

Inégalités sociales de santé : les actions de promotion de la santé peuvent-elles contrarier le destin ?

Pierre LOMBRAIL, PU (SMBH, Paris 13,
PRES Sorbonne Paris Cité) – PH (Avicenne,
GH Paris SSD, AP-HP), 14 décembre 2012

Plan de l'exposé

- Pourquoi en reparler ?
- Inégalités Sociales de Santé (ISS) et nécessité d'une approche intersectorielle de promotion de la santé pour les réduire
- Stratégies d'action face aux inégalités sociales de santé : d'une « science des problèmes » à une « science de solutions »...

Pourquoi en reparler ?

- Nous avons manqué de temps en juillet...
- Mais le temps passe et les mauvaises nouvelles s'accumulent (accroissement des écarts de mortalité d'après les données sociales de l'INSEE, décrochage scolaire – chômage – pauvreté des jeunes, dégradation de la situation sociale des ZUS selon l'ONZUS, etc)
- Il est de temps de passer des constats à l'action
- Action basée si possible sur des faits prouvés ou en s'organisant pour les produire (RISP : recherche interventionnelle en santé des populations)

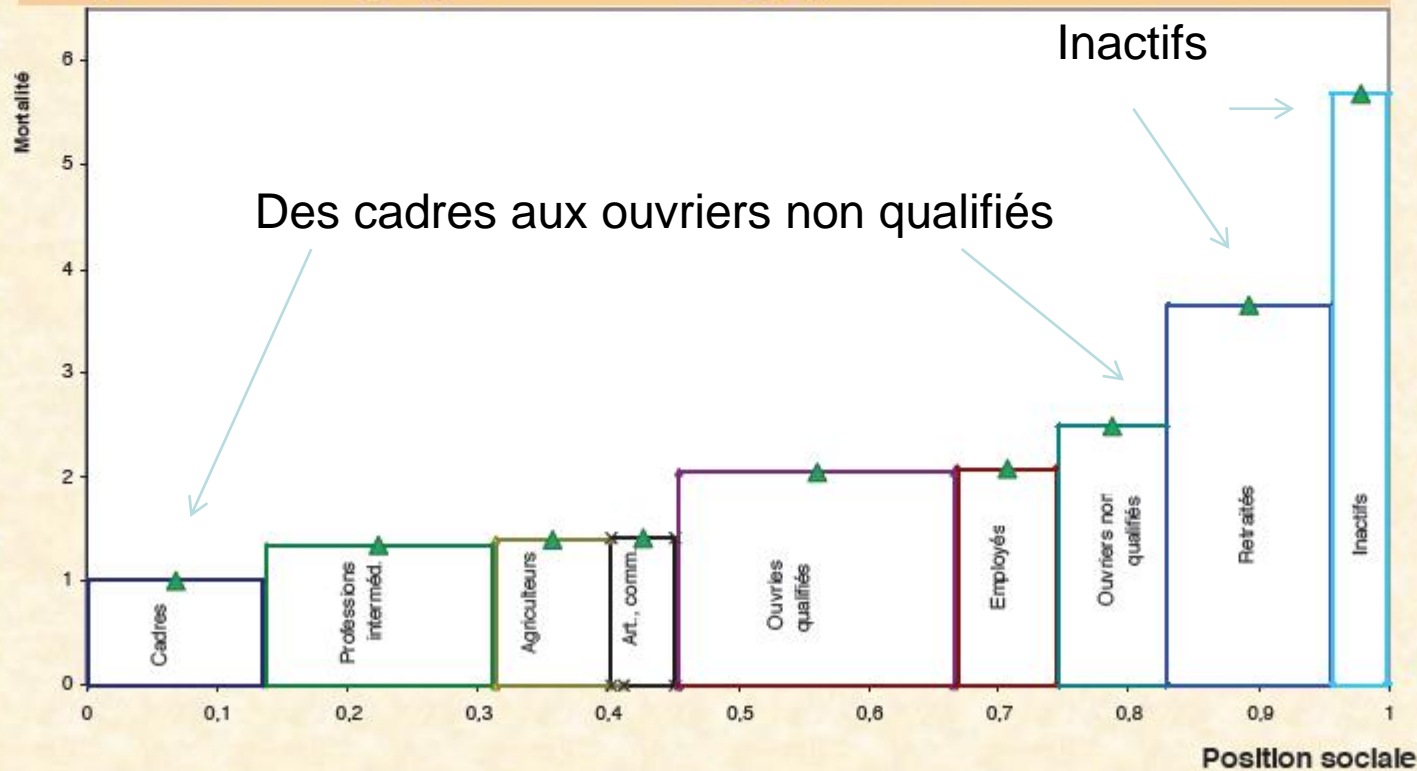
De quoi parle-t-on ?

- Des **inégalités** sociales (ISS) et territoriales (ITS) mesurables sur tous les indicateurs de santé
- **ISS** : un « **gradient** » d'états de santé qui traverse toute la société (quels que soient les indicateurs de position sociale), qui n'exclut pas des effets marqués de la « **précarité** »
- **ITS** : des inégalités territoriales qui ne se superposent qu'en partie aux précédentes

Les constats : des ISS sur tous les indicateurs, de « position » et de santé

- « **Social** » : selon les 3 indicateurs de « position » :
 - revenu,
 - profession - catégorie professionnelle,
 - niveau d'éducation
- « **Santé** » : mesurée par les indicateurs de :
 - mortalité,
 - morbidité,
 - déficience, incapacité, handicap,
 - qualité de vie

Mortalité des hommes, période 1990-1996 selon la situation au recensement de 1990 (30-64 ans, ajusté sur l'âge)



Un gradient de mortalité qui n'exclut pas des situations extrêmes. Source : Annette Leclerc, 2010

TABIEAU 1 Espérances de vie et espérances de vie en bonne santé perçue par PCS chez les personnes de 50 ans

	EV à 50 ans	EVBS à 50 ans		EVBS à 65 ans	
Hommes	Années	Années et IC	% EVBS/EV	Années et IC	% EVBS/EV
Professions les plus qualifiées	32,2	22,8 (21,8-24,0)	71	11,1 (10,1-12,2)	59
Professions intermédiaires	30,6	20,0 (19,0-21,0)	65	9,9 (9,0-10,9)	55
Agriculteurs	30,9	16,5 (15,0-18,2)	53	7,3 (6,0-8,7)	41
Professions indépendantes	30,2	19,3 (18,1-20,6)	64	8,7 (7,6-9,9)	50
Employés	28,6	17,0 (15,6-18,4)	59	7,6 (6,3-9,0)	45
Ouvriers	27,4	13,7 (12,9-14,5)	50	6,5 (5,8-7,2)	41
Inactifs	20,2	6,2 (4,3-8,3)	31	4,6 (3,1-6,1)	37
Total	29,0	16,9 (16,4-17,3)	58 %	8,0 (7,6-8,4)	47 %
Femmes	Années	Années et IC	% EVBS/EV	Années et IC	% EVBS/EV
Professions les plus qualifiées	36,1	23,8 (21,8-26,1)	66	11,6 (9,7-13,9)	53
Professions intermédiaires	35,1	19,6 (18,2-21,1)	56	9,1 (7,8-10,6)	43
Agriculteurs	35,2	16,7 (14,9-18,6)	47	7,0 (5,5-8,6)	33
Professions indépendantes	35,3	19,4 (17,7-21,2)	55	8,9 (7,4-10,5)	42
Employés	34,8	17,4 (16,5-18,3)	50	8,4 (7,6-9,2)	40
Ouvriers	34,0	14,7 (13,4-16,1)	43	7,0 (5,9-8,1)	34
Inactifs	32,4	15,4 (14,4-16,4)	48	7,8 (6,9-8,7)	40
Total	34,2	17,2 (16,8-17,7)	50	8,2 (7,7-8,6)	40

Sources : échantillon démographique permanent et enquête sur la santé et les soins médicaux 2002-2003 ; Cambois, Laborde, Robine (2008a) ; Cambois, Laborde, Robine (2008b).

