigmatisation
 - Rapports au système (confiance)

TYPOLOGIE DU NON-RECOURS

Ressource :
Odénore
<https://odenore.msh-alpes.fr/>

- **La non-réception**
- **Le fait qu'une « personne éligible à un droit, le demande mais ne le reçoit pas ou n'en reçoit qu'une partie »Complexité administrative**
- **Formes**
 - Abandon de la demande
 - Non adhésion à la proposition
 - Dysfonctionnements et Arrangements
 - Inattention aux procédures
 - Discriminations

LES QUESTIONS AUTOUR DE L'ACCÈS AUX SOINS

- On commence à aller vers les ISS
- Une part peut se lire via des inégalités d'accès aux soins
- Accès potentiel : possibilité de se faire soigner
- Accès effectif : utilisation faite de cette potentialité
- Une question de droits et de « capacité » à s'en saisir
 - Accès primaire aux soins : recours aux soins
 - Accès secondaire aux soins : qualité des soins

LES QUESTIONS AUTOUR DE L'ACCÈS AUX SOINS

L'accès primaire

- Difficulté de rencontre entre l'offre et la demande
- Du côté utilisateurs-rices potentiel-le-s
 - Méconnaissance (besoin/offre) : Health Literacy
Ex : Baromètre santé 2000 de l'Inpes / « la connaissance de la pratique d'une deuxième dose de vaccination rougeole-oreillons-rubéole chez les enfants de 3 à 6 ans est, chez les femmes, différente selon le diplôme obtenu : 46,2 % des femmes n'ayant pas de diplôme ou le certificat d'études primaires déclarent être informées de cette vaccination contre 61,9 % parmi les plus diplômées ».
 - Renoncement
- Du côté des professionnel-le-s
 - Refus de soins
 - Discriminations



Les difficultés d'accès primaire s'analysent majoritairement comme des effets de la « précarité », « trois états [semblant] plus particulièrement faire obstacle à l'accès [aux] droits et donc l'accès à la santé [...] :

- *l'état de pauvreté qui concerne notamment des populations telles que les sans-domiciles fixes, les demandeurs d'emploi ou les travailleurs pauvres ;*
- *l'état de dépendance qui concerne notamment les populations telles que les personnes âgées ou en situation de handicap ;*
- *l'état de relégation qui concerne notamment les populations telles que les détenus, les étrangers en situation irrégulière ou les personnes se prostituant »*



Égaux devant la santé : une illusion ?
CISS, avril 2010

LES QUESTIONS AUTOUR DE L'ACCÈS AUX SOINS

L'accès secondaire

- Les inégalités d'accès secondaire se produisent après la phase de contact avec le système de soins et vont de l'identification du besoin jusqu'à la délivrance du soin nécessaire.
- Les acteurs
 - Interactions soignant-e-s / Soigné-e-s
 - « Santé perçue » différenciée socialement
- Le système
 - Inégalités territoriales de l'offre
 - Faible adaptation des dispositifs
 - Absence de responsabilité populationnelle PS
 - Paradigme curatif dominant

ILLUSTRATIONS

NON RECOURS

- Ressources des dossiers de la DREES n°57 juin 2020 :
 - Mise en perspective et données disponibles (sommaire)
 - Fiche 6 : le renoncement aux soins (Risque Santé)
- Le Baromètre du Non-Recours aux Droits de la Ville de Lyon
 - Odénore Mars 2023 Rapport final pour la ville et le CCAS de Lyon

INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

LES MOTS

- Les inégalités sociales de santé recouvrent les différences d'état de santé entre individus ou groupes d'individus, liées à des facteurs sociaux, et qui sont inéquitables, c'est-à-dire moralement ou éthiquement inacceptables, et qui sont potentiellement évitables.
- Les inégalités sociales de santé désignent des écarts injustes et importants que l'on enregistre au sein d'un même pays ou entre les différents pays du monde.
- Les inégalités de santé sont des « différences systématiques, évitables et importantes dans le domaine de la santé » observées entre des groupes sociaux.

COMPRENDRE LES ISS

Définition toujours

- Les inégalités sociales de santé ne sont pas seulement des différences de santé, des disparités.
- **Deux conditions pour que différence soit ISS :**
 - **Concerne un objet socialement valorisé**
la vie par opposition à la mort, la santé et le bien être par rapport à la maladie, à la souffrance au handicap...
 - **Cet objet concerne des groupes sociaux hiérarchisés dans une position dominant-e / dominé-e**

Ex : différence de consommation médicale n'est inégalité que si disparité a des effets sur la santé en terme de décès, de maladies ou encore de charge financière, en rapport avec des relations sociales hiérarchisées ; sinon, on parle de différence

COMPRENDRE LES ISS

Définition toujours

- « Ce sont des différences de santé observées entre plusieurs groupes sociaux et qui résultent du (ou des) rapport(s) de pouvoir qu'ils entretiennent, qu'elles inspirent ou non un sentiment d'injustice à ces groupes et qu'elles désavantagent des dominant·e·s ou des dominé·e·s. »
- **Caractéristiques de cette définition :**
 - Centre sur les rapports de pouvoir, en intégrant la logique d'intersectionnalité
 - Mobilise les déterminants de la santé et intègre le gradient social
Effet temporel, réversibilité, combinaison et co-construction des effets

COMPRENDRE LES ISS

Constat : En France et dans le monde, on observe des risques face à la mort et à la maladie, différents en fonction du revenu, de la profession et de l'origine sociale des personnes. Autrement dit, les personnes moins favorisées en termes de position socio-économique ont une moins bonne santé et une vie plus courte que celles qui sont plus favorisées.

En France, Les 5% des hommes les plus aisés ont une espérance de vie à la naissance de 84,4 ans, contre 71,7 ans pour les 5% les hommes plus modestes = 13 ans d'écart (Insee Première 2018)
Il y a également 7 ans d'écart entre l'espérance de vie d'un ouvrier et celui d'un cadre.

Heureusement, **les Inégalités de santé sont évitables**, ce sont avant tout **des inégalités sociales**, qui induisent des inégalités de santé, car elles surviennent en raison des circonstances dans lesquelles les gens grandissent, vivent, travaillent et vieillissent, et des systèmes de santé mis en place pour faire face à la maladie qui vont **déterminer l'état de santé des individus**.

Cyrille Delpierre,
UMR1027, IFERISS,
Michelle Kelly-Irving,
UMR 1027, IFERISS

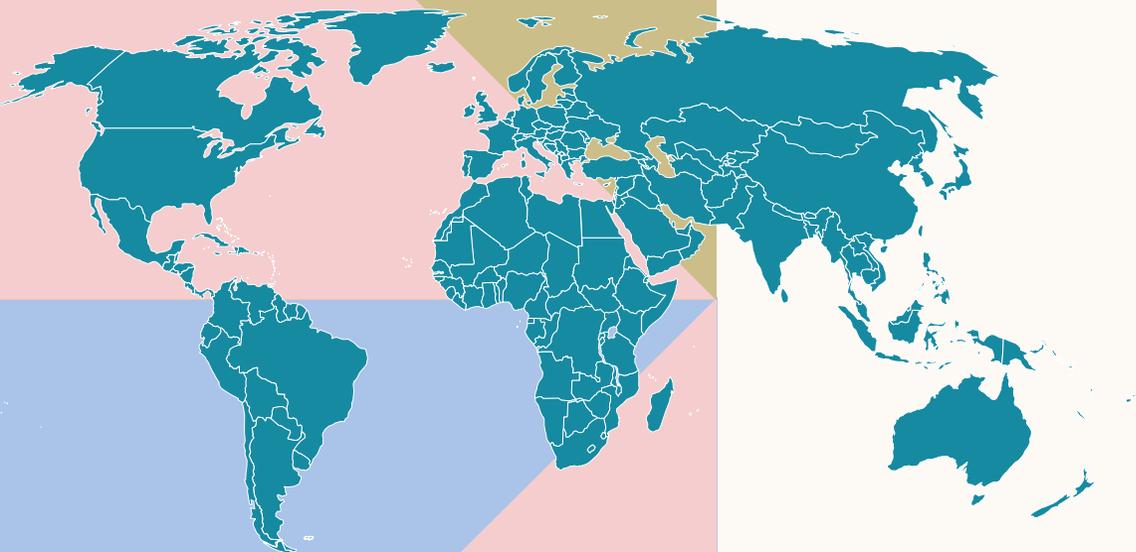
ISS - MORTALITÉ

La probabilité qu'un homme meure entre 15 et 60 ans est de 8,2% en Suède, 48,5% en Fédération de Russie et 84,5% au Lesotho.

