Agir sur les déterminants sociaux de la santé en médecine de premier recours : analyse rétrospective d'une cohorte dans un centre de santé communautaire

Thomas Levaillant

▶ **To cite this version:**

Thomas Levaillant. Agir sur les déterminants sociaux de la santé en médecine de premier recours : analyse rétrospective d'une cohorte dans un centre de santé communautaire. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-03164103

HAL Id: dumas-03164103

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03164103

Submitted on 9 Mar 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Faculté des sciences médicales et paramédicales
Aix-Marseille Université

Agir sur les déterminants sociaux de la santé en médecine de premier recours : analyse rétrospective d'une cohorte dans un centre de santé communautaire

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES

DE MARSEILLE

Le 16 Juin 2020

Par Monsieur Thomas LEVAILLANT

Né le 18 janvier 1991 à Courbevoie (92)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur ROSSI Pascal	**Président**
Madame le Professeur BRETELLE Florence	**Assesseure**
Madame le Docteur (MCU-PH) LÉVY-MOZZICONACCI Annie	**Assesseure**
Madame le Docteur GAUDILLIÈRE Bénédicte	**Directrice**

Remerciements

Au Président du jury :
À Monsieur le Professeur Pascal Rossi, merci de m'avoir fait l'honneur de présider ce jury de thèse, et de l'intérêt porté à ce travail. Votre regard nous sera précieux.

Aux membres du jury :
À Madame la Professeure Florence Bretelle, merci d'avoir accepté de juger ce travail. J'espère ne pas vous avoir trompé en pensant que votre exercice est en lien plus étroit avec le nôtre qu'il n'y paraît.

À Madame la Docteure Annie Lévy-Mozziconacci**,** merci d'avoir accepté de participer à ce jury. Les circonstances de notre rencontre n'ont fait que renforcer l'importance d'une collaboration qui j'espère sera pérenne.

Vous avoir tous les trois comme membres de ce jury a pour moi un sens particulièrement important. S'il en était encore besoin, le présent travail souligne l'importance de l'hôpital public en général, et de l'hôpital Nord en particulier pour la santé de nos patients. Il souhaite également valoriser l'intérêt de la collaboration entre le premier recours et l'hôpital pour la qualité des parcours de soin. Aussi, pour faire exister et vivre l'hôpital public au quotidien dans ce quartier, voyez-y l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

À Béné :
A mon amie, collègue et directrice de recherche Béné. Merci pour ton soutien, ta patience et ta disponibilité. Merci pour la qualité de ton encadrement, et pour cette incroyable capacité que tu as de toujours valoriser ce que les gens ont de meilleur.
Si je deviens un médecin comme toi, ça me va !

À la famille :
Et particulièrement à mes parents, qui depuis bientôt 30 ans m'apportent un soutien et un amour inconditionnel, et sans lesquels je n'aurais pas pu faire le chemin parcouru pendant ces 12 années d'étude.

Aux années d'étudiant :
Aux ami.es, collègues, voisin.es et rencontres qui ont coloré cette période un peu folle. Années de toutes les expériences, d'apprentissage de la médecine autant que de la vie. Puisse la folie se renouveler sous d'autres formes en vieillissant.

Au département SHSmed de la faculté de médecine de Montpellier :
A l'ensemble de l'équipe, et particulièrement Laurent Visier, pour la qualité de votre travail pédagogique qui a beaucoup contribué à donner du sens à mes études.
Aux camarades de master pour cette année incroyablement riche en connaissances et en émotions.

Aux camarades de l'aïkido :
D'abord à celles et ceux qui l'enseignent et le partagent, c'est un cadeau inestimable. Aussi, bien sûr, à celles et ceux qui le font vivre. Cette pratique me structure et me rend meilleur dans la vie et dans mon travail.

Aux années marseillaises :
Aux colocs, aux compagnons d'internat, aux rencontres de bistro, aux libraires maudis, au Levanski Project, aux couchers de soleil sur la mer, aux rats, aux gabians, et à toutes les rencontres insolites que cette ville permet.

A celles et ceux qui m'ont tant appris :
Aux médecins qui m'ont transmis le métier avec patience et pédagogie : au premier rang desquels Amadou Konaté, Jean-Pierre Bénézech, David Verhelst, et surtout Christine Burgun. Continuez à enseignez vous êtes formidables.
À tous les soignants et toutes les équipes qui m'ont accueilli en stage.