Les inégalités apparaissent dès l'enfance.

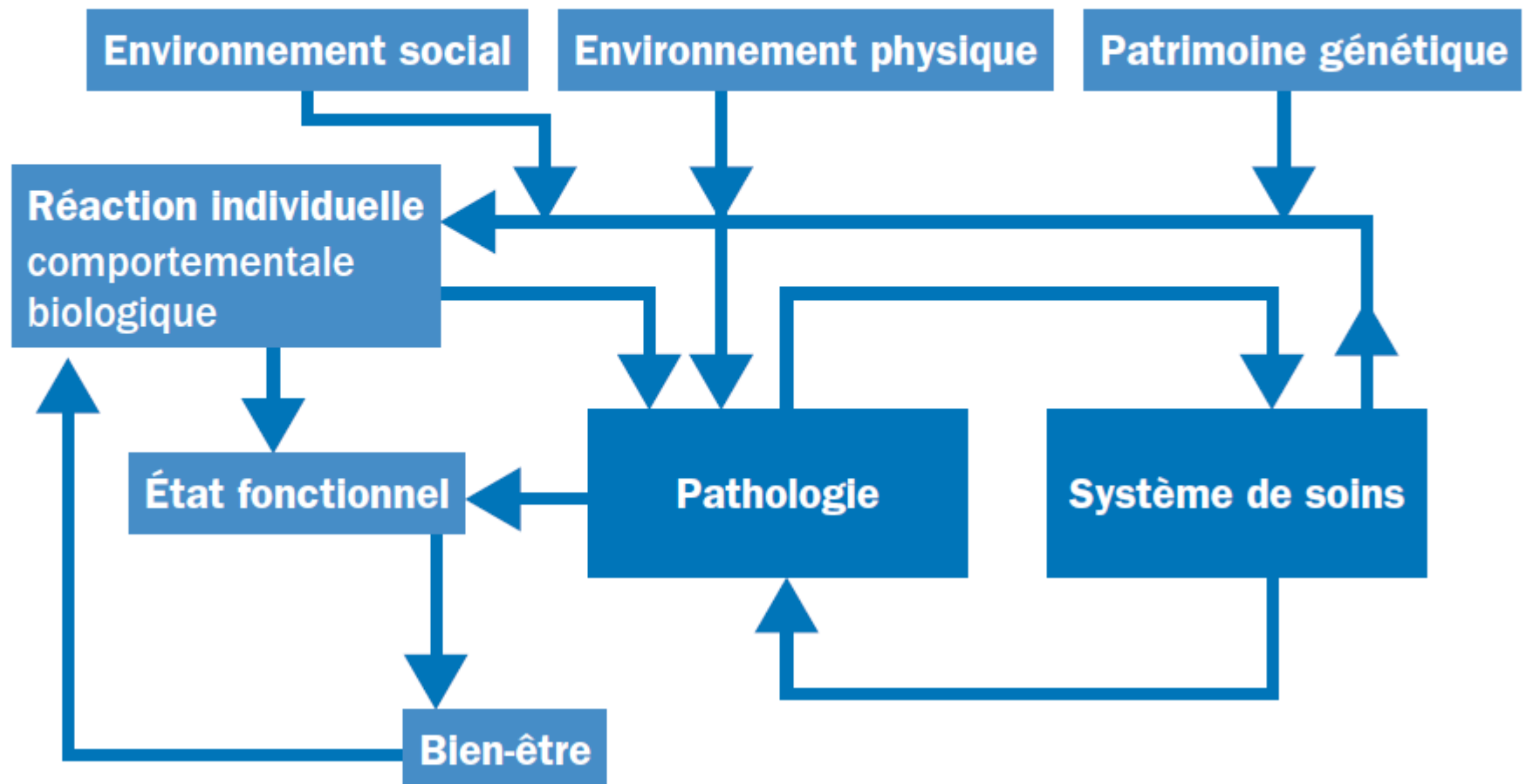
Exemple : la santé des enfants en grande section de maternelle en 2005-2006. Guignon et coll, Études et Résultats, n°737, septembre 2010,

- « Des différences sociales encore très marquées sur la santé bucco-dentaire malgré une évolution globale favorable » : 7,5% des enfants de 5 à 6 ans avaient au moins 2 dents cariées non soignées
 - Moins de 2% chez les enfants de cadres contre 11% chez les enfants d'ouvriers
 - 17% en ZEP, 6% hors ZEP

Les « déterminants » (1)

Un déterminisme social et spatial complexe,
au-delà d'une différenciation sociale des
risques « individuels » et des inégalités
d'accès aux soins

Modèle des déterminants sociaux



Source : d'après Evans et Stoddart [76].

Le débat français se concentre sur
les inégalités d'accès aux soins

Ces inégalités sont réelles, sociales et
territoriales, mais n'expliquent qu'une
partie des inégalités sociales de santé

Inégalités sociales de soins

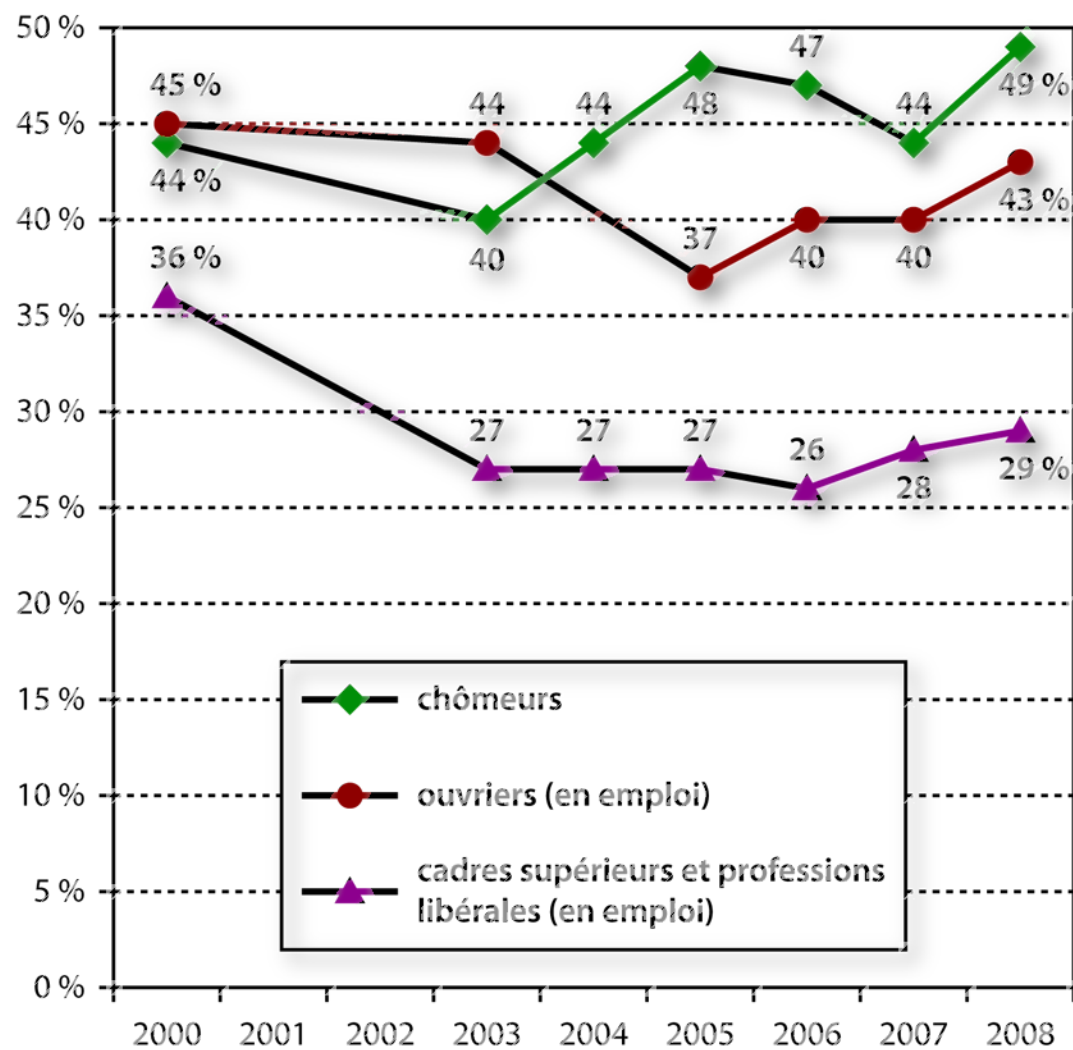
Il existe des inégalités sociales de santé qui relèvent pour partie d'inégalités de soins (préventifs, curatifs ou de rééducation / réadaptation) ; ces inégalités touchent particulièrement les personnes en situation de vulnérabilité sociale mais traversent de fait l'ensemble de la société

