

# INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ ET ACCÈS AUX SOINS

**Pierre Lombrail et Jean Pascal**

**Presses de Sciences Po | *Les Tribunes de la santé***

**2005/3 - no 8  
pages 31 à 39**

**ISSN 1765-8888**

Article disponible en ligne à l'adresse:

-----  
<http://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2005-3-page-31.htm>  
-----

Pour citer cet article :

-----  
Lombrail Pierre et Pascal Jean , « Inégalités sociales de santé et accès aux soins » ,  
*Les Tribunes de la santé*, 2005/3 no 8, p. 31-39. DOI : 10.3917/seve.008.39  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour Presses de Sciences Po.

© Presses de Sciences Po. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

**ARGENT ET SANTÉ****Inégalités sociales de santé  
et accès aux soins****Pierre Lombrail, Jean Pascal**

En France, le potentiel de rattrapage par le système de santé des inégalités sociales de santé est probablement sous-estimé. C'est ce que suggèrent l'ampleur des inégalités sociales d'accès aux soins et leurs conséquences sur la santé. La part attribuable aux inégalités de recours ou d'accès secondaire aux soins est souvent méconnue. Ces inégalités traduisent l'incapacité du système de soins à appréhender la dimension sociale des problèmes de santé et revêtent deux dimensions : les inégalités par « omission », produites par le fonctionnement en routine du système de soins, ne sont pas intentionnelles et résultent de la non-reconnaissance d'un besoin de soins ou de sa non-satisfaction au moment de l'identification ; les inégalités par « construction » résultent de l'absence de prise en compte des inégalités dans l'élaboration de certains programmes ou recommandations de pratiques médicales, aboutissant à les perpétuer, voire les accentuer. L'identification de ces inégalités peut permettre celle d'actions correctives.

Bien que « le meilleur du monde » (cette affirmation n'engage que l'OMS), le système de santé français est marqué par de profondes inégalités sociales de santé. 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'étude, etc. Cet article commence par rappeler quelques éléments de situation en référence à divers marqueurs d'appartenance sociale avant d'aborder un objet de controverse, à savoir le rôle non marginal du système de soins, majoritai-

rement centré sur l'accès aux soins curatifs, dans l'entretien, voire la genèse, d'une partie des inégalités sociales de santé.

### DES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

La France est à la fois un des pays où l'espérance de vie, surtout féminine, est une des plus élevées du monde, mais paradoxalement un des pays d'Europe où la mortalité prématurée évitable est la plus forte, notamment chez les hommes. Elle est la conséquence avant tout d'habitudes de vie à risque telles que le tabagisme ou la consommation excessive d'alcool, avec pour cette dernière ses effets en chaîne sur les risques au travail et sur la route, considérées souvent abusivement comme individuelles alors que leur stratification sociale est manifeste. Dès ce premier constat, l'insuffisance de notre politique de prévention peut être pointée, politique qui aurait une tendance naturelle à transformer les victimes en coupables quand nous savons que les phénomènes en cause obéissent à un déterminisme complexe qui, sans exonérer les individus de toute responsabilité, appelle avant tout au débat social.

Les inégalités de morbidité témoignent elles aussi d'un gradient social à de rares exceptions près (l'épidémie de sida touche majoritairement les milieux favorisés) en défaveur des groupes sociaux les plus modestes.

Les inégalités sociales de santé sont présentes dès l'enfance, qu'on pense à l'épidémie de saturnisme dans les quartiers d'habitat insalubre de certaines grandes villes ou à celle plus récente de l'obésité. Les bilans de santé scolaire, que ce soit à 6 ans lors de l'entrée à l'école primaire<sup>1</sup> ou en CM2<sup>2</sup>, montrent une prévalence du surpoids (14% à 6 ans, 20% en CM2) plus fréquente en zones d'éducation prioritaire (ZEP) (17% vs 13%). Elles révèlent aussi qu'un élève de 6 ans sur cinq a un trouble de la vision, avec un déficit de dépistage qui apparaît plus fréquent en ZEP. Il en est de même de l'excès de fréquence des troubles et retards du langage (75% parviennent à « élaborer des phrases correctes » vs 85%). Il n'est pas simple d'en comprendre les causes, mais on sait que les déterminants sociaux interagissent sur l'état de santé selon un mécanisme de causalité en chaîne faisant intervenir différents déterminants psychosociaux intermédiaires tels que l'estime de soi et les capacités d'adaptation, les problèmes affectifs ou traumatismes vécus dans l'enfance, la richesse du réseau familial et social construit autour de l'individu, etc. Ainsi, l'appartenance à un environnement social déterminé, notamment chez les enfants issus des catégories défavorisées, s'accompagne d'un moins bon état de santé qui risque en retour de retentir sur les capacités d'apprentissage. Des travaux récents montrent que les problèmes vécus lors de l'enfance auront des répercussions négatives sur l'état de santé à l'âge adulte, notamment lors-

1. Guignon N., Badeyan G., « La santé des enfants de 6 ans à travers les bilans de santé scolaire », *Études et Résultats*, 155, 1-8, 2002.