À vous qui m'avez permis d'apprendre mon métier à votre corps défendant parfois, mais surtout avec patience et bienveillance malgré mes erreurs et mes maladresses. Puissent-elles avoir été fécondes.

Aux collègues du Château :
Pour l'aventure collective formidable que nous menons, et qui donne tant de sens à nos métiers.

À celle que j'aime :
Merci de traîner dans des concerts de punk au hasard des soirs d'automne, et de rester à mes côtés depuis. Merci aussi pour ta patience dans cette ville de fada, reflet de la valeur que tu accordes à mon travail.

Merci à Carolina, Julien, Élisa, Céline, et Jérôme pour l'aide technique et l'éclairage sur certains points de notre pratique. Merci à Mathieu aussi pour nos échanges sur la question de l'alimentation. Sans vous j'aurais certainement dit beaucoup plus de bêtises.

Un grand merci à Ioan et Manon pour la relecture.

Enfin un merci particulier aux habitantes et habitants de Kalliste, de la Solidarité, de la Granière, des Bourrelys et des alentours. L'aventure collective que nous vivons, et dont je me suis permis de révélé un petit bout ici, est certainement le plus bel aboutissement de ces longues années d'étude.
Ce travail est pour vous.

Résumé

L'importance de l'impact des déterminants sociaux sur la santé est désormais bien connue. De ce constat naît la nécessité d'intégrer les conditions de vie des personnes dans leurs parcours de soin. Notre problématique est de savoir comment agir sur ces déterminants sociaux en médecine de premier recours.

Nous avons analysé les parcours de soin d'une cohorte de 37 patients discutés en réunion de concertation pluridisciplinaire en 2019 et suivis dans un centre de santé communautaire. Ces parcours de soin ont été confrontés aux définitions et recommandations des principaux rapports nationaux et internationaux sur les déterminants sociaux de la santé, que nous avons classé en douze catégories.

Nos résultats montrent qu'il est possible de mettre en place des accompagnements pour agir sur ces déterminants sociaux, pour au moins huit des douze catégories, en soin de premier recours – les quatre autres dépendant de dynamiques plus macroscopiques. La faisabilité de ces accompagnements tient à l'organisation pluridisciplinaire et intersectorielle du travail, ce qui nécessite un temps dédié important. Elle tient aussi aux services publics de soin et de protection sociale sous toutes leurs formes. Une bonne connaissance des déterminants sociaux autant que de ces dispositifs est donc nécessaire.

Pour autant, les dynamiques sociales qui impactent la santé des personnes se jouent aussi à un niveau macroscopique. Ces dernières limitent parfois l'impact des accompagnements proposés. Envisager une action systémique est un enjeu politique qui dépasse le rôle de la médecine générale. L'une des façons dont celle-ci peut tout de même s'en rapprocher est d'intégrer une approche communautaire, qui réduirait la distance décisionnelle entre les patients et les leviers macroscopiques nécessaires pour agir sur la racine des causes, leur permettant ainsi de se réapproprier le pouvoir de définir de quoi relève leur santé et la meilleure façon d'agir dessus.

Mots clés : déterminants sociaux, premier recours, santé communautaire, pluridisciplinaire.

