

6^e COLLOQUE
LIEU DE SANTÉ
PROMOTEUR DE SANTÉ

Mardi 31
mars 2026

NANTES

LE DÉFI
des INÉGALITÉS
SOCIALES DE SANTÉ

COMPRENDRE LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ : CONSTATS ET ENJEUX ...

Le point de vue d'un médecin de santé publique

Dr Luc Ginot

Les enjeux de promotion de la santé en établissements de santé...

- ▶ Sont relativement anciens
- ▶ Traités avec une explicitation variable des modalités de prise en compte des ISS, mais une énonciation assez systématique de ces enjeux d'inégalités

▶ Plus ou moins traités dans l'approche de responsabilité populationnelle



Groupements hospitaliers de territoire (GHT) et santé publique
« Saisir la chance pour passer du parcours de soins au parcours de santé »

13 mars 2017



Le financement de la prévention primaire dans les établissements de santé
OCTOBRE 2024
2023-084R

Anne-Carole Bensadon Benjamin Maurice Frédéric Turblin

Membres de l'Inspection générale



RAPPORT

Les questions mises en débat

1- Partager quelques fondamentaux

- ▶ Inégalités sociales de santé : les principes acquis
- ▶ Inégalités sociales de santé et système de soins
- ▶ Inégalités sociales de santé et promotion de la santé
- ▶ Ce qui semble avoir fait ses preuves

2- Etablissements de santé, promotion de la santé, inégalités sociales

- ▶ ES; ISS, précarité : quels outils pour quels objectifs ?
- ▶ Faire de la promotion de la santé en ES réduit-il les ISS ?
- ▶ En ES, mêler PS et soins
- ▶ ES, ISS, enjeux internes : littéracie, médiation ?
- ▶ ES, ISS, les enjeux externes : les liens fonctionnels et urbains avec la ville ?
- ▶ ES, ISS : concurrence, hiérarchie, formation ?

3. Au total, quelles responsabilités pour qui ?

Partager
quelques
fondamentaux

Ce qu'on sait tous à propos des ISS

- ▶ Les inégalités sociales de santé ne se résument pas à la question des personnes exclues, sans droit, ou marginalisées : elles reposent sur un gradient social continu
- ▶ L'ampleur de ces inégalités dans un pays est un facteur déterminant de l'état de santé, en raison de ses sous-jacents (cf ci-dessous), mais aussi de facteurs de captation de moyens ou d'adaptation du système aux seules catégories favorisées et dominantes
- ▶ Les inégalités sont pour l'essentiel liées à des facteurs socio-environnementaux externes au système de soins : il faut intervenir sur les facteurs structurels distaux, mais aussi les proximaux et les interfaces
- ▶ Il n'y a pas indépendance entre les déterminants sociaux et les facteurs environnementaux
- ▶ Le système de soin ne représente qu'une part des ISS, mais **il vient les aggraver** (loi « des soins inversés », mais aussi nombreux autres mécanismes : cf plus bas)

Inégalités de santé et système de soins

- ▶ Le système universaliste français ne réussit pas – à lui seul- à réduire les ISS
- ▶ Les mécanismes les plus évidents sont financiers (reste à charge, développement secteur 2, etc...)
- ▶ Mais d'autres mécanismes sont plus subtils : géographiques (« déserts médicaux » géographiquement concentrés), sociaux (origine des médecins impacte sur leur implantation libérale), liés à la formation y compris clinique (point aveugle sur les ISS dans les FdR)
- ▶ L'ensemble aggravé par les effets de concurrence des territoires
- ▶ Avec des subtilités : cf cancer, où (travaux P Chauvin), les ISS se construisent pour l'essentiel en amont et en aval de la prise en charge, cette dernière étant très proto

La promotion de la santé réduit-elle les ISS ?

- ▶ Point majeur : toute action de promotion de la santé qui ne vise pas à réduire les ISS les aggrave spontanément
- ▶ Par des mécanismes divers
 - ▶ Liés à la conception des programmes : appel à des compétences en littératie élevées, occultation des contraintes sociales
 - ▶ Liés à des facteurs propres au système de santé (ex: périnatal et programme NNV) ou liés aux environnements autres (ex: interventions en milieu scolaire)
 - ▶ Liés à un renoncement des groupes sociaux plus éloignés : logique du « ce n'est pas pour moi »
 - ▶ Liés parfois à une défiance vis-à-vis des pouvoirs publics
- ▶ Exemples de réussite - la lutte contre le tabagisme – et de limites – la vaccination HPV

Des outils existent qui ont fait leurs preuves

- ▶ L'intervention sur les déterminants bien sûr
- ▶ Les interventions sur les « interfaces » déterminants / santé : littératie, médiation, interprétariat
- ▶ Le renforcement du pouvoir d'agir des personnes concernées, donc les approches de santé communautaire
- ▶ La formation des professionnels de santé
- ▶ La modélisation sur le standard « pour les plus défavorisés », qui profite toujours à l'ensemble des usagers
- ▶ La production de données, et leur mise en débat public (le plaidoyer)

Etablissements
de santé,
promotion de la
santé, inégalités
sociales...

