

# DISCUSSION

## ***De la salle***

Ces constats sont connus. Ils ont notamment été formulés au moment de la mise en place de la couverture maladie universelle. Comment expliquez-vous que la France ne soit pas parvenue à mettre en place une couverture maladie universelle qui ne conduise pas certains patients à renoncer aux soins ? Je ne parlerai même pas de l'aide médicale d'Etat (AME). L'enquête européenne sur l'accès aux soins des sans-papiers a permis de mettre en évidence le fait que le taux de renoncement aux soins était supérieur à 40 % pour les adultes et à 30 % pour les enfants.

## **CHANTAL CASES**

Je ne suis pas certaine d'être en mesure d'apporter une réponse à votre questionnement. Je constate en effet que la couverture maladie universelle ne comble pas toutes les inégalités. Je note cependant que ces différents dispositifs (CMU, AME, ACS) constituent un progrès important. Les limites de tout cela sont à la fois budgétaires et le fruit de choix collectifs. En d'autres termes, face à des impératifs financiers, il y a des choix à opérer entre les différentes actions des politiques de santé et également entre les politiques de santé et d'autres types de politiques. Ces décisions dépassent largement mon propos aujourd'hui.

## ***De la salle***

Ma question est d'ordre technique. Alors qu'il est question d'inégalités de santé, les variables mobilisées sont toujours celles du revenu et des catégories socioprofessionnelles que nous savons difficiles à manipuler. Pourquoi l'indicateur utilisé n'est-il pas plus souvent celui du « reste à vivre » ?

## **ANNETTE LECLERC**

Je vous réponds en tant que chercheur. D'une part nous travaillons à partir des données dont nous disposons et, d'autre part, nous faisons en sorte qu'elles soient aussi comparables que possible avec les données utilisées dans d'autres pays.

## **EMMANUELLE CADOT**

J'ajoute que le « reste à vivre » est un déterminant purement économique. Or le support social ou les relations sociales ne sont par exemple pas obligatoirement déterminés par des données monétaires.

### **De la salle**

Ma question s'adresse en priorité aux sociologues. Il y a quelques années, la surmédicalisation de certains problèmes sociaux de santé était souvent évoquée. Pourquoi cette notion n'apparaît-elle plus dans l'analyse des inégalités sociales de santé ?

#### **ALFRED SPIRA**

A ce titre, je vous invite à lire l'ouvrage de Patrick Peretti-Watel et Jean-Paul Moatti, *Le principe de prévention*.

#### **CHRISTIAN SAOUT**

Je réponds en tant que président d'un collectif d'associations œuvrant dans le domaine de la santé. Je partage en effet les réflexions formulées précédemment. C'est parce que nous ne sommes pas écoutés que la situation n'évolue pas. Je ne peux pas me satisfaire de la réponse qu'a poliment essayé d'esquisser Chantal Cases. Les inégalités sociales de santé sont d'abord une question politique. Tout l'intérêt de ce colloque réside dans le contenu du discours que fera Madame Bachelot ce soir. Nous attendons en effet tous un changement d'échelle dans le combat contre les inégalités sociales de santé. Pour rebondir sur la question de la surmédicalisation, je voudrais vous dire combien nous associatifs avons ressenti extrêmement durement le comportement des professionnels de santé à l'occasion du vote de la loi Hôpital, Santé, Patients et Territoires. Ce texte comportait en effet des dispositions relatives à la lutte contre les refus des soins et à la lutte contre les dépassements d'honoraires. Il a été démantibulé par les professionnels de santé qui ont plaidé auprès du lobby parlementaire médical à l'Assemblée Nationale et au Sénat afin d'obtenir la suppression de ces dispositions et leur remplacement par des avatars innommables qui ne serviront jamais à rien. Nous allons au devant d'une rupture sociale extrêmement importante entre ceux qui soignent et ceux qui entendent bénéficier des soins. La promotion de la santé devient un objet essentiellement universitaire et non plus un objet de parti pris. Il nous manque le goût de la politique et du risque. Je dis cela non sans émotion car, à quelques centaines de mètres de cet amphithéâtre, se tient la cérémonie funèbre célébrée en hommage à Philippe Seguin, lequel a tant voulu combattre les inégalités sociales de santé. Ce combat devrait inspirer la prochaine loi de santé publique pour laquelle, je vous le rappelle, nous n'avons toujours pas vu la trace du moindre embryon de travaux préparatoires.

