

Inégalités sociales de santé : quels impacts sur l'accès aux soins de prévention ?

Social Inequalities of Health : What Consequences for Access to Preventive Care ?

Jean Pascal, Hélène Abbey-Huguenin et Pierre Lombrail

Numéro 55, printemps 2006

La santé au risque du social

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/013229ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/013229ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Lien social et Politiques

ISSN

1204-3206 (imprimé)

1703-9665 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Pascal, J., Abbey-Huguenin, H. & Lombrail, P. (2006). Inégalités sociales de santé : quels impacts sur l'accès aux soins de prévention ? *Lien social et Politiques*, (55), 115–124. <https://doi.org/10.7202/013229ar>

Résumé de l'article

En abordant la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé sous l'angle exclusif de l'amélioration de l'accès aux soins des populations les plus « vulnérables », les politiques et programmes de santé considèrent une seule dimension de ces inégalités, alors qu'elles traversent l'ensemble de la hiérarchie sociale. Or, si les disparités d'accès aux soins préventifs ne constituent pas le déterminant principal des inégalités sociales de santé, dans un modèle de soins français essentiellement curatif, elles ne sont pas négligeables dans leur production. Cependant, les mesures visant à élargir l'accès aux soins de prévention ne sont pas les seules à mettre en oeuvre pour réduire les inégalités sociales de santé, qui traversent l'ensemble de la hiérarchie sociale.

Inégalités sociales de santé: quels impacts sur l'accès aux soins de prévention?

Jean Pascal, Hélène Abbey-Huguenin et Pierre Lombrail

Inégalités sociales de santé

Les différences sociales d'état de santé sont qualifiées d'inégalités sociales de santé, dans la mesure où elles concernent un objet socialement valorisé (la santé), où elles renvoient à une hiérarchie sociale et où le principe de justice sociale est en cause (Aiach et al., 2004). Ainsi, pour parler d'inégalités sociales de santé, quel que soit l'objet considéré, deux conditions doivent être réunies. D'une part, il doit s'agir d'un objet socialement valorisé, comme la santé par opposition à la maladie, mais ce peut être également le sentiment de bien-être par rapport à la souffrance, ou des soins efficaces par rapport à d'autres qui ne le sont pas. D'autre part, cet objet socialement valorisé doit concerner des groupes sociaux hiérarchisés dans une position dominant-dominé: les classes sociales, les catégories socioprofessionnelles, les groupes différenciés en fonction du revenu, de la richesse, de l'instruc-

tion, du sexe ou de l'origine ethnique. Ainsi, les disparités constatées (de consommation médicale, de prise en charge...) ne peuvent être qualifiées d'inégalités sociales que dans la mesure où elles ont des effets négatifs sur la santé en rapport avec des relations sociales hiérarchiques. Sinon, il s'agit simplement de différences.

Les inégalités sociales de santé sont constatées tout au long de l'échelle sociale et ne concernent pas seulement les plus défavorisés, même si ces derniers sont particulièrement concernés (Leclerc et al., 2000). Elles sont le résultat d'inégalités sociales structurelles qui caractérisent un pays à un moment donné de son histoire et de son développement économique. Elles ont pour origine des choix de société en matière d'emploi, de logement, d'éducation... Si la France présente de bons indicateurs globaux de santé et que l'espérance de vie féminine y est une des plus élevées d'Europe, paradoxa-

lement, la mortalité prématurée évitable y est la plus forte, notamment chez les hommes (HCSP, 2002). Ce paradoxe trouverait en partie son explication dans un système de santé marqué par de profondes inégalités sociales de santé (Lombrail et al., 2005). Ainsi, quels que soient les indicateurs de santé considérés: mortalité, morbidité, incapacités, santé perçue ou qualité de vie, apparaissent d'importants gradients selon les milieux sociaux, la profession, le niveau d'études... Les enquêtes successives de l'IRDES sur la santé et la protection sociale des assurés sociaux français, montrent une nette dégradation de l'état de santé au fur et à mesure que le niveau d'études baisse, et le lien étroit entre niveau de revenu du ménage et morbidité, même après correction de l'effet de l'âge et du sexe (Auvray et al., 2001; Auvray et al., 2003). L'épidémie d'obésité frappe inégalement suivant l'appartenance sociale: sa prévalence atteint 17% des foyers dispo-

sant d'un revenu mensuel inférieur à 900 euros contre 8,1% de ceux vivant avec plus 5300 euros par mois (Blanchard, 2006). C'est vrai dès l'enfance : chez les 5-12 ans, 23% des enfants d'ouvriers et de chômeurs sont en surpoids, contre 6,5% des enfants de cadres et de professions libérales. Plus spécifiquement, si on considère que le travail est un « privilège » des personnes en bonne santé, il n'en est pas moins un facteur de dégradation de la santé, et cela de manière très inégale selon la catégorie socioprofessionnelle et la catégorie d'emploi. Les résultats de l'étude Sumer 2003, portant sur l'exposition aux produits cancérigènes de 17,5 millions de salariés français, montrent que si plus de 2 millions sont exposés, 70% sont des ouvriers, et les hommes sont 4 fois plus exposés que les femmes (DARES, 2005). Ce sont les jeunes de moins de 25 ans, les apprentis ou les personnes en contrat de formation, les intérimaires ou les CDD qui sont les plus touchés, justifiant d'ailleurs la nécessité de prendre en compte ce que certains appellent « la nouvelle question sociale ».

Les mécanismes par lesquels les inégalités sociales produisent des inégalités de santé sont complexes et

loin d'être tous élucidés. De nombreux modèles s'appuyant sur des théories sociales et les résultats de recherches en épidémiologie sociale ont été proposés pour les expliciter (Chauvin, 1998; Mackenbach et al., 2002). Ils intègrent, d'une part, les déterminants « classiques » de la santé des populations et des individus que sont les facteurs environnementaux, sociaux et physiques, les déterminants biologiques, les déterminants relatifs au mode de vie, l'offre de services de santé et les déterminants du recours et de l'accessibilité à ces services, et, d'autre part, des déterminants « intermédiaires » ou « psychosociaux ».