ES, ISS, précarité : quels outils pour quels objectifs ?

- ▶ Les établissements de santé sont, depuis la loi Kouchner, dotés d'un dispositif dans le champ de la grande précarité : les PASS
- ▶ L'ex MIG-Précarité était prévue pour « compenser les surcoûts » (consultations longues, interprétariat, impayés ...). Son usage reste « très incertain »
- ▶ Certains ES se sont engagés dans des processus « collatéraux » possiblement en lien avec l'accès aux soins : CEGIDD, CLAT...
- ▶ Mais peu d'objectifs sont identifiables dans le champ des ISS, d'autant moins que le codage PMSI ne faciliterait pas la mesure de leur atteinte
- ▶ Un exemple significatif : les programmes d'éducation thérapeutique du patient, qui évoluent mais difficilement

Faire de la promotion de la santé en ES réduit-il les inégalités ?

- ▶ On constate de vrais progrès : ex des clips FHF/TF1 sur la promotion de la santé
- ▶ Des opportunités réelles pour une promotion de la santé réductrice d'inégalités :
 - ▶ Atteint des personnes pour qui l'ES est le seul recours aux soins, donc au système de santé
 - ▶ Permet des stratégies dites « opportunistes » : rattrapage de vaccinations, premiers contacts sur les addictions, engagement sur l'activité physique, etc...
 - ▶ Parfaitement documenté en GB avec l'approche *Making every contact count (MECC)*
 - ▶ Disposition d'outils (interprétariat) et d'équipes (santé publique, CEGIDD...) sensibilisés aux questions d'inégalités et à celles de promotion de la santé
- ▶ Mais risques de sélection sociale inchangés ex ante :
 - ▶ Les mêmes mécanismes (littéracie, éloignement social, etc...) sont à l'œuvre
 - ▶ Aggravés par la tension RH sur les équipes
 - ▶ Voire par la pression financière (ex: recouvrement des examens de 2^o trimestre en périnat) qui peut renforcer l'éloignement des personnes plus fragiles socialement

Focus : l'exemple britannique du MECC

- ▶ Implanté et évalué depuis de nombreuses années, basé sur la multiplication de points de discussions entre personnels et patients
- ▶ Mais limité aux comportements individuels (OH, tabac, nutrition, AP, SM), avec des obstacles identifiés (littéracie, etc...)
- ▶ Vise les ISS, mais les analyses intermédiaires semblent incertaines vis-à-vis de la réduction des écarts
- ▶ Développe des stratégies complémentaires



Guidance

Making Every Contact Count: evaluation guide for MECC programmes

Updated 4 March 2020

Contents

About this guide

Introduction

Step 1: Plan the evaluation and involve stakeholders

Step 2: Identify the existing evidence base

Step 3: Identify your expected outcomes

Step 4: Use a logic model to plan delivery to help achieve

About this guide

Jointly published by Public Health England and Health Education England (HEE) in conjunction with London South Bank University. This guide is part of the [Making Every Contact Count practical resources](#)

Public Health England (PHE) lead: Mandy Harling. HEE lead: Lara Hogan. London South Bank University leads: Jane Wills, Susie Sykes and Viv Speller, from a learning set funded by the Academy of Public Health for London and South East. This guide replaces and supersedes previous MECC Evaluation Framework published on GOV.UK from PHF and HEE that was based on work delivered within Kent, Surrey and Sussex.



HS
land

London
South Bank
University

Un constat : en ES, agir contre les ISS implique de mêler promotion de la santé et soins

- ▶ Une Promotion de la Santé équitable n'est pas crédible dans un établissement qui accepte les obstacles financiers, sociaux, ou linguistiques « anormaux »
 - ▶ La démarche globale est fragilisée par ces obstacles
 - ▶ Elle renforce le sentiment d'éloignement : « ce n'est pas pour moi »
- ▶ Améliorer l'équité d'accès aux soins et l'équité en promotion de la santé mobilisent les mêmes outils (*cf plus bas*) :
 - ▶ Dans le registre de l'empowerment (littéracie, médiation, interprétariat)
 - ▶ Dans le registre de l'organisation « usager centrée »
- ▶ Les enjeux de formation des équipes (formation aux ISS et formation à la relation aux usagers) sont les mêmes
- ▶ Les enjeux d'ISS liés aux modalités de prévention secondaires-tertiaires (ETP) sont superposables aux enjeux d'ISS liés au suivi thérapeutique et à la prise en charge

