



Expériences nationales et internationales

Les systèmes se basant sur des soins de santé primaires forts sont plus efficaces pour améliorer la santé des populations car plus équitables en termes d'accès aux soins. Les inégalités sociales de recours aux soins sont réduites dans les pays disposant de systèmes nationaux de santé, où le reste à charge des patients est limité. C'est ce que nous enseignent les études effectuées à l'échelon international.

La lutte contre les inégalités sociales de santé à travers les soins primaires : le grand soir ou les petits matins ?

Yann Bourguell

Directeur de l'Irdes

Florence Jusot

Maître de

conférences,

université

Paris-Dauphine,

Leda-Legos,

chercheur à l'Irdes

Les soins de santé primaires, définis en 1978, incluent d'une façon large, l'éducation, la promotion de la santé, les liens avec les autres activités socio-économiques (agriculture, élevage, industrie, éducation, logement, communication etc.). La définition fait également explicitement appel à la notion de graduation des soins et de référencement selon le niveau de gravité des maladies, comme à l'ensemble des professionnels de la santé (médecins, sages-femmes, infirmières, auxiliaires et travailleurs sociaux).

Les soins primaires : d'un idéal de justice sociale à un modèle d'organisation du système de soins

Dans son rapport de 2008, intitulé *Les soins de santé primaires : maintenant plus que jamais*, la directrice générale de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), Margaret Chan, rappelle que « les valeurs qui sont au cœur de la constitution de l'OMS [il y a plus de 60 ans]

et celles qui ont inspiré la déclaration d'Alma-Ata [en 1978]¹ ont fait leur preuve et ont montré toute leur pertinence »². Ainsi les soins de santé primaires restent considérés comme un moyen de garantir le droit à la santé pour tous et de réduire les inégalités de santé, d'atteindre un idéal de justice sociale.

L'observation des systèmes de santé des pays européens nous révèle que la plupart d'entre eux bénéficient d'un financement collectif des dépenses de santé, sont fortement régulés voire gérés par les États et visent à garantir un accès universel aux soins reposant sur le principe d'équité horizontale, chacun devant bénéficier d'un traitement égal pour un besoin de soins égal. La plupart de ces systèmes s'appuient également sur des

1. OMS. « Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires », 12 septembre 1978.

2. OMS. *Rapport sur la santé dans le monde, 2008 : les soins de santé primaires : maintenant plus que jamais*. 2008.

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

soins de santé primaires, mais définis dans un sens plus restreint que le sens initial donné par la conférence d'Alma-Ata. Ce concept fait aujourd'hui surtout référence à des modèles d'organisation et de régulation du secteur des soins ambulatoires dans lesquels les fonctions de premier contact, de coordination, de continuité, de régulation de l'accès aux soins secondaires sont confiées à des acteurs tels que les médecins généralistes, ou des structures comme les centres de santé. Cependant, les modèles d'organisation, notamment les missions et fonctions de régulation confiées aux acteurs des soins primaires, sont assez contrastés en Europe [14]. Les pays comme les Pays-Bas avec un système d'assurance sociale ou le Royaume-Uni avec un système national de santé ont mis en place dès leur origine un système de *gatekeeping* dans lequel les médecins généralistes jouent le rôle d'orienteur dans le système de soins et régulent l'accès aux soins secondaires. D'autres comme la Finlande et l'Espagne se sont directement inspirés des principes de la déclaration d'Alma-Ata et ont mis l'accent sur le travail d'équipe en soins primaires au sein des centres de santé. Certains pays comme l'Allemagne, la France, la Belgique ou la Suisse n'ont adopté les principes des soins primaires que très récemment et dans des formes peu contraignantes, comme par exemple la réforme du médecin traitant en France.

La question est alors de savoir si les soins de santé primaires, tels que mis en place dans les systèmes de santé européens et non plus dans l'acception de la conférence d'Alma-Ata, constituent une cible d'action pertinente pour réduire les inégalités de santé. Pour répondre à cette question, nous nous appuyons tout d'abord sur les leçons de la littérature et de l'expérience européenne, avant de nous tourner vers le cas français.

La réduction des inégalités de santé par les soins primaires en tant que principes organisateurs des systèmes de soins et secteur cible d'actions et d'interventions

L'accent est le plus souvent mis sur les interventions sur les déterminants sociaux de la santé pour réduire les inégalités sociales de santé, comme l'illustrent le rapport récent de la Commission des déterminants sociaux de l'OMS³ ou encore une récente revue des interventions efficaces dans ce domaine [6]. L'intérêt d'actions menées dans le système de soins pour atteindre cet objectif a également été souligné [27], et l'on peut penser que cela concerne en premier lieu les actions s'appuyant sur le secteur des soins primaires. L'argument repose sur l'idée que si l'objectif à atteindre est la réduction des inégalités de santé et non simplement la réduction des différences de consommation de soins, l'enjeu pour le système de soins est non seulement de permettre un véritable accès universel aux soins, mais surtout de conduire l'ensemble des patients à une meilleure

gestion et prise en charge de leur santé. Les objectifs recherchés seraient la réduction des comportements à risque, le développement des comportements préventifs et, en cas de maladie, la bonne utilisation du système de soins, l'observance des traitements et prescriptions des médecins ainsi que l'apprentissage de la vie avec la maladie. Ces compétences et capacités individuelles s'acquièrent et se transmettent autant par des relations interindividuelles durables et répétées (entre patients, professionnels et profanes) que par une communication de masse (campagnes d'information). Le système ambulatoire ou de soins primaires, parce qu'il est plus proche des patients et permet ces relations interindividuelles, peut donc en théorie contribuer à la réduction des inégalités de santé.

