

Dans une approche de santé publique et de promotion de la santé, l'objectif de ce Porte-Clés Santé est de faciliter l'accès aux connaissances et aux outils indispensables pour comprendre les inégalités sociales de santé (ISS) et intervenir dans leur réduction. Traitant d'un sujet particulièrement vaste, ce dossier de synthèse pourra être complété par de nombreuses autres références issues de champs d'interventions et d'acteurs divers.

Ce Porte-Clés Santé s'adresse aux responsables politiques, aux chercheurs, aux professionnels ou bénévoles agissant de près ou de loin en faveur d'une meilleure santé des populations.

Panorama des éléments clés



Des Clés pour comprendre

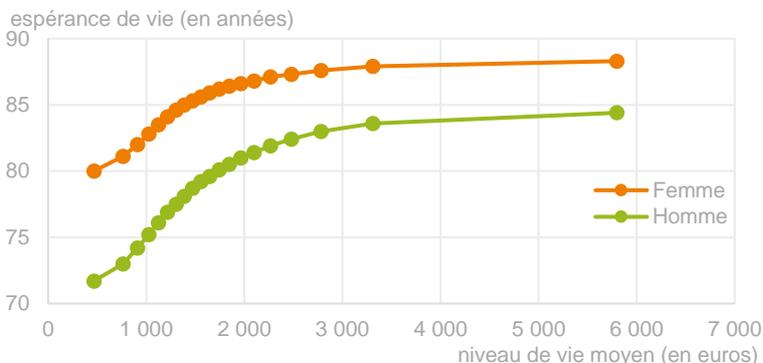
1 / Inégalités sociales de santé : de quoi parle-t-on ?



Les **Inégalités Sociales de Santé (ISS)** font référence aux relations étroites existant entre la santé et l'appartenance à une catégorie sociale. Elles s'expriment par des différences systématiques, évitables et importantes de santé, entre des groupes de populations. Elles ne sont ni justes, ni naturelles.

Ces inégalités concernent toute la population et ne se réduisent pas à une opposition entre les personnes les plus défavorisées et les autres [1].

En France, en comparaison à d'autres pays européens de même niveau de développement économique et social, les ISS restent très marquées, notamment chez les hommes [2], [3]. La traduction la plus parlante de ces inégalités est l'écart d'espérance de vie entre groupes socioprofessionnels [4].



En 2012-2016, l'espérance de vie atteint :

- 84,4 ans pour les hommes dont le niveau de vie moyen est de 5 800 € par mois,
- 71,7 ans pour ceux vivant avec 470 € par mois [4].

Note : en abscisse, chaque point correspond à la moyenne des niveaux de vie mensuels d'un vingtile. Chaque vingtile comprend 5 % de la population.
 Lecture : en 2012-2016, parmi les 5 % les plus aisés, dont le niveau de vie moyen est de 5 800 euros par mois, l'espérance de vie à la naissance des hommes est de 84,4 ans.
 Champ : France hors Mayotte.
 Source : Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-CCMSA, Échantillon démographique permanent.

Un lien étroit avec les déterminants de la santé

Les ISS résultent d'une conjugaison de facteurs défavorables (difficultés financières, d'accès au logement, isolement social...), que l'on appelle les déterminants de la santé [1].

De par cette dimension multifactorielle, les ISS et donc leur réduction concernent l'ensemble des politiques publiques.

Les déterminants de la santé

Ils ont été définis en 1998 par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme « les facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent l'état de santé des individus ou des populations ». Ces déterminants sont donc multiples et de différentes natures et interagissent entre eux tout au long de la vie :

►Facteurs individuels

- sexe, âge, patrimoine génétique...
- compétences psychosociales.
- habitudes de vie et comportements (alcool, tabac, alimentation, activité physique...),
- niveau d'éducation, emploi, revenus...

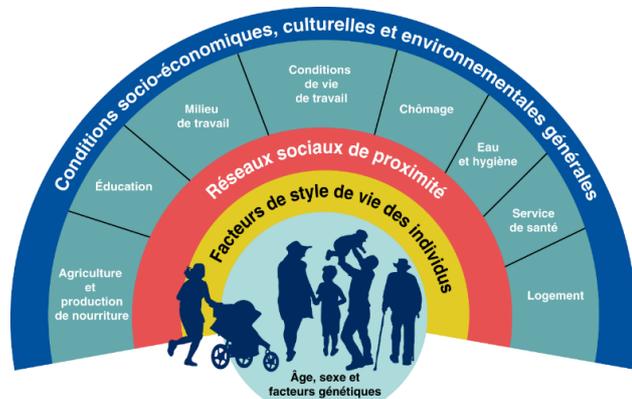
►Réseaux sociaux de proximité

Influences sociales et collectives qui influent les comportements individuels.

►Facteurs liés aux conditions de vie et de travail

Accès au travail, aux services et aux équipements indispensables.

►Conditions socio-économiques, culturelles et environnementales



D'après Dahlgren et Whitehead (1991) [5]

Les concepts clés en jeu dans la construction et la réduction des ISS

Le gradient social de santé : témoin de la relation entre la position sociale et la santé

Les inégalités se répartissent selon un gradient social [1]. Le gradient social de santé est décrit comme « le phénomène par lequel ceux qui sont au sommet de la pyramide sociale jouissent d'une meilleure santé que ceux qui sont directement au-dessous d'eux, et qui eux-mêmes sont en meilleure santé que ceux qui sont juste en dessous et ainsi de suite jusqu'aux plus bas échelons ». Les ISS ne concernent donc pas que les populations en situation de précarité [6].

L'équité en santé : promotrice de la justice sociale

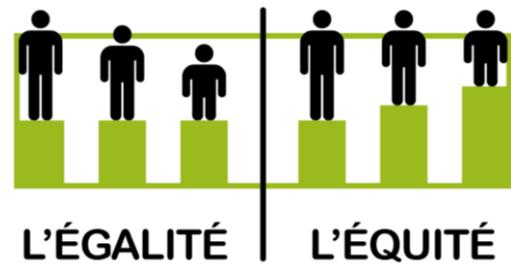


L'équité en santé signifie que toutes les personnes de tous les groupes sociaux ont les mêmes possibilités d'atteindre un état de santé optimal sans être défavorisées en raison de leurs conditions sociales, économiques, environnementales et culturelles [7].

Les ISS interrogent la notion d'équité. L'équité en santé sous-entend la notion de justice. Elle implique qu'idéalement chacun devrait avoir l'opportunité d'atteindre son plein potentiel de santé, grâce à un accès juste et équitable aux ressources de santé. **L'équité en matière de santé n'est pas synonyme d'égalité d'état de santé [8].**

L'universalisme proportionné : la santé pour tous adaptée aux besoins de chacun

Ces notions amènent à s'intéresser au concept d'universalisme proportionné, qui vise à aplanir la pente du gradient social. Ce concept est né du constat que ni les approches universelles, ni les approches ciblées ne parvenaient à réduire les ISS [9]. Il met en place des actions universelles avec un objectif de « santé pour tous », avec une intensité proportionnelle aux besoins et aux obstacles auxquels se heurtent certains groupes [10].



2 / Le cadre juridique et institutionnel : marqueur d'une préoccupation en évolution

L'accès aux soins et plus globalement à la santé est un des droits fondamentaux affiché en France. Pourtant la prise en compte concrète des inégalités de santé dans les documents juridiques et institutionnels est récente, à l'image de la dynamique internationale :

Date	Texte repère	Extrait
1946	Préambule de la Constitution de la IV ^e République française	« La Nation garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé ».
1948	Constitution de l'OMS	« La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social , et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. » « La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale. » « La santé de tous les peuples est une condition fondamentale de la paix du monde et de la sécurité ; elle dépend de la coopération la plus étroite des individus et des Etats. »
1980	Black Report (publication du ministère de la santé du Royaume-Uni)	Premier rapport d'un comité d'experts sur les inégalités de santé, révélant la généralisation de ces dernières, pour raison économique, en dépit des effets bénéfiques sur la santé de la mise en place d'un État Providence. Ce rapport a également mis en évidence le lien étroit entre les ISS et la notion de gradient .
1986	Charte d'Ottawa	Positionne la Promotion de la Santé et bouleverse le paradigme d'intervention en santé publique : elle s'intéresse à l'action sur les déterminants de la santé et introduit l'objectif d'équité en santé .