#### **ALFRED SPIRA**

Ce colloque est organisé par la Direction Générale de la Santé, l'Institut de Recherche en Santé Publique et le Haut Conseil de la Santé Publique. Cet organisme a publié un rapport important qui vous a été remis ce matin et sera présenté cet après-midi par Thierry Lang. Il fournit l'ensemble des bases nécessaires à la révision de la loi de santé publique de 2004. Je suis très sensible aux symboles. Il me semble par conséquent que l'organisation de ce colloque, au début de l'année 2010 et dans ce Ministère, et sa conclusion par deux Ministres de la République constituent des signaux extrêmement forts. Un message a été délivré. Nous pouvons espérer qu'il a été entendu et sera bientôt traduit dans l'action. Un certain nombre de parlementaires ont été invités à participer à cette journée. J'ai reçu hier l'appel de l'un d'entre eux qui m'a expliqué que la situation météorologique dans sa ville justifiait qu'il demeure auprès de ses administrés.

**De la salle**

Il faut, pour réduire les inégalités sociales de santé, vous appuyer sur les collectivités territoriales qui sont demandeuses. Actuellement, nous ne sommes pas représentés au sein des ARS alors que nous menons des actions sur le plan économique afin de réduire les inégalités en matière de transport et d'environnement. Nous pouvons émettre des règlements d'intervention « coudés main » par rapport aux difficultés que nous rencontrons dans nos territoires. Pensez que nous sommes un pays décentralisé et que nous pouvons participer efficacement à la réduction des inégalités sociales.

**ALFRED SPIRA**

Tout à fait. Nous vous avons remis ce matin l'ouvrage rédigé par l'Inpes à destination des agences régionales de santé. Je connais bien les problèmes de représentation des instances représentatives élues au niveau régional au sein des ARS. Le point que vous abordez est évidemment fondamental. Sont d'ailleurs présents aujourd'hui un certain nombre de représentants d'instances territoriales ou de conseils économiques et sociaux territoriaux.

**ANNETTE LECLERC**

En tant que chercheurs, nous déplorons l'absence de publications sur les actions menées localement. Elles nous seraient très utiles pour l'avenir.

**De la salle**

Les diverses présentations de ce matin insistaient sur le niveau d'intervention nationale. J'ai pour ma part le sentiment qu'il existe également des niveaux d'intervention régional et local. Or l'attente de l'ensemble des acteurs régionaux est que les acteurs locaux aient les moyens de pouvoir organiser au niveau local les débats et les actions nécessaires à un travail au plus proche de la population. Il s'agit également de donner les moyens aux agences régionales de santé de résoudre des problèmes d'inégalités qui s'expriment localement. Je rejoins Christian Saout sur ce point. Il s'agit d'un réel choix politique. J'aimerais que ce colloque nous donne les clés permettant que le niveau local puisse s'exprimer.

**De la salle**

Je suis jeune généraliste. Je termine une thèse consacrée au sevrage tabagique au moment de la grossesse et aux inégalités sociales de santé. J'ai découvert qu'au Royaume-Uni un gros effort avait été fait pour réduire les inégalités sociales de santé dans ce domaine. Le NHS Stop Smoking Service a obtenu des résultats de réduction du gradient social entre plus riches et plus pauvres en matière de sevrage tabagique. Je voudrais par conséquent savoir si vous considérez qu'il y a un exemple anglais à suivre dans ce domaine ?

**SIR MICHAEL MARMOT**

As regards the medicalisation of prevention, I talked about six items, and in our report we considered dropping prevention because we felt that it runs through the other five. For example, with smoking in pregnancy, the time to start intervening is early child development and education because women are then less likely to smoke in pregnancy. Where doctors treat prevention as if it were similar to actual treatment, it has less effect than taking a more environmental approach. We know that the ban on smoking in public places has led to a reduction in smoking in the bottom income groups as well as the top groups, whereas health education aimed at smoking in pre-

gnancy is not very effective at reducing the social gradient. Therefore, if the focus is on smoking in public places, price and early child development and education, you will be much more likely to make a difference.