Indépendamment du champ couvert par la protection sociale, qui contraint les possibilités d'utilisation (« **accès potentiel** »), il existe des difficultés d'**accès** « **effectif** » aux soins, *qu'il s'agisse d'**accès** « **primaire** » (entrée dans le système de soins) ou d'**accès** « **secondaire** » (manière structurellement déterminée dont se déroulent les soins après un premier contact et les résultats qui en découlent)*

Si ce n'est pas (seulement) les soins,
alors est-ce les comportements qui
expliquent les inégalités de santé ?

Il existe effectivement une forte différenciation
sociale des « comportements individuels à risque »
Mais les différences de comportement n'expliquent
qu'une faible part des inégalités sociales de santé

Évolution du tabagisme en France parmi les cadres, les ouvriers et les chômeurs, 2000-2008 (source : enquêtes INPES)



Patrick Peretti-Watel, Jean-Paul Moatti

"Le principe de prévention"

(Éditions du Seuil et La République des Idées, novembre 2009)

Les comportements n'expliquent pas tout

Employment grade and coronary heart disease in

British civil servants

M. G. Marmot, G.

Rose, M. Shipley, P.

J. S. Hamilton

Journal of

Epidemiology and

Community Health,

1978, 32, 244-249

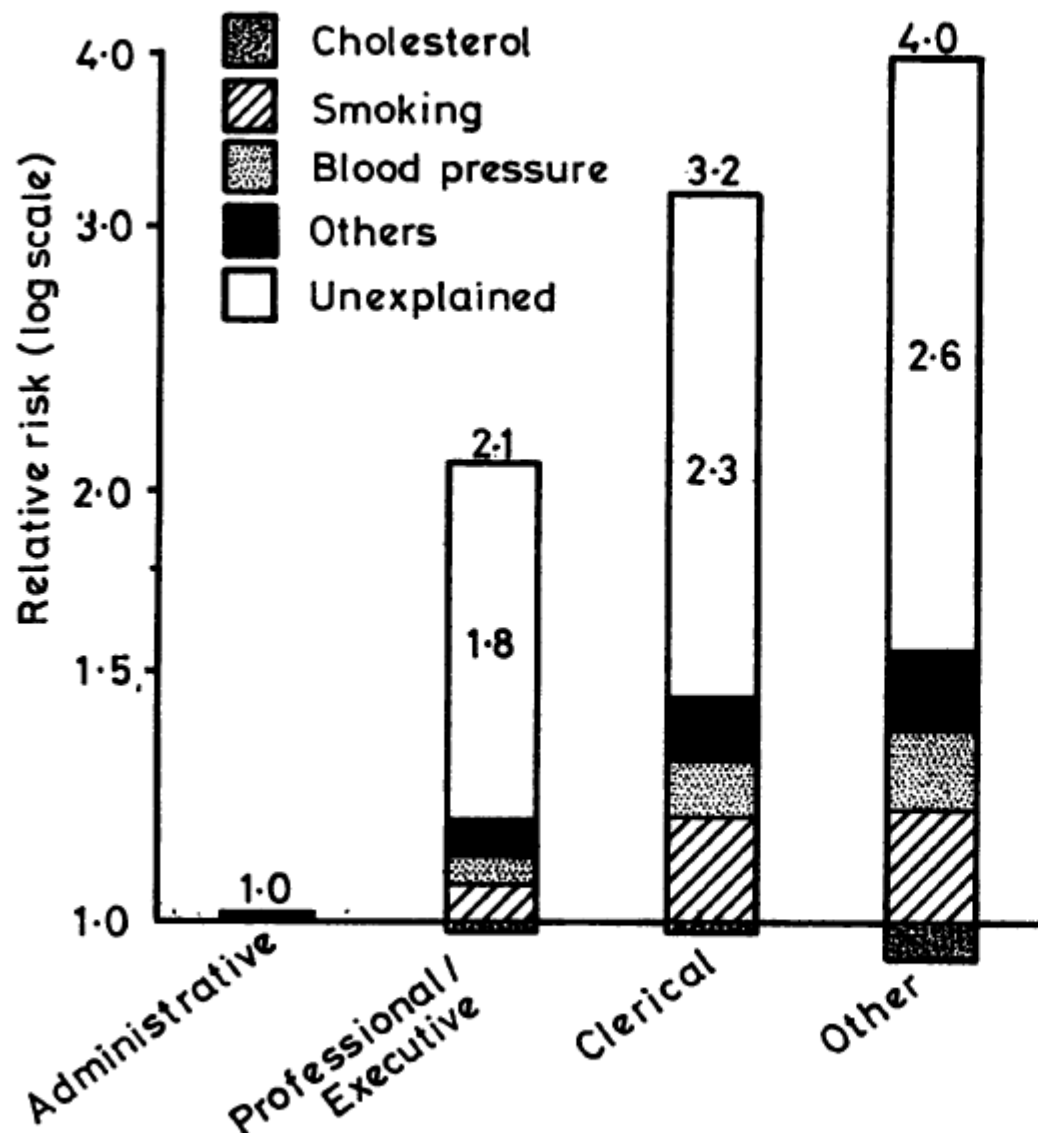
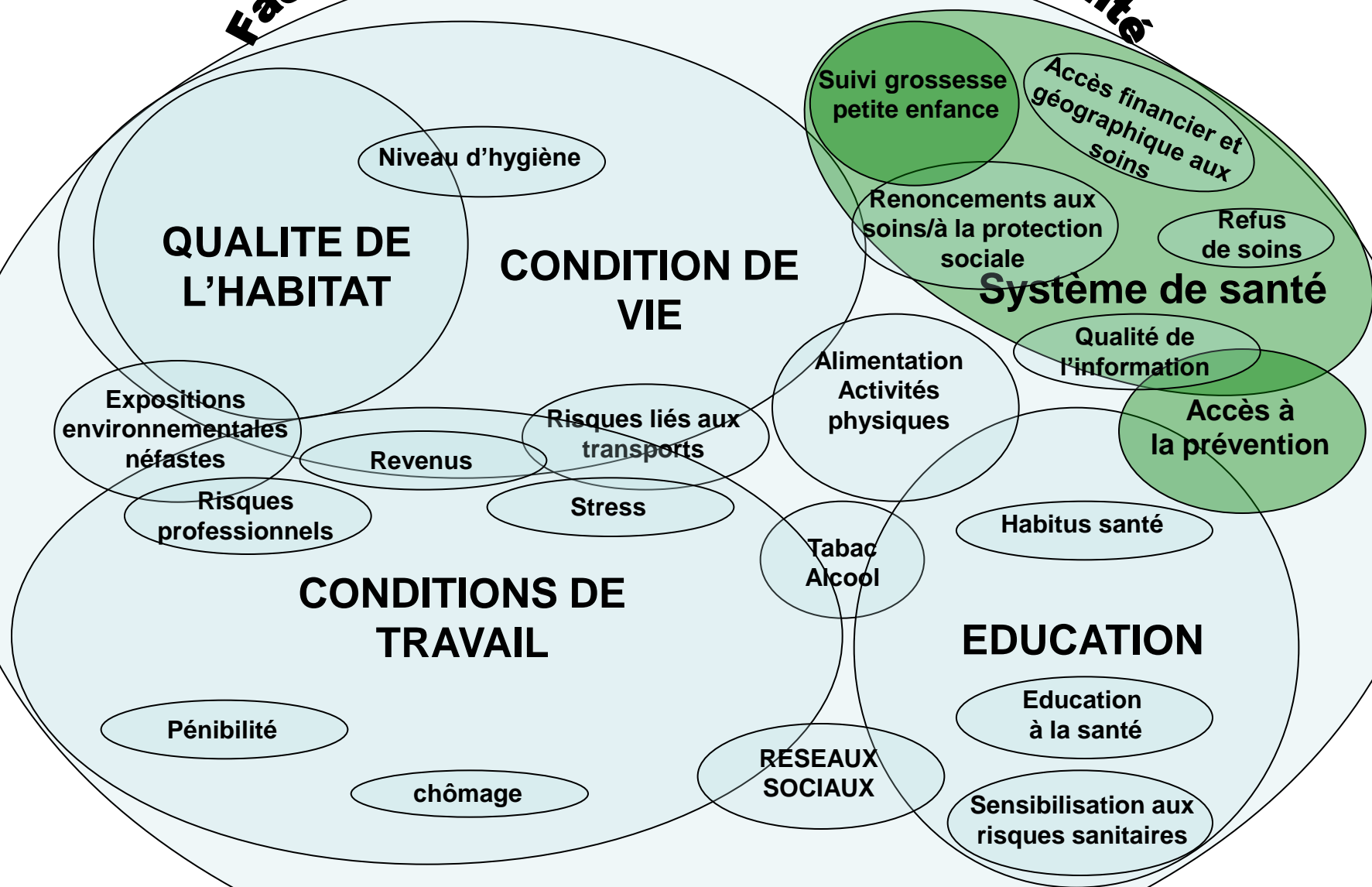