ES, ISS, et outils « internes »

- ▶ Des dispositifs internes semblent prometteurs:
 - ▶ Dispositifs qui facilitent l'adhésion des personnes et leur empowerment : médiation, interprétariat. Réinterroge +++ l'affectation réelle de l'ex MIG Préca
 - ▶ Devraient faciliter non seulement l'adhésion aux soins mais également celle aux démarches de prévention
 - ▶ Avec un champ spécifique sur l'Education Thérapeutique du Patient
- ▶ La réponse structurelle : une organisation de l'accueil des patients adaptée aux plus vulnérable, qui facilite les pratiques préventives. *Exemple ci-dessous de la périnat*
- ▶ Une question non anecdotique : les déterminants commerciaux de la santé dans le contexte hospitalier : offre alimentaire de distribution, offre de loisirs d'attente, etc...

ES, ISS, et enjeux « externes »

- ▶ Une question fonctionnelle : en quoi un établissement de santé peut-il favoriser la réduction des ISS par une approche « ouverte sur la ville »
 - ▶ Continuité des parcours , notamment entre ETP dans l'établissement et prévention secondaire ou tertiaire
 - ▶ Participation aux programmes de santé publique, sans « parachutage » ni volonté d'hégémonie
 - ▶ Ouverture de sa gouvernance aux associations localement actives
- ▶ Une question urbaine : l'espace urbain de l'hôpital et ses liaisons avec la Ville font-ils ou pas « promotion de la santé », et font-ils ou pas « inégalités » ?
 - ▶ Possibilités non négligeables (usage équipements de sports, ou d'éducation pour la santé par exemple)
 - ▶ Pose des questions complexes au regard des enjeux actuels, notamment de sécurisation
 - ▶ Interroge aussi les processus de choix urbains : quelle implication de l'ES dans l'organisation des transports ou dans les processus de renouvellement urbain ?
- ▶ Un espace majeur : le CLS, accompagné éventuellement du CLSM

Focus sur la réduction des ISS dans le champ de la périnatalité en IDF

Des mécanismes de réponses

- ▶ Internes aux ES:
 - ▶ réorganisation des équipes (ex Montreuil)
 - ▶ Adaptation aux enjeux de littératie (typologie des situations de faible littératie)
 - ▶ Renforcement de la médiation
- ▶ Externes aux ES
 - ▶ Travail sur les filières et l'identification des vulnérabilités
 - ▶ Plaidoyer +++ sur les enjeux d'hébergement

LE QUOTIDIEN DU MEDECIN  Toute l'actualité médicale ▼

Périnatalité

À Montreuil, accompagner les mères, un levier contre la prématurité

PAR ELSA BELLANGER - PUBLIÉ LE 15/09/2023



L'équipe de gynécologie-obstétrique du centre hospitalier intercommunal de Montreuil (Seine-Saint-Denis) a réussi à réduire la prématurité et la morbidité néonatale, grâce à un accompagnement maternel personnalisé.

Un suivi personnalisé des mères vulnérables diminue de 35 % le risque de prématurité. *BURGER/PHANIE*


Isolation, logement précaire, absence de ressources financières et sociales, immigration récente, violences intrafamiliales, handicap, addictions... « *Quand les femmes accumulent les difficultés, la grossesse passe au second plan* », résume le Dr Bruno Renevier, du service de gynécologie-obstétrique du centre hospitalier intercommunal de Montreuil (Seine-Saint-Denis).

Use of pregnancy personalised follow-up in case of maternal social vulnerability to reduce prematurity and neonatal morbidity

Research | [Open access](#) | Published: 26 April 2023
Volume 23, article number 289, (2023) [Cite this article](#)

✔ You have full access to this open access article

[Download PDF](#)  [Save article](#) 

[Simon Crequit](#) , [Gregory Bierry](#), [Perbellini Maria](#), [Sakina Bouali](#), [Adelaïde Dupre La Tour](#), [Naima Sghouar](#) & [Bruno Renevier](#)

Le Monde

Élections municipales 2026 Guerres au Proche-Orient International Planète Politique Société Économie Idées Culture Le Goût du Monde

SANTÉ • CRISE DE L'HÔPITAL

TRIBUNE

Luc Ginot
Directeur de la santé publique à l'Agence régionale de santé d'Île-de-France

Hôpital : « La crise générale du logement et de l'hébergement percuté les enjeux sanitaires »

La crise du système de santé est aussi une crise du logement, car les hôpitaux sont contraints de garder un nombre croissant de patients qui ne bénéficient pas d'un logement décent, observe le médecin de santé publique Luc Ginot dans une tribune au « Monde ».