La contribution des soins primaires à la réduction des inégalités de santé peut être appréhendée du point de vue systémique des principes d'organisation des systèmes de santé mais également comme secteur cible d'actions et d'interventions multiples plus directement destinées à réduire ces inégalités.

L'analyse des politiques mises en œuvre en Europe pour réduire des inégalités de santé montre tout d'abord que ce sont les pays d'Europe structurés selon les principes des soins primaires, comme le Royaume-Uni, les Pays-Bas et la Suède, qui ont été les premiers à mettre en œuvre de véritables stratégies de réduction des inégalités sociales de santé [54]. Ainsi, au-delà d'interventions isolées, c'est le principe même d'une organisation globale et intégrée du système de santé qui semble permettre l'émergence de politiques publiques coordonnées se donnant comme objectif affiché la lutte contre les inégalités, ce qui, selon Whitehead [102], est une démarche nécessaire pour atteindre cet objectif.

Des travaux comparatifs ont ainsi montré que les systèmes se basant sur des soins de santé primaires « forts », comme l'Australie, le Canada, le Japon, la Suède, le Danemark, la Finlande, les Pays-Bas, l'Espagne, le Royaume-Uni, sont plus efficaces pour améliorer la santé des populations en moyenne que ceux ayant des soins primaires « faibles », — car plus équitables en termes d'accès aux soins, et avec des dépenses de santé mieux maîtrisées [70]. En outre, les inégalités sociales de recours aux soins sont réduites dans les pays disposant de systèmes nationaux de santé, où le reste à charge des patients est limité et où les médecins généralistes jouent le rôle de *gatekeeper* [82], les inégalités sociales de santé étant par ailleurs réduites dans les pays où l'intervention de l'État dans les domaines sanitaires et sociaux est importante [28].

Sans aller jusqu'à une organisation du système de santé autour des soins primaires, des interventions isolées mobilisant le secteur des soins primaires semblent également efficaces pour réduire les inégalités de santé. Dans le cadre du projet européen AIR (*Addressing Inequalities Interventions in Régions*) visant à recenser les actions menées à l'échelle régionale dans le secteur des soins primaires pour réduire les inégalités de santé,

3. OMS. *Comblent le fossé en une génération. Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*. 2008.



une récente revue de la littérature propose une typologie des interventions permettant de réduire les inégalités de santé ayant fait l'objet d'une évaluation publiée entre janvier 2000 et janvier 2010 en anglais ou en français [67]. Cette revue a identifié 101 interventions et 10 revues de littérature proposant des résultats sur des indicateurs de santé ou des facteurs intermédiaires, comme les consommations de soins ou les facteurs de risques, par groupes sociaux ou des groupes défavorisés. La plupart de ces interventions avaient été menées aux États-Unis, les autres au Royaume-Uni, aux Pays-Bas, en Nouvelle-Zélande, en Australie, en France, ou en Hongrie. Ces interventions ont pu être regroupées en trois ensembles : les interventions visant à améliorer l'accès financier aux soins, par la gratuité des soins ou par une assurance maladie gratuite ou subventionnée, les interventions de promotion sanitaire dans le cadre communautaire et les interventions ayant effet sur l'organisation des soins. Les évaluations des interventions retenues permettent de conclure que des interventions mobilisant les soins primaires peuvent parvenir à réduire les inégalités sociales de santé. L'amélioration de l'accès financier aux soins, en particulier par la fourniture de soins gratuits ou d'une couverture assurantielle gratuite, augmente la consommation de soins et améliore les résultats cliniques, même s'il subsiste un risque de différences dans la qualité des soins. Les interventions de promotion sanitaire personnalisées et adaptées à la culture des populations ciblées, menées par des pairs éducateurs, semblent également efficaces. La fourniture d'un cadre légal et logistique semble également efficace pour coordonner de multiples interventions de promotion sanitaire. Enfin, les interventions sur l'organisation des soins, comme le travail d'équipe ou la coordination des soins, semblent également à même de réduire les inégalités de santé.

Une question reste néanmoins en suspens. L'efficacité de ces interventions plus isolées est-elle identique dans tous les systèmes ou sont-elles d'autant plus efficaces dans des systèmes organisés autour des soins primaires, où il est plus facile d'afficher des objectifs clairs et d'attribuer des missions spécifiques à des acteurs pour lesquelles ces derniers sont reconnus.