Des Clés pour comprendre

Date	Texte repère	Extrait
2004	Loi n°2004-806 du 09 août 2004 relative à la politique de santé publique	« La politique de santé publique concerne (...) la réduction des inégalités de santé , par la promotion de la santé, par le développement de l'accès aux soins et aux diagnostics sur l'ensemble du territoire ».
2008	Rapport Marmot de l'OMS	Issu de la Commission des déterminants sociaux de la santé, ce rapport s'intitule « Comblent le fossé en une génération ; Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux ». Permet à la lutte contre les ISS de rentrer dans l'agenda politique international .
2009	Rapport du Haut Conseil de la Santé Publique	Intitulé « Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité », ce rapport pointe l'absence d'une politique explicite en matière de réduction des ISS.
2016	Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016, dite loi de modernisation de notre système de santé	« L'équipe de soins primaires contribue à la structuration des parcours de santé. Son projet de santé a pour objet, par une meilleure coordination des acteurs, la prévention, l'amélioration et la protection de l'état de santé de la population, ainsi que la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé ».

La diffusion du Black Report marque un tournant pour la prise en compte des ISS à l'échelle internationale, puisqu'il constitue l'amorce des travaux de l'OMS sur le sujet. Ce document montre en effet que même si, globalement, l'espérance de vie et la morbidité au Royaume-Uni ont évolué favorablement après la mise en place d'un système de soins d'accès universel, les différences observées entre les groupes selon leur position sociale (par exemple entre travailleurs manuels et cadres supérieurs), ne se sont guère atténuées avec l'instauration d'un régime d'assurances universel. Ainsi, l'amélioration générale n'a pas profité à tous de manière équitable [2].

La réduction des ISS est désormais un objectif affiché des politiques de santé en France, qui a évolué vers le concept d'« Inégalités Sociales et Territoriales de Santé » (ISTS), dans une dynamique de prise en compte des territoires et de l'environnement [11]. Ainsi, la préoccupation à l'égard des ISTS apparaît comme une des priorités de santé publique dans la **Stratégie Nationale de Santé (SNS) 2018-2022**.

À l'échelon régional, dans les suites de la SNS, l'Agence Régionale de Santé (ARS) des Pays de la Loire affiche également les ISS dans son **Programme Régional de Santé** (PRS) 2018-2022, comme la première des 6 orientations stratégiques de son, sous l'intitulé suivant : « la santé dans toutes les politiques, favorisant la réduction des inégalités de santé ». Cette orientation se décline en 4 axes d'intervention (schéma ci-contre).

Les axes d'intervention de l'objectif de réduction des ISS du PRS PdL

- Promouvoir une approche globale et participative de la santé auprès des acteurs locaux
- Soutenir l'engagement des professionnels de santé, notamment de santé primaire, des établissements de santé et services médico-sociaux dans une dynamique de prévention
- Lutter contre les ISTS en agissant à toutes les périodes charnières de la vie, prioritairement les jeunes
- Encourager les environnements favorables à la santé



Une illustration de terrain des inégalités sociales et territoriales de santé

« Voici en exemple la situation de deux familles cherchant à consulter pour leur enfant suite à des troubles du comportement manifestes signalés par l'école. Ces familles vivent en territoire rural, au nord du département de la Loire-Atlantique. Ce territoire est assez dépourvu en services publics de type sanitaire et médicosocial. En outre, si une partie de cette zone est également classée en Réseau d'Education Prioritaire (REP), beaucoup de postes de Réseaux d'Aide Spécialisée des Elèves en Difficulté (RASED) créés à cette fin restent vacants, le territoire n'attirant pas plus les acteurs de la santé que ceux de l'Éducation Nationale. Du fait de cette pénurie de maillage, ces deux familles font face à des délais d'attente de prise en charge. Sans offre alternative existante sur le territoire, que ce soit un espace de soutien à la parentalité, une aide scolaire ou autre, elles ont donc pris contact avec la seule consultation médico-psychologique existante dont relèvent leurs enfants. Lors du rendez-vous, le même jour, il apparaît deux réactions différentes face à cette même situation : la première maman, infirmière, se posant des questions d'hyperactivité pour son enfant, a pris, en parallèle, rendez-vous auprès d'un neuropédiatre en libéral à Nantes, à 70kms de là. L'autre maman, au RSA, sans permis de conduire, n'a pas souhaité consulté sur Nantes, qui lui aura semblé trop loin, trop grand ; prendre RDV « là-bas » est trop compliqué ».

Propos d'Angéline Delalande, assistante sociale exerçant en territoire rural au nord de la Loire Atlantique, avril 2019

3 / Pourquoi s'intéresser à la réduction des ISS ?

À ce jour, malgré les politiques de solidarité mises en œuvre, les conclusions du Black Report demeurent d'actualité : les ISS continuent de s'accroître en France et à l'international. Pourtant, elles interpellent la dimension morale et éthique du « vivre ensemble » : les différences existant entre individus dans le domaine de la santé sont considérées comme inacceptables, inéquitables. Les ISS présentent ainsi :

- un caractère injuste : d'une catégorie sociale à une autre, selon le gradient, la durée de vie sera plus importante et plus longue.
- un poids potentiel pour l'économie. Les synthèses de recherche dans ce domaine montrent que l'état de santé est un facteur important de croissance. L'état de santé d'un individu influe sur la croissance économique à travers : l'accumulation de capital humain, la participation au marché du travail, la productivité du travail et l'investissement. Au final, une amélioration de l'état de santé et la réduction des inégalités de santé augmenteront la croissance potentielle de long terme en augmentant le volume et la qualité du travail disponible. [2].

 Les ISS sont un problème de santé publique reconnu depuis longtemps [12] qu'il faut tenter de diminuer ou du moins de ne pas aggraver.

Par ailleurs, les crises économiques, actualités mondiales récurrentes en affectant de nombreux déterminants, sont un facteur aggravant des ISS : elles fragilisent particulièrement les populations démunies, en entraînant une diminution des budgets consacrés à la protection sociale, à l'éducation et au logement, en provoquant bien souvent la fermeture des services de proximité. Les écarts dans la hiérarchie sociale deviennent plus prononcés. Les ISS s'en trouvent renforcées [2].

4 / Mesure des inégalités sociales de santé

Méthode

Les ISS font référence au gradient de santé qui existe en fonction de la « catégorie sociale des individus ». Leur mesure repose sur le croisement d'**indicateurs de santé** d'une part et de **niveau social** d'autre part.



En France, deux indices composites géographiques sont principalement utilisés :

- l'European Deprivation Index (EDI) calculé à partir de dix différentes variables du recensement de la population : bas niveau d'éducation, personne dont la catégorie socio-professionnelle (CSP) est différente de « cadre et professions intermédiaires », chômeur, nationalité étrangère, non propriétaire, familles monoparentales, ménages composés d'au moins 6 personnes, logement surpeuplé, logement sans douche ni baignoire, pas de voiture.
- l'indice Fdep (reprenant une terminologie d'une équipe néozélandaise ayant intitulé son indice NZDep), construit à partir de quatre variables issues du recensement de la population : le revenu médian par ménage, le pourcentage de bacheliers dans la population de plus de 15 ans, le pourcentage d'ouvriers dans la population active et le taux de chômage. Cet indicateur est désormais intégré dans le système national des données de santé (SNDS) [13].

Résultats

État de santé

Qu'il s'agisse de la santé perçue, du fait d'être ou non atteint d'une maladie chronique ou d'être limité ou non dans ses activités, on observe, dans la région comme en France, un gradient social. Les groupes sociaux les moins favorisés en termes de diplôme, de niveau de revenu ou de catégorie socioprofessionnelle (CSP) déclarent moins souvent être en bonne santé, et plus souvent souffrir de maladies chroniques ou de limitations fonctionnelles que les groupes les plus favorisés.



