

Que nous apprennent les études de santé publique et les interventions de promotion de la santé sur l'origine des ISS et sur la manière de les déconstruire ?



Conférence de territoire de santé 75. Réunion du vendredi 22 avril 2016
« Les inégalités sociales de santé (ISS): que pouvons-nous faire et comment ? »

Pierre LOMBRIL

PU (LEPS, université Paris 13, Sorbonne Paris Cité)

PH (Département de santé publique, GH Paris Seine St-Denis, AP-HP)

Plan

- Des modèles explicatifs aux modèles d'intervention
- Quelles stratégies ?
- Typologies d'action
 - *L'enjeu : une volonté politique, outillée, basée sur la science et l'expérience*

Le gradient de sante

Emprunté à David Houëto
(REFIPS, Université de Parakou).
Congrès SFSP Tours 2015.

The Health Gradient



Source: *Making Partners: Intersectoral Action for Health* 1988 Proceedings and outcome of a WHO Joint Working Group on Intersectoral Action for Health, The Netherlands.

LE MODÈLE PATHWAY DE LA COMMISSION SUR LES DSS DE L'OMS (2011)

Figure 1 – Version finale de la structure conceptuelle du SCDH

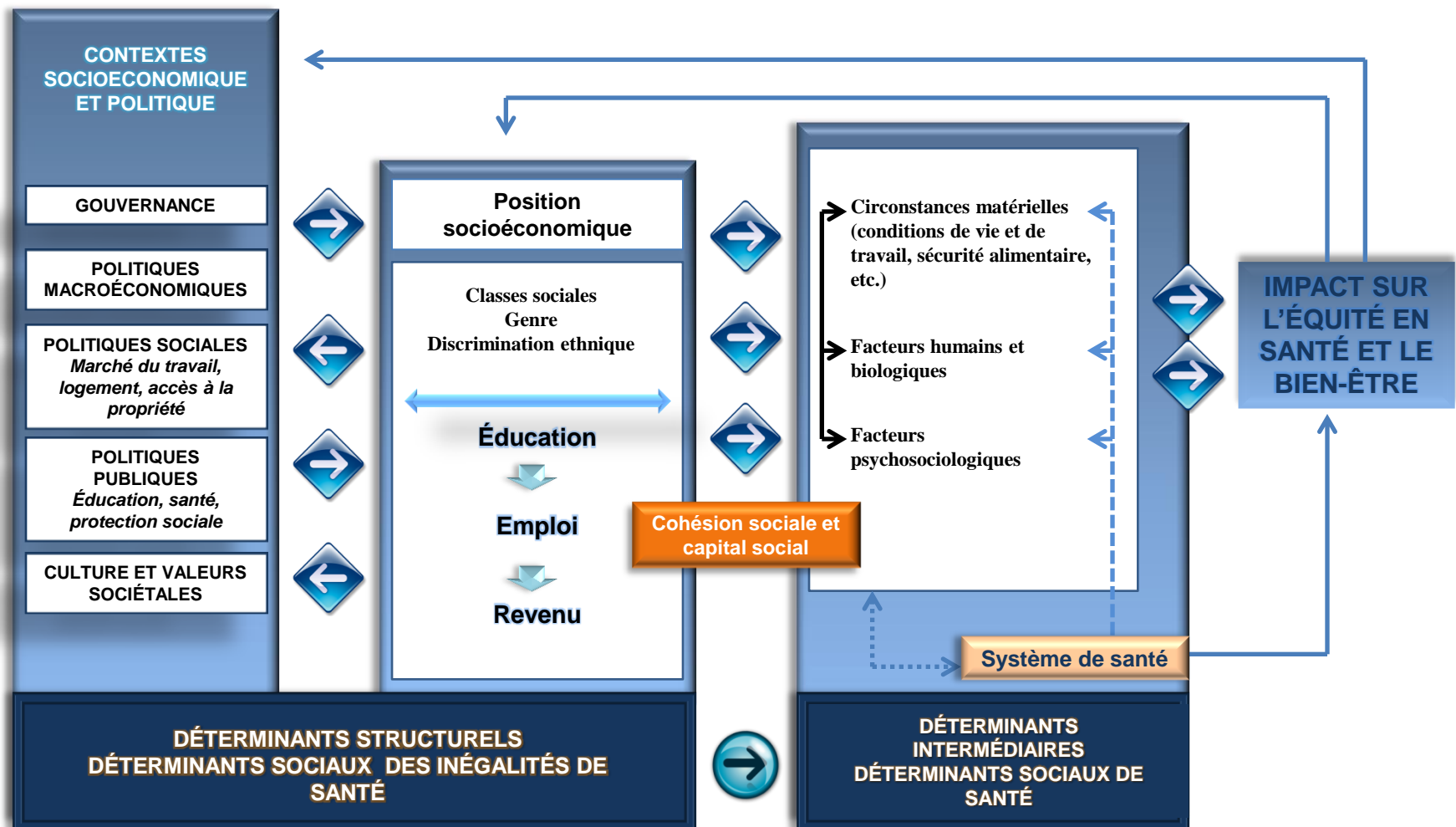


Figure 2 – Approche de lutte contre la distribution inéquitable des déterminants sociaux de la santé