Sommaire

Avant-propos....7
Abréviations....10
Matériel et méthode....11
1) Construire un grille d'analyse....11
2) Choisir un terrain de recherche et une cohorte de patients....11
3) Recueillir des données....12
4) Analyser ces données :....14
4.1) Objectif et critère de jugement principal....14
4.2) Objectifs et critères de jugement secondaires....14
5) Cadre légal :....15
6) Conflits d'intérêt :....15
Résultats....16
1) Définir les catégories pour analyser les déterminants sociaux de la santé dans les parcours de soin....16
1.1) De la santé globale aux déterminants sociaux de la santé : les travaux internationaux....16
1.2) Les travaux européens....25
1.3) Les rapports des institutions françaises....28
1.4) Les déterminants sociaux de la santé : une grille d'analyse en douze catégories....32
2) Résultats généraux :....36
2.1) Caractéristiques générales de la cohorte....36
2.2) Caractéristiques générales des accompagnements....37
3) Résultats par catégorie....41
3.1) Mode de vie et comportements....42
3.2) Alimentation et nutrition....44
3.3) Le logement....48
3.4) L'emploi, le revenu et la protection sociale....53
3.5) Éducation et conditions de vie durant l'enfance....61
3.6) Étayage social, culturel et familial....64
3.7) Accès au soin, protection sociale et système de santé....68
3.7.1) Organisation de l'offre de soin au centre de santé....69
3.7.2) Accès à une protection maladie ou au soin sans protection maladie....75
3.7.3) Coordination de parcours de soin complexes....78
3.8) Sécurité, justice et la lutte contre les discriminations....81
3.8.1) Sécurité, justice et discriminations envers les étrangers dans l'accès au droit de séjour et au droit commun ; violences liées au parcours migratoire....82
3.8.2) Sécurité, justice et discriminations de genre : violences de genre, violences conjugales et violences intra-familiales....85
3.8.3) Sécurité, justice et impact du réseau de trafic de drogue sur la vie et la santé des personnes....89
4) Reconstruire une approche systémique....92
4.1) Éducation, conditions de vie dans l'enfance et étayage familial....93
4.2) Parcours de soin et violences de genre....97
4.3) La question des discriminations : un exemple à travers l'accès au logement....101
Discussion....106
1) Discussion générale sur les résultats....106
1.1) Réponse aux objectifs....106
1.2) Limites....109
1.2.1) Des catégories absentes dans nos résultats....109

1.2.2) Déconstruire l’approche systémique… pour mieux la reconstruire.....111
2) Agir sur les déterminants sociaux de la santé : deux stratégies pour deux niveaux d’action. .115
2.1) La protection sociale : stratégie populationnelle ou stratégie du haut-risque ?.....116
2.2) Les dispositifs d’assistance : une stratégie paradoxale pour agir sur les déterminants sociaux de la santé.....118
2.3) Comprendre les motifs du non-recours pour comprendre les limites de l’action sur les déterminants sociaux de la santé.....119
2.4) La stratégie du « haut-risque » : une cause structurelle de carence et de discrimination 122
3) Agir sur les déterminants sociaux de la santé : enjeux pour une action systémique.....124
La dynamique communautaire comme réponse systémique.....125
4) Ouverture et perspectives.....129
4.1) Pour la pratique :.....129
4.2) Pour la recherche :.....131
Annexes.....135
Bibliographie.....156
Les déterminants sociaux de la santé : une revue narrative de la littérature.....161

Avant-propos

Le présent travail est en quelque sorte la suite d'une série en deux parties.
Dans le cadre de notre mémoire de DES de médecine générale nous avons procédé à une revue narrative de la littérature sur le sujet qui nous intéresse ici, les déterminants sociaux de la santé. Il constitue le premier volet, plus théorique, de notre recherche. Cette revue nous a permis de trouver des modèles qui aident à penser la complexité de la thématique, et l'interaction qu'il existe entre l'organisation de la société et la santé des personnes qui la composent.
Le fil rouge de ce travail était de prendre la question des déterminants de la santé par le prisme de l'épidémiologie, en tant qu'elle est la discipline qui pense les causes des maladies et la façon de les prévenir. Nous y avons passé en revue des travaux de l'épidémiologie sociale et biographique, ainsi que des concepts de physiologie comme l'homéostasie, l'allostasie et la charge allostatique, pour comprendre comment notre corps interagit avec son environnement, et quelle plausibilité biologique sous-tend cet impact de l'environnement social sur la genèse des pathologies. Nous avons vu comment l'environnement social, par définition ce qui déborde l'individu et lui est à priori extérieur, impacte pourtant son fonctionnement singulier. Et même plus largement impacte plusieurs singularités de façon concomittante, et selon des schémas de régulation que la physiologie individuelle ne suffit pas à prévoir. Ces concepts nous semblent essentiels pour comprendre notre problématique.
Les modèles étudiés nous ont également permis de construire une grille d'analyse complexe de notre sujet, pour le penser de façon systémique.

La présente recherche constitue donc le deuxième volet, qui se penche sur des questions plus pratiques de faisabilité pour l'exercice de la médecine générale, et du soin au sens plus large. Elle est un travail indépendant et peut se lire comme tel. Pour autant à certains moments nous ferons référence au premier volet (« dans notre revue narrative de la littérature sur le sujet » ou « dans un précédent travail »). Chaque fois, nous avons essayé de préciser le propos tenu pour qu'il garde son sens de façon indépendante. Pour autant, les personnes souhaitant avoir toutes les clés pour comprendre notre réflexion gagneront à commencer par la lecture du premier volet.