En Australie, il y a un écart de 20 ans entre l'espérance de vie des Aborigènes australiens et des insulaires du détroit de Torres et la moyenne australienne. (2010)

Dans la ville de Glasgow, l'espérance de vie à la naissance pour les hommes est de 54 ans à Calton et de 82 ans à Lenzie, soit une différence de 28 ans entre deux quartiers distants de quelques kilomètres à peine.

Un enfant né au Japon a une chance de vivre 30 ans de plus qu'un enfant né au Lesotho



ISS – FRANCE ET EUROPE



Existence établie d'un gradient social de morbidité et de mortalité



Des inégalités plus fortes entre les hommes



Qui ne diminuent pas avec le temps

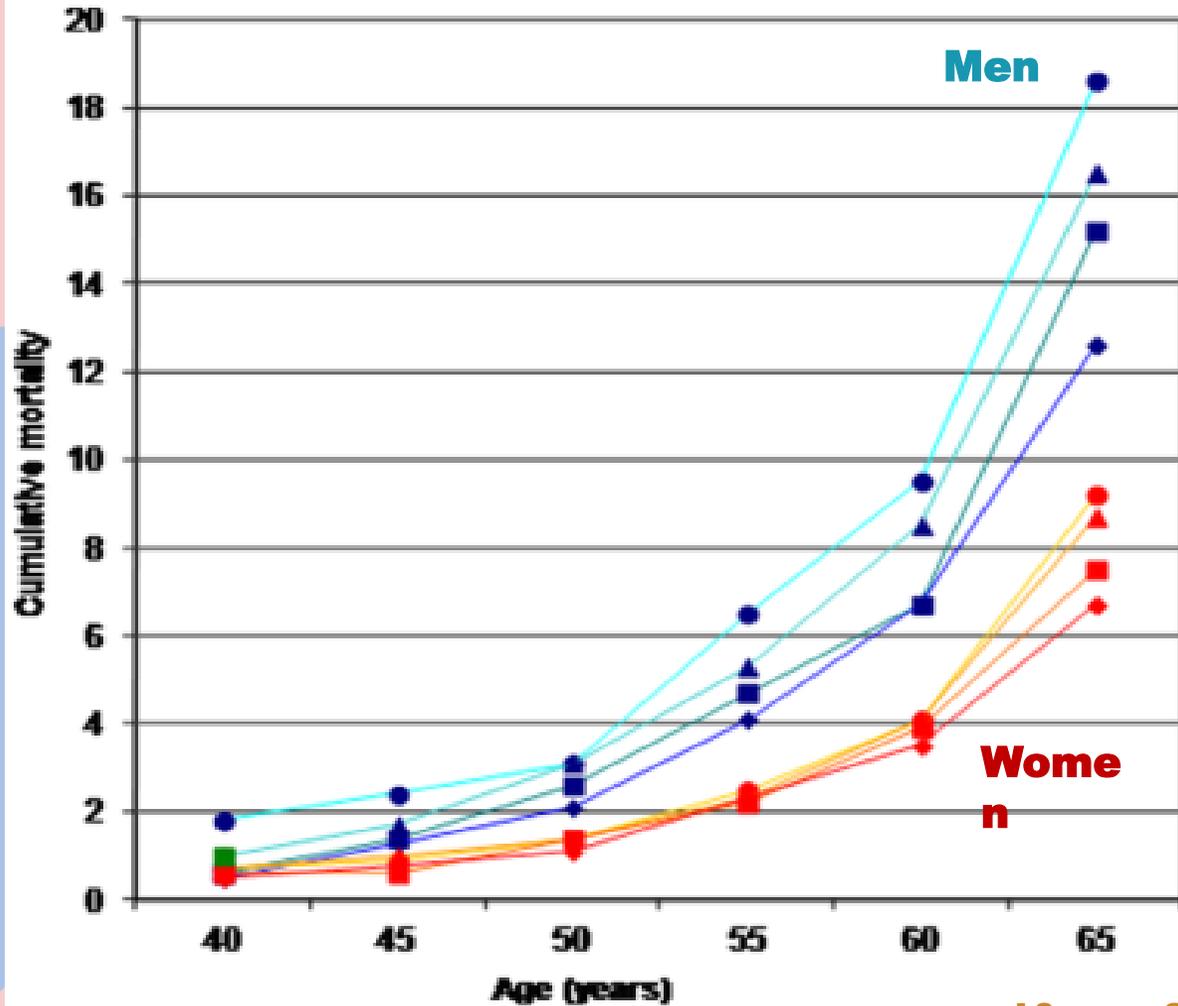


Une situation paradoxale

Une espérance de vie élevée et croissante

Mais un écart important selon la position sociale qui ne diminue pas avec le temps

ISS – FRANCE ET EUROPE



Niveau Brevet

Formation Technique

Lycée

>BAC

Niveau Brevet

Formation Technique

Niveau Lycée

> BAC

Mortalité cumulée à différents âges par niveau d'éducation et par sexe en Europe



Les hommes ont une mortalité plus élevée que les femmes dans chaque groupe d'âge et pour chaque niveau d'éducation

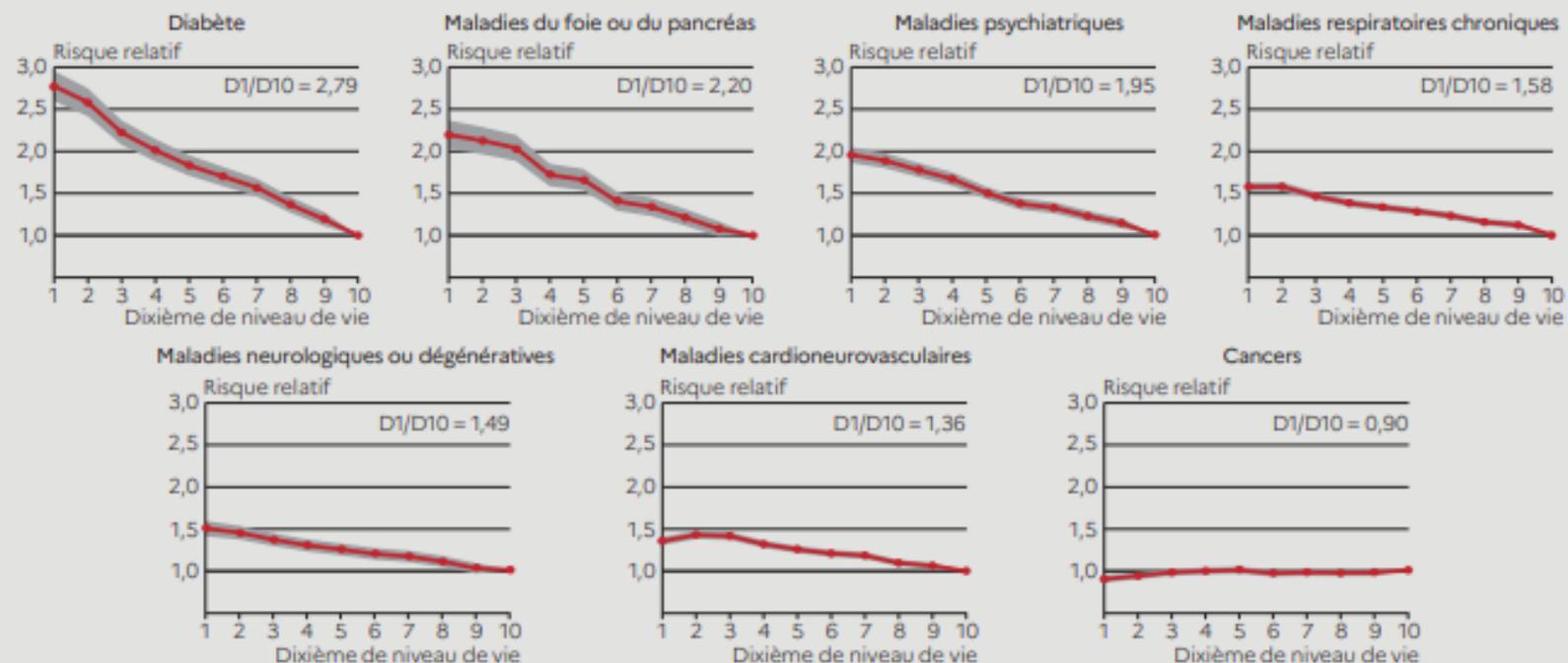


Les différences de mortalité selon le niveau d'instruction dans les différents groupes d'âge sont plus prononcées chez les hommes que chez les femmes.

