



l'adversité durant les premières années de la vie pour prévenir les pathologies à l'âge adulte [94].

En termes de comportements, concentrer l'éducation sur la santé à l'âge adulte se heurte aux difficultés, croissantes avec l'âge, de changer de comportement d'une part et de dépasser les atteintes biologiques déjà présentes. En outre, cela revient à déplacer vers les individus le lieu de la responsabilité alors que leurs comportements s'inscrivent dans une perspective de vie, depuis une période de leur vie où la notion de choix individuel ne peut guère être évoquée.

Enfin, ces analyses sont susceptibles d'orienter les politiques publiques. Les interventions ne ciblent plus un problème de santé en particulier, mais les causes fondamentales (« les causes des causes ») des inégalités sociales de santé. Elles sont donc, par définition, globales et font appel à différents domaines des politiques publiques : politique de la ville, de l'aménagement du territoire, environnementale, de l'éducation, etc. Ce type d'intervention peut être trouvé dans les objectifs du Département de la santé britannique : réduire le nombre d'enfants vivant dans des foyers à bas revenus, augmenter la proportion d'enfants terminant leur scolarité à 16 ans avec un diplôme sont des exemples de ces approches [47].

Enfin, les méthodes d'évaluation, notamment pour la réduction des inégalités sociales de santé, ont un défi à relever. Les modèles d'évaluation expérimentaux ou quasi expérimentaux ne peuvent être utiles que pour l'évaluation d'interventions à l'échelle de quelques années. Les expérimentations menées sur certains facteurs psychosociaux, tels que le support social, n'ont pas montré leur efficacité. Outre l'aspect très expérimental de ces interventions menées sur des volontaires, une des raisons de l'échec tient peut-être à l'ancienneté des phénomènes que l'intervention se proposait de combattre. Les interventions sur les causes fondamentales ne seront efficaces que dans le long terme. Si l'épidémiologie peut apporter des informations de type descriptif ou à la mise au point d'indicateurs, c'est l'évaluation à long terme de politiques publiques qui devrait être mise en œuvre. Enfin, la complexité des mécanismes sociaux et sanitaires mis en jeu souligne l'importance d'un travail interdisciplinaire avec l'ensemble des sciences humaines et sociales pour développer des méthodes d'évaluation « réalistes », susceptibles de mesurer l'efficacité d'interventions, complexes, évolutives et intersectorielles, mais aussi les mécanismes, les causes d'échec ou de succès. 📌

Le système de soins et les inégalités sociales de santé

Pierre Lombrail

Professeur de santé publique, directeur du Pôle de l'information médicale, évaluation, santé publique, santé au travail, CHU de Nantes

Les inégalités sociales (et territoriales) de santé (ISS) sont une réalité en progression dans notre pays. Les déterminants sont multiples et s'enracinent tout au long de la vie des individus, avec un effet fortement différencié selon le milieu d'origine. Le rôle du système de soins est secondaire dans la constitution des états de santé ; il l'est probablement moins en matière d'inégalités et comprendre les divers mécanismes par lesquels il intervient peut aider à identifier des pistes d'action.

Les ISS peuvent s'analyser en termes d'inégalités d'accès aux soins sur le double registre de l'accès potentiel (la possibilité de se faire soigner) et de l'accès effectif (l'utilisation qui est faite de cette potentialité). L'utilisation est habituellement considérée sous le seul angle de l'accès primaire (le recours aux soins) et une attention particulière mérite d'être portée à l'accès secondaire (la qualité des soins à proprement parler).

Accès aux droits

L'accès potentiel relève des droits et de la capacité des personnes à s'en saisir. En termes de droits, l'immense majorité des personnes vivant sur le territoire bénéficient d'une protection sociale obligatoire par

l'assurance maladie, mais subsistent à la marge des situations particulièrement choquantes concernant certaines catégories d'étrangers. Hors ces situations, le principal obstacle est financier du fait de la difficulté des personnes aux revenus les plus faibles à accéder à une protection sociale complémentaire facultative. Cette question fait l'objet d'autres contributions dans ce numéro et nous nous attacherons à comprendre en aval les difficultés d'utilisation du système sous l'angle de l'accès primaire et secondaire. Ces difficultés relèvent d'inégalités par omission, « liées à l'inertie d'un système de santé qui méconnaît les inégalités et n'a aucun projet de rattrapage », et d'inégalités par construction, liées à « l'absence de prise en compte des inégalités de santé dans l'élaboration de certains programmes institutionnels ou recommandations de pratique médicale » [69]. Ces inégalités opèrent à une échelle individuelle (celles des « acteurs ») et collective (celle du « système », pour emprunter une catégorisation familière aux sciences de gestion).