2. Labeyrie C., Niel X., « La santé des enfants scolarisés en CM2 à travers les enquêtes de santé scolaire en 2001-2002 », *Études et Résultats*, 313, 1-12, 2004.

3. Menahem G., « Inégalités sociales de santé et problèmes vécus dans l'enfance », *Rev. Prat.*, 54, 2255-2262, 2004.

4. Afsa C., « État de santé et insertion professionnelle des bénéficiaires du RMI », *Études et Résultats*, 7, 1-8, 1999.

5. Et la relation est complexe : « Trois types d'hypothèses interprétatives peuvent être mobilisées [...] : le chômage est la cause ou le catalyseur d'un mauvais état de santé ; les personnes en mauvaise santé sont plus soumises au risque de chômage ; mauvaise santé et chômage résultent de mêmes facteurs explicatifs que les études ne permettent pas forcément de mettre en évidence », in : Cases C., Cambois E., « Chômage et santé : un enjeu pour les statistiques publiques », *Rev. épidémiol. santé pub.*, 52, 409-413, 2004.

6. DARES, « Les expositions aux produits cancérigènes », *Premières informations et Premières synthèses*, 28 (1), 1-6, 2005.

7. Roquelaure Y., Mariel J., Dano C. et al., « Epidemiological surveillance of musculoskeletal disorders: assessment of an active method in a large shoe factory », *Ann. Occup. Hygiene*, 48, 635-642, 2004.

8. Roquelaure Y., Moisan S., Page P. et al., « Le

que les individus ont moins fait d'études ou sont issus de milieux sociaux défavorisés<sup>3</sup>.

Toutes proportions gardées, des phénomènes voisins s'observent chez les bénéficiaires du revenu minimum d'insertion (RMI)<sup>4</sup> et dans la population des chômeurs. La situation sociale de ces personnes s'accompagne d'un état de santé plus fréquemment dégradé<sup>5</sup> qui en retour obère leur possibilité de l'améliorer par la reprise d'un emploi. En effet, si, à un moment donné, près de la moitié des bénéficiaires du RMI déclareraient avoir des problèmes de santé ou éprouver des gênes dans la vie quotidienne, un an plus tard, ceux qui déclareraient pas ou peu de gênes retrouvent beaucoup plus souvent un emploi que ceux qui déclareraient des problèmes occasionnels ou permanents, surtout s'ils étaient jeunes.

Le cadre de vie, les conditions de travail, les facteurs environnementaux constituent autant de déterminants collectifs, générateurs d'inégalité sociale de santé, insuffisamment pris en compte dans une perspective de promotion de la santé. Par exemple, 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 ceci de manière très inégale selon la catégorie socioprofessionnelle et la catégorie d'emploi. Si plus de 2 millions de salariés sont exposés à des cancérigènes, 70% des individus concernés sont des ouvriers et les hommes sont quatre fois plus touchés que les femmes<sup>6</sup>. De même, l'épidémie de troubles musculo-squelettiques (TMS) touche-t-elle plus souvent les cols bleus du fait de la charge physique qui caractérise leur travail, d'autant plus qu'elle se cumule avec un stress psychosocial<sup>7</sup>. Le réseau de surveillance des TMS de l'InVS en Pays-de-la-Loire montre bien que les situations de tension au travail chez les salariés, caractérisées par une forte demande psychologique et une faible latitude décisionnelle pour y faire face, sont plus fréquentes dans la catégorie des ouvriers (jusqu'à 26% d'exposés) et des employés (22% contre 6% chez les ingénieurs ou les cadres). Mais elles sont également beaucoup plus fréquentes chez les intérimaires (30%) et les apprentis (25%) que chez les fonctionnaires ou les salariés en CDI (17%) (Roquelaure, communication personnelle). La nécessité d'une prise en charge globale de ces troubles, dans un but préventif comme curatif, apparaît clairement : à côté de la composante physique, il est nécessaire de prendre en compte la charge mentale et la situation de travail<sup>8</sup>.