*En ce qui concerne la médicalisation de la prévention, j'ai parlé de 6 objectifs, et dans notre rapport nous avons envisagé de ne pas individualiser la prévention parce que nous pensions que cet objectif est transversal par rapport aux 5 autres. Par exemple, pour le tabagisme pendant la grossesse, le moment approprié pour intervenir est au cours du développement précoce de l'enfant et de l'éducation parce qu'il devient alors moins probable que les femmes fument lorsqu'elles sont enceintes. Lorsque les médecins pratiquent la prévention comme s'il s'agissait d'une activité semblable au soin, l'efficacité est moindre que lorsque l'on adopte une approche plus environnementale. Nous savons que l'interdiction de fumer dans les lieux publics a entraîné une réduction du tabagisme dans les groupes aux revenus les plus faibles aussi bien que dans les groupes aux revenus élevés, alors que l'éducation pour la santé visant le tabagisme pendant la grossesse n'est pas très efficace pour réduire le gradient social. En conséquence, si vous mettez l'accent sur l'interdiction de fumer dans les lieux publics, les prix, le développement précoce des enfants et l'éducation, vous aurez beaucoup plus de chances de faire une différence.*

### **De la salle**

Compte tenu de tout ce qui a été fait depuis un certain nombre d'années, je me demande si les stratégies sur lesquelles nous nous appuyons reposent sur un nombre de variables suffisant. Nous sommes toujours dans l'épidémiologie descriptive. Sir Michael Marmot a laissé entendre qu'écouter ce que les gens disent et pensent et prendre en compte leur logique, leur culture et, éventuellement, leurs incertitudes pour en faire un travail d'épidémiologie s'inscrit dans un autre espace. C'est ce que nous avons, il y a quelques années, proposé d'appeler l'épidémiologie du ressenti. Cette notion a rencontré un succès relativement faible auprès de nos collègues en santé publique. Pour autant, elle nous permet de lire complètement autrement l'avancée de l'insatisfaction globale par rapport à nos politiques de santé malgré le fait que tous les indicateurs, y compris s'agissant des populations les plus défavorisées, sont à l'amélioration. Devons-nous par conséquent nous servir d'une épidémiologie descriptive ou bien d'une épidémiologie d'une autre nature prenant en compte la dimension santé mentale.

Chez les gens âgés, la première demande est l'utilité sociale. Savoir si les gens ont envie de rester vivant est une question que nous ne nous posons pas beaucoup. Christian Baudelot a évoqué la différence entre les hommes et les femmes. L'épidémiologie du ressenti nous permettra de constater que la place des hommes et des femmes aussi bien dans le groupe familial que dans le groupe social n'est pas la même. Il y a là une piste très intéressante. Quelle est l'utilité sociale des jeunes des quartiers ? Quel poids donné au fait qu'ils ne serviront pas à grand-chose sauf à être éventuellement des acteurs obéissants comme consommateurs des dispositifs de protection sociale. Il me semble que la réduction des inégalités passe par l'examen de la place dans la société et notamment de la répartition des savoirs, des richesses et de l'accès aux services.

Enfin, il convient également d'interroger la notion de croyances religieuses. Quelques enquêtes montrent en effet qu'en termes de disciplines de soi-même ou de disciplines collectives imposées par les règles religieuses et appliquées à la vie somatique ou à la vie psychique il y a plutôt une amélioration de l'espérance de vie chez les groupes croyants, protestants ou catholiques. Or l'importance donnée à la survie somatique et à ce titre les stratégies individuelles et collectives de

prévention sont des questions très peu travaillées. Nous avons beaucoup avancé dans le champ santé mentale, dans le champ somatique ou dans le champ protection sociale. Il reste cependant, de toute évidence, des zones très difficiles à aborder du point de vue la république laïque que nous sommes. Je pense notamment à la question des statistiques abusivement appelées statistiques ethniques. Il me semble que nous avons à gagner à nous intéresser davantage aux déterminants à rester vivants, croisés ou non selon les classes sociales et selon les sexes.

### **CHANTAL CASES**

Sur le dernier point, certains chercheurs disposent effectivement des outils d'enquête, constitués récemment, qui comportent notamment des données sur la pratique religieuse et la nature de la religion. Les questions de participation sociale, auxquelles sont associées ces informations, sont effectivement des thématiques de recherche importantes. Nous disposons désormais de données pour progresser dans ce domaine.