En France, vers les soins de premiers recours et... la réduction des inégalités de santé ?


Les soins primaires, définis comme le premier recours, ne constituent pas encore en France un axe aussi structurant de la politique de santé, qu'au Royaume-Uni ou dans les pays anglo-saxons ou scandinaves.

Les politiques menées pour répondre aux inquiétudes et aux tensions générées par les perspectives d'évolution

de la ressource humaine disponible en santé ou aux enjeux de santé publique ont été principalement sectorielles (urgences, réseaux par pathologies, plans par problèmes de santé – Plan santé mentale, Programme national nutrition santé, Plan de démographie médicale, Plan cancer...) et visent à modifier modérément, comme le montre la récente réforme, un système de soins ambulatoires fondé sur les principes de la médecine libérale (liberté d'installation, paiement à l'acte, liberté de prescription, libre choix du médecin par le patient) au sein de laquelle les spécialités techniques sont les plus valorisées.

L'ensemble des évolutions récentes en France (réforme médecin traitant en 2004, création des agences régionales de santé, schémas régionaux de l'organisation des soins ambulatoires, soutien aux organisations collectives) témoigne d'un intérêt croissant pour une plus grande organisation des soins ambulatoires. Cependant, au-delà de la superposition de mesures et d'actions sectorielles et locales, se pose la question d'une approche plus intégrée mais également plus contraignante pour les professionnels et les patients pour organiser les soins primaires en France.

C'est également dans ce contexte que semble émerger la volonté de définir une politique de réduction des inégalités de santé qui irait au-delà de l'égalité d'accès aux soins défendue par la loi Hôpital, patients, santé et territoires. En effet, le Plan cancer 2009-2013 met en avant l'objectif de réduction des inégalités sociales de santé comme une question transversale, et la ministre de la Santé a annoncé cette thématique comme centrale dans la future loi de santé publique lors du colloque international intitulé « Réduire les inégalités sociales de santé » organisé par la Direction générale de la santé et l'IRESP le 11 janvier 2010. La France, dans le même mouvement, associe donc volonté politique de réduction des inégalités de santé et organisation des soins de santé primaires.

Deux options sont donc possibles pour mettre en œuvre cette politique de réduction des inégalités de santé en s'appuyant sur les soins primaires. La première consiste à emprunter les nombreuses pistes offertes par les actions isolées et les interventions éparses dont on a pu constater qu'elles ont une efficacité pour lutter contre les inégalités de santé, là où elles sont menées sans effet systémique. La seconde, plus ambitieuse et structurelle, reposerait sur une modification plus substantielle de l'organisation du système de santé en France autour des soins primaires par exemple en renforçant le rôle du médecin traitant, en modifiant les modes de rémunération des médecins, voire en rendant les soins gratuits. 

Que peuvent faire les médecins généralistes face aux inégalités sociales de santé ?

La médecine générale est concernée par les inégalités sociales de santé à trois niveaux : l'organisation du système de santé, les interactions médecin-patient, l'approche biomédicale.

L'organisation du système de santé

Les médecins généralistes qui exercent dans des zones défavorisées sont moins nombreux, ont le plus souvent des consultations surchargées, et disposent de moins de ressources humaines et techniques [4, 73, 101]. Ils ont plus de difficultés à adresser les patients à des spécialistes et à des centres d'imagerie médicale. Les hospitalisations se font plus souvent *via* les urgences [4]. La durée des consultations est inversement associée à la charge de travail et au niveau socio-économique local [73, 99]. L'effet combiné de consultations plus courtes et de l'accumulation de problèmes somatiques, psychologiques et sociaux accroît la probabilité que les questions non urgentes, et notamment la prévention, soient laissées de côté pendant les consultations [53].

Les interactions médecin-patient

Deux revues systématiques de la littérature ont étudié l'influence du statut socio-économique [104] et de l'origine ethnique [93] sur la communication entre médecin et patient. Pendant la consultation, les patients défavorisés bénéficieraient de moins d'informations et de moins de soutien émotionnel. Les médecins seraient plus directifs, chercheraient moins à construire un partenariat et inciteraient moins les patients à s'exprimer. Les patients de niveau socio-économique favorisé communiqueraient plus intensément, exprimant plus clairement leurs affects, incitant le médecin à fournir plus d'informations. Les médecins tendraient à minimiser, chez les patients défavorisés, le besoin d'information et le souhait d'être impliqués dans les décisions.

Pendant la consultation, la distance entre les protagonistes, qu'elle soit sociale, économique, culturelle, raciale ou linguistique, générerait chez le médecin plus ou moins d'incertitude : la distance augmenterait le risque de malentendus à propos des symptômes, du profil évolutif, du contexte, des attentes du patient, conduisant à des décisions moins adaptées, voire préjudiciables, aux patients « différents ».