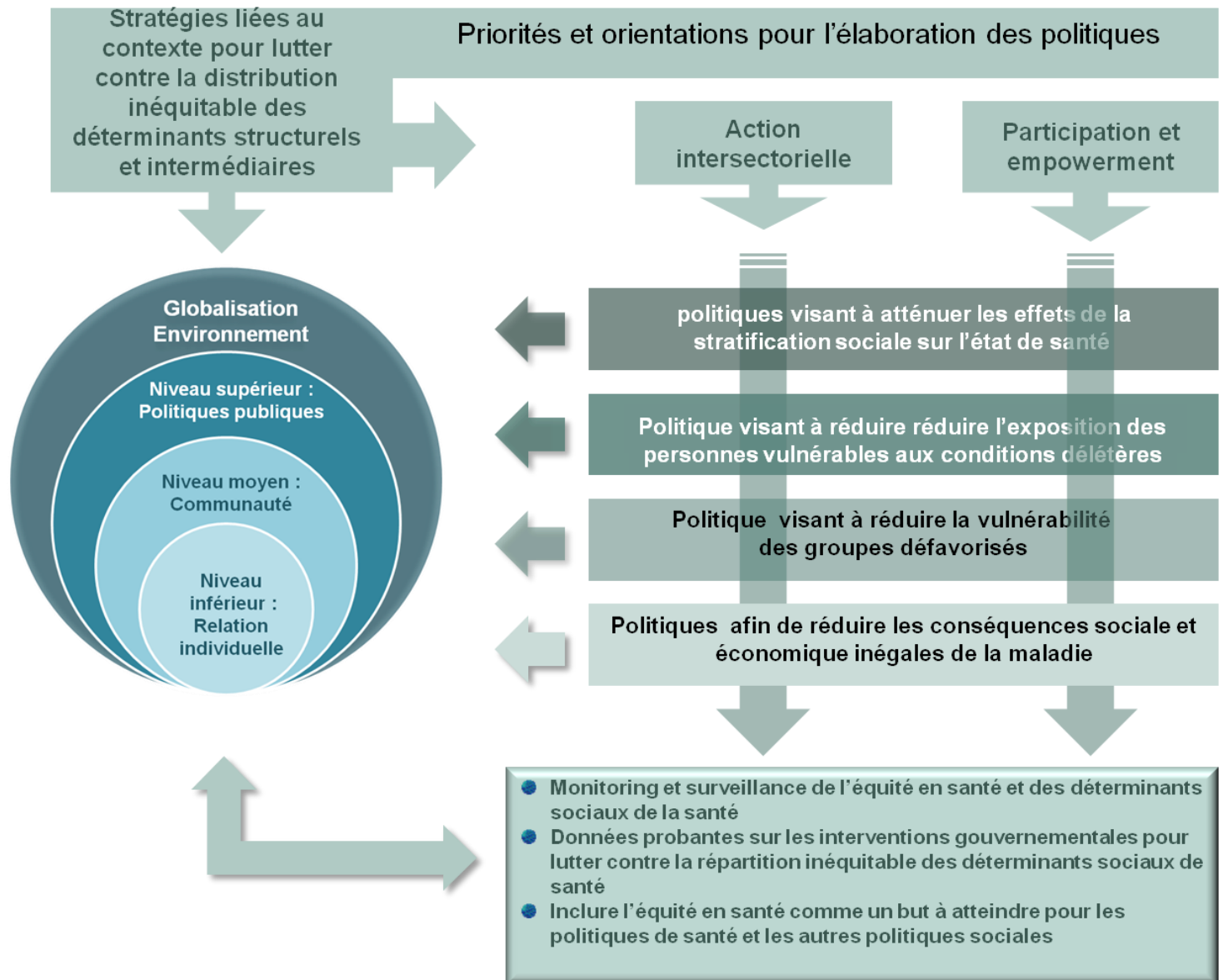