Fig. 3 *Relative risk of CHD death in different grades 'explained' by risk factors (age-standardised).*

Au-delà du rôle des inégalités
d'accès aux soins et des
différences de prise de risque
individuelle ...

... une influence majeure des
déterminants sociaux, y compris
environnementaux et territoriaux

Facteurs des inégalités sociales de santé



Inégalités sociales de santé : deux (trois) ordres de pistes explicatives

- Les travaux modernes mettent en avant le rôle de **déterminants sociaux** :
 - **matériels** (revenu, logement, environnement physique de vie et de travail) et
 - **psycho-sociaux** (sentiment de maîtrise de sa vie, capital social, « stress » ...)
- Avec une forte **composante territoriale**
- Ils montrent également la constitution des inégalités tout au long du **cycle de vie**

Les déterminants matériels

Environnement de vie et de travail

Santé et travail en Île de France

Etat de santé et inégalités sociales et territoriales : éléments de diagnostic francilien. ARS ÎdeF, 2011.

- D'après les données de l'enquête SUMER 2002-2003 (*des médecins du travail interrogent des salariés du privé sur leurs conditions de travail dans la semaine qui précède*)
- 8% des salariés franciliens (290.000 personnes) sont exposés à au moins une **substance cancérigène** dans le cadre professionnel
- 27,5% sont en situation de « **stress** » **au travail** (« job strain ») car exposés à une forte demande psychologique alors qu'ils ont une latitude décisionnelle faible

Expositions environnementales et ISS

Deguen S, Zmirou-Navier D. adsp n° 73 décembre 2010, 27-28.

- Pollution atmosphérique, activités industrielles polluantes ou à risque (AZF), nuisances sonores, polluants à l'intérieur du logement...
- Cumul d'expositions
 - « souvent, les territoires défavorisés conjuguent les nuisances variées (bruit du trafic, pollution atmosphérique, habitat dégradé...). De plus, les personnes qui résident dans ces territoires occupent souvent des emplois où elles sont exposées à d'autres facteurs de risque, avec des horaires de travail irréguliers ou décalés, des charges physiques, du bruit ou l'utilisation de produits dangereux. »
- Mais ce n'est pas si simple (EquitArea)...

Les déterminants psycho-sociaux

Cadre théorique des déterminants sociaux et psychosociaux de la santé.

La santé en France, HCSP 2002. D'après Berkman et Glass

- **Conditions Socioculturelles**
 - Normes, valeurs, facteurs socio-économiques, politiques, changements sociaux (« causes des causes »)
 - *Conditionnent l'étendue, la nature et la forme de...*
- **Réseau Social** (structure et caractéristiques des liens sociaux)
 - *Fournit des occasions pour les ...*
- **Mécanismes Psychosociaux**
 - Support social, influence sociale, obligations sociales, accès aux biens et services (logement, éducation, soins)
 - *Qui ont des impacts sur la santé par l'intermédiaire de...*
- **Déterminants proximaux**
 - Déterminants psychologiques (estime de soi, coping, ...) et physiologiques (immunité...).
 - Comportements de santé

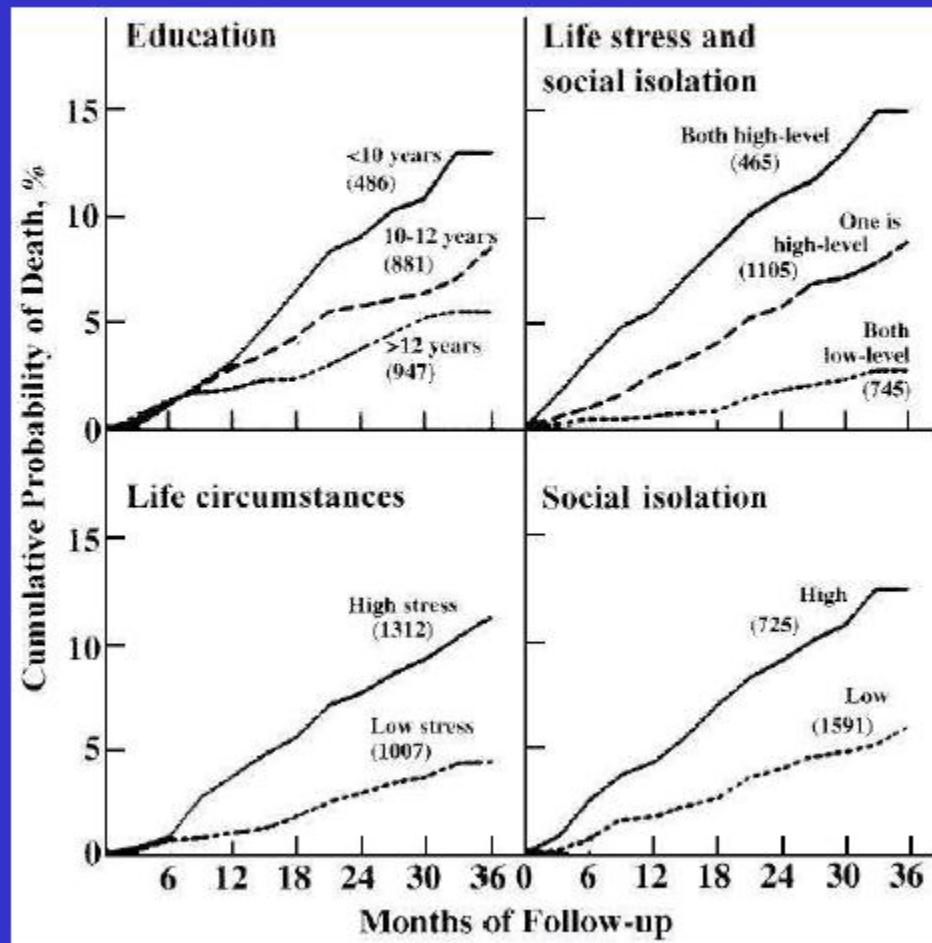
Beta-Blocker Heart Attack Trial

Survie à trois ans de patients après un événement coronarien aigu

Mortalité:

-Propranolol: 8%

-Placebo: 13%



Pincus et al. Ann Int Med 1998;129:406-411

La dimension territoriale

Les inégalités territoriales ne recoupent qu'en partie les inégalités sociales.