Pour cette raison, il figure à la fin de ce manuscrit.

Introduction

À quoi ça tient, la santé ?
À quoi ça tient de prendre soin de soi, de prendre soin des autres, de se sentir en bonne santé ?
À quoi ça tient de pouvoir penser ces questions, et d'y répondre ?

Voilà peut-être la formulation la plus simple des réflexions qui nous ont animé tout au long de ce travail. Dans le domaine universitaire, toutes ces choses, toutes ces personnes, toutes ces institutions desquelles dépendent notre santé, ce sont les « déterminants sociaux de la santé ».
Dans la littérature sur le sujet, le concept nait essentiellement du constat qu'il existe un gradient de santé au sein de la population, puisqu'elle est inégalement répartie en fonction des classes sociales. Ce qui signifique que l'organisation sociale conditionne l'état de santé. Ce constat n'est plus à démontrer. Dans un précédent travail de revue narrative de la littérature sur le sujet nous avons envisagé certains des mécanismes permettant de le comprendre.

Le "pourquoi" agir sur ces déterminants sociaux de la santé a été très largement traité. D'abord pour apporter une réponse aux inégalités de santé, qui tirent leur origine dans l'organisation sociale. Si ces inégalités se font le plus ressentir au détriment des plus démunis, elles reposent pourtant sur un gradient continu qui traverse toute la société, jusqu'aux plus riches. Les voir comme une dynamique universelle, et non ciblée sur un public défavorisé, a son importance. C'est également ce qui explique la nécessité de l'intégrer dans la façon d'organiser le soin.
Dans le cadre d'une thèse d'exercice en médecine générale, il nous a paru pertinent de réfléchir aux implications de ces notions pour la pratique. Autrement dit le "comment" agir en conséquence. Ce que pose notre problématique : « Comment agir sur les déterminants sociaux de la santé en médecine de premier recours ? »
Le choix de la question "comment ?" justifie l'utilisation d'une méthode de recherche qualitative, puisqu'il s'agit d'apprécier la qualité, au sens premier du terme, de l'action produite sur ces déterminants sociaux. Il ne s'agit pas de quantifier cette action, ni son efficacité.

Pour analyser les conditions de faisabilité d'une action pratique, il nous a d'abord fallu circonscrire les termes de notre problématique. Nous avons donc procédé à la revue des divers rapports sur le sujet. Depuis l'émergence du concept de santé globale dans les années 70 jusqu'à une récente enquête de terrain auprès de médecins généralistes, nous avons trouvé de nombreuses définitions des déterminants sociaux, et de nombreuses recommandations pour y apporter une réponse pratique. C'est sur cette base que nous avons arrêté une grille descriptive des déterminants sociaux de la santé, pour pouvoir les retrouver et les analyser dans notre recueil de données.
Cette revue nous a également permis de faire une synthèse des recommandations par thématique, afin d'évaluer la capacité des accompagnements en soin de premier recours à les intégrer.

Ensuite, nous avons souhaité analyser la pratique d'un lieu de soin de premier recours qui a été pensé pour agir sur ces déterminants sociaux, afin d'y voir quels accompagnements sont alors mis en place. Nous avons décidé de mener notre recherche sur notre lieu de travail, un centre de santé communautaire situé à Marseille, puisqu'il a été pensé pour intégrer la question qui nous anime au sein de la pratique.
En analysant une cohorte de 37 patients discutés en réunion de concertation pluridisciplinaire, nous avons fait ressortir les nombreux accompagnements mis en place au long des suivis. Ces accompagnements se caractérisent par une grande pluridisciplinarité, ainsi qu'une approche intersectorielle.
Confronter les actions mises en œuvre en pratique à la théorie sur le sujet nous a permis d'analyser à la fois de façon catégorielle, mais aussi dans un tentative d'approche systémique, les conditions de

faisabilité d'une action pertinente sur les déterminants sociaux de la santé. Nous avons envisagé deux niveaux : une action au niveau intermédiaire, ou micro-sociale, c'est-à-dire l'échelle du soin de premier recours, et une action au niveau macroscopique. L'action synchrone entre les deux niveaux étant la plus à même d'apporter une réponse systémique.
Ces deux niveaux de travail, s'ils font ressortir certains paradoxes, constituent deux stratégies bien connues dans le raisonnement médical. Il s'agit de penser à le fois les stratégies de soin de l'individu singulier, et à la fois celles du soin de la population générale. Cette complexité est la condition d'une réflexion globale sur notre question, et sur le soin en général, nous le verrons.