En 2017, dans les Pays de la Loire :

- les ouvriers, employés et agriculteurs exploitants déclarent moins fréquemment que les autres (73 % vs 85 %) être en bonne santé,
- les habitants ayant un niveau de diplôme inférieur au baccalauréat se déclarent plus souvent fortement limités dans leurs activités habituelles en raison d'un problème de santé que ceux ayant un niveau égal ou supérieur au baccalauréat (respectivement 7 % vs 3 % et 2 %),
- les habitants ayant les niveaux de revenus les plus modestes déclarent plus souvent un problème de santé chronique que les autres (37 % vs 31 %) [14].

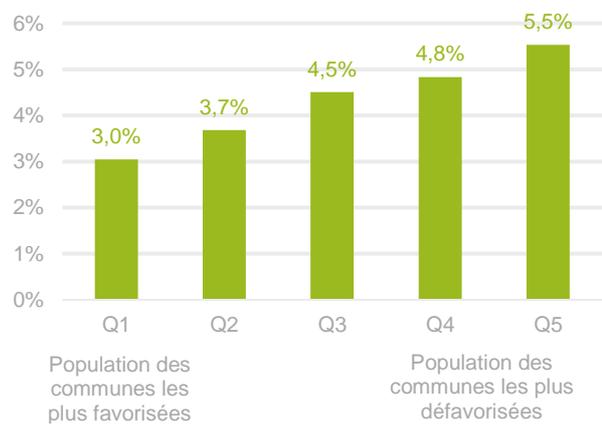
Ces données déclaratives sont confortées par les données de prévalence des maladies issues notamment des bases de données médico-administratives. Ainsi, la prévalence des maladies graves les plus fréquentes est augmentée dans les groupes sociaux les moins favorisés. Ce constat, qui concerne aussi bien les affections métaboliques (diabète), cardiovasculaires, cancéreuses, que la santé mentale, est particulièrement bien établi en France [3].

Au **plan régional**, les indicateurs disponibles concernent l'obésité et le diabète et vont également dans ce sens.



Entre 15 et 75 ans, la prévalence de l'obésité est deux fois plus importante chez les **Ligériens** ayant un niveau de diplôme inférieur au baccalauréat (11 %) que chez ceux ayant un niveau supérieur (5 %) [15].

Prévalence du diabète en Pays de la Loire selon niveau de désavantage social



Note : le niveau de désavantage social de la commune de résidence est représenté en abscisse : le 1^{er} quintile regroupe 20 % de la population régionale habitant dans les communes les plus favorisées selon le score Fdep 2013. Le 5^e quintile regroupe 20 % de la population habitant dans les communes les moins favorisées selon le score Fdep 2013.

Source des données : SNDS (DCIR-PMSI) - exploitation ORS Pays de la Loire.

Des Clés pour comprendre

L'enfance est une période où se construisent les ISS et où elles sont susceptibles d'être réduites par certaines politiques ou actions de prévention / promotion de la santé.

Les indicateurs concernant le surpoids et l'état de santé bucco-dentaire des enfants de 5-6 ans illustrent la précocité des inégalités sociales de santé et en sont d'excellents marqueurs.

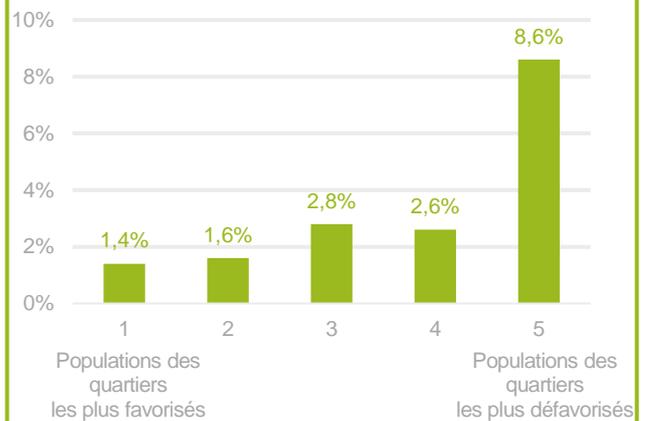


Dans les **Pays de la Loire**, à 5-6 ans, 11 % des enfants d'ouvriers ou d'employés sont concernés par des problèmes de surcharge pondérale contre 7 % pour les enfants des autres catégories socioprofessionnelles [16].



À **Nantes**, la proportion d'enfants ayant au moins deux dents cariées non soignées est 6 fois plus élevée dans les quartiers les plus défavorisés par rapport aux plus favorisés [17].

Proportion de Nantais de 5-6 ans ayant au moins deux dents cariées non soignées selon le niveau de désavantage social [14]



Note : le niveau de désavantage social du quartier (Iris) de résidence est représenté en abscisse : la première classe regroupe les enfants habitant dans les Iris les plus favorisés selon le score EDI 2011. La 5^e classe regroupe les enfants résidant dans les Iris les moins favorisés selon le score EDI 2011. Parmi les élèves scolarisés en grande section de maternelle (GSM) et résidant à Nantes. Source : bilans de santé ville de Nantes, exploitation Plateforme Aapris

Chez **les personnes âgées**, les conditions socio-économiques ont des intrications particulièrement fortes avec la fragilité. Cette dernière reflète une diminution des capacités à répondre à des situations de stress et expose aux risques de perte d'autonomie, d'hospitalisation et de décès. Plusieurs études françaises montrent ainsi que les difficultés financières tout au long de la vie favorisent la fragilisation, ce processus s'accompagnant lui-même de nouvelles difficultés financières.

Déterminants de santé

L'état de santé de chaque individu, et plus globalement d'une population, résulte de la combinaison et de l'interaction de nombreux facteurs, tout au long de la vie.



En 2017, dans les **Pays de la Loire**, 31 % des personnes ayant les niveaux de revenus les plus modestes déclarent fumer quotidiennement contre 12 % des plus aisés [14].

Le poids des **habitudes de vie**, même si elles sont elles-mêmes liées à d'autres facteurs socio-économiques et environnementaux, est considérable. Ainsi, 41 % des cancers sont attribuables à des facteurs de risque liés aux modes de vie et à l'environnement. Les deux déterminants principalement en cause sont le tabagisme (20 % des cas) et l'alcool (8 % des cas) [18].

La prévalence du tabagisme quotidien est plus élevée parmi les groupes sociaux les moins favorisés. Elle varie, en effet, selon les critères sociaux, tels que le revenu, le niveau de diplôme, et la catégorie socio-professionnelle.

À l'inverse, les indicateurs concernant la consommation de boissons alcoolisées sont plus défavorables dans les milieux les plus aisés.



En 2017, dans les **Pays de la Loire**, les personnes détentrices du baccalauréat ou d'un diplôme supérieur sont plus nombreuses à déclarer au moins une ivresse dans l'année (29 % vs 16 %), des ivresses répétées (15 % vs 6 %) et des ivresses régulières (8 % vs 3 %) [14].

Les **conditions de travail** peuvent également être source d'ISS en lien avec des différences d'expositions entre groupes socioprofessionnels.

Ainsi, l'analyse des maladies à caractère professionnel montre qu'en France, les ouvriers sont les salariés les plus touchés par les troubles musculosquelettiques liés au travail [19]. En revanche, si les risques psychosociaux concernent l'ensemble des professions, la fréquence de la souffrance psychique en lien avec le travail augmente selon un gradient social, des ouvriers vers les cadres [20].

Recours aux soins et à la prévention

Des différences de consommations de soins ont également été mises en évidence selon les groupes socio-économiques, indépendamment de l'âge, du sexe et de l'état de santé des individus.

Si le recours aux médecins généralistes apparaît assez équitablement réparti, de fortes inégalités de recours aux soins de spécialistes sont observés entre groupes sociaux. La littérature montre ainsi un recours aux soins plus tardif et un moindre recours aux soins dentaires, optiques et aux soins préventifs parmi les groupes sociaux les moins favorisés [22]. À ce titre, la prévention bucco-dentaire constitue un excellent marqueur des inégalités sociales de santé.

Chez l'adulte, les inégalités d'accès à la prévention sont particulièrement bien illustrées à l'échelle nationale par les différences de participation aux programmes de dépistage organisé de cancers (sein notamment).