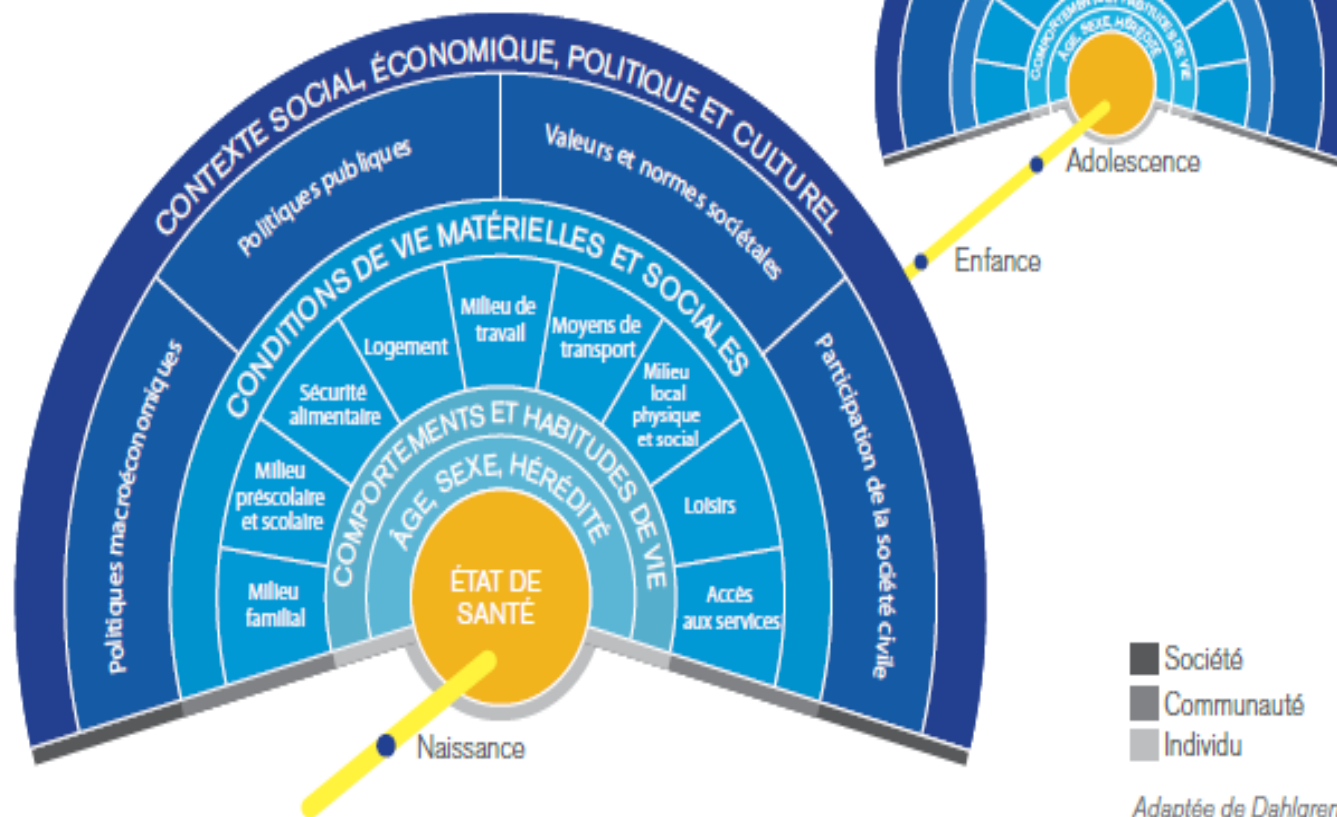