Les travaux de recherche ont, en effet, souligné l'importance des caractéristiques psychosociales et comportementales individuelles et celle du réseau social dans la détermination de l'état de santé (Berkman et al., 2000). Ainsi, l'estime de soi et les capacités d'adaptation, la place occupée dans la hiérarchie sociale, la richesse du réseau social construit autour de l'individu, la satisfaction au travail, le degré de maîtrise ou d'impuissance face à son avenir, les représentations de la santé et l'attention portée à sa santé, la hiérarchisation des besoins de santé par rapport aux autres besoins jugés importants par la personne, l'intériorisation des normes médicales et les expériences antérieures ou familiales de maladie et de recours aux soins seraient autant de facteurs associés à l'état de santé.

Ces modèles se distinguent en fonction de l'importance qu'ils accordent aux différents facteurs, mais considèrent tous que les déterminants sociaux interagissent sur l'état de santé selon un mécanisme de causalité en chaîne faisant intervenir les différents déterminants psy-

chosociaux intermédiaires. Ces interactions peuvent survenir tout au long de la trajectoire de vie des individus. Ainsi, les problèmes vécus lors de l'enfance auraient des répercussions sur l'état de santé à l'âge adulte, notamment dans les milieux sociaux défavorisés (Menahem, 1994; Menahem, 2004).

Les déterminants intermédiaires auraient un impact sur l'état de santé par le biais de facteurs plus « proximaux » que sont les comportements de santé et les modalités d'accès aux soins. Les disparités d'accès aux soins peuvent être source d'inégalité sociale dans la mesure où elles ont des effets sur la santé des groupes sociaux en rapport avec des relations sociales hiérarchiques (Surault, 2004). C'est le cas, par exemple, lorsque les besoins de soins ne sont pas suivis d'accès ou lorsque les soins délivrés ne conduisent pas à des résultats de santé identiques selon la situation sociale des personnes (Lombrail et al., 2004).

Inégalités sociales d'accès aux soins

L'expression accès aux soins est polysémique et désigne tout autant une possibilité ou accessibilité, notamment en termes de droits sociaux, que l'usage ou recours qui en est fait ou pas. Il est classique de se référer au concept d'accessibilité développé par Andersen (Andersen et al., 1977). L'accès aux soins se décline en « accès potentiel » ou possibilité d'accéder aux soins (accessibilité) et en « accès réalisé » ou recours aux soins. L'accès aux services de santé est décrit comme la résultante de trois ordres de facteurs : déterminants sociétaux, caractéristiques du système de soins et déterminants individuels (Andersen et al.,

1978). Les déterminants individuels recouvriraient, outre l'état de santé perçu, des facteurs prédisposants (caractéristiques démographiques, niveau d'instruction, catégorie socio-professionnelle, opinions et croyances des individus) et des facteurs favorisants (correspondant à la capacité des individus à se procurer des services de soins en fonction de leurs besoins: le niveau de revenu, le type de protection sociale, l'existence d'une source de soins habituelle). En termes de référence, l'institut de médecine des États-Unis a défini l'accès aux soins comme l'utilisation en temps utile des services de santé par les individus de façon à atteindre le meilleur résultat possible en termes de santé (Lurie, 1997). L'accès aux soins est décliné en «accès primaire», c'est-à-dire l'entrée dans le système de soins ou son degré d'utilisation, et en «accès secondaire», correspondant à la manière structurellement déterminée dont se déroulent les soins après un premier contact.

Si l'on considère le rôle du système de soins dans la genèse d'inégalités sociales de santé, le rôle de l'accessibilité secondaire aux services de santé nous semble avoir longtemps été sous-estimé. Pourtant, les inégalités d'accès secondaire aux soins peuvent revêtir deux formes: inégalités par «omission» et inégalités par «construction» (Lombrail et al., 2004). Les inégalités par «omission» sont liées au fonctionnement même du système de soins, dans lequel dominant les soins curatifs. Elles sont non intentionnelles et résultent essentiellement d'un défaut de coordination entre professionnels ou structures, au cours des trajectoires des patients ou des contacts élémentaires. Plusieurs éléments participeraient à ces inégalités par omis-

sion: l'orientation majoritairement curative du système de soins français; le manque de personnel, notamment social, dans les hôpitaux, empêchant un accompagnement adapté des publics défavorisés; la conception que les médecins ont de leur mission; les difficultés rencontrées par les médecins généralistes libéraux pour toucher les patients les plus à risque; la perception que les personnes défavorisées ont de leur état de santé. Les inégalités par «construction» résultent de l'absence de prise en compte des inégalités dans l'élaboration de certains programmes ou recommandations. Il s'agit, par exemple, de l'absence de prise en compte de la situation sociale des personnes. Il en est ainsi de certaines recommandations de pratiques médicales visant des pathologies pour lesquelles la situation sociale conditionne la probabilité de leur survenue et (ou) de leur prévention (Lang, 2005).