C'est plus récemment que les inégalités sociales face aux incapacités ont été documentées dans notre pays, grâce aux données de la première enquête longitudinale en population générale, « Handicap, incapacités, dépendance » (HID). Par exemple, si en 1998-1999 la moitié des personnes enquêtées

concept de prise en charge globale de la lombalgie chronique : l'expérience française », *Arch. Mal. Prof.*, 63, 12-14, 2002.

9. Cambois E., Lièvre A., « Risques de perte d'autonomie et chances de récupération chez les personnes âgées de 55 ans ou plus : une évaluation à partir de l'enquête HID », *Études et Résultats*, n° 349, 2004.

10. Evans R.G., Barer M.L., Marmor T.R., *Être ou ne pas être en bonne santé. Biologie et déterminants sociaux de la maladie*, Paris, John Libbey Eurotext, 1996.

11. Lombrail P., « Accès aux soins », in : Leclerc A., Fassin D., Grandjean H., Kaminski M., Lang T., *Les inégalités sociales de santé*, Paris, La Découverte, 2000.

12. Grignon M., Perronin M., « Impact de la couverture maladie universelle complémentaire sur les consommations de soins », *Questions d'économie de la santé*, 74, 1-6, 2003.

13. Raynaud D., « Les déterminants individuels des dépenses de santé », *Solidarité santé*, 1, 29-58, 2002.

âgées de 55 ans ou plus déclaraient avoir un problème fonctionnel (physique, sensoriel et/ou cognitif), deux ans plus tard les chances de récupération fonctionnelle ou de maintien de l'autonomie étaient plus importantes chez les personnes diplômées<sup>9</sup>. Cette « meilleure chance » des diplômés s'expliquerait par un meilleur accès aux aides techniques ou à la rééducation.

Les exemples d'inégalité sociale qui précèdent, rappelant l'importance soit de conduites « individuelles » à risque soit de conditions sociales comme la situation d'emploi ou de travail, pourraient accréditer l'opinion largement répandue (depuis les travaux anciens d'économistes de la santé lui attribuant tout au plus 20% des différentiels de mortalité) que le système de soins a peu à voir avec les inégalités sociales de santé<sup>10</sup>. La réalité est plus complexe et le potentiel du système de santé est probablement sous-estimé. C'est ce que suggère l'ampleur des inégalités d'accès aux soins dans notre pays et leurs conséquences sur la santé. Mais comment l'accès aux soins intervient-il dans l'entretien, voire la genèse, des inégalités sociales de santé ?

## INÉGALITÉS SOCIALES ET ACCÈS AUX SOINS

L'expression « accès aux soins » est polysémique<sup>11</sup> et désigne tout autant une possibilité ou l'accessibilité, notamment en termes de droits sociaux, que l'usage ou le recours qui en est fait ou pas. Nous ne méconnaissons pas l'importance à accorder à toute mesure augmentant l'accessibilité des services de santé, notamment financière, mais nous centrerons notre propos sur les inégalités de recours, en mettant plus particulièrement l'accent sur les inégalités d'accès secondaire. Nous distinguerons, à la suite de certains auteurs anglo-saxons, l'« accès primaire », c'est-à-dire l'entrée dans le système de soins, de l'« accès secondaire », correspondant à la manière structurellement déterminée dont se déroulent les soins après un premier contact.

### *Inégalités d'accès primaires aux soins*

Les inégalités d'accès primaire aux soins sont, notamment, le fait des inégalités de protection sociale, comme tend à le prouver le rattrapage de consommation des soins de spécialistes et de médicaments chez les bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU)<sup>12</sup>, mais elles concernent l'ensemble de la population, à des degrés divers selon les postes de dépense<sup>13</sup>. À titre d'exemple, le Baromètre santé 2000 de l'Institut national de promotion et d'éducation pour la santé (ex-Comité français 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 personnes les plus diplômées

14. Guagliardo V., Barnier J., Rottily M., « Vaccinations : opinions et pratiques », in : Guilbert P., Baudier F., Gautier A., *Baromètre santé 2000, Résultats*, Paris, CFES, 2001, pp. 55-72.

ou ayant un niveau élevé de revenu ont significativement moins consulté de médecins généralistes au cours des douze mois précédant l'enquête, mais sont plus nombreuses à être allées chez un gynécologue ou un autre spécialiste<sup>14</sup>.