FIGURE 2 LA SANTÉ ET SES DÉTERMINANTS

Asthana S, Halliday J. (2006), What Works in Tackling Health Inequalities? Pathways, Policies and Practice Through the Lifecourse (Studies in Poverty, Inequality & Social Exclusion Series), Bristol : Policy Press, 624p.



*Lang T et al.
Inégalités sociales
de santé : du
modèle
épidémiologique à
l'intervention.
Enchaînements et
accumulations au
cours de la vie. Rev
Epidemiol Sante
Publique 2009*

Adaptée de Dahlgren et Whitehead, 1991.

Quelles stratégies ?

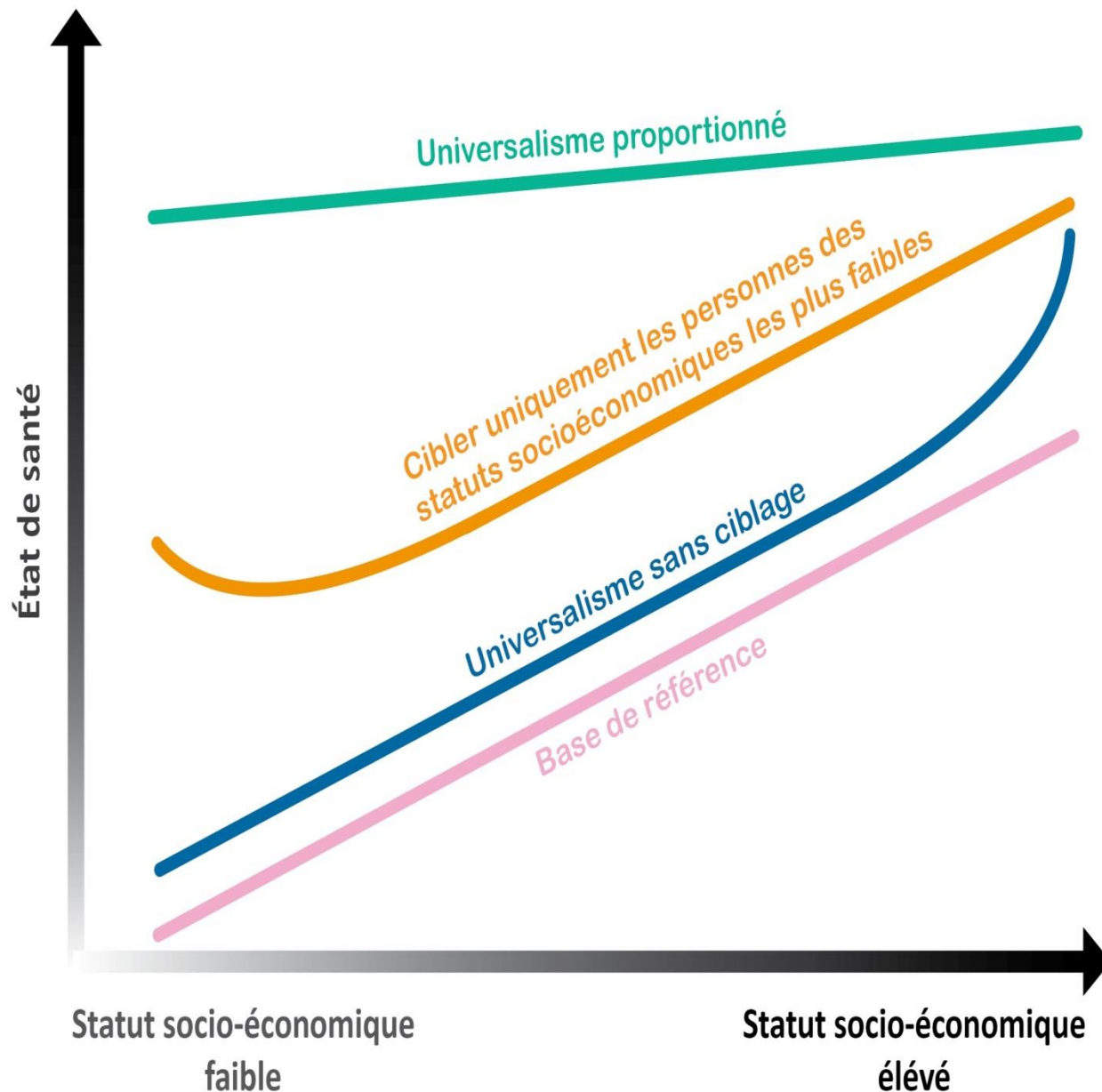
Stratégies « universelles » et / ou « ciblées » ?