Les modalités d'accès aux soins et la nature des soins consommés varient en fonction de la situation sociale des individus (Leclerc et al., 2000). Lorsque l'on monte dans la hiérarchie sociale, les soins sont de plus en plus spécialisés, avec davantage d'analyses biologiques, de recours aux médecins spécialistes, aux kinésithérapeutes, aux dentistes, et un moindre recours aux médecins généralistes, aux infirmières ou à l'hospitalisation. Dans les milieux modestes, en termes d'accès aux soins primaires, les personnes ont plus tendance à recourir à l'hôpital qu'à la médecine de ville (Surault, 2004). L'enquête sur la santé et la protection sociale menée en 2000 (Auvray et al., 2001) montre que le recours au médecin spécialiste chez les cadres est près de deux fois plus fréquent que pour les ouvriers non

qualifiés, mais le taux d'hospitalisation est plus faible. L'enquête *Baromètre santé 2000* du Comité français d'éducation pour la santé (actuel Institut national de promotion et d'éducation pour la santé) souligne que, si le recours aux différents professionnels de santé est très fréquent parmi les 18-75 ans, quels que soient l'âge et le sexe, des différences apparaissent selon le niveau d'études ou de revenu. Les plus diplômés avaient significativement moins consulté de médecins généralistes au cours des 12 mois précédant l'enquête, mais étaient plus nombreux à être allés chez un gynécologue ou un autre médecin. Par ailleurs, la proportion de consultants de spécialistes, en particulier des gynécologues, était plus élevée pour les personnes disposant de plus forts revenus.

Dans l'exemple de la prévention secondaire du cancer du sein, la littérature montre que les femmes participant moins aux programmes de dépistage organisé du cancer du sein sont plus âgées, ont un niveau d'études plus bas et appartiennent à une catégorie socioéconomique moins élevée que les autres (Makdessi-Raynaud, 2005). Les femmes qui bénéficient le moins de frottis de dépistage du cancer du col de l'utérus sont, de même, celles qui ont les plus bas niveaux de revenu, et le plus bas niveau d'études (Chan Chee et al., 2005). En l'absence de possibilité de prévention primaire de ce cancer, seul un diagnostic précoce permet une prise en charge thérapeutique plus précoce et une amélioration de son pronostic. Les travaux de l'Institut national de veille sanitaire (InVS) montrent que le délai de prise en charge après dépistage est trop long dans notre pays (Ancelle-Park et al., 2002). Si l'objectif final est de réduire la mortalité évitable, il faut

draît que les suites d'un dépistage positif soient gérées au mieux pour qu'une prise en charge de qualité suive dans les meilleurs délais. Or, ce n'est pas proposé par le système de soins français, à la différence de ce qui se passe dans d'autres pays de l'Europe, et laisse donc le libre champ, par exemple, à de fortes inégalités d'accès aux soins secondaires (Lombrail et al., 2005). L'enquête sur la santé, les soins et la protection sociale publiée, en 2000, par le CREDES montrait que les femmes dont les conditions de vie étaient les plus difficiles avaient à la fois un moindre recours et un recours retardé à l'examen gynécologique et à la mammographie (Auvray et al., 2001).

Réduction des inégalités sociales d'accès aux soins de prévention

La reconnaissance par les pouvoirs publics des inégalités sociales de santé est relativement tardive : la hiérarchisation par catégories socioprofessionnelles (CSP) de la mortalité objectivée par les premiers résultats de l'enquête longitudinale de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), publiés à partir de 1965, n'a pas été perçue comme une composante des inégalités sociales (Drulhe, 2000).

Les politiques publiques mises en œuvre et susceptibles de contribuer à la réduction des inégalités sociales de santé sont avant tout des politiques orientées vers la lutte contre les exclusions (Loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions, 1998), reposant sur une logique assistancielle et visant à garantir aux plus démunis l'égalité d'accès aux soins, à l'exemple de la mise en place de la Couverture maladie universelle, en 2000 (loi du 27 juillet 1999, titre II).

La réduction des inégalités sociales de santé dans notre pays serait essentiellement envisagée par le politique sous l'angle de l'accès primaire aux soins, en privilégiant une approche par populations spécifiques en direction des plus démunis, essentiellement définis comme étant en situation de précarité sociale. Cela est bien illustré par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Cependant, les mesures visant à améliorer l'accès aux soins des plus démunis ne sont pas les seules à mettre en œuvre pour réduire les inégalités sociales de santé qui traversent l'ensemble de la hiérarchie sociale. Elles ne se superposent pas, la précarité sociale définissant une situation et une catégorie, la hiérarchie sociale caractérisant un état structurel et un fait relationnel. Ainsi, des mesures systémiques de portée plus générale sont également nécessaires, pour améliorer l'état de santé de l'ensemble de la population (Mackenbach et al., 2002) : d'une part, des mesures visant les autres déterminants (les conditions de travail notamment), d'autre part, des mesures favorisant l'accès secondaire aux soins, notamment, préventifs.

Certes, les disparités d'accès aux soins préventifs ne constituent pas le déterminant principal des inégalités

sociales de santé, mais elles ne sont pas négligeables dans leur production, en aggravant les inégalités face à la maladie (HCSP, 2002). Les taux de fumeurs les plus élevés s'observent dans les milieux sociaux défavorisés (Auvray et al., 2001). La consommation d'alcool varie en fonction de la catégorie socioprofessionnelle et elle est plus élevée chez les ouvriers et les artisans (Brixi et al., 2000). Le *Baromètre santé adultes* 1995-1996 mettait en évidence que les personnes de plus haut niveau d'études et des catégories socioprofessionnelles les plus élevées avaient plus souvent été vaccinées dans les dix ans que les autres (Janvrin et al., 1997). Ces disparités sociales n'apparaissaient pas dans le *Baromètre santé* 2000. Cependant, parmi les femmes, les plus diplômées avaient un meilleur niveau de connaissance sur le vaccin ROR que les autres (Guagliardo et al., 2001).