[Source : Gallo *et al.*, PLoS ONE, 2012]

ISS – FRANCE ET EUROPE

Graphique 1 Risque standardisé de développer une maladie chronique, selon le niveau de vie et la catégorie de maladie



Note > L'intervalle de confiance à 95 % est indiqué par le ruban qui entoure les valeurs.

La valeur inscrite en haut à droite de chaque graphique correspond au risque relatif des personnes les plus modestes (premier dixième) relativement aux personnes les plus aisées (dernier dixième).

Lecture > Les personnes du dixième le plus modeste ont un risque 1,58 fois plus élevé de développer une maladie respiratoire chronique que celles du dixième le plus aisé.

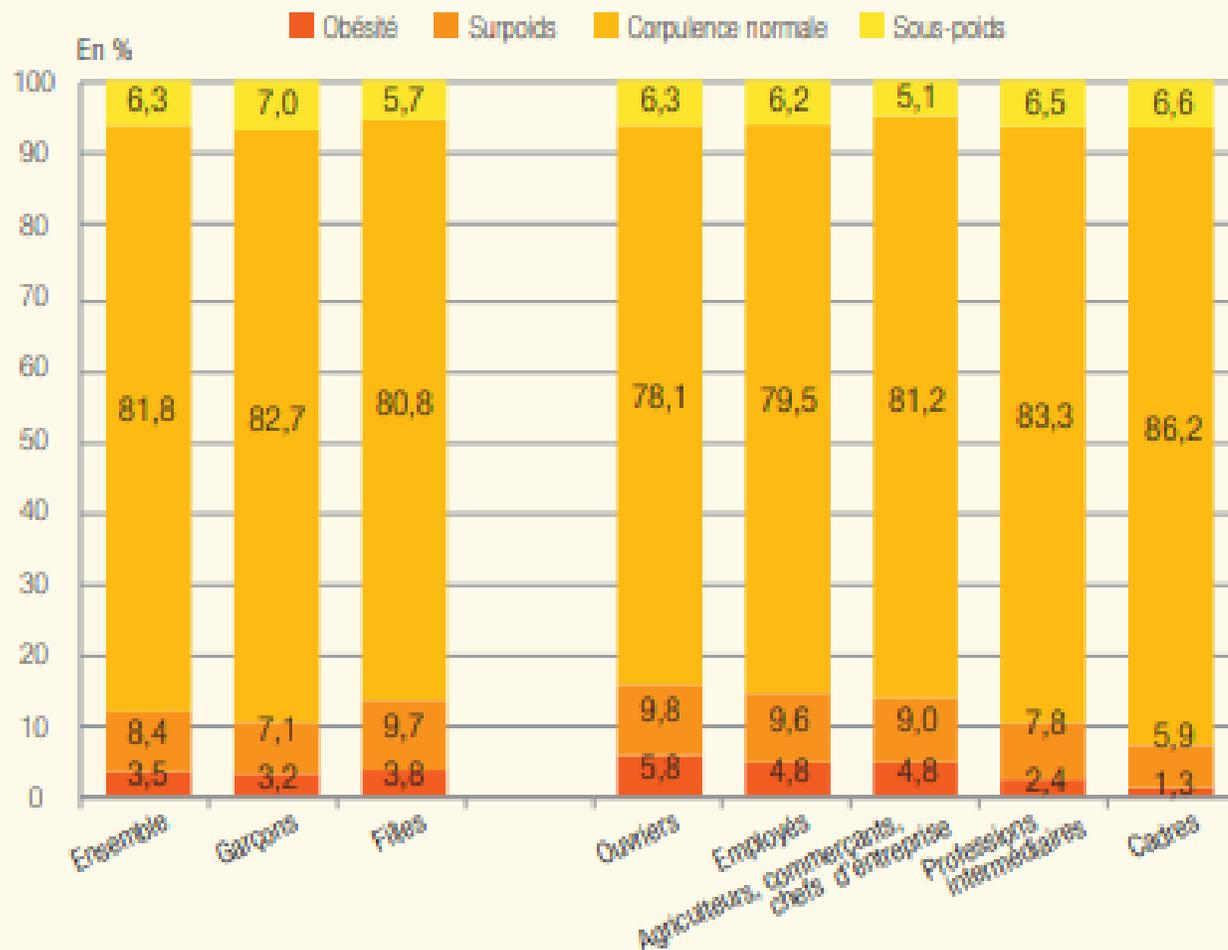
Champ > 2016-2017, France (hors Mayotte).

Source > EDP-Santé 2017.

Les personnes les plus modestes ont 2,8 fois plus de risque de développer un diabète que les plus aisées

Les ouvriers ont un risque 2,1 fois plus élevé que les cadres de vivre avec une maladie psychiatrique

Corpulence des enfants à l'âge de 6 ans selon le groupe social des parents



Lorsqu'ils grandissent, deux fois plus d'enfants d'ouvriers que d'enfants de cadres se retrouvent en surpoids en grande section maternelle.

En 2017, 18 % des enfants en classe de troisième sont en surpoids et 5 % sont obèses (3 % chez les enfants de cadre et 8 % chez les enfants d'ouvriers). La part de ces enfants en surpoids ou obèses progresse.

L'état de santé de la population en France > Les dossiers de la DREES n° 102 > septembre 2022

Lecture • 3,5 % des enfants scolarisés en grande section de maternelle en 2012-2013 étaient obèses à 6 ans.

Champ • France (hors Mayotte).

Source • DREES-DGESCO, enquête nationale de santé auprès des élèves en grande section de maternelle en 2012-2013.

ISS – FRANCE ET EUROPE



Existence établie d'un gradient social de morbidité et de mortalité



Des inégalités plus fortes entre les hommes



Qui ne diminuent pas avec le temps

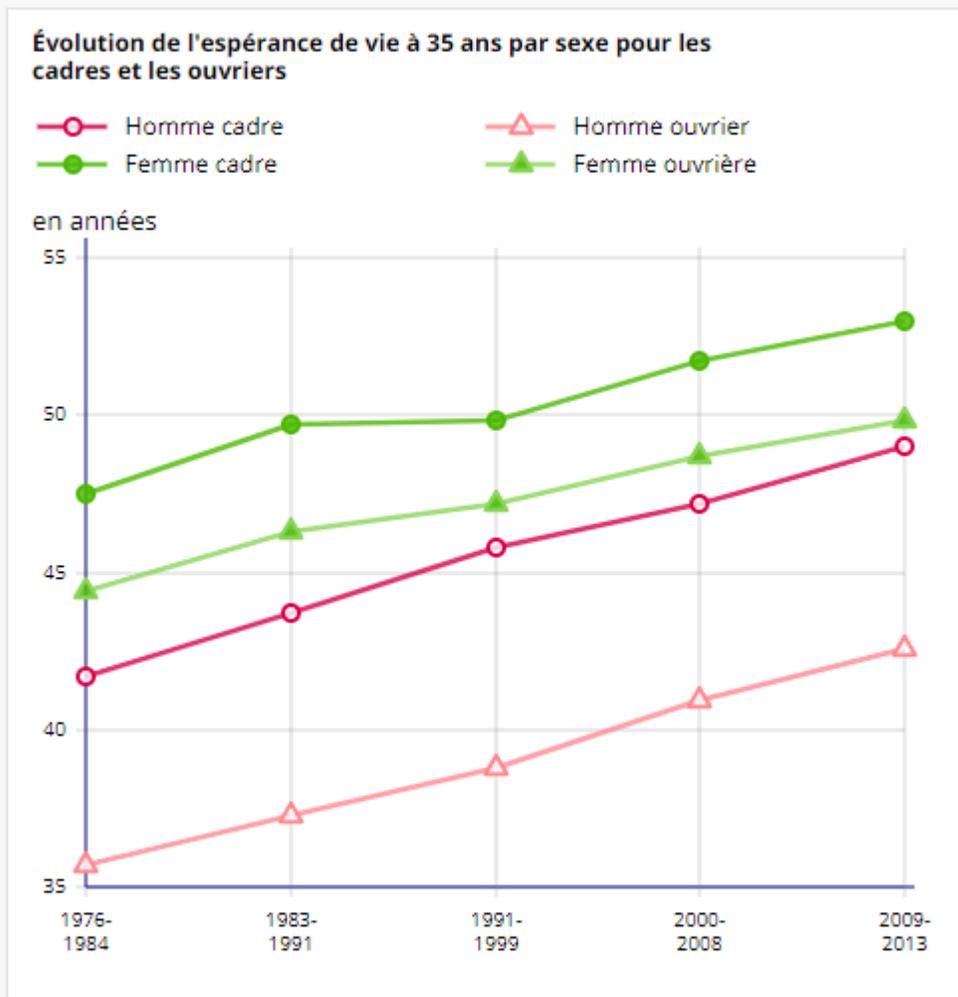


Une situation paradoxale

Une espérance de vie élevée et croissante

Mais un écart important selon la position sociale qui ne diminue pas avec le temps

Figure 5 – Évolution de l'espérance de vie à 35 ans par sexe pour les cadres et les ouvriers



En France

Les 5% des hommes les plus aisés ont une espérance de vie à la naissance de 84,4 ans, contre 71,7 ans pour les 5% les hommes plus modestes = 13 ans d'écart (Insee Première 2018)

Lecture : en 2009-2013, l'espérance de vie à 35 ans des femmes cadres est de 53,0 ans.