« Malgré une association forte et régulière entre [l'indice de désavantage social] et la mortalité, celui-ci est loin d'expliquer la totalité de l'hétérogénéité de la mortalité en France. *Cette hétérogénéité peut être attribuée à de nombreux autres facteurs (environnement mode de vie, risques professionnels, disponibilité et rapport aux soins, organisation territoriale, etc) ».*

Mesure des inégalités de mortalité par cause de décès. Approche écologique à l'aide d'un indice de désavantage social.

Rey G, Rican S, Jouglu E. BEH 8-9 mars 2011, 87-90.

Tableau 3 Associations entre d'autres caractéristiques contextuelles et obésité après ajustement sur les caractéristiques individuelles (modèles multiniveau), cohorte SIRS, agglomération parisienne, 2005 /
Table 3 Associations between other neighborhood characteristics and obesity after adjustment on individual characteristics (multilevel model), SIRS cohort, Paris metropolitan area, 2005

	aOR	[IC95%]	p*
Proportion des habitants avec un niveau d'études supérieur**			< 0,001
5 ^{ème} quintile	réf.		
1 ^{er} quintile	2,87	[1,58–5,21]	
Moyenne des distances à la boulangerie, la boucherie et la poissonnerie les plus proches			0,003
1 ^{er} quintile	réf.		
5 ^{ème} quintile	2,09	[1,24–3,54]	
Proportion d'établissements de restauration rapide parmi les restaurants			0,004
1 ^{er} quintile	réf.		
5 ^{ème} quintile	1,80	[1,10–2,93]	
Nombre de destinations (commerces et services de voisinage) ***			0,001
5 ^{ème} quintile	réf.		
1 ^{er} quintile	1,91	[1,09–3,32]	

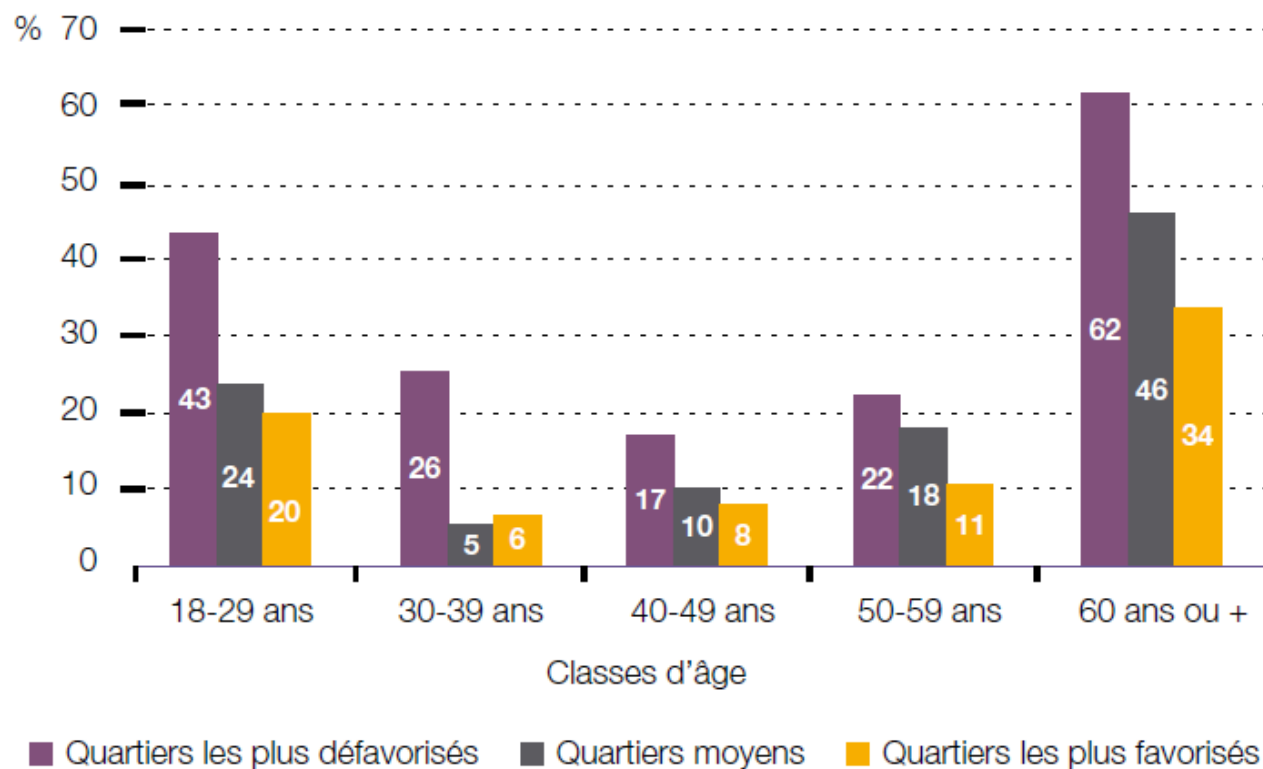
*Test de tendance.

** Dans l'Iris de résidence.

*** Dans un rayon de 500 mètres autour de l'adresse de résidence.

Inégalités sociales et territoriales de santé : l'exemple de l'obésité dans la cohorte SIRS, agglomération parisienne, 2005. Cadot E., Martin J., Chauvin P. BEH 8-9 mars 2011:91-94.

Absence de suivi gynécologique régulier (%) par type de quartier (en trois groupes)



Les disparités sociales et territoriales de santé dans les quartiers sensibles.
Chauvin et Parizot, DIV 2009

Table 4. Effect of residential neighbourhood characteristics on delayed cervical screening (after adjustment for age, occupational status, health insurance status, couple relationship status, and functional limitation status), as determined from the multilevel logistic regression model for two subpopulations (according to the concentration of their daily activities within their perceived neighbourhood).

No cervical screening in the previous two years <i>after adjustment for age, occupational status, health insurance status, couple relationship status and functional limitation status</i>	Women with daily activities concentrated within their perceived neighbourhood n=313 Odds Ratio (95% CI)	Women with daily activity space larger than their perceived neighbourhood n=1455 Odds Ratio (95% CI)	<i>p</i> : Interaction Term <i>Activity space x neighbourhood variable</i>	Entire adult female population n=1768 Odds Ratio (95% CI)
Location				
Suburban	<i>Ref.</i>	<i>Ref.</i>		<i>Ref.</i>
In Paris	0.37 (0.20-0.66)*	0.62 (0.42 -0.91)*	0.15	0.59 (0.43-0.82)*
Density of general practitioners and gynaecologists [tertiles]				
High and intermediate	<i>Ref.</i>	<i>Ref.</i>		<i>Ref.</i>
Low	2.91 (1.43-5.92)*	1.19 (0.85-1.67)	0.03	1.28 (0.94-1.75)
Proportion of people who reported a recent preventive consultation [tertiles]				
High and intermediate	<i>Ref.</i>	<i>Ref.</i>		<i>Ref.</i>
Low	2.42 (1.30-4.48)*	1.00 (0.71-1.41)	0.02	1.16 (0.85-1.59)
Mean neighbourhood income (per household, per CU) [tertiles]				
High and intermediate	<i>Ref.</i>	<i>Ref.</i>		<i>Ref.</i>
Low	2.63 (1.28-5.38)*	1.61 (1.15-2.25)*	0.33	1.66 (1.22-2.26)*

* $p < 0.05$

The combined effects of activity space and neighbourhood of residence on participation in preventive health-care activities: The case of cervical screening in the Paris metropolitan area (France). Vallée J., Cadot E., Grillo F., Parizot I., Chauvin P. Health & Place 16, 5 (2010) 838-852

Les constats ponctuels décrivent
des instantanés de phénomènes
qui se constituent « vie entière »

Inégalités de santé : cycle de vie (2)

Contribution of lifelong adverse experiences to social inequalities: findings from a population survey in France. Cambois E, Jusot F. Eur J Public Health 2011;21:667-673.