Les disparités sociales constatées dans le domaine de la prévention relèvent du domaine des représentations et attitudes vis-à-vis de la prévention, des comportements à risque pour la santé, de l'accès aux soins préventifs et de l'attitude des professionnels de santé. Ce dernier point est peu étudié. Pourtant, des études ont montré que les pratiques de prévention des professionnels de santé différaient en fonction du profil socioéconomique des patients. Des actes de prévention, comme le dépistage des cancers gynécologiques ou la dispense de conseils pour l'arrêt du tabac, seraient moins souvent réalisés pour les populations défavorisées (Heremans et al., 1999). En outre, les médecins généralistes ont parfois du mal à adapter leur pratique vis-à-vis des patients en situation de précarité sociale, qui ont des demandes complexes et des plaintes

multiples faites de souffrance physique, psychique et sociale. Les consultations avec ces patients nécessitent plus de temps pour bien comprendre la situation, résoudre les problèmes sociaux et convaincre les patients d'adhérer aux soins. En l'absence de structuration du système sanitaire et social local, ces contraintes peuvent décourager le médecin de s'engager dans une telle démarche (Dubreuil et al., 1998). Les soins préventifs ne sont alors pas la priorité, et la prise en charge est réduite au strict nécessaire.

Les facteurs de recours aux soins de prévention

Des modèles théoriques ont été construits par les chercheurs en sciences psychosociales pour expliciter pourquoi les personnes adoptent ou non un comportement donné, notamment en matière de recours à la prévention (Godin, 1991). Par ailleurs, des cadres conceptuels ont été élaborés pour expliciter l'utilisation des services de santé. Les études menées pour identifier les facteurs liés à la participation aux programmes de prévention, en particulier de dépistage, ou les motifs de résistance ou d'adhésion se sont appuyées sur ces théories et cadres conceptuels.

Différents types de facteurs peuvent influencer les comportements de santé. Il est classique de distinguer des facteurs génétiques, sociaux (telle l'incitation sociale) et émotionnels (par exemple quand l'adoption d'un comportement est source de plaisir immédiat), les croyances et les représentations, la santé perçue et les croyances et représentations des professionnels. Les comportements ne sont d'ailleurs pas indépendants les uns des autres, de sorte que certains auteurs utilisent la notion de

conduite ou de style de vie. Or, la façon dont les comportements sont conceptualisés détermine la façon dont ils seront pris en compte par la santé publique (Mann, 1998).

Les modèles théoriques accordent plus ou moins d'importance à tel ou tel facteur, et ils sont plus ou moins bien adaptés en fonction du type de comportement étudié (recours aux services de soins, comportement en général ou spécifiquement en lien avec la santé...). Il existe ainsi une vingtaine de modèles visant à expliciter les comportements. D'autres facteurs psychosociaux, pas toujours bien intégrés dans ces modèles, peuvent influencer notablement les comportements, comme le stress perçu ou le soutien social. Ainsi, plus récemment des modèles ont été développés par les tenants de la psychologie de la santé qui s'intéressent à l'étude de l'adoption des comportements favorables à la santé, notamment en matière de prévention individuelle, tel que développé dans le modèle intégratif et pluri-factoriel (Bruchon-Schweitzer, 2002).

Politique de prévention

L'appropriation du concept de prévention dans le droit sanitaire français est relativement tardive (les pays anglo-saxons ont agi plus tôt). Il en est initialement question, de façon indirecte, dans le Code de la sécurité sociale confiant, en 1988, une mission de prévention aux Caisses d'assurance maladie (article L262-1), puis plus récemment dans la loi de 1998 relative à la lutte contre les exclusions instaurant des programmes d'accès à la prévention. Cependant, il s'agit de références générales à la prévention.

C'est la loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la

qualité du système de santé, qui donne au droit sanitaire français une définition précise de la politique à suivre en matière de prévention. Elle inscrit celle-ci dans le Code de la santé publique (article L1417-1). Cet article précise que la politique de prévention a pour but d'améliorer l'état de santé de la population en évitant l'apparition, le développement ou l'aggravation des maladies ou accidents et en favorisant les comportements individuels et collectifs pouvant contribuer à réduire le risque de maladie et d'accident. Il introduit la notion de promotion de la santé, qui doit donner à chacun les moyens de protéger et d'améliorer sa propre santé. Ainsi définie, la politique de prévention a, notamment, pour vocation d'améliorer les conditions de vie et de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé. La loi invite à l'instauration de programmes prioritaires nationaux de prévention (article L1417-2) et prévoit la mise en place d'un comité national technique de prévention (article L1417-3). Elle crée un établissement public de l'État, l'Institut national de promotion et d'éducation pour la santé (INPES), destiné à être l'opérateur des pouvoirs publics dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé.

Plus récemment, la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique reprend ce concept de prévention et le replace dans le cadre plus large d'une politique de santé publique. Elle énonce que cette politique de santé publique concerne, notamment, la prévention des maladies, des traumatismes et des incapacités. Ce choix renvoie à la définition classique retenue par l'OMS et élargit le champ de la prévention aux actions d'information et d'éducation à la santé. Cette loi prévoit, en outre,

l'existence de programmes de prévention, dans le cadre desquels sont prévus des consultations médicales périodiques de prévention et des examens de dépistage. Si elle ne permet pas de préjuger de l'engagement des pouvoirs publics français en la matière, elle énonce que la réduction des inégalités de santé est une des responsabilités de l'État et un des neuf principes à l'origine de la politique de santé publique. L'article L1411-1-1 énonce ainsi que « l'accès à la prévention et aux soins des populations fragilisées constitue un objectif prioritaire de la politique de santé. Les programmes de santé publique mis en œuvre par l'État ainsi que par les collectivités territoriales et les organismes d'assurance maladie prennent en compte les difficultés spécifiques des populations fragilisées ». Elle réaffirme, par ailleurs, l'obligation de mettre en œuvre dans chaque région des Programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins (PRAPS).