Champ : France métropolitaine.

Source : Insee, Échantillon démographique permanent.

ISS – FRANCE ET EUROPE



Existence établie d'un gradient social de morbidité et de mortalité



Des inégalités plus fortes entre les hommes



Qui ne diminuent pas avec le temps



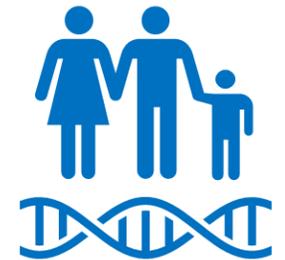
Une situation paradoxale

Une espérance de vie élevée et croissante (ralentissement depuis ces dernières années)

Mais un écart important selon la position sociale qui ne diminue pas avec le temps

INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

LES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ



Inégalités Sociales de Santé

DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ - DÉFINITION

" les conditions dans lesquelles les gens naissent, grandissent, travaillent, vivent et vieillissent, et l'ensemble plus large des forces et des systèmes qui façonnent les conditions de la vie quotidienne " (OMS)

Contexte socioéconomique et politique

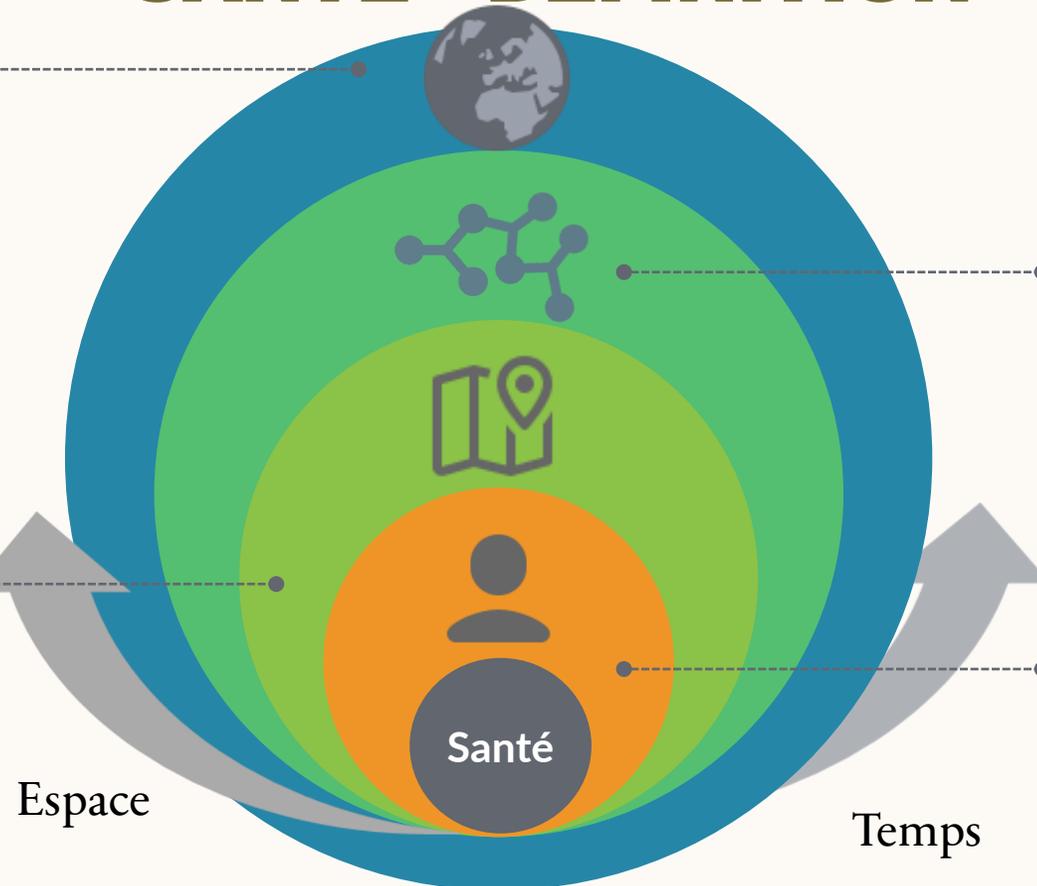
- Politique
- Économique
- Démographique
- Social et culturel
- Scientifique et technologique
- Conditions d'environnement

Conditions de vie et de travail

- Famille
- Garde d'enfants et école
- Travail
- Logement
- Communauté et quartier

Espace

Temps



Services

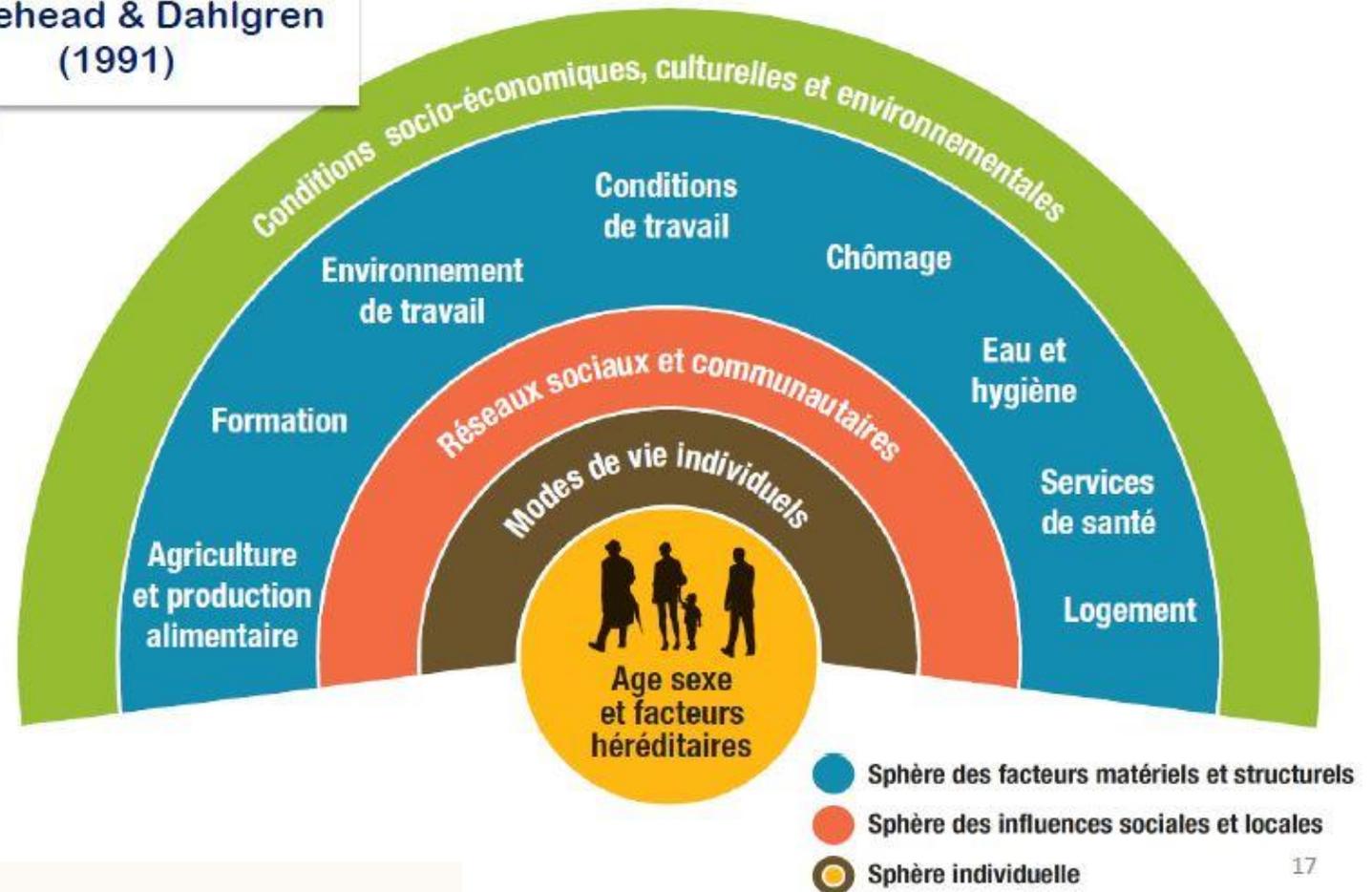
- Services d'éducation et de garde d'enfants
- Soins de santé et services sociaux
- Planification de l'utilisation des terres
- Soutien à l'emploi et solidarité sociale