Enfin nous avons envisagé la place de la dynamique communautaire dans sa capacité à apporter une réponse à notre problématique, et peut-être à permettre le lien entre les différentes échelles envisagées.

Dans un premier temps nous construirons donc une grille d'analyse de la pratique en partant de différents travaux et rapport institutionnels sur le sujet.
Ensuite nous analyserons les accompagnements proposés dans notre cohorte de façon rétrospective.
Enfin nous discuterons la façon dont ces résultats nous permettent de répondre à notre problématique sur les deux niveaux annoncés, et les perspectives pour dépasser d'éventuelles limites.

Abréviations

AEMO : Action éducative en milieu ouvert
AMC : Assurance médicale Complémentaire
AME : Aide médicale d'État
AMO : Assurance médicale obligatoire
APA : Allocation pour l'autonomie
ASE : Aide sociale à l'enfance
AT : Arrêt de travail
CCF : Conseillère conjugale et familiale
CCNE : Comité consultatif national d'éthique
CESF : Conseillère ou conseiller en économie sociale et familiale
CFDT : Confédération française démocratique du travail
CIDE : Convention internationale des droits de l'enfant
CMI : Certificat médical initial
CMP-IJ : Centre médico-psychologique infanto-juvénile
CMU(c) : Couverture maladie universelle (complémentaire)
DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EJE : Éducateur ou éducatrice de jeunes enfants
FSL : Fond de solidarité logement
HCFEA : Haut conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge
HCSP : Haut conseil de santé publique
IDE(L) : Infirmièr.e diplômé.e d'État (Libéral.e)
IJ : Indemnités journalières
ITT : Incapacité totale de travail
INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé
IST : Infection sexuellement transmissible
IVG : interruption volontaire de grossesse
MT : médecin traitant
Odenore : Observatoire des non-recours aux droits et service
OPJ : Officier de police judiciaire
OQTF : Obligation de quitter le territoire français
PFIDASS : Plate-forme d'intervention départementale pour l'accès aux soins et à la santé
RCP : réunion de coordination pluridisciplinaire
Sécu : sécurité sociale, la plupart du temps employé pour parler de l'assurance maladie
SF : Sage-femme
SMPR : Service médico-psychologique régional (unité de soin en santé mentale des établissements pénitentiaires)
TISF : Technicien ou technicienne de l'intervention sociale et familiale
TS : travailleur ou travailleuse social.e
UCSA : Unité de consultation et de soin ambulatoire (unité sanitaire en milieu pénitentiaire)
VAD : Visite à domicile

NB : Pour une question de lisibilité, cette liste d'abréviation ne comprend ni les abréviations désignant les professionnels, qui est disponible en annexe 8, ni des institutions et partenaires intervenant dans les parcours de soin, qui est disponible en annexe 9.

Matériel et méthode

Notre problématique de travail pose la question suivante : Comment agir sur les déterminants sociaux de la santé en médecine de premier recours ?

Nous l'avons dit, une méthode de recherche qualitative nous a semblé la plus adapter pour y répondre. Le comment ici comprend à la fois la question des conditions requises pour rendre l'action possible, et à la fois la question des moyens d'action.
Pour analyser les conditions d'une telle action, nous avons pris le parti de confronter les données de la littérature qui proposent une réponse théorique à cette question avec une pratique du soin qui y propose une réponse pratique. L'analyse croisée de ces deux approche nous semble produire une analyse pertinente pour répondre à notre problématique.