Risque et / ou résilience?

Sir Michael Marmot et al.

“Une société juste, des vies en santé : rapport critique
et stratégique sur les inégalités de santé” ["Fair
Society, Healthy Lives: A Strategic Review of Health
Inequalities in England Post-2010"]

REPRÉSENTATION THÉORIQUE DE L'EFFET DES DIVERSES STRATÉGIES D'ATTÉNUATION DES INÉQUITÉS EN SANTÉ



Emprunté à
Christine
Ferron
(séminaire
SFSP sur les
ISS, mars
2015). Repris
de CCNDS
2013 (cf infra).

« L'UNIVERSALISME EN PRINCIPE NE SE TRADUIT PAS NÉCESSAIREMENT PAR L'UNIVERSALISME EN PRATIQUE »

- « Par exemple, l'accès aux espaces verts et à l'activité physique est influencé par des déterminants comme l'éducation, le revenu, le sexe, l'ethnie, le lieu de vie et de travail. Les programmes universels peuvent avantager des gens déjà en situation favorable et échouer à améliorer la situation des gens se trouvant dans une situation moins favorable, élargissant du même coup l'écart en matière de santé. »

[Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (2013). Les démarches ciblées et universelles en matière d'équité en santé : Parlons-en. Antigonish (N. É.) : Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, Université St. Francis Xavier.

LA NOTION DE PROPORTION OU DE « DOSE » D'INTERVENTION S'ENTEND QUANTITATIVEMENT MAIS AUSSI ET SURTOUT QUALITATIVEMENT

- « Donner des doses de ce qui a bénéficié aux riches, plus importantes aux pauvres, ne garantit pas des bénéfices égaux, encore moins des bénéfices supérieurs pour les pauvres. Les politiques visant l'arrêt du tabac [en] sont de bons exemples – ceux qui n'en profitent pas (les groupes de populations les plus défavorisés) étant visés avec des doses plus importantes alors qu'il faudrait faire des efforts pour comprendre les raisons pour lesquelles ils fument, qui peuvent être différentes des raisons pour lesquelles fument les groupes sociaux plus élevés dans l'échelle sociale. » Birch S. (2010) I dreamed a dream : England reduces health inequalities and wins the world cup. Health Economics, 19(8)]
- → Soutenir l'empowerment individuel et communautaire, accroître le capital social (Bambra C., Smith K.E., Garthwaite K. et al. (2010) A labour of Sisyphus ? Public policy and health inequalities research from the Black and Acheson Reports to the Marmot Review. Journal of Epidemiology and Community Health, 65(5))

Typologies d'action

Une première typologie d'action (Margaret Whitehead, 2007)

A typology of actions to tackle social inequalities in health. Margaret Whitehead. J. Epidemiol. Community Health 2007;61;473-478.