Facteurs individuels liés au mode de vie

- Biologie et génétique
- Mode de vie et comportements
- Compétences personnelles et sociales
- Situation socio-économique

DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ - DÉFINITION

Whitehead & Dahlgren
(1991)



Effets sur la santé

Espérance de vie (50%)

Qualité de vie (50%)

Comportements
30%

Tabagisme

Alimentation /Activité

Consommation alcool /
Drogue

Activité sexuelle

Soins
20%

Accès aux soins

Qualité des soins

Déterminants
socio-économiques
40%

Education

Emploi

Revenu

Famille et Soutien

Sécurité dans la communauté

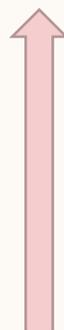
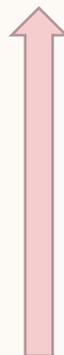
Environnement
physique
10%

Qualité Air/Eau

Logement/ transports en commun

Déterminants de la santé

Politique



- Les données reflètent 3 031 comtés dans 45 États des USA.

- Compilation de mesures au niveau des comtés à partir de diverses sources de données nationales

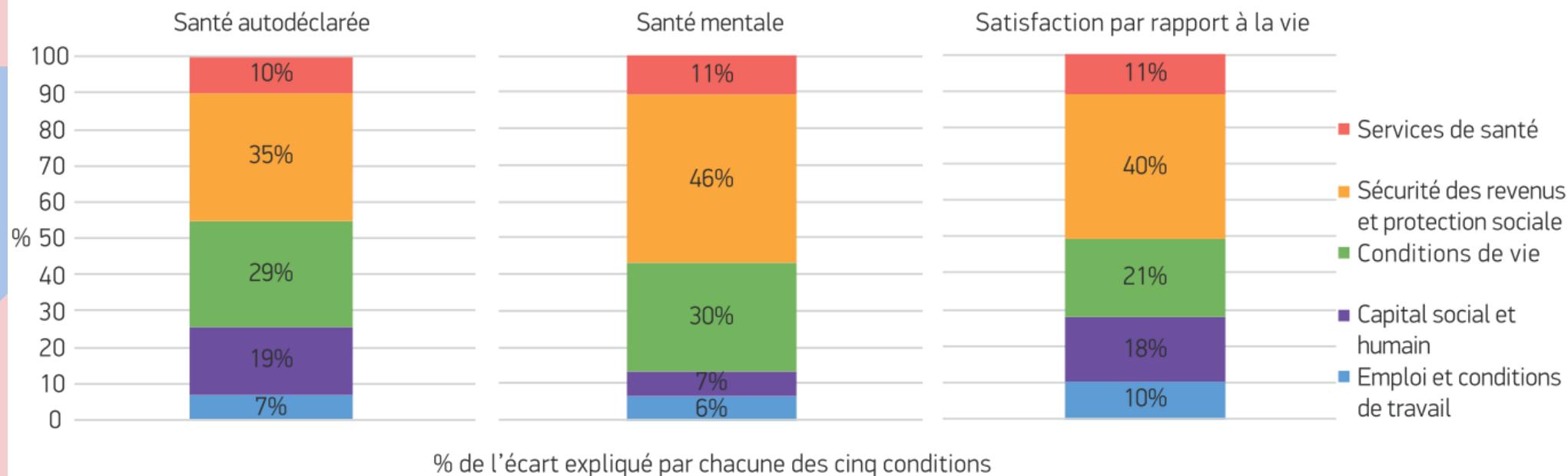
[Traduit de County Health Ranking model, 2016

UWPHI]

Pour comprendre leurs calculs : <https://www.countyhealthrankings.org/explore-health-rankings/our-methods/calculating-ranks>

DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ – CONSTRUCTION DES ISS

Figure O.9. La contribution des cinq conditions aux inégalités en matière de santé autodéclarée, de santé mentale et de satisfaction par rapport à la vie (pays de l'UE)



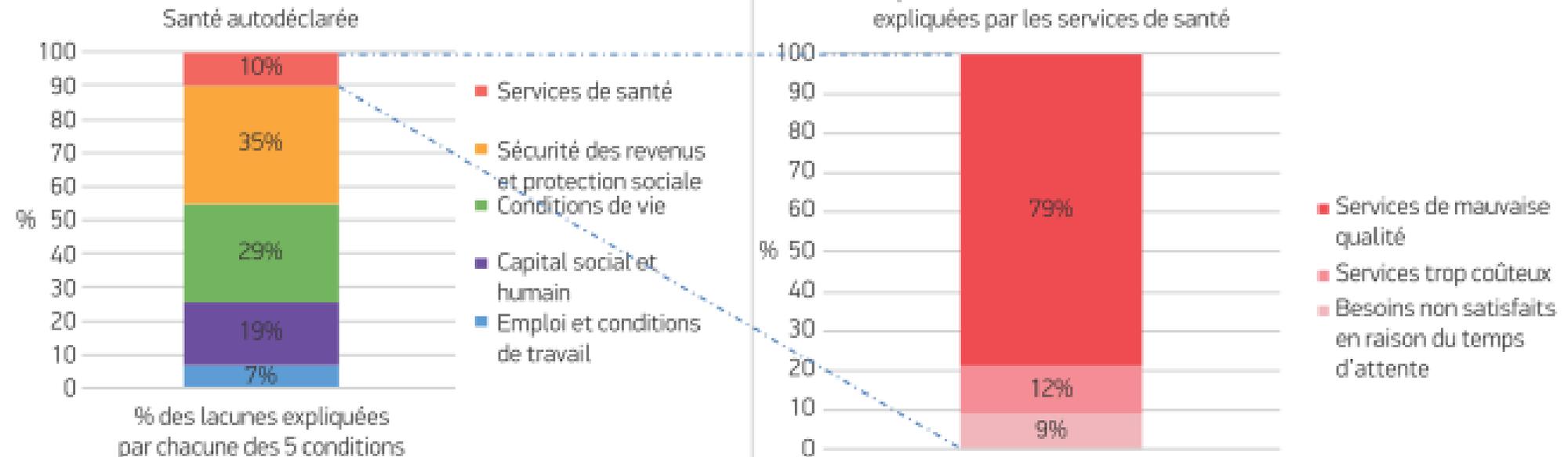
Note. L'analyse tient compte de l'âge et du sexe des sujets.

Source : informations recueillies par les auteurs à partir de données de l'EEQV pour la période 2003-2016.

Inégalités Sociales de Santé

DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ – SYSTÈME DE SANTÉ

Figure 0.11. Contribution des services de santé aux inégalités en santé autodéclarée (pays de l'UE)



Sources : informations compilées par les auteurs à partir de données extraites de l'EEQV pour la période 2003-2016.

DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ – SYSTÈME DE SANTÉ

Les inégalités dans l'accès primaire, résultant de :

Renonciation aux soins pour raison économique

- Dépassement
- Non recours aux aides sociales

Le refus de soins par les professionnels de la santé

Un système de santé de droit commun complexe et parfois peu inclusif

Les inégalités dans l'accès secondaire

" par omission "

Une inertie du système de santé, dans lequel les inégalités de santé ne sont que peu prises en compte

Peu de projets de correction ou d'ajustement des inégalités de santé

" par construction "

Le fait de ne pas tenir compte des déterminants sociaux dans les lignes directrices sur la pratique des soins de santé ou dans les programmes institutionnels pourrait maintenir ou accroître les inégalités.

- Temps de consultation
- Manque d'interprétariat
- Faible vulgarisation

« L'existence de biais implicites » (Azria, E. 2019)

SYSTEME DE SANTÉ – INÉGALITÉS DE GENRE

Les représentations sociales (stéréotypes) influencent le diagnostic (Biais implicite), la prise en charge des maladies, et le rapport à la santé des patients et ce au détriment à la fois des femmes et des hommes.