Toutes les variations de recours primaires aux soins ne peuvent être qualifiées d'inégalités en toute rigueur. Le terme « inégalité » se réfère à des besoins de soins non suivis d'accès ou lorsque les soins délivrés ne conduisent pas à des résultats de santé identiques. Certains écarts concernent des disparités de soins. Il en est ainsi de la consommation de soins ambulatoires de spécialistes, dont on ne saurait affirmer que les résultats sanitaires sont, pour la prise en charge de certaines pathologies, préférables à des soins délivrés en médecine générale.

#### *Inégalités d'accès secondaire aux soins*

Nous proposons de distinguer deux catégories d'inégalités d'accès secondaire aux soins : des inégalités par « omission » et des inégalités par « construction ». Bien que ces deux catégories procèdent du même déterminisme, ce que Jonathan Mann appelait la « socioparésie » du système de soins, ou son incapacité à appréhender la dimension sociale des problèmes de santé<sup>15</sup>, la distinction paraît importante car, dans un cas, y pallier suppose rien moins qu'un changement de paradigme systémique, alors que dans l'autre il est conceptuellement pensable d'éviter d'en « rajouter ».

#### *Inégalités par « omission »*

Les inégalités par « omission » sont celles que produit le fonctionnement en routine du système de soins tel qu'il est, avec notamment son orientation curative dominante et la balkanisation qui le caractérise. Elles ne sont pas intentionnelles et résultent soit de la non-reconnaissance d'un besoin de soins (opportunité perdue d'intervention, côté professionnel, ou perte de chance, côté usager), soit de sa non-satisfaction au moment de son identification. Les raisons sont multiples et complexes et tiennent autant aux représentations que les professionnels se font de leur rôle qu'aux moyens dont ils disposent (compétences, temps) ou aux défauts de coordination entre eux. Nous en donnerons deux exemples.

- Certaines caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) financent des programmes de prévention buccodentaire à base scolaire avec une double composante d'éducation pour la santé (apprentissage du brossage des dents en prévention primaire) et de dépistage des lésions carieuses dans le but d'une prise en charge précoce. Nous avons évalué cette composante de prévention secondaire dans un département de la grande couronne parisienne<sup>16</sup>. Les élè-

15. Mann J., « Santé publique : éthique et droits de la personne », *Santé publique*, 10, 239-250, 1998.

16. Azogui-Lévy S., Lombraill P., Riordan P et al., « Evaluation of a dental care program for school beginners in a Paris suburb », *Community Dent. Oral Epidemiol.*, 31, 285-291, 2003.

ves du primaire, de villes abritant des quartiers sensibles, faisaient l'objet un an sur deux d'un dépistage des lésions carieuses par des dentistes libéraux à l'école. Ceux qui avaient des lésions repartaient avec un courrier informant leurs parents de l'existence de lésions et de la possibilité de se faire soigner en étant intégralement remboursés à condition de démarrer les soins dans les six mois suivant le dépistage. L'évaluation du programme a cherché à connaître les suites effectives du dépistage des lésions carieuses. Si, au moment du dépistage, la moitié des enfants présentaient des besoins de soins, seulement un quart d'entre eux avaient débuté des soins dans les six mois, en utilisant moins d'une fois sur deux la procédure de remboursement proposée par la CPAM. Et, parmi les enfants les plus atteints, 70% n'avaient reçu aucun soin. Cet exemple, parmi d'autres, illustre la nécessité d'un accompagnement des facilités administratives et financières si on veut que les bénéficiaires potentiels en bénéficient effectivement. La nature de cet accompagnement gagnerait probablement à être déterminée avec des représentants des personnes concernées, voire mis en œuvre avec leur participation.

- Une étude plus récente sur la différenciation des besoins de soins préventifs, que nous avons menée auprès de consultants d'hôpitaux publics des Pays-de-la-Loire, a montré que si plus de 80% des femmes âgées de 20 à 65 ans avaient déjà bénéficié d'un frottis du col de l'utérus, les consultantes en situation de vulnérabilité sociale avaient moins souvent bénéficié de ce dépistage et reçu de leur médecin de propositions pour le réaliser que les autres consultantes. Quand elles en avaient bénéficié, le délai de réalisation était plus souvent supérieur à trois ans<sup>17</sup>. Les consultantes en situation de vulnérabilité sociale, en particulier celles déclarant avoir un faible réseau social, présentaient moins souvent que les autres une prévention gynécologique (dépistage cancer du col et du sein) conforme aux recommandations nationales<sup>18</sup>. Cet exemple illustre le rôle de rattrapage potentiel que pourrait jouer l'hôpital public. À l'heure où certains s'alarment de l'effet multiplicateur d'inégalités engendré par les démarches qualité (toujours plus pour les mêmes : ceux qui savent utiliser le système<sup>19</sup>), il devrait être possible de concevoir des programmes de rattrapage de soins préventifs intégrés dans des activités de l'hôpital public fréquentées par des clientèles vulnérables. C'est ce que font certains services d'accueil des urgences en Amérique du Nord par exemple.