- Des « difficultés dans la vie » (financières, logement, isolement ; actuelles ou passées) sont :
- déclarées par 20% de l'échantillon ESPS 2004 (1915 hommes et 2393 femmes de 35 ans ou plus), plus souvent chez les employés – ouvriers / bas revenus que chez les cadres (10%)
- associées à une moins bonne santé perçue (x3 chez les femmes), à la déclaration d'au moins une maladie chronique (x2) ou d'une incapacité (x4 chez les femmes les moins riches), d'autant plus qu'on est moins favorisé

→ Les « difficultés dans la vie » contribuent au gradient social et à la variabilité à l'intérieur des groupes sociaux

Que faire ?

Premières orientations pour l'action

Il faut améliorer l'accès aux soins

Il faut surtout agir sur les autres déterminants de la santé (Whitehead, 2007):

- Agir sur le renforcement individuel (éducation pour la santé)

- Agir sur le renforcement des communautés

- Améliorer les conditions de vie et de travail

- Promouvoir des politiques « saines » au niveau macro

 - promotion de la santé et santé dans la ville

Améliorer l'accès aux soins

Améliorer l'accès aux soins

- Simplifier les circuits et garantir leur lisibilité
- Renforcer les dispositifs de prévention collectifs (PMI, santé scolaire, santé au travail)
- Actions de médiation sociale et culturelle
 - Dépistage de la tuberculose, dépistage des cancers en Seine – St-Denis
 - Des expériences de « réseaux » (Paris diabète et Espace 19)
- Accès aux droits
 - PASS, centres de santé (travail social)
 - COMEGAS (en médecine générale)

RESEARCH ARTICLE

Open Access

Community health workers improve contact tracing among immigrants with tuberculosis in Barcelona

Jesús Edison Ospina^{1,2*}, Àngels Orcau^{1,3}, Juan-Pablo Millet^{1,2,3}, Francesca Sánchez⁴, Martí Casals^{1,3,5,6} and Joan A Caylà^{1,3}

Abstract

Background: The important increase in immigration during recent years has changed the epidemiology and control strategies for tuberculosis (TB) in many places. This study evaluates the effectiveness of intervention with community health workers (CHW) to improve contact tracing among immigrants.

Methods: The study included all TB cases detected by the Barcelona TB Program from 2000 to 2005 and compared a period without CHW intervention (2000-2002) to a period with CHW intervention (2003-2005). The influence on contact tracing of sex, age, hospital of diagnosis, district of residence, birthplace, HIV, homeless and CHW intervention was analysed by logistic regression. *Odds ratio* (OR) and 95% confidence intervals (CI) were

Importance de médiation sociale et culturelle

Seine-Saint-Denis : intégrer les habitantes éloignées du dépistage du cancer du sein

YUCEF MOUHOB

Résumé : Pionnière pour le dépistage organisé du cancer du sein depuis 1999, la Seine-Saint-Denis a constaté que les femmes en situation socioéconomique défavorisée échappaient au dépistage, en dépit de tous les efforts et des dispositifs mis en œuvre. Elle a donc créé un dispositif original de visiteurs de santé publique qui vont sur le terrain pour sensibiliser les professionnels et intervenants de première ligne : médecins, gynécologues mais aussi travailleurs sociaux, associatifs, et autres. Ces derniers bénéficient d'une formation *ad hoc* et d'outils d'intervention en éducation pour la santé spécialement conçus pour ce programme, qui privilégient le dialogue oral direct avec ces femmes. L'enjeu est majeur en terme de santé publique : réduire la mortalité liée à cette pathologie, réduire une très forte inégalité d'accès à la prévention. Le contact direct permet aussi de dédramatiser la mammographie et de diminuer l'anxiété des femmes face à un examen dont elles ne connaissent pas forcément la teneur. Cette action est en voie d'extension sur plusieurs communes de Seine-Saint-Denis. Comme son objectif premier est de réduire les inégalités sociales de santé et que son évaluation est favorable, il est cité en exemple dans le deuxième plan cancer présenté en 2009.

Mots clés : cancer du sein, mammographie de dépistage, relais de proximité, éducation pour la santé, quartiers en difficulté.

Partenariat réseau Paris diabète - Espace 19

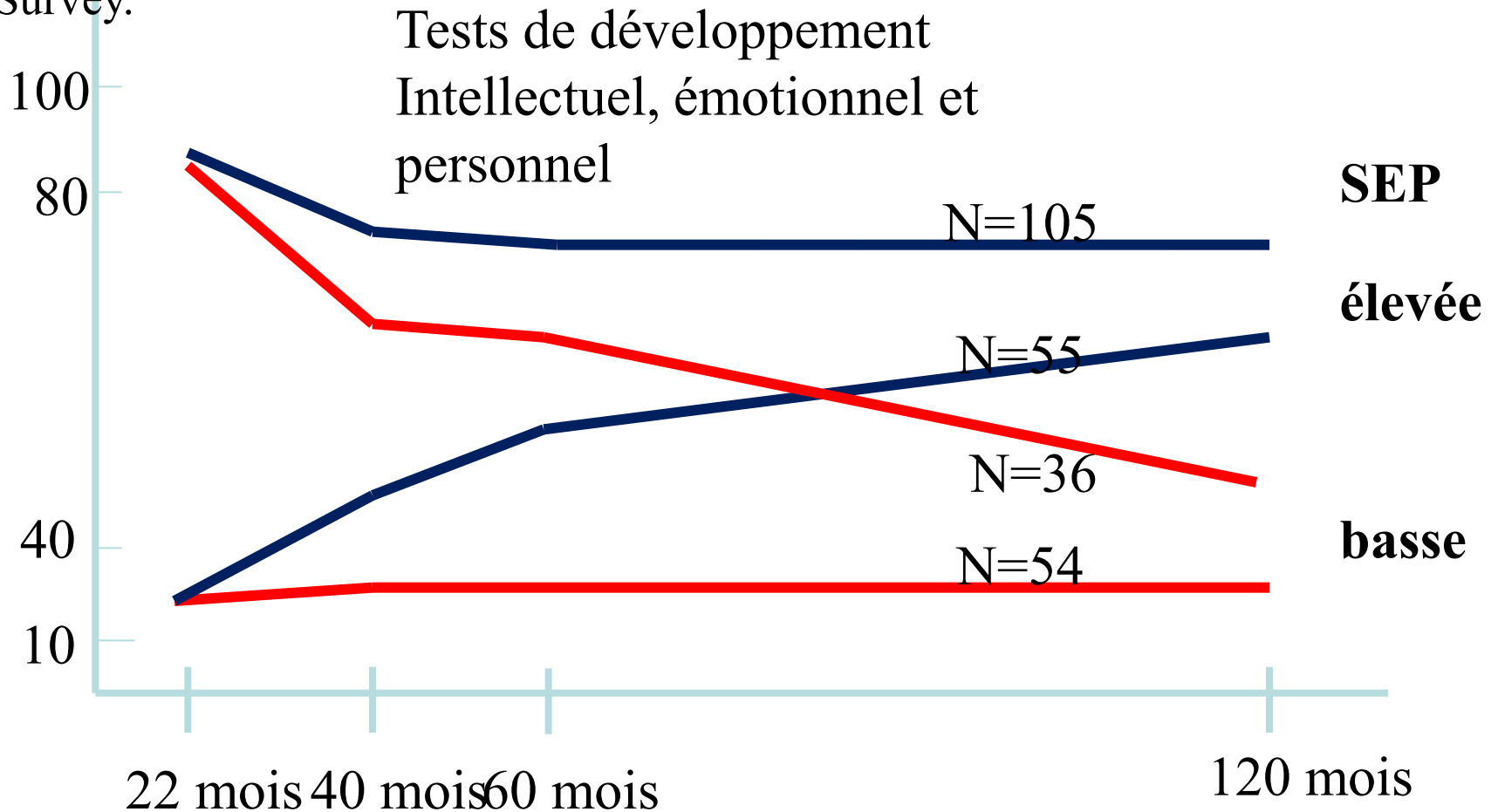
- **Espace 19** : une association qui a mis en place un pôle santé engagée dans des actions visant à améliorer l'accès aux soins préventifs, particulièrement dans les foyers de travailleurs, en privilégiant des actions collectives et participatives.
- **Réseau Paris Diabète** : plus de 900 professionnels de santé, essentiellement libéraux ; développement d'actions de coordination de parcours de soins et d'éducation thérapeutique pour des personnes diabétiques.
- **Projet** : mettre en place une expérimentation visant à concevoir et mettre en œuvre des actions d'information, de sensibilisation et d'éducation thérapeutique adaptées aux populations de travailleurs d'un foyer.