L'approche biomédicale

L'« *evidence-based medicine* » s'appuie essentiellement sur les connaissances produites par les essais randomisés contrôlés. Sauf exception, ces essais incluent des patients sélectionnés, et produisent des résultats décontextualisés. Dans la vraie vie, l'efficacité d'une

thérapeutique est fortement modulée par le contexte du patient : sa position socio-économique, son activité professionnelle, la qualité de son environnement, sa compréhension de la maladie et du traitement, ses préférences, son hygiène de vie, ses interactions familiales et sociales.

L'estimation du risque cardio-vasculaire est basée sur les facteurs de risque « classiques » (antécédents familiaux cardio-vasculaires précoces, HTA, diabète, tabac, niveaux du LDL et du HDL cholestérol), soit par dénombrement (en France), soit à l'aide d'un calculateur (dans les pays anglo-saxons et nordiques). Les seuils d'intervention, qui découlent de l'estimation du risque, ne prennent pas en compte la position sociale du patient. Pourtant le risque attribuable à la position sociale ou au niveau d'éducation est équivalent à celui du tabagisme. En traitant de la même manière tous nos patients, nous pénalisons ceux des catégories défavorisées. Les chercheurs britanniques ont récemment intégré le degré de pauvreté du lieu de résidence et l'ethnie dans un calculateur du risque vasculaire global (<http://www.qrisk.org/>).

Comment agir sur les inégalités sociales de santé en médecine générale/soins primaires ? Apport de la littérature

Les données dans ce domaine sont peu nombreuses. Les études d'interventions rigoureuses sont difficiles à construire (études randomisées, avec mesure de l'indicateur de santé, avant et après intervention, stratifiée selon un indicateur de position sociale).

L'éducation des patients

La diffusion de documents d'information aux patients ayant un niveau d'éducation faible peut améliorer leur adhésion à des soins préventifs [52]. Les documents doivent être minutieusement mis au point et testés. Ils doivent être brefs, clairs, écrits dans un niveau de langage adapté au niveau de lecture des patients ciblés.

L'éducation thérapeutique des patients peut contribuer à la réduction des inégalités. Un programme éducatif à destination de malades insuffisants cardiaques, évalué rigoureusement, a permis de réduire les inégalités sociales de décès et d'hospitalisations à un an [31].

L'éducation des professionnels

Aux États-Unis, il existe des programmes visant à améliorer la « compétence culturelle » des professionnels. Leur impact sur les inégalités n'est pas démontré à ce jour. Théoriquement, les programmes qui visent à améliorer les compétences relationnelles, la capacité

Hector Falcoff

Médecin généraliste, professeur associé de médecine générale, université Paris Descartes

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



Les inégalités sociales de santé

de faciliter l'expression des problèmes par les patients, ou l'écoute active, peuvent avoir un intérêt, mais cela reste à démontrer.

Les systèmes informatiques incluant des rappels automatiques

Les interventions réalisées au niveau des professionnels et destinées à améliorer la qualité des soins reçus par les minorités ethniques ont fait l'objet d'une revue systématique de la littérature [10]. Le résultat principal est que les rappels automatiques constituent l'intervention la plus régulièrement efficace pour améliorer les soins protocolisés et la prévention. Les rappels automatiques se sont montrés capables d'améliorer la qualité des soins des populations défavorisées aussi bien dans les interventions ciblées sur ces populations que dans les interventions universelles.

Le paiement à la performance, mesurée par des indicateurs de qualité des soins

En 2004, le Royaume-Uni a mis en route un programme de paiement à la performance destiné aux médecins généralistes, le « *Quality and outcomes framework* ». Sur l'ensemble des indicateurs, la première année montrait une différence entre les zones les plus riches et les plus pauvres. Par la suite, l'amélioration dans ces dernières a été plus importante, permettant un rattrapage réel et une réduction substantielle des écarts, voire leur disparition pour certains indicateurs [37]. La condition d'implantation incontournable pour ce type de programme est le développement d'un système d'information efficace dans les cabinets de médecine générale.

Dans le contrat d'amélioration des pratiques individuelles (Capi), proposé par l'Assurance maladie aux médecins généralistes français, la mesure des indicateurs n'est pas rapportée à la position sociale des patients.

Que peuvent faire les médecins généralistes aujourd'hui ?

On n'abordera pas ici des questions de démographie médicale et d'accès aux soins, qui sont fondamentales mais dépendent essentiellement de la politique de santé et de l'aménagement du territoire. On s'intéressera plutôt à ce qui peut être engagé dès maintenant par les médecins eux-mêmes.

Il s'agit de ne pas accroître les inégalités, et si possible de contribuer à les réduire, tout en étant conscients que la part « soins » dépendante des inégalités est modeste, les inégalités sociales de santé résultant essentiellement des trajectoires de vie.