#### Inégalités par « construction »

Les inégalités par « construction » résultent de l'absence de prise en compte des inégalités dans l'élaboration de certains programmes ou recommandations de pratiques médicales, aboutissant à perpétuer, voire accentuer, des

17. Pascal J., Abbey-Huguenin H., Laboux O., Billaud E., Pouliquen B., Lombrail P., « Identification des besoins de soins préventifs des consultants d'odontologie en situation de vulnérabilité sociale », *Rev. épidémiol. santé pub.*, 50 (sup. 4), 1S165-1S166, 2002.

18. Pascal J., Libeau B., Ballereau F., Lombrail P., « Inégalités sociales et accès aux soins : différenciation des besoins de soins préventifs des consultants de l'hôpital public », *Rev. épidémiol. santé pub.*, 52, 1S28-1S29, 2004.

19. Epstein A.M., « Health care in America. Still too separate, not yet equal », *N. Engl. J. Med.*, 351, 603-605, 2004.

inégalités. Elles paraissent d'autant plus dommageables qu'un minimum de conscience de la socioparésie ambiante permettrait de les éviter à la source. Nous en donnerons deux exemples.

20. Pascal J., Abbey-Huguenin H., Agard C., Asseray N., Billaud E., Baron D., Lombrail P., « Élaboration d'un outil de repérage des usagers en situation de vulnérabilité sociale venant consulter à l'hôpital », *Presse Méd.*, 33, 710-715, 2004.

- Dans le domaine de la santé, les systèmes d'information renseignent peu les indicateurs sociaux, à l'instar du Programme de médicalisation des systèmes d'information des hôpitaux français. L'appareil statistique sanitaire lui-même renseigne difficilement les trois dimensions le plus souvent utilisées par les épidémiologistes (CSP, niveau d'éducation et de revenu) pour décrire les inégalités sociales de santé. Ceci entretient un déficit cognitif préjudiciable à une prise de conscience de l'importance du problème tout en privant les acteurs, au quotidien, de possibilités d'identification de personnes susceptibles de requérir une attention particulière, notamment dans la perspective de la mise en œuvre de programmes d'interventions ciblées<sup>20</sup>.

21. Inamo J., Lang T., Atallah A., Inamo A., Larabi L., Gaudemaris R.D., « Prevalence and therapeutic control of hypertension in French Caribbean regions », *J. Hypertens.*, 3 (7), 1341-1346, 2005.

- Certains protocoles de soins, du fait de leur ignorance de la différenciation sociale des risques dits « individuels », construisent mécaniquement de l'inégalité. Il en est ainsi des recommandations de traitement de l'hypertension artérielle basées sur le calcul du risque cardiovasculaire absolu (qui mesure la probabilité d'un accident à un horizon défini chez un individu). Dans la mesure où les équations proposées pour le calcul de ce risque ne prennent en compte que les variables biologiques et médicales (pression artérielle, lipémie, etc.) à l'exclusion de toute variable sociale ou psychosociale, ces recommandations sont source potentielle d'inégalités si elles sont appliquées. Des travaux récents montrent pourtant que le risque relatif conféré par certaines caractéristiques psychosociales est du même ordre que celui associé aux facteurs de risque classiques. La conséquence est une sous-estimation importante du risque pour les groupes socialement à haut risque cardiovasculaire, qui cumulent souvent plusieurs facteurs de risque psychosociaux. Dans cet exemple, de l'adoption d'un modèle uniquement biomédical découle, par construction, un accroissement des inégalités sociales de santé<sup>21</sup>. Il reste à espérer que la Haute Autorité de santé saura progressivement intégrer ces connaissances nouvelles à son travail d'élaboration de recommandations.

Où inégalités par « construction » et « omission » se cumulent !

L'exemple de l'organisation de la prise en charge du cancer du sein en France montre que ces deux types d'inégalités sociales d'accès secondaire aux soins peuvent se cumuler pour un même problème de santé. Le plan national Cancer 2003-2007 propose la généralisation d'une stratégie territoriale départementale cohérente de dépistage organisé (DO), l'objectif étant qu'au moins 80% des femmes françaises entre 50 et 74 ans puissent en bé-



22. Perry N.M., « Quality assurance in the diagnostic of breast disease (EUSOMA Working Party) », *Eur. J. Cancer*, 37, 159-172, 2001.