Agir sur le renforcement des compétences individuelles

Éducation pour la santé, à l'école, dans les dispositifs d'insertion (« ateliers santé »), etc

Scolarisation précoce

Rangs moyens de tests selon la position socio-économique (SEP) des parents et le rang initial. Thierry Lang, d'après Feinstein 2003. Source: British Cohort Survey.



Les inégalités se forgent tôt dans l'enfance

Les inégalités se forgent tôt dans l'enfance (suite), mais il n'y a pas de fatalité. D'après Thierry Lang

Dans une cohorte de 1863 enfants québécois suivis de la naissance à 7 ans

- Les enfants de milieu défavorisé (niveau scolaire de leur mère) bénéficiant d'un accueil formel en crèche avaient à 7 ans un score cognitif identique à ceux des catégories favorisées, comparés à ceux gardés à domicile (mère ou parents)
- Aucune différence n'est observée pour les mères de bon niveau d'études

Agir sur le renforcement des communautés

Diagnostic local partagé (ASV, CLS)

Participation de représentants des habitants
aux instances de décision

Etc

Améliorer les conditions de vie et de travail

Logement (saturnisme [PMI de Paris (et de SSD)], intoxication au CO, etc) et urbanisme (équipements collectifs, disponibilité et accessibilité)

Scolarité et soutien scolaire

GISCOP

Etc



Le Groupement d'Intérêt Scientifique sur les Cancers d'Origine Professionnelle a été créé en janvier 2006. Il s'inscrit en continuité du programme de recherche mené depuis janvier 2001 à l'initiative de chercheurs, médecins de santé publique et de santé au travail, cliniciens, représentants de comités d'hygiène et de sécurité.

Les institutions membres du GIS sont la Direction des relations du travail du Ministère de l'emploi et de la solidarité, l'Université Paris 13, le Centre d'Études de l'Emploi, le conseil général de la Seine-Saint-Denis, le comité départemental de la Ligue contre le cancer, l'Association de Prévention et Médecine du Travail (AMET) et l'Association de Médecine du travail du Nord-Est Parisien.

Le but du GIS COP93 est de mettre en œuvre un projet pluridisciplinaire de recherche en santé publique portant sur la connaissance, la reconnaissance et la prévention des cancers d'origine professionnelle :

- ▶ Il mène une enquête permanente auprès des patients atteints de cancer de trois hôpitaux de la Seine-Saint-Denis (CHU Avicenne, Hôpital intercommunal de Montfermeil, Hôpital Robert Ballanger d'Aulnay-sous-Bois).
- ▶ Il inscrit sa démarche dans des collaborations avec les Caisses Primaire et Régionale d'Assurance Maladie et les différents acteurs de prévention en milieu de travail.
- ▶ Le GIS COP93 participe à un réseau international de recherche sur l'évolution de la prévention dans le champ de la santé au travail et développe des collaborations scientifiques avec le Brésil, le Canada, le Japon et les États-Unis.

Répertoire des activités de travail susceptibles d'exposition à des substances ou procédés cancérogènes

Accès au Répertoire

A partir de la reconstitution des parcours professionnels de patients atteints de cancer, effectuée dans le cadre de l'enquête permanente du GIS COP93, l'objectif est de construire un répertoire des activités de travail susceptibles d'exposition à des substances ou procédés cancérogènes. Ce répertoire qualitatif comporte des rubriques détaillées sur l'activité de travail et sur les expositions. Les informations sont issues d'une expertise collective qui permet de croiser l'expérience des patients (travail réel) et celles d'experts de différentes disciplines/pratiques (toxicologues, médecins du travail, ingénieurs de prévention, délégués du CHSCT). La principale finalité est la mise en visibilité des expositions à des cancérogènes dans l'activité de travail en tenant compte de l'évolution des procédés de travail, de la réglementation et des transformations des conditions et de l'organisation du travail.

Promouvoir des politiques « saines »

Au niveau local notamment

Villes et santé : consolider le dialogue entre santé publique et aménagement urbain

Basile Chaix. Questions de santé publique (IReSP), n°17, juin 2012

Promotion de la santé (Charte d'Ottawa, 1986)

- « La promotion de la santé est un processus qui vise à rendre l'individu et la collectivité capables d'exercer un meilleur contrôle sur les facteurs déterminants de la santé » ; « elle vise l'égalité en matière de santé. Ses interventions ont pour but de réduire les écarts actuels caractérisant l'état de santé, et d'offrir à tous les individus les mêmes ressources et possibilités pour réaliser pleinement leur potentiel santé. Cela comprend une solide formation dans un milieu apportant son soutien, l'information, les aptitudes et les possibilités de faire des choix sains. Les gens ne peuvent réaliser leur potentiel de santé optimal s'ils ne prennent pas en charge les éléments qui déterminent leur état de santé. »

Promotion de la santé : préalables

- « La santé exige un certain nombre de conditions et de ressources préalables, l'individu devant pouvoir notamment:
 - Se loger,
 - Accéder à l'éducation,
 - Se nourrir convenablement,
 - Disposer d'un certain revenu,
 - Bénéficier d'un système éco-stable,
 - Compter sur un apport durable en ressources,
 - Avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable.
- Tels sont les préalables indispensables à toute amélioration de la santé » selon la Charte d'Ottawa, OMS, 1986, auxquels la Charte de Djakarta, 1997, ajoute la sécurité sociale, les relations sociales, la responsabilisation des femmes et le respect des droits de l'homme.

L'intervention en promotion de la santé. (Charte d'Ottawa)

- Élaborer une politique publique saine (*« santé dans toutes les politiques publiques »*)
- Créer des milieux favorables (*physiques et humains, professionnels et dans la cité*)
- Renforcer l'action communautaire (*loi de cohésion sociale, politique de la ville*)
- Acquérir des aptitudes individuelles (*10 compétences psycho-sociales définies par l'OMS*)
- Réorienter les services de santé (*PRS ÎdeF [schéma de prévention] : « pratiques cliniques préventives »*)

Recommandations générales de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé (OMS, 2008)

- **Améliorer les conditions de vie quotidiennes**, c'est-à-dire les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent
- **Lutter contre les inégalités dans la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources**, c'est-à-dire les facteurs structurels dont dépendent les conditions de vie quotidiennes, aux niveaux mondial, national et local
- **Mesurer le problème, l'analyser et évaluer l'efficacité de l'action**, étendre la base des connaissances, se doter d'un personnel formé à l'action sur les déterminants sociaux de la santé et sensibiliser l'opinion aux questions des déterminants sociaux de la santé
 - **Et, ce que ne disait pas l'OMS, apprendre en intervenant**

Les stratégies d'action

Health inequalities: concepts, frameworks and policy. Briefing paper. NHS. Health Development Agency

- Améliorer la santé des plus « démunis » (*« improving the health of poor people »*)
- Réduire l'écart entre les plus démunis et le reste de la société (*« narrowing health gaps »*)
- Réduire l'ensemble du gradient d'inégalités sociales de santé (*« reducing health gradients »*)

la Poste

Decitre recrute | Aide | Espace professionnel

Mon Panier : 0 article
Mon compte | Ma liste

Kiosque Presse | Espace Photo

OK | Recherche avancée

Accueil > Nos rayons

Recommandé

Haut Conseil de la Santé Publique

Les **inégalités** sociales de santé: sortir **de la fatalité**

Collection Avis et rapports

La documentation Française

Décembre 2009

Fermer

cialés de santé : sortir de la fatalité

nté :