Des populations ciblées

Suite aux profonds changements socioéconomiques auxquels est soumise la société française depuis plus de vingt ans, tels la dégradation du marché du travail ou le délitement

progressif des liens sociaux traditionnels, la proportion de personnes confrontées à des situations de fragilité sociale a crû progressivement. Parallèlement, le concept de « fracture sociale » est apparu dans le discours politique. Ainsi, en France, les politiques de réduction des inégalités de santé privilégient des approches dirigées vers des groupes « vulnérables ». Pour pouvoir mettre en œuvre des interventions ciblées en direction de catégories de populations spécifiques, à l'exemple de programmes de prévention tels que préconisés dans la loi relative à la politique de santé publique, il est nécessaire, d'une part, de définir les limites de ces populations et, d'autre part, d'essayer de les identifier. Les termes de pauvreté, de grande pauvreté, d'exclusion ou de précarité sociale sont souvent employés de façon indifférenciée, en particulier par le politique ou les médias, alors qu'ils renvoient à des réalités sociales différenciées et évoluent en fonction du contexte social et politique et des représentations sociales (Paugam, 1996). Il devient nécessaire de préciser des définitions, notamment s'il s'agit de repérer ces populations, afin de répondre en partie à la question, tout en sachant qu'il s'agit d'un processus dynamique qui peut évoluer dans le temps.

C'est l'assistance qu'une personne reçoit publiquement de la collectivité qui détermine son statut de pauvre, critère de son appartenance sociale à une strate spécifique de la population (Paugam, 2006), à un moment donné de son existence. L'approche descriptive et quantitative des pauvres renvoie classiquement à des indicateurs monétaires, et les pauvres sont définis par rapport à un seuil de pauvreté. Il est toutefois nécessaire de croiser ces indicateurs

monétaires avec d'autres, notamment ceux relatifs au logement et à l'emploi, pour avoir une idée plus précise des caractéristiques des familles touchées par la pauvreté. En 2001, selon l'INSEE, le seuil de pauvreté, correspondant en France à la demi-médiane du revenu par unité de consommation, variait de 602 euros pour une personne seule à 1505 euros pour un couple avec deux enfants de plus de 14 ans. Le nombre de personnes pauvres était estimé à 3,6 millions, soit près de 6% de la population française.

La grande pauvreté est définie par l'INSEE comme l'état d'un foyer dont le revenu est inférieur ou égal à un tiers du revenu médian. Elle est souvent associée à d'autres situations socioéconomiques : une pauvreté héritée ou ancienne ; une accumulation de plusieurs handicaps dans des domaines essentiels comme la santé, le logement ou l'éducation ; l'appartenance à un groupe ethnique vivant en France depuis moins de dix ans ; une histoire marquée par des ruptures importantes ; un sentiment de différence, de non-appartenance, de rejet conduisant à la marginalisation.

L'exclusion est à la fois un processus et un état, consacrant un défaut d'intégration (ONPES, 2000). Elle est notamment caractérisée par l'absence (pendant une période plus ou moins longue) de la possibilité de bénéficier des droits attachés à la situation sociale et à l'histoire de l'individu concerné. Un « exclu » est une personne qui se trouve dans un état de pauvreté et ne bénéficie pas — parce qu'elle n'en a pas le droit, ignore ses droits, ou n'a pas l'énergie de faire les démarches nécessaires — des possibilités d'aide correspondant le plus à sa situation (revenu, logement, école, santé). L'exclusion

recouvre donc la dimension économique (absence d'emploi et insuffisance répétée de ressources), la non-reconnaissance ou le non-usage des droits (sociaux, civils et politiques) et les relations sociales. En 1998, «les exclus» représentaient 0,5% de la population française, soit 300 000 personnes (HCSP, 1998).

La précarité ne doit pas être confondue avec l'exclusion ou la pauvreté. Elle touche en réalité une partie de la population française qui va bien au-delà des populations pauvres ou exclues. En France, les acteurs sociaux font souvent référence à la définition retenue par le Conseil économique et social, en 1987, donnée par Wresinski: «La précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible» (Wresinski, 1987). En 1998, dans le champ de la santé, le Haut Comité de santé publique a donné une définition plus large de la précarité: elle correspond à un processus de fragilisation conduisant à une plus grande vulnérabilité face à un certain nombre de handicaps sociaux, coûteux pour l'individu et susceptibles d'entraîner un glissement vers des situations plus durables et plus dramatiques, proches de la grande pauvreté et de l'exclusion (HCSP, 1998).

La précarité recouvre ainsi des situations sociales très diverses, conséquences de processus de précarisation d'origine variée: précarisation de l'emploi et du travail, érosion des solidarités familiales, fragilisation due à la maladie ou à la faible santé... Ces processus, caractérisés par l'instabilité des situations, correspondent à un enchaînement d'événements et d'expériences qui débouchent sur des situations de fragilisation économique, sociale et familiale. Ainsi, dès lors qu'une fragilité dure et qu'elle se cumule avec d'autres fragilités, soit acquises précédemment, soit surgissant à l'occasion de la difficulté principale, le risque de précarisation croît fortement. Ces processus sont dynamiques et évoluent constamment. Les situations de précarité sont donc susceptibles d'être transitoires et réversibles (HCSP, 1998; Parizot, 1998). Elles touchent des individus issus de tous les milieux sociaux et professionnels, bien que frappant plus fortement les plus démunis. Ces situations étant complexes et difficiles à caractériser, il est difficile de connaître précisément la proportion de personnes touchées. Les données économiques et sociales disponibles laissent supposer cependant que la précarité au sens large proposé par le Haut Comité de santé publique est un phénomène massif, qui toucherait 20% à 25% de la population française, soit 12 à 15 millions de personnes (HCSP, 1998).