À Nantes, les habitantes bénéficiaires de la CMU-C et celles résidentes d'un quartier prioritaire de la ville (QPV) sont moins nombreuses que les autres à avoir bénéficié d'une mammographie au cours des deux dernières années (respectivement 39 % et 47 % vs 60 % pour les non-bénéficiaires de la CMU-C et 62 % pour les habitantes des autres quartiers) [23].



Une analyse des données du Système national des données de santé [21] a montré qu'en Pays de la Loire :

- 31 % des enfants bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) ne sont jamais allés au cabinet dentaire à 7 ans contre 17% des enfants non bénéficiaires de la CMU-C.
- la proportion d'enfants ayant eu un premier recours au cabinet dentaire à 5 ans ou moins atteint 48 % dans la population des communes les plus favorisées (1^{er} quintile de l'indice de défavorisation sociale de la commune) et chute à 33 % dans celle des communes les plus défavorisées de la région (5^e quintile de l'indice).
- 34 % des jeunes de familles bénéficiaires de la CMU-C n'ont eu aucune prestation de suivi bucco-dentaire entre 14 et 17 ans contre 24 % des jeunes non bénéficiaires de la CMU-C.



Bibliographie

- [1] Sandon A. (2015). *Inégalités sociales de santé et promotion de la santé. Dossier technique*. IREPS Bourgogne. n° 7. 28 p.
- [2] Lang T, Danet S, Chauvin P, et al. (2010). *Les inégalités sociales de santé. Actualité et Dossier en Santé Publique*. HCSP. n° 73. pp. 7-57.
- [3] HCSP. (2009). *Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité*. 101 p.
- [4] Blanpain N. (2018). *L'espérance de vie par niveau de vie : chez les hommes, 13 ans d'écart entre les plus aisés et les plus modestes*. Insee Première. Insee. n° 1687. 4 p.
- [5] Dahlgren G, Whitehead M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Background document to WHO Strategy paper for Europe. Institute for Futures Studies. 67 p.
- [6] Potvin L, Moquet MJ, Jones C. (2010). *Réduire les inégalités sociales en santé*. Inpes. 380 p.
- [7] CNDS. (2015). *Glossaire français des principaux termes sur l'équité en santé*. 8 p.
- [8] Lhours G. (2011). *Glossaire. Éducation pour la santé, promotion de la santé et santé publique*. Cres Paca. 8 p.
- [9] PromoSanté Île-de-France. (2018). *Les concepts clés en promotion de la santé : définitions et enjeux*.
- [10] Réseau Français Villes-Santé OMS. (2017). *Universalisme proportionné : Lutte contre les inégalités sociales de santé dès la petite enfance*. 4 p.
- [11] Lang T. (2017). *Crise économique et santé*. Actualité et Dossier en Santé Publique. HCSP. n° 99. pp. 8-52.
- [12] OMS. (1998). *Rapport sur la santé dans le monde, 1998. La vie au 21^e siècle : une perspective pour tous*. 265 p.
- [13] Drees, Lang T., Ulrich V., et al. (2017). *Les inégalités sociales de santé. Actes du séminaire de recherche de la DREES 2015-2016*. Ministère des solidarités et de la santé. 290 p.
- [14] ORS Pays de la Loire. (à paraître). *Baromètre de Santé publique France 2017 - Résultats Pays de la Loire*. Brochures thématiques.
- [15] ORS Pays de la Loire. (2016). *Baromètre santé 2014. Résultats Pays de la Loire*. 101 p.
- [16] Enquête nationale de santé auprès des élèves de grande section de maternelle (année scolaire 2012-2013). Données Pays de la Loire, Drees-DGESCO, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [17] Plateforme Aapriss. (2018). *La santé des Nantais. Les inégalités sociales de santé*. 39 p.
- [18] Marant-Micallef C, Shield KD, Vignat J, et al. (2018). *Nombre et fractions de cancers attribuables au mode de vie et à l'environnement en France métropolitaine en 2015 : résultats principaux*. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*. Santé publique France. n° 21. pp. 442-448.
- [19] Brière J, Fouquet N, Ha C, et al. (2015). *Des indicateurs en santé travail. Les troubles musculo-squelettiques du membre supérieur en France*. InVS. 51 p.
- [20] Khireddine I, Lemaitre A, Homere J, et al. (2015). *La souffrance psychique en lien avec le travail chez les salariés actifs en France entre 2007 et 2012, à partir du programme MCP*. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*. Santé publique France. n° 23. pp. 431-438.
- [21] ORS Pays de la Loire, URPS Chirugiens-Dentistes des Pays de la Loire. (2018). *Recours au cabinet dentaire des enfants et des adolescents. Situation en Pays de la Loire et en France à partir d'une analyse des données du SNDS*. 76 p.
- [22] Irdes. (2012). *Comment les soins primaires peuvent-ils contribuer à réduire les inégalités de santé ? Questions d'Économie de la Santé*. n°179. 8 p.
- [23] ORS Pays de la Loire. (2018). *La santé des Nantais*. 162 p.

Résultats issus du Baromètre de Santé publique France 2017

Merci à Jean-Baptiste Richard (Santé publique France) et les autres membres du groupe Baromètre santé 2017 (Raphaël Andler, Chloé Cogordan, Christophe Léon, Romain Guignard, Viêt Nguyen-Thanh, Anne Pasquereau, Maëlle Robert), l'institut IPSOS (Christophe David, Valérie Blineau, Emmanuelle Hoingne, les enquêteurs et les chefs d'équipe), l'institut CDA en charge de l'audit du terrain d'enquête, et l'ensemble des personnes ayant participé à l'enquête.

Les résultats présentés dans « Mesure des inégalités de santé. Résultats » sont issus du travail d'analyse et d'interprétation de l'Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire qui en est seul responsable.

Des Clés pour agir

1 / Repères méthodologiques et pratiques pour des actions de qualité

Stratégies d'interventions

Les inégalités sociales de santé (ISS) résultant de la conjugaison de facteurs défavorables survenus tout au long de la vie, les stratégies d'interventions sont complexes à appréhender.

La littérature ne décrit pas d'interventions probantes en matière de réduction des ISS. Cependant, plusieurs documents font référence au travail de la Commission des déterminants sociaux de la santé (CDSS) de l'OMS, comme étant un cadre pertinent et de référence pour agir en faveur de la réduction des ISS.

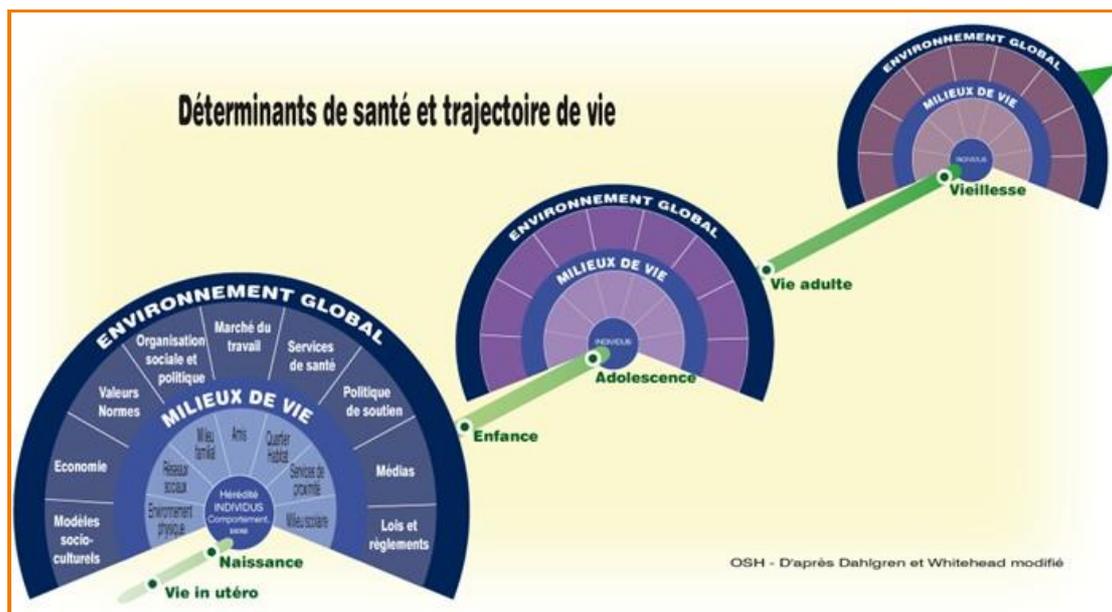
Publié en août 2008, le rapport de la CDSS, formule trois principales recommandations pour faire face aux inégalités [1] :

- Améliorer les conditions de la vie quotidienne, c'est-à-dire les circonstances dans lesquelles les gens 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 quotidienne aux niveaux mondial, national et local ;
- Développer la recherche, l'évaluation et la formation.