23. Albert U.S., Schutz K.D. *et al.*, « Short version of the guideline: early detection of breast cancer in Germany », *Cancer Res. Clin. Oncol.*, 130, 527-536, 2004.

néficier. Le DO réduit sans les annuler les inégalités d'accès au dépistage qui prévalaient en son absence (inégalités par omission). Mais il ne suffit pas d'améliorer le stade au diagnostic précoce par un recours plus fréquent au dépistage, si l'objectif poursuivi est de réduire la mortalité évitable. Il faut 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, ceci n'est pas proposé par le système de soins français, à la différence d'autres pays d'Europe tels que l'Angleterre<sup>22</sup> ou plus récemment l'Allemagne<sup>23</sup>, et laisse libre champ (par construction) à de fortes inégalités sociales d'accès aux soins secondaires.

On peut facilement en déduire les difficultés de coordination de la prise en charge du fait de la coexistence de deux dispositifs indépendants (dépistage et traitement), les structures de gestion du DO ayant pour seule obligation d'informer les femmes qui ont une image suspecte à la mammographie sans avoir les moyens de les accompagner dans les suites qui permettraient une prise en charge thérapeutique la plus précoce possible. Cette situation est aggravée par les cloisonnements multiples, entre l'hôpital et la ville, entre secteur public et secteur privé : le dépistage, et principalement le DO, repose essentiellement sur le secteur ambulatoire privé (les radiologues libéraux de ville) quand le traitement est obligatoirement hospitalier (public ou privé). Ces cloisonnements sont une des justifications de la mise en place de « réseaux de santé » pour la prise en charge des malades, mais ces réseaux, quand ils existent, n'ont habituellement pas pour objectif de travailler en amont l'articulation entre dépistage et soins. Pas plus qu'ils n'ont, d'ailleurs, l'ambition ou les moyens, comme tous les autres réseaux de soins (de santé ?), d'évaluer non seulement l'effet de leurs prestations sur la clientèle qu'ils ont couverte mais aussi l'impact sur l'ensemble de la population du territoire de santé qu'ils seraient censés desservir.

Les exemples précédents, illustrant les concepts d'accessibilité secondaire aux soins par omission et par construction, objectivent à l'intérieur du système de soins les inégalités sociales de santé mesurées en matière de mortalité prématurée évitable ou d'incapacité. Un système de soins qui, en sous-estimant la dimension socio-économique des problèmes de santé, participe « inconsciemment » à une accentuation des inégalités sociales de santé. Dans tous les cas, il ne participe pas à sa réduction. Cette difficulté française à appréhender ces dimensions devrait interroger plus avant les politiques, mais aussi les pratiques, en particulier dans un contexte d'évolution des pratiques professionnelles intégrée dans le cadre de l'amélioration de la qualité des soins. Contrairement aux idées reçues sur la base de constats anciens et par-

tiels (fondés sur une vision très biomédicale de la santé qui fait peu de cas de la qualité de vie des malades chroniques et du bien-être de tout un chacun), la part attribuable au système de soins dans la genèse des inégalités sociales de santé ne serait donc pas quantité négligeable...

**contact**

[pierre.lombrail@chu-nantes.fr](mailto:pierre.lombrail@chu-nantes.fr)

[jean.pascal@chu-nantes.fr](mailto:jean.pascal@chu-nantes.fr)

**Pierre Lombrail est professeur de santé publique à la faculté de médecine de l'université de Nantes et directeur du pôle d'Information médicale, d'évaluation et de santé publique du CHU de Nantes. Membre de la commission Recommandations pour l'amélioration des pratiques de la Haute Autorité de santé, ses travaux de recherche portent principalement sur les « performances » des établissements de santé et les inégalités sociales de soins.**

**Jean Pascal est médecin de santé publique et de médecine sociale au CHU de Nantes et attaché d'enseignement et chargé de recherche à l'université de Nantes. Il assure le développement et la gestion d'une organisation pilote en réseau du Programme de médicalisation des systèmes d'information d'établissements hospitaliers de soins de suite ou de réadaptation en Loire-Atlantique. Ses activités de recherche portent sur les inégalités sociales de santé, en particulier l'étude du repérage et de l'accès aux soins des populations en situation de précarité sociale.**