Exemple : Ostéoporose et dépression chez l'homme, infarctus du myocarde et autisme chez la femme

En 2019, les femmes vivent plus longtemps que les hommes (85,6 pour les femmes et 79,7 pour les hommes, Insee, 2019) Mais l'espérance de vie sans incapacité à 65 ans s'établit à 11,5 ans pour une femme et à 10,4 ans pour un homme (Drees, 2019)

Les sciences humaines pour mieux comprendre :

- l'interaction entre le sexe et genre
- les représentations sociales liées au genre qui vont jouer sur l'attitude du patient, des professionnels de santé, et des chercheurs. (la socialisation genrée, la menace du stéréotype)

INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

INCORPORATION DU SOCIAL

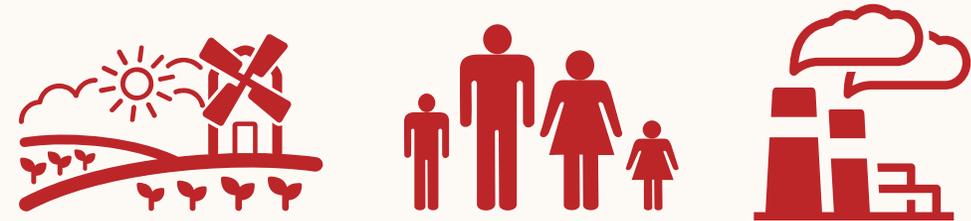


L'incorporation biologique

« C'est la façon dont nous incorporons, comme tout organisme vivant, littéralement, biologiquement, le monde dans lequel nous vivons, y compris nos circonstances sociétales et écologiques » (Krieger, 2005)

« la traduction dans les corps des inégalités sociales, telles qu'elles existent au niveau d'un pays ou à l'échelle du monde » (Aiach et Fassin, 2004)

INCORPORATION DES INÉGALITÉS SOCIALES

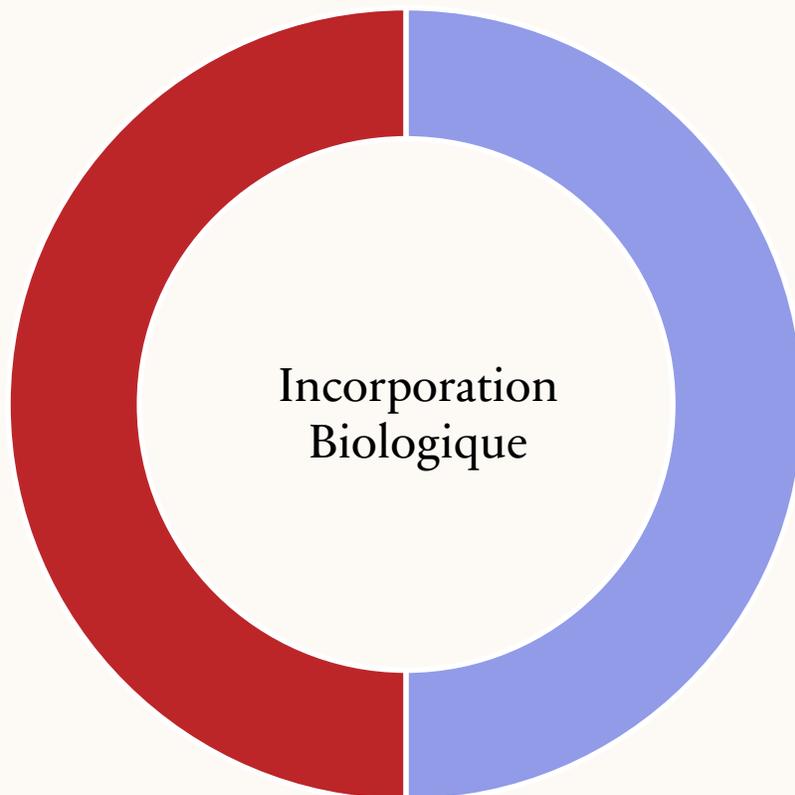


Incorporation du social : Comment ?

Allostasie : Adaptation des systèmes physiologiques aux changements de notre environnement

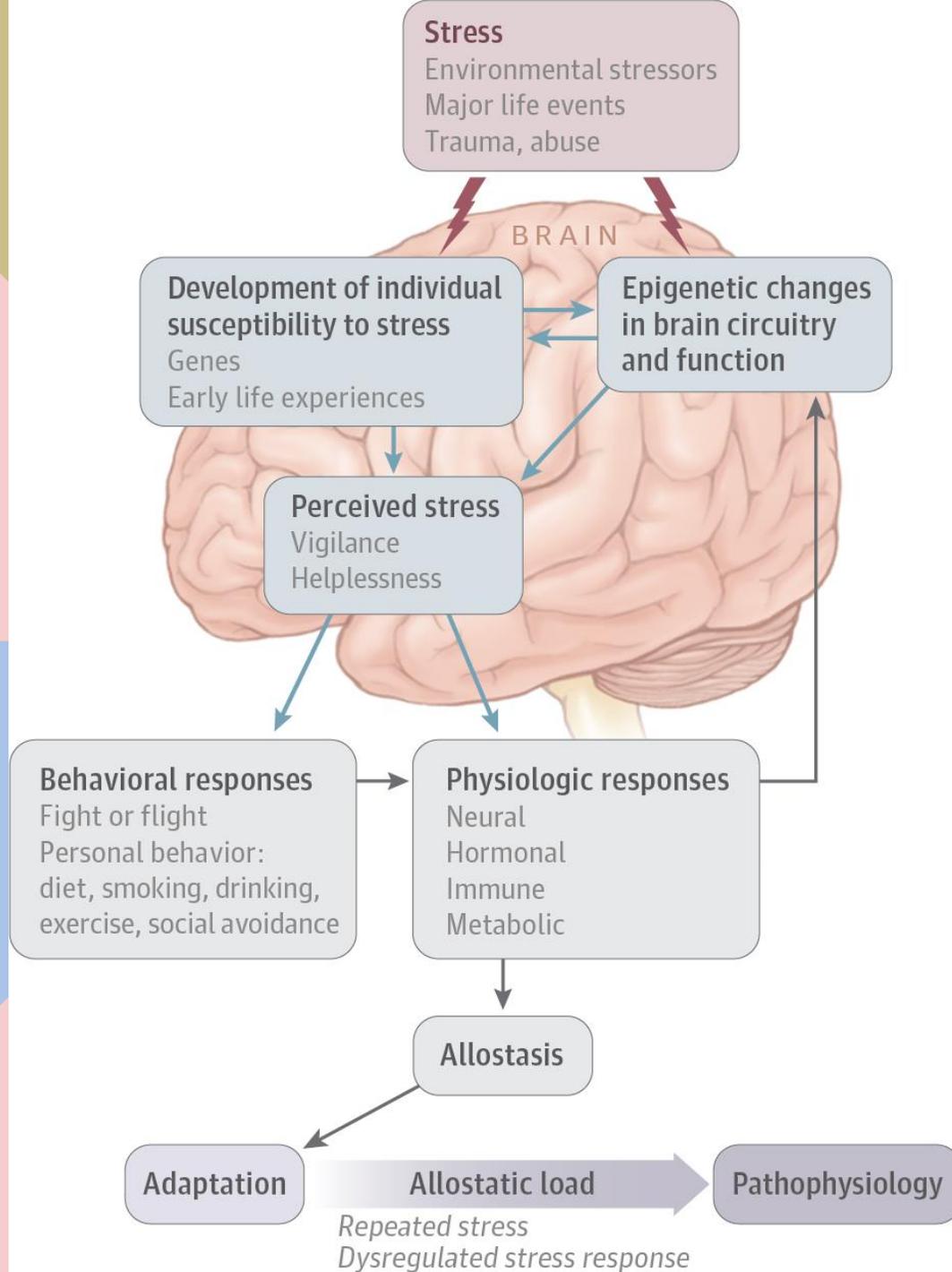
Charge allostatique : « Contrainte physique sur le corps produite par les hauts et les bas répétés de la réponse physiologique, les changements dans le métabolisme et l'impact de l'usure sur un certain nombre d'organes et de tissus, peut prédisposer l'organisme à la maladie. » (Mc Ewen et Coll 1993)

INCORPORATION DES INÉGALITÉS SOCIALES



Réponse physiologique du corps en réponse à l'environnement principalement liées aux systèmes de perception et de réponse au stress

Une incorporation biologique différentielle en fonction des groupes sociaux en réponses à des environnements socialement différenciés pourrait expliquer en partie comment on construit le gradient social de santé et ainsi les ISS

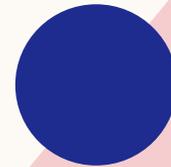


Stress physiologique = cascade de mécanismes physiologiques mis en action pour faire face à une contrainte ou à une agression.

INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

Comment lutter ?

Comment les réduire ?



INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

COVID 19 COMME RÉVÉLATEUR



La Seine-Saint-Denis enregistre le plus fort taux de surmortalité en Île-de-France, sur la période du 1er mars au 19 avril. (INSEE)



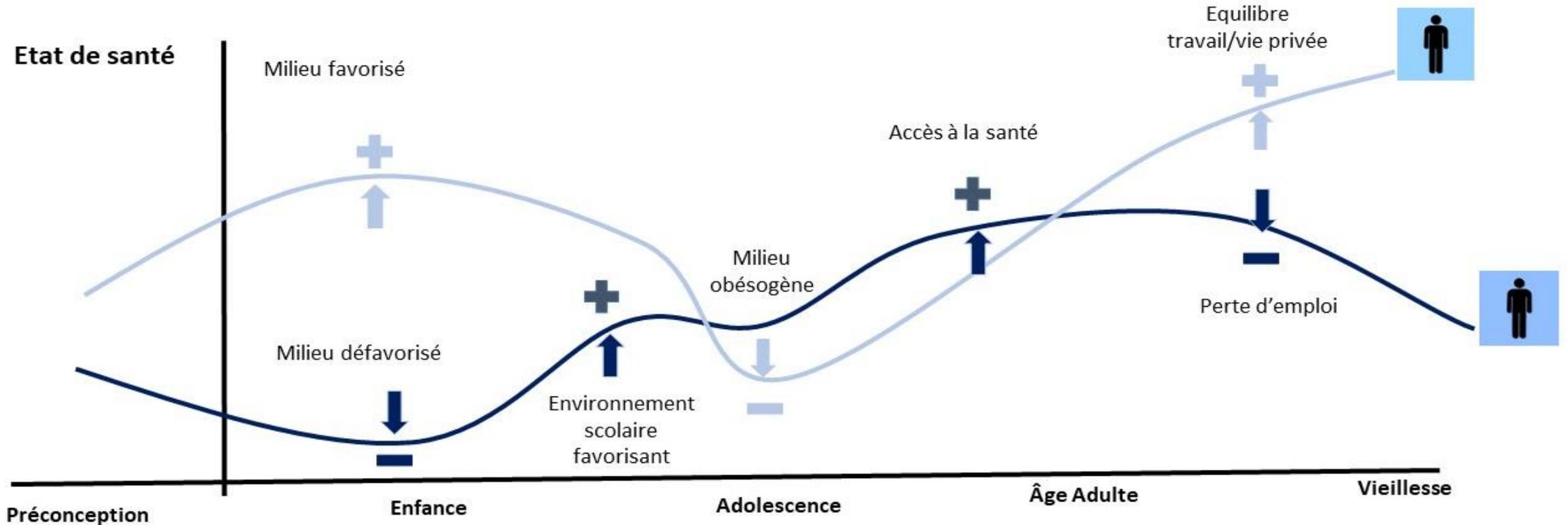
En Espagne les personnes vivant dans les quartiers les plus pauvres de Barcelone, ont 42% risque en plus de contracter le covid que les quartiers riches.

Périodes sensibles

Accumulation des risques

Chaînes de causalité

THÉORIE DU PARCOURS DE VIE



Traduit de Halfon et al, (2014)

UN PARCOURS DE VIE

Leila est née à Paris en 1977 d'une famille pauvre d'origine Marocaine. Elle avait un rapport très fusionnel avec sa mère qui l'a allaité jusqu'à l'âge de 2 ans. Elle a perdu sa mère à l'âge de 3 ans. Elle a dû déménager à Toulouse pour vivre chez sa tante qui avait déjà 4 enfants dans un quartier populaire. Elle travaille bien en classe et a été poussée dans ses études par ses professeurs. Parce qu'elle se sentait peu intégrée dans sa famille d'accueil, elle a voulu être indépendante rapidement ce qui est en désaccord avec sa culture d'origine. Elle a commencé à sortir avec des garçons qui l'ont entraîné à fumer et elle a eu plusieurs partenaires sexuels. Après son Bac elle a fait un BTS de secrétaire médicale. Elle a commencé à travailler à 21 ans, s'est mariée 6 mois plus tard alors qu'elle était enceinte. Son mari l'a quitté 1 an plus tard alors qu'elle était à nouveau enceinte de jumeaux. Elle entre dans un état dépressif chronique car elle est seule avec 3 enfants dans un petit appartement. Elle a peu de temps de s'occuper d'elle-même et en particulier, d'un suivi gynécologique. A 37 ans, lors d'un bilan médical pour saignement gynécologique, on lui apprend qu'elle a un cancer du col de l'utérus.

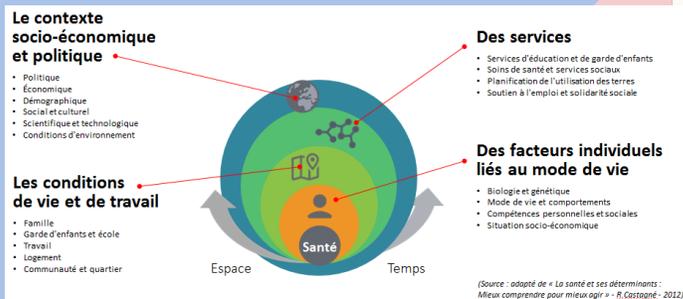
UN PARCOURS DE VIE

Leila est née à Paris en 1977 d'une famille pauvre d'origine Marocaine. Elle avait un rapport très fusionnel avec sa mère qui l'a allaité jusqu'à l'âge de 2 ans. Elle a perdu sa mère à l'âge de 3 ans. Elle a dû déménager à Toulouse pour vivre chez sa tante qui avait déjà 4 enfants dans un quartier populaire. Elle travaille bien en classe et a été poussée dans ses études par ses professeurs. Parce qu'elle se sentait peu intégrée dans sa famille d'accueil, elle a voulu être indépendante rapidement ce qui est en désaccord avec sa culture d'origine. Elle a commencé à sortir avec des garçons qui l'ont entraîné à fumer et elle a eu plusieurs partenaires sexuels. Après son Bac elle a fait un BTS de secrétaire médicale. Elle a commencé à travailler à 21 ans, s'est mariée 6 mois plus tard alors qu'elle était enceinte. Son mari l'a quitté 1 an plus tard alors qu'elle était à nouveau enceinte de jumeaux. Elle entre dans **un état dépressif chronique** car elle est seule avec 3 enfants dans un petit appartement. Elle a peu de temps de s'occuper d'elle-même et en particulier, d'un suivi gynécologique. A 37 ans, lors d'un bilan médical pour saignement gynécologique, on lui apprend qu'elle **a un cancer du col de l'utérus**.

PISTES POUR AGIR

Levier 1 :

Agir de manière transversale et intersectorielle sur **les déterminants sociaux de la santé**



Levier 2 :

Agir **tout au long de la vie** de l'individu, avec une attention renforcée autour de toutes les **périodes plus sensibles**

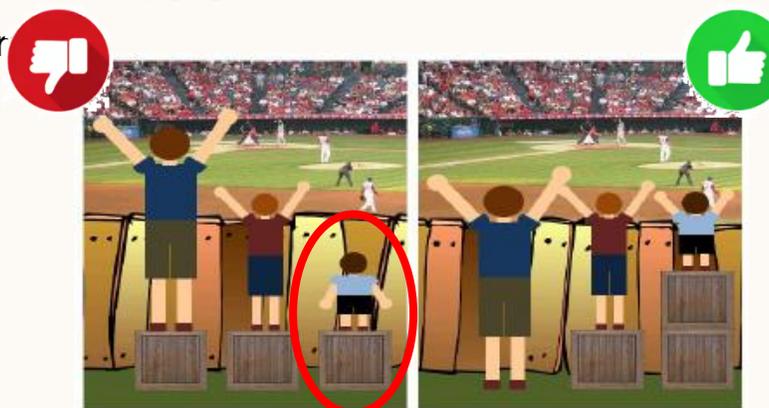
(Petite enfance, Adolescence, chômage, retraite, maternité...)