Les préconisations de ce rapport indiquent que, pour améliorer la santé des populations, les modes d'action dirigés vers les individus (déterminants proximaux) doivent aller de pair avec des stratégies plus globales, s'intéressant à un ensemble de déterminants structureaux [2].

Une grande partie des actions (notamment gouvernementales) de promotion de la santé, se concentrent sur la modification des comportements. L'effet en est forcément limité car ce type d'action ne modifie pas les conditions de vie des populations, et notamment des groupes socio-économiquement les plus fragiles. Les leviers les plus efficaces en matière de réduction des ISS se trouvent ainsi dans les actions structurelles qui interviennent par exemple dans la nature ou la portée des politiques économiques, sociales ou éducatives.

Les stratégies d'intervention visant à réduire les ISS peuvent se structurer en 4 niveaux d'intervention illustrés au travers du modèle des déterminants de santé de Dahlgren et Whitehead (de l'intervention à l'échelle individuelle à l'environnement global) [3].



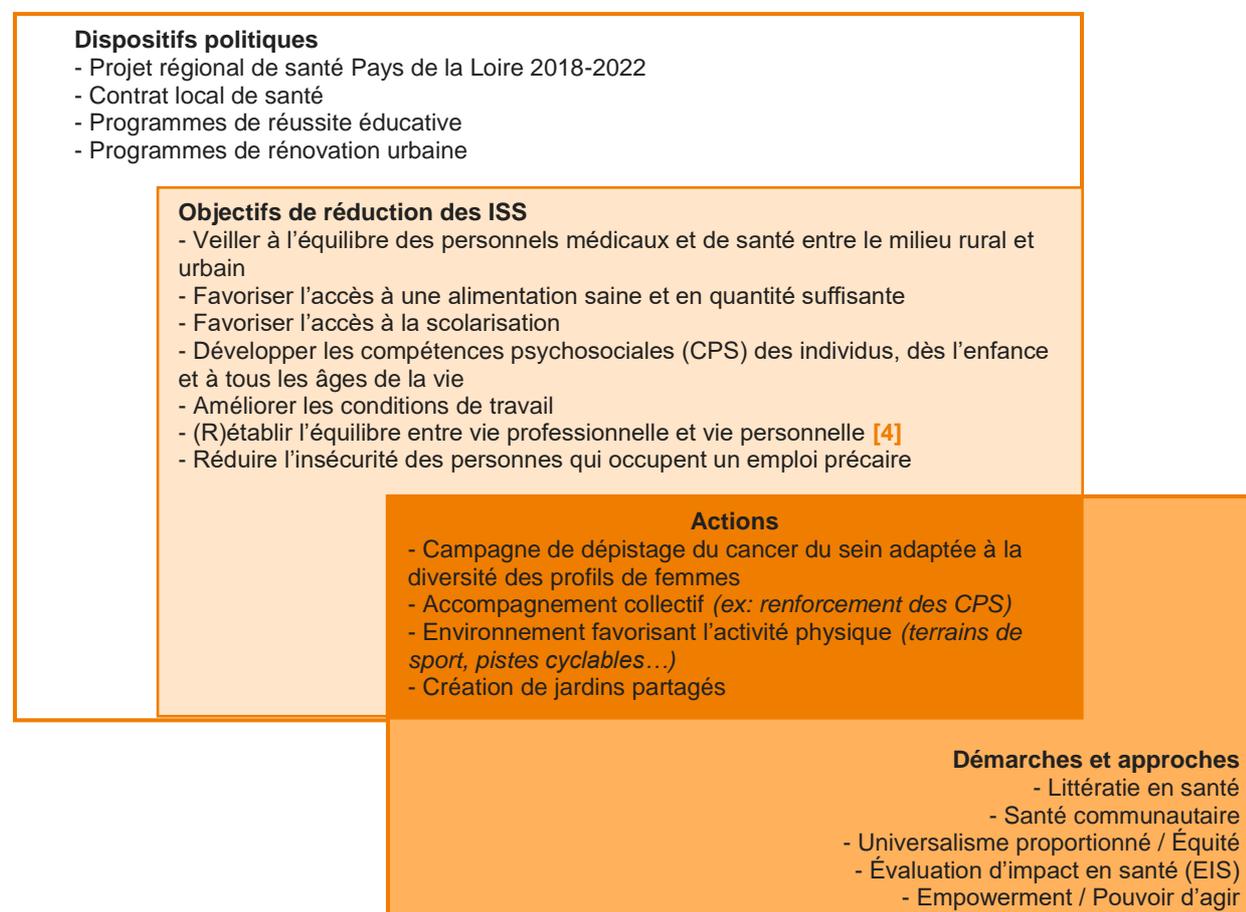
Les actions à ces différentes échelles d'intervention sont mobilisables à tous les âges de la vie et sont reconnues particulièrement efficaces si elles interviennent dès la petite enfance.

Des Clés pour agir

Les objectifs des stratégies visant à intervenir aux différents niveaux sont les suivants :

<p>Renforcer les capacités et les compétences des individus</p>	<p>Renforcer les communautés</p>
<p>Les interventions visent à (re)donner du pouvoir d'agir aux individus et aux collectivités et soutenir l'acquisition d'un sentiment de contrôle sur leur vie. Les démarches s'appuient sur les connaissances, attitudes, aptitudes et/ou la motivation des populations cibles. Le but est toujours l'éducation et le soutien des individus. Il s'agit de soutenir leurs atouts et de supprimer les barrières qui font obstacles à leur développement. L'information et l'éducation sont les moyens utiles pour développer et renforcer les capacités à faire des choix.</p>	<p>L'objectif est de renforcer la cohésion sociale et le soutien mutuel ; il s'agit d'amener les acteurs communautaires (élus, professionnels, décideurs institutionnels et habitants) à partager collectivement des priorités qui augmentent et protègent leur santé, leur bien-être et leur qualité de vie, qu'ils peuvent ensuite mettre en œuvre eux-mêmes et placer à l'agenda politique.</p>
<p>Améliorer les conditions de vie et de travail</p>	<p>Promouvoir des mesures politiques favorables à la santé</p>
<p>Cette catégorie rassemble les initiatives qui concourent à améliorer les conditions de vie et de travail des populations, ainsi que celles qui visent à optimiser l'accès aux biens et services essentiels (alimentation, enseignement, logement, aide sociale, soins, ...). L'objectif est de développer des environnements sains et favorables à la santé.</p>	<p>Ces interventions visent à modifier l'environnement macro-économique ou culturel afin de lutter contre les conséquences négatives des inégalités sociales sur la société. Il s'agit ici de mesures qui garantissent certains droits tels une politique macro-économique et de l'emploi favorable à la santé, l'encouragement de valeurs culturelles visant à promouvoir l'égalité des chances. Ce que ces mesures ont en commun, c'est le fait qu'elles soient intersectorielles, s'adressent à l'ensemble de la population et interviennent à toutes les échelles territoriales (à la fois en proximité et à un niveau global) Elles se concrétisent en textes législatifs et en normes.</p>

Différents niveaux de leviers d'action : quelques exemples



Les leviers d'action sont multiples, s'imbriquent et interviennent à différentes échelles. C'est pourquoi l'ensemble de la société est susceptible de contribuer à la réduction des ISS : acteurs politiques, intervenants de terrain des secteurs public et privé, de champs professionnels multiples (éducatif, sanitaire, social, médico-social...),

Le secteur de la recherche, nommé dans la 3^{ème} recommandation de la CDSS, a également un rôle à jouer. Sa mobilisation permet d'enrichir les éléments de mesure du problème, la compréhension de ses mécanismes et l'évaluation des impacts des interventions de réduction des ISS (à la fois en population générale, mais aussi en prenant en comptes les variables sociales).