Accès primaire aux soins

Les inégalités d'accès primaire tiennent aux difficultés de la rencontre entre l'offre et la demande du fait des

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 55.

utilisateurs potentiels et (ou) des professionnels. Du côté des utilisateurs potentiels, il peut s'agir de méconnaissance du besoin de soins ou d'une offre à même de le satisfaire, ou de renoncement. La méconnaissance traduit un niveau de culture de santé (*health literacy*) variable selon l'appartenance sociale documentée pour des soins aussi banals en apparence que les vaccinations. Selon le Baromètre santé 2000 de l'Inpes par exemple, « 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 ». Le renoncement aux soins est un phénomène fréquent puisque l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes) l'évalue de l'ordre de 16 % dans l'année, avant tout pour des soins optiques et dentaires sachant que la faible part des renoncements à des soins médicaux est probablement à nuancer en fonction du degré de *health literacy* et de la part de méconnaissance qu'elle véhicule. Il se concentre parmi les catégories sociales les plus modestes du fait de motifs qui les concernent plus particulièrement : économiques (le bénéfice d'une couverture complémentaire ne dispense pas partout de faire l'avance de frais), administratifs (une chose est d'avoir des droits, une autre est d'être en capacité d'effectuer les démarches qui les rendront effectifs) et psychosociaux. Des arbitrages entre priorités de l'existence relèguent souvent la santé au second plan, une faible attention portée à soi et une crainte du regard d'autrui ne favorisant pas le recours. Ces difficultés sont particulièrement prégnantes dans les publics en situation de précarité sociale.

Du côté des professionnels, les obstacles à l'accès primaire se répartissent entre refus et discrimination. Les refus de soins sont quantifiés depuis quelques années dans le secteur libéral à la demande du Fonds de couverture maladie universelle (CMU) (cela ne veut pas dire que les établissements de santé, y compris publics, ne soient pas concernés et les associations humanitaires signalent la permanence de cas qu'on peut espérer marginaux et liés pour la plupart à un défaut de protection sociale). Les motifs de refus en libéral ont été étudiés par l'Irdes et l'évitement d'un manque à gagner du fait de l'obligation de respect de tarifs opposables pour les assurés bénéficiaires de la CMU complémentaire semble le disputer à des représentations de ces bénéficiaires peu conformes au respect du principe de solidarité. On est alors près de pratiques discriminatoires telles que plus particulièrement décrites dans les territoires français d'Amérique mais qui s'observent en métropole. Les discriminations peuvent être indirectes, indépendantes de l'intentionnalité des professionnels et s'apparentant alors à des ISS par omission, ou directes, schématiquement par délégitimation de la demande ou par différenciation de

la réponse en fonction de l'appartenance sociale des personnes soignées [19].

En résumé, il semble possible d'analyser les difficultés d'accès primaire avec le Collectif interassociatif sur la santé (*Égales devant la santé : une illusion ?* : CISS, avril 2010) majoritairement comme des effets de la « précarité », « trois états [semblent] 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 » (CISS, 2010).

La définition large de ces états suggère que le phénomène pèse de manière beaucoup plus répandue que sur les seuls individus appartenant aux catégories administratives habituellement utilisées pour compenser la précarité et (ou) ses effets sur la santé.

Inégalités d'accès secondaire aux soins

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 obstacles qui grèvent l'accès primaire continuent d'opérer, qu'ils soient économiques (combien d'ordonnances non présentées du fait du reste à charge anticipé ?) ou cognitifs (ruptures de trajectoires du fait du manque d'intelligibilité du système ou de la méconnaissance d'un besoin de suivi). D'autres s'y ajoutent, liés aux acteurs et au système. Du côté des acteurs, la méconnaissance peut aussi être le fait de professionnels qui ignorent ou sous-estiment l'ampleur du gradient social et identifient les ISS à la partie visible associée à la « précarité ». Surtout, ce qui relève de l'interaction soignant-soigné commence à être mieux connu et mérite d'être souligné. L'étude Intermède a montré en médecine générale dans notre pays que, si soignants et soignés sont relativement en accord concernant les aspects concrets de la consultation, la réalisation d'actes notamment, ils le sont beaucoup moins sur les autres contenus, notamment ce qui touche aux comportements. De même, il existe des concordances et des discordances sur la santé perçue qui varient en fonction du niveau d'éducation du patient, ce qui peut être à l'origine de divergences d'appréciation quant à la nature des attentes des uns et des autres vis-à-vis des soins et qui semblent différenciées selon l'appartenance sociale [92].