- « Strengthening individuals »: interventions visant à **renforcer les compétences individuelles** (capabilités ?)
- « Strengthening communities »: interventions visant à **renforcer les communautés**
- « Improving living and working conditions »: **améliorer les conditions de vie et de travail ainsi que l'accès aux services**
- « Promoting healthy macro-policies » : **promouvoir des macropolitiques favorables à la santé** ... sans oublier le niveau local (« *territoire comme mode d'action* »)

Une seconde typologie d'action (Stronks et Mackenbach, 2006)

A strategy for tackling health inequalities in the Netherlands. Johan P Mackenbach, Karien Stronks. BMJ 2002;325:1029–32.

- *Cibler le désavantage économique*
- *Réduire les effets de la santé sur le désavantage économique (ex : adaptations des conditions de travail pour les personnes atteintes de maladie chronique)*
- *Cibler les facteurs de médiation des effets du désavantage socioéconomique sur la santé*
 - Améliorer l'accès et la qualité des soins pour les groupes les plus défavorisés

Améliorer l'accès et la qualité des soins pour les groupes les plus défavorisés

- Accès aux droits et Accès aux soins (mais inégalités par omission / construction)
 - *Lombrail P. Inégalités de santé et d'accès secondaire aux soins. Rev Epidemiol Sante Publique 2007 ; 55 :23-30.*
 - *L'accès aux soins dentaires, ophtalmologiques et gynécologiques des personnes en situation de handicap en France Une exploitation de l'enquête Handicap-Santé Ménages Pascale Lengagne, Anne Penneau, Sylvain Pichetti, Catherine Sermet (Irdes). QES n° 197 - avril 2014.*
- Soins curatifs mais aussi prévention / réadaptation
- **Prévention** individuelle et **collective** :
 - PMI, santé scolaire et universitaire, santé au travail
 - Milieux promoteurs de la santé (Ecole, hôpital, entreprises, Villes, ... ; FNES / IREPS)
- Accès aux soins et Accès aux services d'accompagnement
 - *Sequist TD, Taveras EM. Clinic-Community Linkages for High-Value Care. N Engl J Med 2014;371:2148-50.*
 - *Accountable Health Communities — Addressing Social Needs through Medicare and Medicaid. Dawn E. Alley, Ph.D., Chisara N. Asomugha, M.D., Patrick H. Conway, M.D., and Darshak M. Sanghavi, M.D. N Engl J Med 2016; 374:8-11 January 7, 2016 DOI: 10.1056/NEJMp1512532*

Typologie OMS. Clarifier les cibles en fonction du niveau de responsabilité de chaque acteur

- Selon la Commission des Déterminants de la Santé, agir sur les ISS peut s'envisager à 4 niveaux (Solar et Irwin, 2011).
 - **Sur les sources de stratification sociale** afin de viser à atténuer ses effets sur l'état de santé des individus.
 - **Sur les expositions différentielles** aux facteurs de risque (matériels, psychosociaux ou comportementaux) selon la position sociale des individus.
 - **Sur les vulnérabilités différentielles**. Le même niveau d'exposition aux facteurs de risque peut avoir des effets différents selon l'appartenance sociale des individus et leur histoire de vie.
 - **Sur les conséquences inégales de la maladie** en termes sociaux, économiques et sanitaires.
- Tout dépend du secteur et de l'échelon territorial