À ces acteurs identifiés, il faut évidemment ajouter les populations elles-mêmes. Leur participation exige de la part des acteurs cités ci-dessus, la reconnaissance de la valeur de la parole et de l'expérience des citoyens. Par ailleurs, les populations doivent pouvoir être accompagnées sur le chemin de l'empowerment et du sentiment de contrôle de leur propre vie, afin de faciliter leur participation et leur implication.

Tout le monde peut intervenir à son niveau dans une action concertée ayant un objectif commun [6].



L'empowerment : Il s'agit d'un processus ou d'une approche qui vise à permettre aux individus, aux communautés, aux organisations d'avoir plus de pouvoir d'action et de décision, plus d'influence sur leur environnement et leur vie. [5]

Intervenir le plus précocement possible

Un même objectif peut trouver des leviers d'actions dans les 4 niveaux décrits plus haut. L'exemple du développement du jeune enfant est particulièrement significatif car un développement sain représente des assises pour une vie épanouie sur les plans social, affectif, cognitif et physique.

Les investissements dans le développement du jeune enfant sont les investissements les plus efficaces en termes de réductions des ISS que les pays peuvent faire pour :

- Réduire les maladies chroniques chez les adultes ;
- Réduire les coûts des systèmes judiciaires et carcéraux ;
- Permettre à un plus grand nombre d'enfants de grandir et de devenir des adultes en bonne santé, pouvant apporter une contribution positive à la société, socialement et économiquement ;
- Favoriser l'égalité des chances d'être en matière de santé entre les groupes.

Si les gouvernements agissent lorsque les enfants sont en bas âge, en appliquant et en intégrant des programmes de développement du jeune enfant de qualité à leurs plans de développement économique et social, ces investissements se rentabilisent maintes fois [7].



Illustration des 4 niveaux d'intervention par des leviers d'actions possibles pour intervenir dès le plus jeune âge – identifiés dans l'état des lieux mené par l'IREPS Pays de la Loire en région (2018)

- Renforcement des capacités et des compétences des individus :

Les programmes de développement des compétences parentales permettent par exemple un meilleur développement physique, émotionnel et social de l'enfant. Il s'agit par exemple de programmes probants tels que **Triple P** (Pratique Parentales Positives) ou **SFP** (Strengthening Families Program).

- Renforcement des communautés :

La cohésion et l'inclusion sociales sont essentielles au développement de l'enfant car elles nourrissent le sentiment de sécurité. Plusieurs dispositifs y contribuent comme les Lieux d'Accueil Enfants-Parents (LAEP) qui permettent aux parents, parfois très isolés devant les difficultés qu'ils rencontrent avec leurs enfants, de les partager avec d'autres et de trouver leurs propres solutions. Les Réseaux d'Écoute, d'Appui et d'Accompagnement des Parents (REAAP) réunissent des parents, des bénévoles et des professionnels et permettent la mise en place d'actions visant à conforter, à travers le dialogue et l'échange, les compétences des parents et la mise en valeur de leurs capacités.

- Amélioration des conditions de vie :

Des soins avant, pendant et après l'accouchement de la mère jusqu'aux premières années de vie de l'enfant, des systèmes de gardes de qualité accessibles financièrement, une stimulation préscolaire et ultérieure de qualité, un milieu de vie sain (qualité du logement, protection contre la violence, ...), un accès à une alimentation saine et en quantité suffisante pour la mère pendant la grossesse et pour l'enfant, ou encore des bibliothèques favorisant l'alphabétisation et la littérature grâce aux prêts de livres sont autant de leviers favorisant le développement du jeune enfant.

- Politiques favorables à la santé :

Des politiques de protection sociale (durée et indemnisation des congés maternité et paternité par exemple) et de travail favorables à la famille, qui garantissent un revenu approprié pour tous et qui permettent aux parents et aux personnes qui s'occupent d'enfants d'équilibrer leur vie familiale et professionnelle peuvent être des perspectives d'actions.

La posture pour travailler les inégalités sociales de santé

Parler de posture en « phase » avec la réduction des ISS, implique pour le professionnel de balayer au moins trois aspects :

- Sa capacité à interroger et analyser de façon critique sa place et son institution
- Sa façon de penser les projets
- L'interaction en face à face avec le public

Ma place et mon institution

Quel que soit le public auprès duquel le professionnel intervient, il importe de s'interroger sur différents aspects [8] [9] :

 Ma mission	 Mes actions	 Mes représentations
Quelle est la mission que me confie mon institution par rapport au public avec lequel je travaille ? Suis-je en accord avec cette mission ? Maintenant que je connais mieux le public, cette mission doit-elle évoluer ? Peut-elle évoluer ?	Que met-on en place dans mon institution pour renforcer les compétences du public accueilli ? Mon action permet-elle de réduire les ISS, ou au moins de ne pas les aggraver ? Quels sont les objectifs de mes actions ? Sont-ils en cohérence avec le développement de l'autonomie des personnes en prenant en compte leurs représentations, leurs projets, ... ? L'institution est-elle cohérente concernant cet aspect ? Par exemple, un atelier où l'on invite les personnes à être autonomes, à agir et à réagir ; et à quelques mètres de là, avec les mêmes personnes, un rapport qui serait tout autre, directif voire infantilisant.	Quelles sont mes représentations et ma connaissance du public ? Ses besoins, ses conditions de vie, sa demande ... Consciemment ou non certains stéréotypes peuvent imprégner nos manières d'agir. En prendre conscience, c'est permettre d'ajuster notre façon d'entrer en relation et/ou de construire nos actions.

Dans l'interaction en face à face avec le public

La posture professionnelle, c'est-à-dire la manière dont le professionnel se positionne et interagit avec le public auprès duquel il intervient doit être imprégnée de bienveillance. Porter un regard positif, non jugeant permet d'instaurer un climat de confiance qui libère la parole.

 « Je prends acte de la difficulté, de la problématique qu'elles ont – tout en étant réaliste. Si elles n'avaient pas ces problèmes, on ne les aurait jamais reçues chez nous. [...] Je prends acte de cela, mais je me focalise sur le potentiel qu'elles ont. Je suis devenu un prêcheur – et un pêcheur aussi – d'éléments en elles de positif. » [9]
Propos d'un(e) intervenant(e) de l'association belge « Comme chez nous »

Ce premier élément est une base solide pour ne plus penser « l'Autre » en termes de déficit à combler mais en termes de potentiels à nourrir et à développer. Il est important de faire en sorte que chaque personne se sente considérée pour ce qu'elle est malgré les problématiques qui peuvent l'accompagner dans son quotidien, qu'elle ne se sente pas enfermée dans son statut social ou ses conditions de vie.

Plus particulièrement dans le cadre d'animation d'espaces collectifs, trois repères stratégiques permettent de soutenir l'exercice des ressources et compétences du public [9] :

- **Négocier le cadre et le contenu** : discuter et décider ensemble du cadre dans lequel les activités vont se passer permettent déjà de stimuler les capacités d'expression, d'écoute et de négociation. Accepter de laisser progressivement le groupe prendre les rênes du projet collectif, c'est stimuler la capacité de penser et d'agir des participants. Prendre au sérieux ce qui est dit et le mettre en œuvre dans la mesure du possible constitue un atout majeur dans la palette des compétences du professionnel.
- **Favoriser la réflexivité** : elle s'appuie sur les allers retours entre l'expérience et la théorie. Ce processus est un levier essentiel pour le développement des compétences psychosociales et peut porter sur de nombreux niveaux.
- **Permettre de contribuer** : contribuer c'est apporter de manière volontaire des éléments personnels pour les partager avec le groupe. La contribution peut prendre une infinité de formes : le don d'un objet au groupe, le récit d'une expérience personnelle ou encore un soutien moral. Permettre à chacun de contribuer est une reconnaissance implicite des ressources et des qualités en présence dans le groupe.

2 / Agir ... avec quels outils ?