L'absence de définition précise de la précarité sociale rend difficile l'identification des populations en situation de précarité sociale, notamment dans l'application des politiques de santé, dans la perspective de la mise en œuvre d'interventions de rattrapage des conséquences (pour la santé, par exemple). Peu d'outils de repérage de ces populations ont été développés (Pascal et

al., 2004). Toutefois, nous avons été amenés à construire et évaluer un outil de repérage des personnes en situation de précarité sociale venant consulter à l'hôpital (Pascal et al., 2006). Cette démarche a été conduite dans le cadre d'un Programme hospitalier de recherche clinique national, sur les pertes de chances médicales des patients en situation de précarité sociale venant consulter à l'hôpital public; il s'agissait aussi d'identifier et de proposer des modèles de rattrapage des inégalités sociales de soins de prévention à l'échelle de l'hôpital et du territoire de santé concerné.

Alors qu'il s'agit d'un phénomène en perpétuel mouvement, caractérisé par l'instabilité des trajectoires de vie individuelles, souvent transitoire, la catégorisation présente la précarité comme un phénomène statique, ce qui pourrait paraître paradoxal au vu de sa définition. Elle expose au danger d'une stigmatisation de ces populations, risquant de renforcer les phénomènes de précarisation: résistance des acteurs du soin, prise en charge médicale cloisonnée ou différentielle, exclusion d'une procédure de soins pour non-appartenance à une catégorie (Lombrail et al., 2004). Cette démarche, plus ancienne, existe par rapport à la mesure de la pauvreté et de l'exclusion et a évolué en fonction des conceptions et des représentations, objectivée par la diversité des indicateurs produits pour décrire ces situations (Paugam, 1996). Catégoriser constitue à un moment donné un outil nécessaire pour l'action (Lebas et al., 1998; HCSP, 1998). Dans la prise en charge sociale ou sanitaire des usagers, les professionnels du soin ont besoin à un moment donné de décrire les populations qu'ils prennent en charge, mais aussi d'évaluer leurs actions; les décideurs des établissements de soins ont besoin d'informa-

tion pour définir des priorités d'action, planifier, adapter l'offre de soins de leurs établissements et évaluer leurs effets. En 2005, le Centre technique d'appui et de formation des centres d'examen de santé (Cetaf) publiait dans un rapport d'étude un score de précarité individuel, le score EPICES, construit à partir des populations spécifiques fréquentant les centres d'examen de santé (CES). En effet, les personnes en situation de précarité constituent une des cibles prioritaires des actions de soins de ces centres, telles que définies par l'article 2 de l'Arrêté ministériel du 20 juillet 1992, qui en donnait une définition plutôt restrictive, centrée essentiellement sur la situation par rapport à l'emploi (Cetaf, 2005).

Des territoires d'action

L'amélioration de l'accès aux soins et à la prévention des populations « les plus démunies », en situation de « précarité sociale », « confrontées à l'exclusion » ou « fragilisées », selon l'expression employée, nécessite, pour être efficace, de définir les limites des populations ciblées et de connaître leurs besoins spécifiques, notamment en matière de santé, afin d'élaborer des programmes d'intervention adaptés. Les acteurs de proxi-

mité susceptibles d'être en contact avec ces populations, tels les travailleurs sociaux, les bénévoles du milieu associatif ou les professionnels de santé de premier recours (médecins généralistes, professionnels des services d'accueil des urgences, des centres d'examen de santé, des centres de soins gratuits, des planings familiaux, de la protection maternelle et infantile) font partie des personnes les mieux placées pour participer à la mise en œuvre de ces interventions ciblées. L'efficacité de ces interventions nécessite, par ailleurs, une bonne coordination de ces acteurs. Les caractéristiques et les besoins des populations en situation de précarité sociale sont fortement conditionnés par le contexte socio-économique et l'environnement local, et sont donc très variables en fonction des bassins d'emploi considérés.

L'échelle territoriale choisie pour définir les programmes d'intervention en santé devrait donc permettre de répondre de façon adaptée aux besoins spécifiques des populations ciblées et de coordonner efficacement les acteurs. Le département paraît de ce fait être un territoire pertinent pour définir les programmes d'intervention (c'est notamment le cas des programmes de dépistage organisé des cancers), leur mise en œuvre pouvant être modulée au niveau infradépartemental, en fonction des particularités locales. Ainsi, le département constitue souvent le niveau de mise en œuvre opérationnelle des Programmes régionaux de santé (PRS) instaurés par les ordonnances de 1996, dont font partie les Programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) introduits quelques années plus tard par la loi d'orientation de lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998. Les PRAPS ont pour objectif d'identifier

une liste de priorités d'actions à mener pour améliorer l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies, plus particulièrement en situation de précarité sociale, et sont destinés à coordonner l'ensemble des initiatives locales, départementales et régionales en la matière.

Par ailleurs, dans le cadre des travaux d'élaboration des Schémas régionaux d'organisation sanitaire de troisième génération (SROS III), une réflexion a été engagée dans chaque région française sur la définition de territoires de santé, correspondant à une échelle territoriale pertinente pour l'organisation de l'offre de soins et la répartition des activités, tenant compte des réalités locales. Ces territoires de santé (régionaux, départementaux) rassemblent plusieurs territoires de proximité de premier recours aux soins, infradépartementaux. « Ce niveau de proximité doit permettre de répondre aux besoins de la population tant sur le plan des soins que sur celui de la prévention » (Circulaire n°101/DHOS/O/2004 du 05 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de 3^e génération). Les SROS III seront construits à partir des projets médicaux de territoire élaborés par les acteurs sanitaires et sociaux de ces territoires. On devrait pouvoir décliner au niveau de chacun des territoires, de santé de façon précise, les orientations stratégiques définies dans les SROS afin d'améliorer l'organisation sanitaire. Le champ d'action de la prévention devrait y trouver plus de place, puisque ces échelles territoriales trouvent, elles aussi, leur légitimité dans la loi relative à la politique de santé publique. Une des orientations stratégiques du SROS III de la Région des Pays de la Loire réaffirme le principe de l'accessibilité « géographique » (proximité des