Levier 3 :

Partir des **besoins** des publics et y répondre de manière proportionnelle, notamment en développant des actions d' « **aller vers** »

Levier 4 :

Développer la **Participation** des individus et renforcer **les capacités d'agir**



Fournir le même soutien à tous n'est pas la même chose que de s'assurer que tous y ont un accès égal (sans augmenter les moyens)

PISTES POUR AGIR - L'ACCOMPAGNEMENT À L'AUTONOMIE PAR LA MÉDIATION EN SANTÉ

Les mécanismes des ISS

L'organisation complexe de notre système de santé demande une autonomisation accrue des usagers qui n'ont pas tous les mêmes capacités en fonction de leur conditions socio-économique, culturelles et environnementale.

Le processus d'autonomisation doit être pensé au regard des individus, de leurs besoins, des conditions de vie et de leur volonté.

- La capacité d'autonomisation de la personnes est fonction de ses conditions socio-économiques, culturelles, environnementales et de travail
- Le niveau de littératie en santé est fonction du niveau d'éducation, du revenu, du métier, et de la culture de la personne

PISTES POUR AGIR - L'ACCOMPAGNEMENT A L'AUTONOMIE PAR LA MÉDIATION EN SANTÉ

Leviers

- Travailler en intersectorialité (partenaires à mobiliser en fonction des déterminants de la santé)
- Cibler des populations (groupes sociaux, genre, population spécifiques) susceptibles de requérir une attention particulière
- Renforcer littératie et capacité d'agir des publics
- Intégrer dans l'élaboration des politiques de santé, la voix des personnes concernées
- Sensibiliser les professionnels de santé au développement de stratégies de communication en fonction des niveaux de littératie des publics (accessibilité du discours, vulgarisation des informations),
- Améliorer l'accès à l'interprétariat (langue des signes + autres langues internationales)
- Sensibiliser les professionnels à la participation et l'autonomisation des personnes dans leurs parcours de santé en prenant en compte leurs paroles et leur environnement socio-économique

PISTES POUR AGIR - L'ACCOMPAGNEMENT A L'AUTONOMIE PAR LA MÉDIATION EN SANTÉ

Impacts attendus après prise en compte des ISS

- Prise en compte des déterminants sociaux de la santé (prise en compte des contraintes économiques et de l'environnement des populations)
- Prise en charge priorisée vers les personnes qui ont en le plus besoin
- Autonomisation des patients
- Réduction de la mortalité liée aux maladies chroniques
- Réduction du recours aux urgences
- Diminution des ruptures de parcours par une meilleure articulation entre les professionnels et les secteurs d'intervention
- Amélioration des compétences psychosociales et autonomie en santé
- Meilleure compréhension du système de santé, des dispositifs et ainsi de leur recours

PISTES POUR AGIR - DANS LA PRISE EN CHARGE CLINIQUE

- Se former à l'existence et à la construction des ISS et leur impact sur la santé
- Avoir accès à de l'interprétariat
- Adapter son discours au niveau de compréhension du patient
- Allonger les temps de consultations
- Travailler en pluridisciplinarité
- Promouvoir l'intégration de travailleurs sociaux et de nouveaux métiers comme la médiation en santé dans l'exercice coordonné de premier recours pour une prise en charge holistique (prenant en compte les déterminants de la santé) de la santé
- Se former à l'interculturalité

DES FREINS À LEVER -

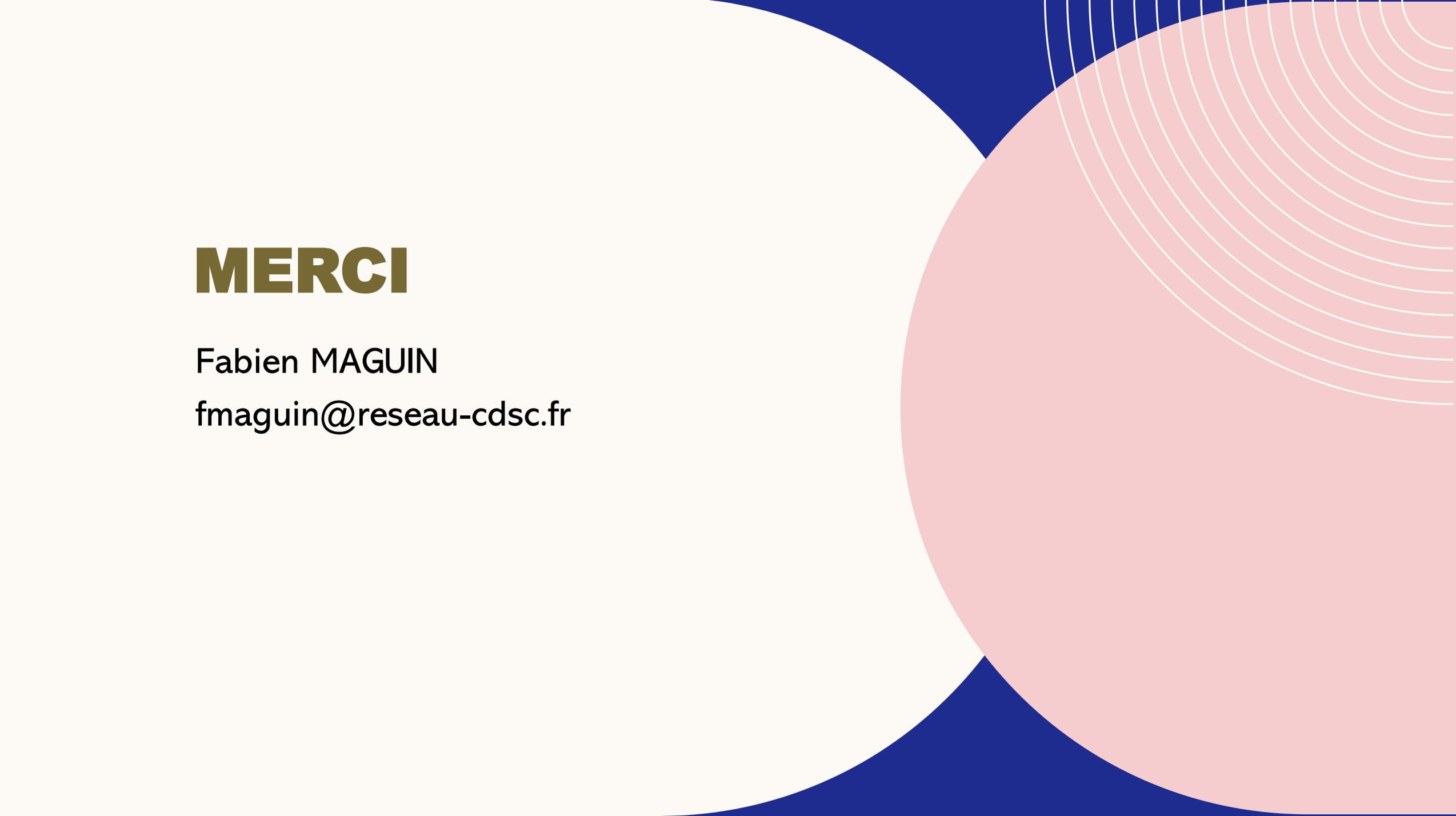
- Les données : manque de remontée systématique de données socio démographique
- Amalgame entre réduction des ISS et mise en place de dispositifs basés sur la pauvreté (ne prend pas en compte l'existence de gradients sociaux)
- La lutte contre les ISS qui encore basée sur les inégalités territoriales d'accès aux soins (problème de densité médicale)
- Cloisonnement des financements qui rendent difficiles des actions holistiques sur les déterminants de la santé
- Une approche de la santé encore trop basée sur le soin
- Un système de droit commun qui ne permet pas l'accueil et la prise en charge de tous selon ses besoins (ex des SSR, manque d'interprétariat, temps de consultation court...)

INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

A retenir



- ❖ Les ISS sont socialement construites et **évitables**
- ❖ Agir sur les ISS ce n'est pas que cibler les populations les plus précaires pour intervenir
- ❖ Les ISS se construisent dès la petite enfance; agir sur cette période et ou pendant des périodes dites critiques pourrait réduire les ISS
- ❖ Malgré un système de santé qui est un des plus performants d'Europe et du Monde, les ISS en France s'accroissent :
 - ❑ Problème d'accès aux soins primaires et secondaires
 - ❑ les conditions socio-économiques sont aussi un puissant déterminant de la santé
 - ❑ Expositions différentielles et incorporation biologique



MERCI

Fabien MAGUIN

fmaguin@reseau-cdsc.fr