Des ressources pour appréhender les ISS

De nombreuses ressources (ouvrages, articles, supports d'intervention, ...) permettront aux professionnels de comprendre et s'approprier plus spécifiquement la question des inégalités et des ISS. Parmi celles-ci :

- L'**ouvrage** « Vulnérabilités, équité et santé » (P. Bodenmann ; Y. Jackson ; H. Wolff ; F. Vu ; M. Marmot, 2018), qui aborde la prise en charge et le soin du patient.
- L'**étude** d'ATD Quart Monde et de l'Université d'Oxford « Les dimensions cachées de la pauvreté. Recherche participative internationale » (2019), qui restitue les dimensions de la pauvreté et les facteurs d'intervention.
- Les données de **L'observatoire des inégalités** et ses publications, qui regroupent des ouvrages et des supports pédagogiques et vidéos pour illustrer et agir sur les inégalités.
- Le **document de plaidoyer** de l'INPES destiné aux élus des communes et de leurs groupements « Réduire les inégalités sociales et territoriales de santé. Intérêts d'une approche locale et transversale », 2013.

Des outils pour aider à penser les projets

Trois grilles font référence en termes de méthodologie pour aider les porteurs de projets à penser et questionner leurs actions en ayant une attention particulière à la réduction ou du moins à la non aggravation des ISS.

La grille Lor'IS [10]

Cet outil a été élaboré dans le cadre du pôle régional de compétences en éducation et promotion de la santé de Lorraine. La grille peut être utilisée en amont, pendant ou en aval d'un projet et s'adresse à un large public (champ sanitaire, éducatif, social, médico-social, culturel, environnement, du travail, du logement ...) qu'ils soient institutionnels ou associatifs.

Les utilisateurs de l'outil se positionnent pour chaque item sur une échelle croissante allant de - - à + +. L'objectif de l'échelle n'est pas de porter un jugement mais d'aider à prioriser les éléments à travailler.

Il est préférable d'utiliser cet outil en groupe afin que la démarche et les pistes envisagées soient co-construites.



Lor'is est construite autour de 5 critères :

- Travail intersectoriel et partagé.
- Analyse de situation globale intégrant les ISS.
- Approche positive et globale de la santé.
- Renforcement du pouvoir d'agir des individus.
- Évaluation interrogeant les effets du projet sur les ISS.

Réflex'ISS [11]

L'outil « Réflex-ISS » repose sur l'idée d'engager une réflexion collective plus systématique sur les interventions en santé publique et dans les secteurs connexes afin de s'assurer qu'elles prennent en compte les ISS.



Réflex'ISS approche la réduction des ISS selon les étapes du cycle de vie d'un projet, auxquelles s'ajoute l'empowerment.

Les 5 rubriques sont indépendantes les unes des autres, sans qu'il y ait de « meilleur » moment pour compléter cette grille.

Initialement développé dans un cadre de recherche par Santé publique France (précédemment INPES) et la Chaire REALISME (Canada), l'outil a rapidement répondu à un besoin d'acteurs de terrain. Il fédère plusieurs méthodes existantes d'évaluation et s'adresse à tous les acteurs impliqués dans la planification, la mise en œuvre ou l'évaluation d'une intervention conçue dans une perspective d'amélioration de la santé des populations.

La grille comporte 44 critères d'appréciation, ceux-ci étant de deux catégories : des critères d'efficacité valables pour toute intervention en promotion de la santé et des critères d'équité permettant de prendre en compte la réduction des ISS.

Il est possible de remplir cet outil directement en ligne, quelle que soit l'étape dans laquelle le porteur de projet se trouve.

La lentille ISS [12]

Cet outil a été élaboré par une équipe de l'Université de Gand en Belgique, missionnée par la Fondation Roi Baudouin. Il s'appuie sur 4 fondements théoriques :

- le statut socio-économique est l'indicateur principal, bien que l'on prenne en compte d'autres indicateurs tels que l'éducation, l'instruction, la culture ;
- les déterminants de santé, ainsi que les facteurs qui les composent, ont une très grande influence sur les inégalités ;
- les ISS se construisent et plusieurs types de mécanismes font que certaines personnes y sont confrontées plus rapidement et fortement que d'autres ;
- certaines approches permettent de réduire les ISS, notamment les stratégies de promotion de santé.



La lentille ISS s'attache à trois objectifs principaux :

- Connaître la population et le territoire
- Définir, identifier des stratégies d'action
- Évaluer les actions entreprises

L'outil, accessible en ligne, permet de regarder les projets qui commencent, en cours ou qui se terminent. Les trois versions sont à utiliser de façon successive afin de pouvoir mesurer la prise en compte des ISS dans le projet et en évaluer le processus.

Des outils pour intervenir auprès des publics

Dans le champ de la promotion de la santé, de nombreux outils pédagogiques sont à disposition des acteurs pour accompagner et animer leurs projets, dont certains vont permettre d'intervenir auprès des publics en visant la réduction des ISS :

- soit par une approche directe et collective, comme avec l'outil « **Il était une voix** » conçu sous la forme d'un fichier d'animation pour comprendre les ISS et appréhender concrètement leurs effets sur la santé ;
- soit par une approche plus transversale pour aborder :
 - La santé globale et ses déterminants
 - Les représentations de la santé
 - La vie sociale, les événements et parcours de vie
 - La qualité de vie, le bien être
 - L'expression des besoins et des ressources
 - Les compétences psychosociales : image de soi, estime de soi, confiance en soi, relation à soi et aux autres, émotions, communication, coopération...

Un **questionnaire** « Axes de réflexion autour des inégalités sociales de santé à travers les outils pédagogiques » [8] pourra aider les professionnels à interroger la place, l'utilisation des outils et leur prise en compte des ISS. Les questions y sont organisées en plusieurs axes essentiels à prendre en compte :

- Les questions de réflexion générale : l'outil peut-il être utilisé avec tous les types de public ? Risque-t-il de générer ou de renforcer les inégalités ?...
- La communication : la compréhension de l'outil peut-elle poser problème à mon public ? Le langage verbal, graphique de l'outil est-il adapté à mon public ?...
- Les valeurs, la vision de la société : l'outil reflète-t-il la réalité sociale de mon public ? A-t-il une vision stéréotypée ou nuancée de mon public ?...
- La stigmatisation : l'animation risque-t-elle de faire apparaître des différences au sein du groupe ? L'outil permet-il à chacun de se sentir respecté ?...
- Les démarches d'apprentissage : l'outil permet-il une appropriation des informations par le public ? Lui permet-il d'avoir le sentiment d'agir ?...

La prise en compte des publics vulnérables nécessite aussi une vigilance particulière quant à l'accessibilité des interventions, des actions, des supports de communication utilisés, ...et vient questionner la capacité des professionnels à faciliter la littératie des publics.

Des outils prenant en compte cette dimension sont disponibles, notamment ceux développés par Santé publique France à travers la collection « Pour comprendre » qui propose des brochures, dépliants et vidéos en faveur des publics qui ont difficilement accès à l'information. Un guide « Communiquer pour tous » est également proposé aux acteurs pour les aider à concevoir une information à destination de tous.

Tous ces outils sont disponibles en ligne sur l'espace dédié « **L'information accessible à tous** » du site Santé publique France.