Les facteurs individuels à l'origine des inégalités secondaires sont potentialisés par les causes systémiques. Les inégalités territoriales de répartition de l'offre de soins se font avant tout au détriment des personnes



d'origine modeste pour lesquelles l'éloignement est un facteur limitant l'accès à des soins spécialisés, qu'il s'agisse des habitants de certains quartiers des grandes métropoles ou ceux des zones rurales. Les cloisonnements multiples de l'offre exposent également ceux qui savent le moins bien s'en servir à des discontinuités. Il ne suffit pas, par exemple, de mettre en place un dépistage bucco-dentaire à base scolaire pour que les enfants des quartiers défavorisés, qui cumulent effectivement les caries, se fassent soigner, y compris avec un mécanisme de facilitation financière [3]. D'autres facteurs structurels entrent en jeu, comme la conception architecturale des locaux : l'exiguïté de certaines salles d'attente, pas seulement en ville, limite l'accès collectif (quand le groupe représente la protection qui autorise le recours) et expose crûment au regard d'autrui. La faiblesse des systèmes d'information est un frein puissant à une pratique plus systématique qui limite les loupés, soit qu'ils permettent très difficilement d'avoir une vision collective sur une patientèle et la différenciation de ses besoins, soit qu'ils soient dépourvus de dispositifs de rappels (*reminders*) qui sécurisent la pratique en évitant des oublis. L'absence de responsabilité populationnelle des acteurs de soins a longtemps été un obstacle à la prise en compte des ISS. Il reste à apprécier dans quelle proportion deux mesures récentes permettront d'y remédier, la réforme du médecin traitant pour la ville depuis la loi de 2004 portant réforme de l'assurance maladie et la territorialisation de l'offre de soins hospitaliers avec la loi « HPST » de l'autre.

Enfin, le paradigme curatif dominant guidant la construction de l'offre de soins fait le lit d'inégalités de soins préventifs et probablement de soins de réadaptation ou d'accompagnement psycho-social. Il explique la fragilité des dispositifs de prévention collectifs (services de PMI diversement financés selon les départements, services de santé scolaire et universitaire manquant d'effectifs et de moyens, médecine du travail indépendante ravalée au rang de service de santé au travail dont la pluridisciplinarité ne compense pas la perte d'indépendance). Il se traduit dans le reste du système par une attention insuffisante portée en routine aux soins préventifs. Du fait de la différenciation sociale des besoins, la prise en charge indiscriminée qui en résulte laisse perdurer « par omission » des inégalités de prise en charge et elle peut même les aggraver si elle est le fait de la source de soins dominante [86]. Enfin, la stratification sociale impressionnante du résultat de certains soins curatifs, comme il a été observé pour l'hypertension artérielle par le groupe de Thierry Lang, nécessiterait d'identifier la capacité d'actions d'accompagnement psycho-social et (ou) d'éducation thérapeutique à réduire le gradient de santé observé indépendamment d'actions plus globales sur les conditions de vie et de travail.

Les inégalités de soins s'expliquent aussi par la construction des référentiels de pratique. Si certains

tiennent compte de la nécessité d'appréhender l'environnement des personnes dans la prise en charge (les recommandations de prise en charge de la lombalgie chronique prévoient explicitement l'intervention du médecin du travail), les recommandations relatives à la maîtrise du risque cardio-vasculaire ne prévoient pas la prise en compte de facteurs psycho-sociaux (qu'il s'agisse de l'exposition au bruit ou au stress en matière d'hypertension artérielle) dans le calcul du risque individuel, alors qu'ils sont aussi puissants que les facteurs biocliniques. Le retard au traitement a pu être chiffré et il se compte en années. Au-delà des référentiels de pratique clinique, les dispositifs d'évaluation des « performances » des services ne comportent pas de regard sur leur équité ; sans mesure, il est difficile de se fixer des objectifs et encore plus d'évaluer leur atteinte.

Des pistes d'amélioration ?

Les défis à relever tiennent aux acteurs individuellement et au système collectivement. Du côté des acteurs, il faut s'intéresser à la fois aux « soignés » et aux soignants. Côté soignés, renforcer les compétences des individus et des groupes pour leur permettre de préserver leur santé dans le système de contraintes liées aux conditions de vie et de travail qui sont les leurs, et de faire le meilleur usage des ressources du système de soins quand ils sont malades, est probablement une première nécessité. Cela suppose une politique d'éducation pour la santé et de promotion de la santé volontariste encore largement étrangère à de larges pans du système de soins en dehors des dispositifs de prévention collective. De leur côté, les professionnels doivent corriger ce que Jonathan Mann appelait leur « socioparésie » et adapter leur démarche de soins à l'appartenance sociale des personnes et de leur habitus. L'enjeu est lourd puisqu'il questionne tant la formation initiale et continue que les référentiels de pratique et les dispositifs d'évaluation trop souvent aveugles sur la dimension sociale des problèmes de santé.

Cette évolution des connaissances, représentations et pratiques individuelles nécessite des compléments systémiques. La préservation d'une protection sociale solidaire est un pré-requis absolu. Un rééquilibrage du système en faveur de la prévention et de l'« empowerment » des personnes est également nécessaire, ce qui passe aussi bien par le renforcement des dispositifs collectifs organisés que par une adaptation des modalités de rémunération des professionnels (et de financement des établissements de santé), ainsi que de leurs modalités d'exercice en faveur d'une pratique plus coordonnée et pluriprofessionnelle. Enfin, comme le souligne le HCSP, faire évoluer nos systèmes d'information, de pilotage comme de contrôle, pour qu'ils permettent de suivre les ISS et évaluer l'impact des interventions à même de les réduire est un autre chantier de haute importance. 📌