Un projet collectif

Pour le médecin isolé, probablement la première chose à faire est de susciter la motivation parmi des collègues proches. Cabinet de groupe, association locale de formation médicale continue, groupe de pairs peuvent servir de base à un projet commun. Les centres de santé et les nouveaux modes d'organisation des soins

primaires qui émergent en France, maisons et pôles de santé pluriprofessionnels, pourraient constituer un cadre privilégié pour l'action.

Cinq actions spécifiques et réalisables

1. Construire un carnet d'adresses comprenant services sociaux, consultations spécialisées et plateaux techniques de secteur 1, secteur psychiatrique, réseaux ou services hospitaliers offrant des cycles d'éducation thérapeutique, diététique et physique, consultations de tabacologie et d'alcoologie, centres de soins spécifiques pour toxicomanes, permanences d'accès aux soins... Au-delà du carnet, il est important de rencontrer les intervenants, de connaître leur manière de travailler, et de définir avec eux les circuits de prise en charge.

2. Ne pas considérer le temps de soins de manière égalitaire (même quantité de temps pour tous les patients), mais de manière équitable (temps passé proportionnel aux besoins du patient). Le but est que, à pathologie égale, le résultat final de santé diffère le moins possible entre les patients. Si l'on manque de temps, il faut absolument associer d'autres intervenants à la prise en charge (réseaux, paramédicaux dans le cadre des nouveaux modes d'organisation des soins primaires, hôpital...). Il faut garder en tête que les patients « gentils », peu exigeants, ceux qui permettent au médecin en consultation de « rattraper le retard » risquent d'avoir des soins de moindre qualité.

3. Diffuser des documents pour informer les patients, et les inciter à aborder des problèmes avec le médecin en consultation. Ce type d'action peut contribuer à lutter contre les inégalités de santé à condition que : 1) les documents soient conçus et rédigés pour les personnes ayant un niveau de lecture faible, 2) les documents ciblent des problèmes de santé, ou de qualité des soins, pour lesquels les inégalités sociales en médecine générale sont marquées, et 3) le médecin joue le jeu et répond si le patient aborde le problème.

4. Mettre en place, dans les logiciels métier, des outils permettant la mise en œuvre de protocoles de prévention et de suivi (« maquettes » de consultation, rappels automatiques, tableaux de bord de suivi. Si les logiciels métier ne proposent pas ces fonctionnalités, il faut se regrouper avec d'autres utilisateurs pour demander leur implémentation. La protocolisation contribue à réduire la variabilité « intra-médecin » de la pratique, génératrice d'inégalités.

5. Adopter une « approche qualité ». L'équité est une dimension majeure de la qualité des soins. La réduction des inégalités pourrait s'appuyer sur des programmes d'amélioration de la qualité. L'obligation de développement professionnel continu (DPC) instituée par la loi HPST pourrait fournir un levier. Dans ces programmes, les médecins enregistreraient systématiquement la position sociale des patients (par exemple selon les catégories Insee en 8 niveaux). La mesure du niveau des indicateurs cliniques ne serait pas uniquement globale, comme elle l'a été jusqu'ici dans les audits menés en

médecine générale, à de rares exceptions près, mais stratifiée selon la position sociale. Les médecins pourraient ainsi mesurer leurs efforts d'amélioration de la qualité en termes de réduction des gradients sociaux de qualité des soins.

Conclusion

Les médecins généralistes doivent montrer leur volonté collective de jouer un rôle dans la lutte contre les

inégalités sociales de santé. L'American College of Physicians en 2004, le Royal Australian College of General Practitioners en 2005, le Royal College of General Practitioners britannique en 2008 ont pris position publiquement, affirmant le rôle que la médecine générale devait et pouvait jouer. En France, la médecine générale pourrait en faire de même, et afficher sa responsabilité collective face à ce problème majeur de société. 

Inégalités sociales dans la santé : défis et priorités de recherche dans le contexte européen

La recherche en Europe sur les inégalités sociales de santé concerne trois sujets principaux : le suivi à travers la comparaison des inégalités entre les pays ; l'analyse des mécanismes de production des inégalités, surtout dans la perspective des trajectoires de vie ; et l'étude de l'impact des interventions et politiques de réduction des inégalités de santé.

Le suivi des comparaisons des inégalités entre les pays

Le premier courant de recherche, celui du monitoring, est nourri surtout par un réseau des centres qui relèvent et analysent des données comparables sur les différences sociales (scolarité, emploi et classe sociale, revenus et autre ressources matérielles) concernant la mortalité, la morbidité et les facteurs de risque, dans plusieurs pays européens. Beaucoup de ces activités ont été engagées dans le cadre des programmes européens, soit de recherche soit de santé publique, et sont coordonnées par le Département de santé publique de l'université de Rotterdam.