soins, filières de soins, réseaux de soins...) et « socioéconomique » pour une meilleure prise en compte des personnes vulnérables (ARH des Pays de la Loire, 2006). En réponse, un de ces plans d'action s'attache à développer les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) dans les hôpitaux, mesure préconisée par le PRAPS de cette région, destinées à l'amélioration de la prise en charge médico-sociale des usagers en situation de vulnérabilité sociale, plus particulièrement de précarité. En matière de périnatalité, l'amélioration de l'orientation et de la prise en charge des femmes en situation de fragilité sociale passe par la formalisation de réseaux de proximité, sanitaires et sociaux, publics et privés, des acteurs concernés, sensibilisés à la prise en charge de ces publics, avec l'appui des PASS, notamment par rapport au repérage des situations de précarité, en lien avec le Réseau sécurité naissance de la Région.

Conclusion

En abordant la problématique de la réduction des inégalités sociales de santé sous l'angle de l'amélioration de l'accès aux soins des populations en situation de précarité sociale, en France, les politiques publiques et les programmes qui en découlent considèrent essentiellement une seule dimension de ces inégalités. Des mesures systémiques, consistant, par exemple, à renforcer les services de santé publique existants ou à redéfinir les pratiques, seraient aussi à envisager à plus long terme. Il s'agirait, par exemple, de mieux intégrer la prévention dans la pratique clinique des professionnels du soin ou de réhabiliter la mission de prévention de l'hôpital public et de « conforter » le potentiel de la médecine du travail. Toute l'échelle

sociale est concernée par les inégalités sociales de santé, et des mesures visant à améliorer l'état de santé de l'ensemble de la population, ou tout du moins une partie plus large que les populations en situation de précarité sociale, sont nécessaires.

Quelle que soit l'approche considérée, il semble nécessaire en France de mener une réflexion plus large sur les causes des inégalités sociales de santé et sur les moyens d'y remédier. Il est nécessaire de poursuivre et de développer des travaux de recherche, d'une part, sur les facteurs explicatifs des barrières à l'accès aux soins, et, d'autre part, sur les déterminants sociaux et psychosociaux de l'état de santé, pour pouvoir élaborer et mettre en œuvre des politiques et programmes de santé adaptés, éventuellement ciblés selon ces facteurs.

Jean Pascal

Hélène Abbey-Huguenin

Pierre Lombrail

PIMESP-CHU de Nantes, Hôpital

Saint-Jacques

PIMESP, Laboratoire de santé

publique

Bibliographie

AÏACH, P., et D. FASSIN. 2004. « L'origine et les fondements des inégalités sociales de santé », *La revue du praticien*, 54: 2221-2227.

ANCELLE-PARK, R., J. NICOLAU et A. C. PATY. 2002. *Dépistage du cancer du sein-évaluation du suivi épidémiologique, situation au 31 décembre 2000*. Saint-Maurice, Institut national de veille sanitaire-Département maladies chroniques et traumatismes.

ANDERSEN, R., et J. F. NEWMAN. 1977. « Societal and individual determinants of medical care utilization in the United

States », *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 51: 95-124.

ANDERSEN, R., et L. A. ADAY. 1978. « Access to medical care in the U.S.: Realized and potential », *Medical Care*, 16: 533-546.

AGENCE RÉGIONALE DE L'HOSPITALISATION DES PAYS DE LA LOIRE. 2006. *Schéma régional d'organisation sanitaire 2006-2010*. Nantes, ARH des Pays de la Loire.

AUVRAY, L., A. DOUSSIN et P. LE FUR. 2003. *Santé, soins et protection sociale en 2002. Enquête sur la santé et la protection sociale (ESPS) France 2002*. Paris, Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé.

AUVRAY, L., S. DUMESNIL et P. LE FUR. 2001. *Santé, soins et protection sociale en 2000. Enquête sur la santé et la protection sociale, France 2000*. Paris, Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé.

BERKMAN, L. F., T. GLASS, I. BRISSETTE et T. E. SEEMAN. 2000. « From social integration to health: Durkheim in the new millennium », *Social Science and Medicine*, 51, 6: 843-857.

BLANCHARD, S. 2006. « Obésité: la France sur la voie des États-Unis », *Le Monde*, 20 janvier: 22.

BRIXI, O., et T. LANG. 2000. « Comportements », dans A. LECLERC, D. FASSIN, H. GRANDJEAN, M. KAMINSKI, et T. LANG, éd. *Les inégalités sociales de santé*. Paris, La Découverte et Syros: 392-402.

BRUCHON-SCHWEITZER, M. 2002. *Psychologie de la santé. Modèles, concepts et méthodes*. Paris, Dunod.

CENTRE TECHNIQUE D'APPUI ET DE FORMATION DES CENTRES D'EXAMENS DE SANTÉ. 2005. *Le score EPICES: l'indicateur de précarité des centres d'examen de santé de l'assurance maladie. Rapport d'étude Janvier 2005*. Saint-Étienne, Assurance maladie-Centre technique d'appui et de formation des centres d'examen de santé.

CHAN CHEE, C., M. BEGASSAT et V. KOVESS. 2005. « Les facteurs associés au dépistage des cancers du col utérin dans une population mutualiste », *Revue*

Inégalités sociales de santé : quels impacts sur l'accès aux soins de prévention ?

124

d'épidémiologie et de santé publique, 53 : 69-75.