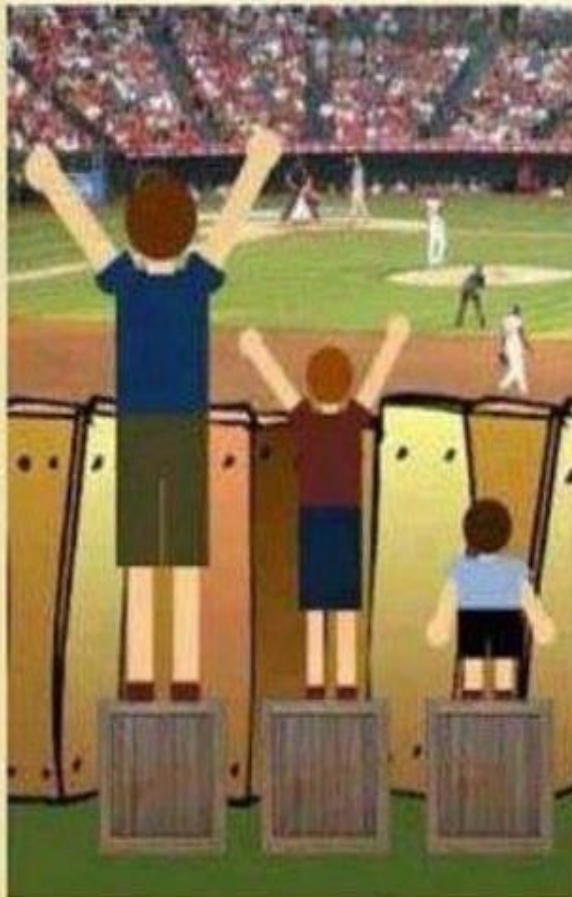
OMS (suite). Clarifier les stratégies selon les territoires

- **Trois stratégies complémentaires** selon l'OMS (Solar et Irwin, 2011) :
 - Améliorer la santé des plus pauvres afin de réduire les désavantages en matière de santé qu'ils subissent au moyen de programmes ciblés ;
 - Réduire les écarts de santé entre les plus pauvres et les autres groupes mieux lotis (avec bien souvent l'hypothèse implicite qu'il n'y a pas de différences d'état de santé parmi les groupes les plus favorisés, jouissant uniformément d'une bonne santé)
 - Remonter les niveaux de santé de l'ensemble des groupes sociaux au plus près de ceux situés en haut de l'échelle sociale (niveler le gradient social des inégalités de santé dans l'ensemble de la population : « universalisme proportionné »).
- **Le choix devrait être guidé par le niveau de désavantage social du territoire et son homogénéité** (Benzeval, 2003) :
 - les zones les plus uniformément défavorisées, à la situation sanitaire généralement globalement dégradée, relèvent plutôt d'une intervention uniforme de rattrapage
 - les zones moins défavorisées, à la situation sanitaire généralement plus contrastée, relèvent plutôt de stratégies de nivellement
 - avec tous les intermédiaires
- Solar O., A. Irwin. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice), WHO, 2011, 78 p.
- Benzeval M. National evaluation of Health Action Zones. The Final Report of the Tackling Inequalities in Health module. Queen Mary University of London, 2003.

- « Prendre en compte l'objectif de réduction des inégalités de santé évitables ensuite, suppose au minimum de **ne pas confondre l'objectif d'égalité en matière (d'état) de santé** (difficilement atteignable) **et celui d'équité, qui porte sur l'égalité des opportunités de rester en bonne santé** ; l'enjeu d'équité des opportunités a pour conséquence de s'intéresser à l'action sur l'ensemble des déterminants de santé (sans se limiter au seul « champ de compétences » de l'ARS, partant du principe que son « plaidoyer » ne peut admettre de frontières sectorielles), dans le système de santé (soin et médico-social) et au-delà (notamment logement et travail) ; cet enjeu rejoint la **stratégie d'universalisme proportionné aux besoins de santé** prônée par l'OMS et l'IGAS. Elle conduit à sortir de la vision segmentée habituelle (liée à la conception dominante que la prévention, comme le soin curatif, s'adresse à des problèmes de santé définis par les professionnels, donc à des facteurs de risque biomédicaux de maladie indépendamment les uns des autres) à la recherche d'un impact plus global sur la santé de la population par des mesures qui visent les causes des causes (les conditions de vie et de travail) »

- *(CRSA. Commission spécialisée prévention. Avril 2016)*

Equality doesn't mean Justice



This is Equality



This is Justice

Christine FERRON / Marion PORCHERIE - 17 mars 2015

*Image de :
Document
provisoire de
Public Health
Wales and Ben
Cave Associates
Ltd (2015). Health
in All Policies in
Wales*

Merci de votre attention