En général, les inégalités sociales de santé sont moins prononcées dans les pays du Sud (Espagne, Italie), où, d'une part, l'ensemble de la population bénéficie d'une alimentation de type « régime méditerranéen » et, d'autre part, où l'épidémie de tabagisme chez les pauvres est en retard sur les pays riches. Au contraire, elles sont bien plus élevées dans les pays ex-communistes du Centre et de l'Est de l'Europe, où le dispositif de protection de la santé est plus faible et l'impact négatif de la transition économique est plus fort pour les populations socialement défavorisées. Cette variabilité géographique dans l'ampleur des inégalités suggère qu'elles peuvent être évitées, ou bien réduites, et indique à ceux qui prennent les décisions aux niveaux européen et national l'objectif que chaque pays pourrait se fixer dans ses politiques de promotion de la santé.

Deux nouveaux projets de cette nature sont en train de produire des résultats. EURO-GBD-SE (The potential for reduction of health inequalities in Europe)¹, piloté par le centre de Rotterdam, permet d'évaluer le potentiel de réduction des inégalités de santé, en reconnaissant les facteurs qui déterminent cette variabilité dans les inégalités entre les pays européens. Cette variabilité sera utilisée dans des simulations pour estimer le potentiel de réduction des inégalités de santé qui peut être raisonnablement attendu grâce à des politiques et des interventions sur ces facteurs déterminants de la santé.

Dans le même cadre d'études comparatives, le projet INEQ-CITIES (Socio-economic INEQualities in mortality : evidence and policies in CITIES of Europe)², coordonné par l'Agence de santé publique de Barcelone, propose de comparer les inégalités sociales de mortalité entre différentes cités européennes, ainsi que les interventions et les politiques qui y ont été conduites pour soit réduire les inégalités sociales de santé, soit améliorer globalement l'état de santé.

Les mécanismes de production des inégalités

Le deuxième courant scientifique concerne les parcours et les mécanismes qui produisent les inégalités sociales de santé. Les meilleurs résultats sont obtenus à partir des nombreux systèmes d'étude longitudinaux disponibles à un niveau local ou bien national, fondés sur des échantillons de population générale ou des cohortes de naissance. La grille conceptuelle introduite par la Commission de l'Organisation mondiale de la santé sur les déterminants sociaux de la santé reconnaît différents points d'entrée des inégalités sociales de santé. Ce sont les contextes économique, culturel et social qui peuvent influencer en même temps la position

Giuseppe Costa
Département des sciences cliniques et biologiques, Université de Turin
Chiara Marinacci
Teresa Spadea
Service régional d'épidémiologie, Unité locale de santé, Région du Piémont

La contribution vient de l'adaptation d'un article d'une revue italienne d'épidémiologie (Costa G., Marinacci C., Spadea T. « Social inequalities in health : challenges and current priorities in European context ». *Epidemiologia e Prevenzione*, 2010, sous presse).

1. <http://www.euro-gbd-se.eu/>
2. <https://www.ucl.ac.uk/ineqcities/>



Les inégalités sociales de santé

sociale de l'individu et de la communauté. Ce sont ces différentes positions sociales qui peuvent provoquer une exposition inégale aux facteurs de risque (soit ceux de l'environnement de vie et de travail, soit ceux des styles de vie, soit ceux liés aux difficultés d'accès à des soins de qualité). De façon concomitante, la position sociale peut aussi modifier soit la vulnérabilité du sujet à l'effet des facteurs de risque, soit l'impact de la maladie sur la carrière sociale. Tous ces événements peuvent se produire à différentes étapes de la vie, étant plus ou moins critiques dans certaines phases de l'existence ou bien se cumulant entre eux. Un réseau européen de chercheurs étudiant les inégalités de santé dans les trajectoires de vie est coordonné par le Centre international pour les études sur les trajectoires de vie dans la société et la santé de l'Economic and Social Research Council (ESRC) situé au sein de l'University College et l'Imperial College de Londres. Beaucoup de ces chercheurs participent à la Society for Longitudinal and Life Course Studies³, une société scientifique multidisciplinaire qui se propose de promouvoir collaborations et réseaux pour développer les systèmes longitudinaux de recherche sur les trajectoires de vie.

L'impact des interventions et des politiques

Le troisième courant d'intérêt se concentre sur les politiques de réduction des inégalités de santé, avec l'objectif de transposer les recommandations de la Commission de l'Organisation mondiale de la santé sur les déterminants sociaux de la santé aux niveaux nationaux. Le rapport *Fair Societies, Healthy Lives*⁴ résume les principaux objectifs pour les politiques locales et nationales de l'Angleterre et les indicateurs correspondants de suivi. Il représente le produit d'une Commission du Royaume Uni (Marmot Review) chargée d'identifier les interventions qui ont le plus haut potentiel de réduction des inégalités de santé dans plusieurs domaines politiques, et de trouver les solutions pour rendre ces actions réalisables. Les preuves d'efficacité disponibles dans la littérature scientifique sont très pauvres, tant par le nombre que la qualité des études. La Marmot Review suggère que chaque investissement dans une nouvelle intervention contre les inégalités de santé prévoit une quote-part affectée à l'évaluation, si possible fondée sur un projet approprié et soutenable pour une démonstration valide de l'efficacité.