12,35€ -5%

Prix éditeur : 13,00€
Vous économisez : 0,65€

Expédition sous 8 à 14 jours

Ajouter au panier

Ajouter à ma liste

0€ LIVRAISON GRATUITE

LIVRAISON GRATUITE

Services et garanties

- 5% de remise sur tous les livr
- Livraison gratuite en Relais C
- Livraison gratuite dès 35€

Réduire les inégalités sociales en santé

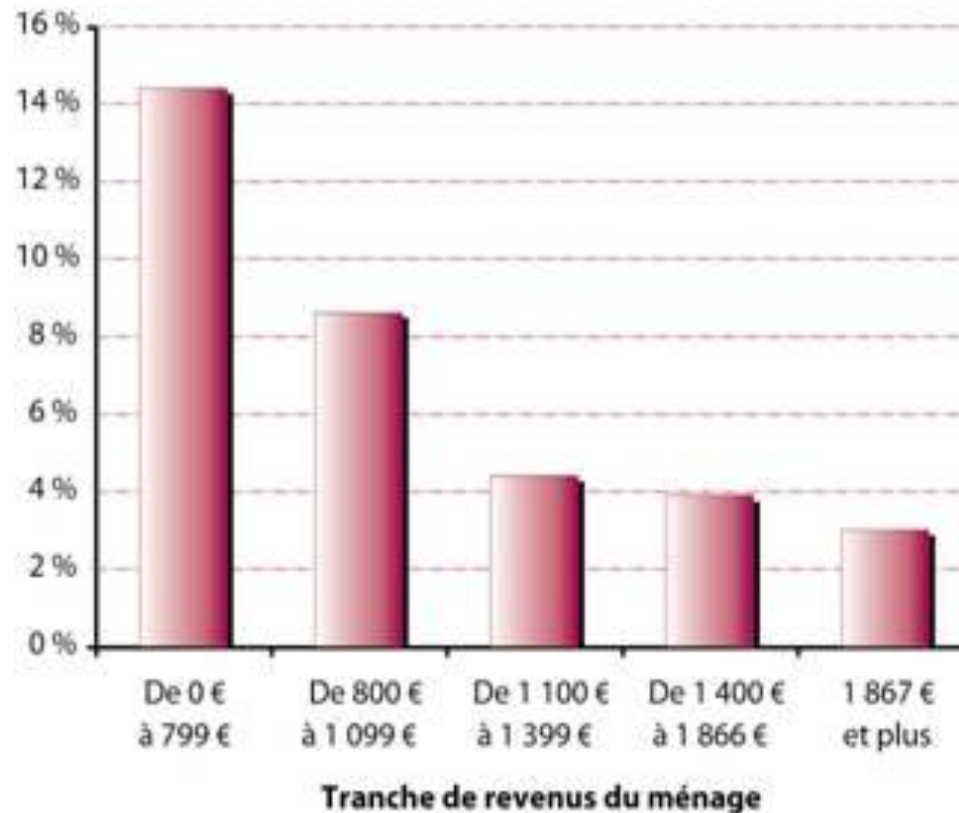
III DOSSIERS SANTÉ EN ACTION

Sous la direction de
LOUISE POTVIN
MARIE-JOSÉ MOQUET
CATHERINE M. JONES



Merci de votre attention

Accès potentiel : avoir (ou pas) une protection sociale complémentaire dépend fortement du revenu



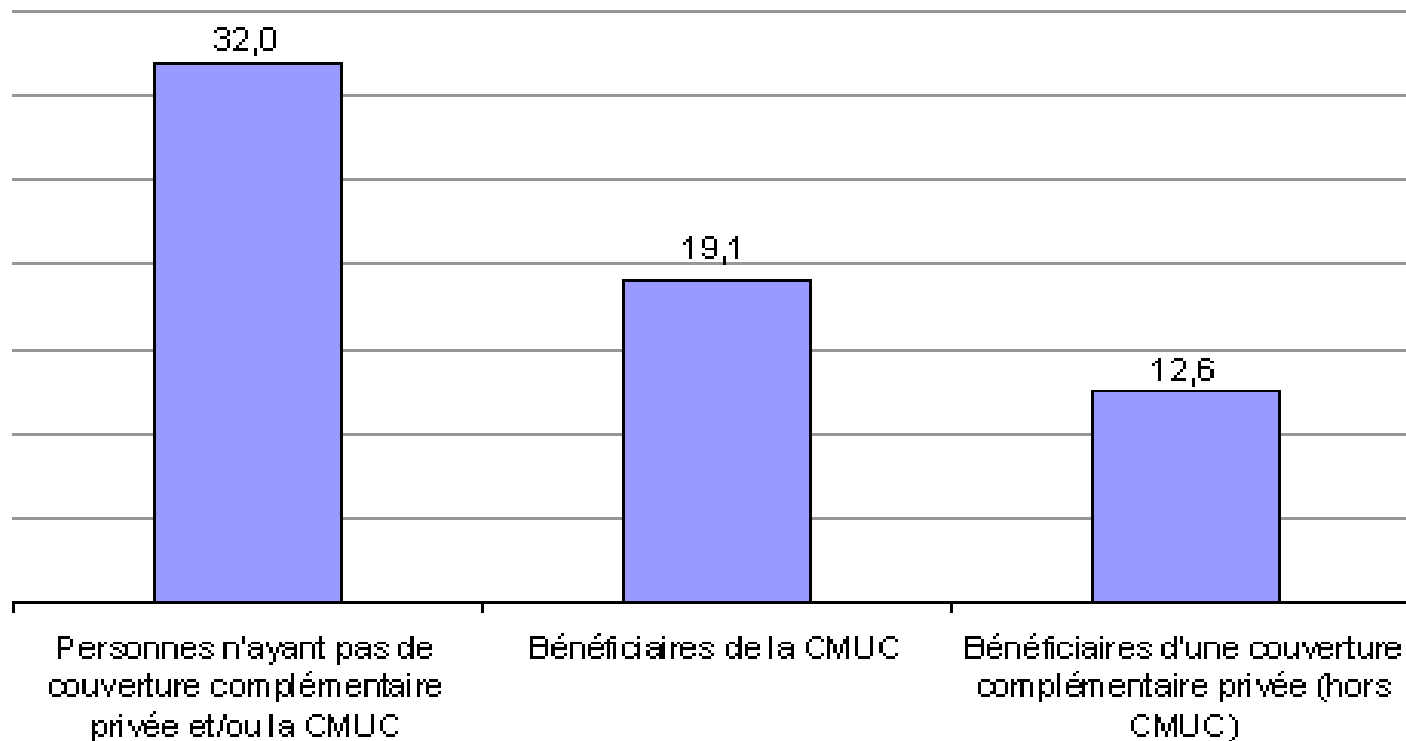
Pourcentage de personnes non couvertes par une assurance complémentaire. Source : enquête SPS 2006

Inégalités d'accès effectif : accès primaire (le recours)

Elles s'expliquent du fait de :

- refus** (du professionnel)
- méconnaissance du besoin** (par la personne),
- renoncement au soin** (par la personne : « renoncements – barrière », « renoncements – refus » [*Desprès et al, IRDES, 2011*]).

Renoncement aux soins pour raisons financières



Source : enquête SPS 2006

Renoncements individuels

Indépendamment d'une éventuelle **méconnaissance des besoins de soins**, les obstacles sont multiples :

- **administratifs** (faire valoir ses droits, notamment pour les personnes en **état de relégation** comme les détenus, les étrangers en situation irrégulière ou les personnes se prostituant [CISS, 2010])
- **économiques** (paiement, avance de frais, dépassements)
- **pratiques** (éloignement géographique, accès physique pour les personnes handicapées)
- **culturels** (intelligibilité du système, normes de santé)
- **psycho-sociaux** (attention à soi, regard de l'autre [santé mentale] ; discrimination)
- **personnels** (choix de priorité)