- CHAUVIN, P. 1998. «Précarisation sociale et état de santé : le renouvellement d'un paradigme épidémiologique», dans P. CHAUVIN et J. LEBAS, éd. *Précarité et santé*. Paris, Flammarion : 59-73.
- DARES. 2005. «Les expositions aux produits cancérogènes», *Premières informations et premières synthèses*, 28, 1 : 1-6.
- DRULHE, M. 2000. «Fin de siècle et inégalités sociales de santé en France : l'amorce d'un débat?», dans A. LECLERC, D. FASSIN, H. GRANDJEAN, M. KAMINSKI et T. LANG, éd. *Les inégalités sociales de santé*. Paris, La Découverte et Syros : 41-51.
- DUBREUIL, C., C. FABRE et F. BERTOLOTTO. 1998. *Analyse et évolution des pratiques des médecins généralistes face à la montée des situations de précarité*. Toulouse, Gres Médiation Santé-Union régionale professionnelle des médecins libéraux du Languedoc-Roussillon.
- GODIN, G. 1991. «L'éducation pour la santé : les fondements psychosociaux de la définition des messages éducatifs», *Sciences sociales et santé*, IX, 1 : 67-94.
- GUAGLIARDO, V., J. BARNIER et M. ROTILY. 2001. «Vaccinations : opinions et pratiques», dans P. GUILBERT, F. BAUDIER et A. GAUTIER, éd. *Baromètre santé 2000. Résultats*. Paris, Comité français d'éducation pour la santé : 55-72.
- HAUT COMITÉ DE LA SANTÉ PUBLIQUE. 1998. *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*. Rennes, École nationale de santé publique.
- HAUT COMITÉ DE LA SANTÉ PUBLIQUE. 2002. *La santé en France 2002*. Paris, La Documentation française.
- HEREMANS, P., et C. DECCACHE. 1999. «Mieux intégrer la prévention en médecine générale dans les milieux défavorisés», *Santé publique*, 2 : 225-241.
- JANVRIN, M. P., et F. BAUDIER. 1997. «Vaccinations : statut personnel et familial», dans *Baromètre santé adultes 95/96*. Paris, Comité français d'éducation pour la santé : 89-111.
- LANG, T. 2005. «Ignoring social factors in clinical decision rules : A contribution to health inequalities?», *European Journal of Public Health*, 15, 5 : 441.
- LA ROSA, E. 1998. *Santé, précarité et exclusion*. Paris, Presses universitaires de France.
- LEBAS, J., et P. CHAUVIN. 1998. *Précarité et santé*. Paris, Flammarion.
- LECLERC, A., D. FASSIN, H. GRANDJEAN, M. KAMINSKI et T. LANG. 2000. *Les inégalités sociales de santé*. Paris, La Découverte.
- LOMBRAIL, P., et J. PASCAL. 2005. «Inégalités sociales de santé et accès aux soins», *Sève*, automne : 31-9.
- LOMBRAIL, P., J. PASCAL et T. LANG. 2004. «Accès aux soins et inégalités sociales de santé : que sait-on de l'accès secondaire?», *Santé, société et solidarité*, 2 : 61-71.
- LURIE, N. 1997. «Studying access to care in Managed Care Environments», *Health Services Research*, 32 : 691-701.
- MACKENBACH, J. P., M. J. BAKKER, A. E. KUNST et F. DIDERICHSEN. 2002. «Socioeconomic inequalities in health in Europe», dans J. P. MACKENBACH et M. J. BAKKER, éd. *Reducing Inequalities in Health*. Londres, Routledge : 3-24.
- MACKENBACH, J. P., M. J. BAKKER, M. SIHTO et F. DIDERICHSEN. 2002. «Strategies to reduce socioeconomic inequalities in health», dans J. P. MACKENBACH et M. J. BAKKER, éd. *Reducing Inequalities in Health*. Londres, Routledge : 25-49.
- MAKDESSI-RAYNAUD, Y. 2005. «La prévention : perceptions et comportements. Premiers résultats de l'enquête sur la santé et les soins médicaux 2002-2003», *Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Études et résultats*, 385 : 7-8.
- MANN, J. 1998. «Santé publique : éthique et droits de la personne», *Santé publique*, 10 : 239-250.
- MENACHEM, G. 1994. *Problèmes de l'enfance, statut social et santé des adultes*. Paris, Comité français d'éducation pour la santé.
- MENACHEM, G. 2004. «Inégalités sociales de santé et problèmes vécus dans l'enfance», *La revue du praticien*, 54 : 2255-2262.
- OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA PAUVRETÉ ET DE L'EXCLUSION SOCIALE. 2000. *Les travaux de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale, 2000*. Paris, la Documentation française.
- PARIZOT, I. 1998. «Trajectoires sociales et mode de relation aux structures sanitaires», dans J. LEBAS et P. CHAUVIN, éd. *Précarité et santé*. Paris, Flammarion : 33-43.
- PASCAL, J., H. ABBEY-HUGUENIN, C. AGARD, N. ASSERAY, E. BILLAUD, D. BARON et P. LOMBRAIL. 2004. «Élaboration d'un outil de repérage des usagers en situation de vulnérabilité sociale venant consulter à l'hôpital», *La Presse médicale*, 33 : 710-715.
- PASCAL, J., C. QUÉLIER, C. AGARD, J. M. NGUYEN et P. LOMBRAIL. 2006. «Peut-on identifier simplement la précarité sociale parmi les consultants de l'hôpital?», *Sciences sociales et santé* (sous presse).
- PAUGAM, S. 1996. *L'exclusion, l'état des savoirs*. Paris, La Découverte.
- PAUGAM, S. 2006. «Les trois formes de la pauvreté en Europe», *Sciences humaines*, 168, 44-7.
- SURAUULT, P. 2004. «La détermination des inégalités sociales de santé», *La revue du praticien*, 54 : 2233-2240.
- WRESINSKI, J. 1987. *Grande pauvreté et précarité économique et sociale*. Paris, Conseil économique et social.