Littératie en santé

« On entend par ce terme la motivation et les compétences des individus à accéder, comprendre, évaluer et utiliser l'information en vue de prendre des décisions concernant leur santé ». [13]



Bibliographie

- [1] Potvin L, Moquet MJ. (2010). **Réduire les inégalités sociales de santé**. INPES. 380 p.
- [2] Porcherie M, Le Bihan B., Pommier J. (2018). Les évolutions des modes d'action pour agir sur les inégalités sociales de santé dans les recommandations politiques à l'international et en France. SFSP. *Santé Publique*. Vol. 30, Suppl. 1. 33-45
- [3] Fondation Roi Baudouin. (2011). **Lentille ISS. Le questionnaire inégalités sociales de santé : Stratégies d'intervention**
- [4] REFIPS, INSPQ, Chaire CACIS. **Base de connaissances francophone pour intervenir sur les inégalités sociales de santé : Interventions pour réduire les ISS - Favoriser des pratiques équitables en matière d'emploi et de travail décent**
- [5] Cultures et Santé. (2014). **L'empowerment**. *Dossier Thématique*. n°4. 28 p.
- [6] REFIPS, INSPQ, Chaire CACIS. **Base de connaissances francophone pour intervenir sur les inégalités sociales de santé : Interventions pour réduire les ISS - Notions générales**
- [7] REFIPS, INSPQ, Chaire CACIS. **Base de connaissances francophone pour intervenir sur les inégalités sociales de santé : Interventions pour réduire les ISS - Soutenir le développement des enfants**
- [8] PIPSa. (2010). **Inégalités sociales de santé. L'outil pédagogique : la scie pour les réduire ou le marteau pour mieux les fixer ? Actes de la journée des 10 ans de PIPSa**
- [9] Cultures et Santé. (2016). **Compétences psychosociales des adultes en promotion de la santé**. *Focus Santé*. n°4. 24 p.
- [10] IREPS Lorraine. (2014). Lor'IS : sélection de critères contribuant à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé dans les actions de promotion de la santé. Une grille d'accompagnement des porteurs de projets. 16 p.
- [11] Guichard A, Ride V, Nour V., Lafontaine G. (2015). **Réflex'ISS. Outil de réflexion pour mieux prendre en considération les inégalités sociales de santé : guide d'utilisation et grille d'analyse**. CISSS de la Montérégie-Centre, Direction de la santé publique de la Montérégie. 19 p. et 27 p.
- [12] Fondation Roi Baudouin. (2011). **Lentille ISS. Le questionnaire inégalités sociales de santé**
- [13] Allaire C, Ruel J, Van den Broucke S, et al. (2017). **Communiquer pour tous : les enjeux de la littératie en santé**. Santé publique France. *La Santé en Action*. N°440. 8-38



Le témoignage du dossier

Entretien avec Anne-Sophie BANASZUK et Isabelle DE HERCE, médecins coordinateurs du Centre Régional de Coordination des Dépistages des Cancers (CRCDC) – Pays de la Loire.

Quelle action aimeriez-vous partager dans le cadre de ce Porte-clés ?

Le CRCDC vise à diminuer la mortalité par cancer, via le dépistage très précoce, auprès des personnes bien portantes sans symptômes, mais a aussi une mission de réduction des inégalités sociales de santé en Pays de la Loire. Pour ce faire, nous menons des actions auprès des personnes éloignées des soins (population précaire et territoires « sous-dépistés »).

Plutôt que de nous limiter à une action précise, nous préférons exposer ici plusieurs actions qui, dans ce contexte, ont toutes le même objectif : faire passer un message clair et compréhensible qui conduira à la réalisation du test de dépistage. Ainsi, nous allons à la rencontre des associations qui connaissent et qui ont une relation privilégiée avec des personnes en situation de précarité ou qui subissent un cadre d'exclusion (gens du voyage, détenus en maisons d'arrêt) ; nous organisons, dans des lieux communautaires (centre de soins infirmiers, laverie communautaire,...), des petits-déjeuners animés à travers un support visuel (vidéo et diaporama) et des discussions ; Dans des petites villes, nous créons des événements, autour d'une marche d'une heure un samedi après-midi, avec le personnel de la mairie, les médecins généralistes et une association de marcheurs. L'activité physique est suivie d'une collation puis un débat ouvert avec questions-réponses en invitant des spécialistes connus par la population. La curiosité peut faire déplacer du monde ! Nous avons toutefois abandonné les soirées d'information qui attiraient peu de personnes.

Quels sont les mécanismes en jeu, selon vous, qui participent à réduire ou à non aggraver les ISS ?

Sensibiliser l'ensemble d'une population concernée par des courriers pour proposer un test de dépistage des cancers semble égalitaire et pourtant cela a tendance à creuser les écarts : un message de prévention est mieux compris et assimilé par des personnes avec un niveau socio-économique élevé. Pour diminuer ces inégalités sociales, on accompagne le discours de prévention et on l'explique avec un contact humain individuel.

En effet, les événements, comme les marches ou les petits déjeuners nous permettent d'être proches de la population et d'adapter un discours simple, qui réponde aux attentes des participants. Le lien avec des structures partenaires, comme les CCAS (Centre communal d'action sociale) est également essentiel pour toucher un maximum de personnes, via notamment des personnes relais qui vont au contact des populations, et qui transmettent les messages même après notre départ. À noter, les actions dans les lieux partenaires fonctionnent mieux en routine : c'est la ritualisation qui amène les gens.

Autre point important : le message à véhiculer doit être simple, avec des supports appréciés, comme le sont les vidéos, mais également positif ! Le mot « cancer », associé dans l'imaginaire à la souffrance et la mort, est un véritable frein à la réception de nos messages, notamment pour une population en bonne santé apparente.

Avez-vous un conseil à donner aux acteurs qui souhaitent mettre en place des démarches visant la réduction des ISS ?

Les temps forts, utilisant des campagnes de communication grand public, sont des soutiens pour les actions et vont aider à toucher un maximum de personnes. C'est le cas par exemple d'Octobre Rose, temps mondialement connu pour le dépistage du cancer du sein, pendant lequel nous organisons des marches ou courses, ou encore de Mars Bleu (franco-français) pour le dépistage du cancer colorectal. Les réseaux sociaux comme Facebook ou Twitter sont également d'une grande aide pour relayer les événements et faire passer des messages à une large audience.

Les démarches d'aller-vers sont néanmoins primordiales, pour favoriser les rapports humains et approcher les populations les plus fragiles, en leur offrant des actions adaptées pour échanger, informer sur le test de dépistage des cancers et démystifier le sujet.

Des Clés pour aller plus loin



Le contenu de ce dossier s'appuie sur la sélection documentaire

Inégalités sociales de santé



Disponible en ligne sur le Portail documentaire en santé de l'IREPS et de l'ORS des Pays de la Loire, cette sélection propose un ensemble choisi de ressources essentielles et de référence sur les inégalités sociales de santé : ouvrages/rapports/études, revues/articles, outils pédagogiques...

[Consulter la sélection](#)



En Pays de la Loire

[PRS / Projet régional de santé 2018-2022](#)

ARS Pays de la Loire, 2018

[Plan régional d'accès à la santé 2017-2020.](#)

[La santé partout et pour tous](#)

Conseil régional des Pays de la Loire, 2017

[Chiffres et données de santé](#)

Indicateurs, cartes, études... relatifs à la santé des habitants des Pays de la Loire.

[OSCARS SANTÉ](#)

Base de données en ligne d'actions, d'acteurs et d'outils d'intervention dans le domaine de la prévention et de la santé publique.



Glossaires

Plusieurs glossaires permettent de mieux appréhender l'ensemble des concepts utilisés dans le champ des inégalités de santé :

- [Lentille ISS - Glossaire \(Fondation Roi Baudouin, Belgique\)](#)
- [Glossaire français des principaux termes sur l'équité en santé \(CCNDS, Canada\)](#)
- [Glossaire. Éducation pour la santé, promotion de la santé et santé publique \(Cres Paca\)](#)



Dossiers et rubriques de sites

- [10 faits sur les inégalités sociales de santé \(OMS\)](#)
- [Dossier documentaire Inégalités sociales de santé \(SFSP\)](#)
- [Espace thématique Inégalités sociales de santé \(Santé publique France\)](#)
- [La Tribune sur les Inégalités sociales de santé \(Refips\)](#)

Pour compléter ce dossier : le Portail documentaire en santé

- Rechercher dans la [base de données en ligne](#) avec le mot-clé « *Inégalité de santé* ».
- Consulter la sélection documentaire thématique « *Littératie en santé* ».



Qui sommes-nous ?



PromoSanté Pays de la Loire, Espace collaboratif d'expertise et de ressources, rassemble les membres suivants :



La rédaction du Porte-Clés Santé « Inégalités sociales de santé » a été réalisée par :

- Angéline Delalande, Les Apsyades, Fédération Addiction, Union Régionale Pays de la Loire
- Clara Galland et Laurence Girard, ORS Pays de la Loire
- Jessica Saillard et Cathy Barot, IREPS Pays de la Loire

Sous la coordination de Marjorie Nicol, l'IREPS Pays de la Loire.

Graphisme Audrey Bareil – www.audreybareil.fr

Dossier réalisé avec le soutien financier de l'Agence Régionale de Santé Pays de la Loire