Les initiatives de l'Union européenne présentent le cadre nécessaire pour introduire les inégalités sociales de santé sur l'agenda des pays qui sont le plus en retard dans le développement des stratégies nationales et locales. L'initiative la plus importante est la récente communication de la commission *Solidarity in Health : Reducing Health Inequalities in the EU*⁵, qui invite soit l'Union, soit les pays membres, soit leurs régions à

investir dans la production et l'accessibilité des données sur les inégalités de santé, dans l'application de l'*equity audit* aux politiques et interventions en place, dans les études d'efficacité et dans la diffusion des bonnes expériences.

Suite à cette communication, de nouvelles initiatives de la commission sont en phase de lancement :

- une *joint action* pour fournir assistance et formation aux pays qui veulent appliquer les recommandations de la communication ;
- un nouveau rapport européen sur les inégalités de santé ;
- deux projets pour l'évaluation d'impact sur les inégalités de santé des fonds structurels européens et des initiatives sur l'emploi du programme Progress ; l'institution d'une Marmot Review pour la région européenne de l'OMS, pour évaluer comment transposer dans toute la région les conclusions de la Commission de l'Organisation mondiale de la santé sur les déterminants sociaux de la santé ;
- le dernier avis pour les projets de recherche du VII^e programme européen, dans lequel les déterminants sociaux de santé sont une priorité⁶.

Finalement, il faut rappeler que le monitoring des déterminants sociaux de santé et la réduction des inégalités en Europe ont été l'une des priorités de la présidence espagnole de l'Europe en 2010⁷. 🇪🇺

3. <http://www.longstudies.longviewuk.com/>

4. <http://www.marmotreview.org/>

5. http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/com2009_en.pdf

6. <http://cordis.europa.eu/fp7/health/>

7. <http://www.fhi.se/Documents/Aktuellt/Nyheter/Moving-Forward-Equity-in-Health.pdf>

Le Québec innove pour la réduction des inégalités sociales de santé

Au Québec, la question des inégalités sociales de santé est d'actualité depuis déjà plus de deux décennies. Plusieurs acteurs, de milieux aussi divers que la recherche, la santé publique, le monde associatif et le politique, ont amené le Québec dans une position de *leadership* sur la scène canadienne en ce qui a trait à la recherche et l'action sur les inégalités sociales de santé, et plus largement sur les déterminants sociaux de la santé. Cet article esquisse les principaux enjeux que les acteurs de ces quatre secteurs ont portés à travers deux décennies jalonnées d'innovations. Notons d'entrée de jeu qu'au cours des dernières années la mortalité est en baisse au Québec, et ce pour toutes les catégories de revenu. Cependant : « *le poids de la défavorisation matérielle et sociale marque profondément les Québécois et Québécoises au cours de la décennie... Les écarts relatifs et absolus de mortalité prématurée ont nettement augmenté* » [83].

La recherche

Les chercheurs québécois, autant des disciplines du social que de la santé publique, se sont intéressés depuis déjà longtemps aux inégalités sociales en lien avec la santé. Notoirement, dès les années 1980, c'est par le biais d'une lecture féministe des inégalités entre les hommes et les femmes face à la maladie et au système de soins qu'un groupe de chercheuses de l'université Laval commençait à documenter le lien entre le social et la santé [30]. Un peu plus tard, les désormais fameux « Indices de défavorisation de Pampalon », qui distinguent la défavorisation matérielle et sociale, montraient bien, dès le milieu des années 1990, que les inégalités sociales de santé ne sont pas qu'affaire de bas revenus [84], mais aussi de conditions sociales d'existence. C'est sur ces bases solides que des groupes se sont formés au début des années 2000, à l'université Laval comme à l'université de Montréal. Dans les deux cas, les chercheurs universitaires travaillent en étroite collaboration avec les chercheurs et praticiens de la santé publique, et avec les décideurs publics. À Québec, c'est principalement par une étude approfondie dans trois quartiers que se développent les connaissances [43]. À Montréal, où la masse de chercheurs est plus importante, le Centre de recherche Léa-Roback sur les inégalités sociales de santé s'est donné comme mission de « *contribuer à la réduction des inégalités sociales de santé et à l'amélioration des conditions de vie. Le Centre assure quatre fonctions dans la communauté montréalaise : 1) le développement de la recherche sur les inégalités sociales de santé façonnées par les condi-*

*tions de vie, 2) la création d'alliances entre chercheurs de disciplines variées, décideurs publics et intervenants des milieux institutionnels et communautaires pour réaliser ces recherches, 3) le transfert de connaissance pour traduire les résultats de recherche en action, et 4) la formation d'une masse critique de chercheurs œuvrant dans ce domaine*¹. Enfin, en 2008, l'ensemble des chercheurs publie un ouvrage synthèse dans lequel les inégalités sociales de santé sont discutées dans des perspectives théorique, empirique et pratique [43].