Publié le 16 janvier 2023 à 14h57, modifié le 17 janvier 2023 à 18h01 |  Lecture 3 min.

Focus : lieux de santé sans tabac et inégalités sociales ?

- ▶ La démarche cristallise tous les enjeux ISS/PS/ES et pose des questions relatives vis-à-vis des
- ▶ Pilotage régional : comment éviter les biais de l'AAP (établissements mieux dotés, moins contraints, sous pression plus faible des DSS...)
- ▶ Design des projets
 - ▶ Articulation avec la ville (ruptures → pèsent sur les moins favorisés)
 - ▶ Adaptation aux différents niveaux de littératie des usagers
 - ▶ Capacité à pérenniser au-delà de l'AAP
 - ▶ Prise en compte des personnels les moins qualifiés
- ▶ Mesure des impacts sociaux différenciés

Focus : deux déterminants sociaux sous-estimés – aussi !- en ES ?

Logement et habitat

- ▶ Multiples interfaces avec la santé : habitat dégradé, surpopulation, précarité énergétique, précarité locative et expulsions, isolement social... Documenté +++
- ▶ Quelle traduction dans...
 - ▶ L'analyse contextuelle du patient et de la pathologie à l'entrée (ex du dossier médical, ex du COVID...)
 - ▶ La construction de l'aval du séjour (retour à domicile, conseils de prise en charge, mobilisation de ressources)
 - ▶ La construction de programmes spécifiques en ETP
- ▶ Exemple : l'asthme résistant. Des liens forts avec l'habitat dégradé et les moisissures, mais des programmes « école du souffle » qui peuvent avoir des difficultés à s'ancrer sur la ville et à prendre en compte le logement
- ▶ Les ES devraient être un espace où les conditions de logement sont énoncées comme déterminant de santé et élément de construction d'une promotion de la santé

Focus : deux déterminants sociaux sous-estimés – aussi !- en ES ?

Discrimination et ségrégation

- ▶ M Marmot: démontre que facteur déterminant pour la santé et les ISS. Par ailleurs, études aux US très démonstratives
- ▶ France : élément sous-diagnostiqué. Les mécanismes sont nombreux : culturels avec la formation médicale (« le syndrome méditerranéen ») ; institutionnels avec l'absence de communication autre qu'en Français ; structurels avec la création de filières et d'hôpitaux qui, de fait, ne reçoivent qu'une typologie de patients (ex de la périnatalité) ; réactifs avec le renoncement de certains patients à certains établissements.
- ▶ Réponses complexes, mais probablement d'abord à penser en direction des établissements qui reçoivent peu de personnes discriminées : obligation de révision des pratiques ?

ES, ISS, concurrence, hiérarchie, formation ? quelques questions structurelles

- ▶ Les inégalités sociales posent aussi des questions liées à la structuration macro du système hospitalier, qui impactent la promotion de la santé
 - ▶ Contraste entre le CHU – sa capacité d'innovation et ses moyens- et les établissements hors CHU
 - ▶ Recrutement des médecins (et dans une moindre mesure des autres professionnels) socialement stratifié
 - ▶ Positionnement des internes : si trop centré sur le CHU, forme des médecins moins familiers avec la réalité de territoires moins favorisés / moins urbains, et aggrave la parésie sociale des médecins → le système peut auto-amplifier les mécanismes d'ISS liés
- ▶ La promotion de la santé fait souvent les frais des contraintes RH (particulièrement sensible en périnatal), et peut n'être valorisée que par le biais des AAP, avec risque majeur d'instabilité

ES, ISS, concurrence, hiérarchie, formation ?

quelques questions structurelles

- ▶ Pose la question de la régulation supra-établissement : devrait tenir compte de caractéristiques des usagers (sociales, géographiques, etc...), de l'éco-système (existence d'alternatives, inclusion de l'établissement dans cet éco-système), des ressources et contraintes de l'ES, etc...
- ▶ Mais aussi de la capacité des équipes à déposer des projets, puis à sortir de la logique de projets
- ▶ Nécessite
 - ▶ Limiter les logiques d'AAP
 - ▶ Développer un plaidoyer partagé sur l'enjeu des ISS y compris dans la promotion de la santé en établissement

Au total, quelles responsabilités pour qui ?

- ▶ Les instances de régulation régionale : adaptation des moyens aux besoins de la population, et pas seulement à la pression de la demande institutionnelle
- ▶ Les établissements de santé : sanctuarisation des moyens dédiés, stabilisation des personnels, identification des stratégies de promotion de la santé
- ▶ Les équipes : interrogation des cultures et des pratiques, propositions d'adaptation des modalités d'organisation
- ▶ L'éco-système: inclusion de l'ES dans les discussions sur les ISS