La santé publique

Moteur économique du Québec et principal endroit d'accueil des immigrants, Montréal est un lieu où les inégalités sociales s'accroissent et deviennent de plus en plus visibles. Dès 1998, le directeur de la santé publique de Montréal, à la sortie de son premier rapport annuel intitulé *Les inégalités de santé*, faisait de la lutte contre les inégalités sociales et de l'action sur les déterminants sociaux de la santé la première priorité de son organisation [35]. « *Comme directeur de la santé publique* », disait-il à l'époque, « *je n'ai qu'un seul patient : Montréal. Ce qui rend mon patient malade, ce sont les inégalités sociales. Comme médecin, j'ai donc le devoir de traiter les causes de la maladie de mon patient*² ». L'action intersectorielle et l'établissement de partenariats de travail avec les principaux acteurs et décideurs publics qui contrôlent les leviers d'action sur les déterminants sociaux de la santé deviennent donc les principales innovations pratiques de la santé publique. Des programmes sont mis en place en partenariat avec la ville de Montréal, Centraide du Grand Montréal, les agences régionales des principaux ministères sociaux. Renforcer la concertation dans les quartiers, outiller les populations locales pour la prise en charge de leurs conditions de vie, intégrer et coordonner l'action des divers intervenants, développer un observatoire et des indicateurs de surveillance des inégalités sociales de santé, c'est ainsi que les acteurs de santé publique de Montréal redéfinissent leur pratique.

Le politique

Au cours de la dernière décennie, le gouvernement du Québec s'est doté de deux outils principaux pour lutter contre les inégalités sociales de santé. La loi sur la santé publique promulguée en 2001 contient deux mesures

Louise Potvin
PhD, université
de Montréal

1. <http://www.centreleoroback.org/fr/lecentre/mission/>

2. Directeur de la santé publique. Exposé dans un cours SPU 7001, université de Montréal 1999.

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




importantes à cet effet³. Tout d'abord, l'article 7 oblige le ministre à développer et mettre en œuvre un programme national de santé publique pour encadrer les activités de santé publique à tous les niveaux d'action. Dans son premier programme 2003-2012, le ministre identifiait le développement et l'intégration sociale comme l'un des six domaines prioritaires d'intervention, légitimant ainsi une vaste gamme d'actions sur les déterminants sociaux de la santé [36]. En complément, l'article 54 de la même loi donne au ministre le pouvoir d'examiner les effets sur la santé de tout projet de loi et règlement soumis à l'Assemblée nationale, établissant ainsi son autorité quant aux causes sociales des problèmes de santé. Le second instrument législatif est la loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale adoptée en 2002. Cette loi, aboutissement d'une mobilisation des mouvements associatifs, encadre l'action gouvernementale dans la poursuite de ses objectifs de réduction de la pauvreté, de promotion du respect et de la dignité des personnes pauvres et de favoriser la participation de tous à la vie collective⁴.

Le mouvement associatif

Le mouvement associatif, ou organismes communautaires comme on les appelle au Québec, constitue un acteur clé dans la reconnaissance des déterminants sociaux comme cible d'intervention dans le domaine de la santé publique. Son rôle se décline principalement en trois types d'action. Tout d'abord, au plus près des personnes, les groupes associatifs sont souvent conçus comme

point de passage obligé pour rejoindre les populations les plus vulnérables. Porte-parole des plus démunis, ces groupes sont souvent construits comme des médiateurs indispensables pour la prestation de services auprès des groupes les plus défavorisés. Ensuite, ils sont aussi les animateurs des concertations et du débat public dans les quartiers. Enfin, comme le montre l'expérience du Collectif pour un Québec sans pauvreté⁵, leurs actions d'*advocacy* en faveur des populations vulnérables font des groupes communautaires un véritable contre-pouvoir dont la capacité de mobilisation est importante.

Conclusion

L'analyse conduite en fonction des acteurs, si elle a le mérite d'éclairer les enjeux et de définir des rôles, a cependant la faiblesse de gommer les nécessaires coordinations entre ces acteurs qui ont permis à ces innovations de se déployer. De manière croissante, les acteurs de santé publique et les associations travaillent ensemble et avec les institutions des autres secteurs pour le déploiement des actions de lutte contre les inégalités de santé. Ces démarches sont souvent accompagnées par des chercheurs qui perçoivent de plus en plus le rôle de la recherche comme support essentiel aux innovations sociales que commande la complexité du problème des inégalités sociales de santé. Les défis sont encore nombreux et les ressources trop rares; les innovations qui ont marqué l'évolution des dernières années au Québec illustrent bien qu'un problème aussi complexe que les inégalités sociales de santé ne peut être abordé qu'avec une diversité de moyens innovants. 

3. Gouvernement du Québec. Loi sur la santé publique. 2001. http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_2_2/S2_2.html

4. Gouvernement du Québec. Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale. http://www.rrsss12.gouv.qc.ca/documents/Programme_nationale_sante_pub.pdf

5. Collectif pour un Québec sans pauvreté. En ligne : <http://www.pauvrete.qc.ca/sommaire.php3>