Pour cela, nous avons procédé par étapes :

1) Construire un grille d'analyse

Nous avons ici fait le choix de définir a priori ces déterminants. Ce choix est justifié par le besoin de standardiser la lecture de la pratique au prisme des déterminants sociaux de la santé, de les identifier et les classifier dans notre recueil de données.
Les figer ainsi, alors qu'ils s'organisent de façon dynamique, interdépendante, et sur plusieurs niveaux de structure comme nous l'avons vu dans notre revue narrative, est artificiel. Cette grille de lecture ne tient que le temps dévolu à l'analyse des données.
Il existe certainement d'autres déterminants qui ne sont pas cités ici, et la grille de classification proposée pourrait être organisée différemment. L'essentiel pour nous ici est d'en arrêter une qui soit légitime par sa cohérence avec les données reconnues sur le sujet, et opérante pour le traitement de nos données.
Ces catégories seront nommées indifféremment "déterminants sociaux", "thématiques", "catégories (du social)" tout au long de notre exposé.

Pour ce faire nous avons passé en revue différents travaux et rapports produits par les institutions compétentes en matière de santé dans le monde occidental contemporain, et qui traite de la question des déterminants sociaux de la santé. Il s'agit essentiellement de travaux de l'OMS, canadiens, britaniques et français.
Cette revue, si elle n'est pas exhaustive, propose quand même un tour d'horizon assez complet pour arriver à saturation des données, puisque les déterminants sociaux de la santé cités finissent par être toujours les mêmes, parfois formulés ou organisés différemment.
Notre grille d'analyse repose donc sur une tentative de synthèse de tous ces éléments.

2) Choisir un terrain de recherche et une cohorte de patients

Notre problématique pose la question de la capacité d'agir sur les déterminants sociaux de la santé en médecine de premier recours. Instinctivement, de notre expérience, et au vu de la littérature sur le sujet, les enjeux sociaux interférents sur la santé des personnes dépassent de loin la compétance médicale. Ils relève d'une action à la fois pluridisciplinaire, et intersectorielle.

Durant les 2 années passées, nous avons exercé dans un centre de santé communautaire dont la pratique est pluridisciplinaire, où travaillent de concert des professionnels du soin et du social. Ce lieu de soin a été pensé dans son essence même pour intégrer de façon systémique la question de l'interaction entre le soin et le parcours de vie des personnes. Il nous a donc paru le terrain de recherche le plus approprié.
Le travail de recherche à proprement parler a ensuite consisté en une étude observationnelle rétrospective portant sur une cohorte de patientes et de patients suivis au centre de santé.
Afin d'avoir à la fois un panel de prise en charge assez large, et une cohorte dont le nombre de dossiers puisse être analysé de façon exhaustive sur le temps imparti à notre recherche, nous avons décidé d'un critère d'inclusion et d'une période qui nous fournisse entre 30 et 50 dossiers.
L'objectif étant de faire ressortir les accompagnements proposés autour des déterminants sociaux de la santé, nous avons pris comme critère d'inclusion le fait que le dossier ait été discuté en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) lors de la réunion d'équipe hebdomadaire des professionnels du centre de santé, et ce sur la période du 1er janvier au 31 décembre 2019.
Il n'y avait pas de critère d'exclusion.

Avec ces critières, nous avons obtenu une cohorte de 37 patientes et patients, ce qui s'accorde avec nos besoins.
Celle-ci étant qualitative, il n'y avait pas d'enjeu à atteindre un nombre donné pour obtenir des résultats statistiquement significatifs.

Chaque dossier s'est vu attribuer un identifiant de la façon suivante, pour garantir l'anonymat :
- A pour les majeurs, 'a pour les mineurs (au 31 décembre 2019);
- 2 pour les femmes, 1 pour les hommes;
- deux derniers chiffres de l'année de naissance;
- un numéro à deux chiffres allant de 01 et 37 pour identifier le dossier spécifiquement.

Ainsi une femme née en 1970, donc majeure, et qui serait notre premier dossier, se verrait attribuer l'identifiant A 2 70 01.

3) Recueillir des données

Les données recueillies dans les dossiers retenues pour notre échantillon étaient dans un premier temps : âge, sexe, couverture maladie, besoin d'interprétariat.
Ces données nous donnent un aperçu des caractéristiques de notre population.

Nous avons ensuite analysé le parcours de soin proposé au patientes et patients sur la période donnée. Pour ce faire a été revelé :

- Nombre de consultation médicale, sociale, infirmière et orthophonique.
- Intervention d'un médiateur ou d'une médiatrice en santé dans le parcours de soin
- Intervention d'un ou une interprète dans le parcours de soin
- Nombre d'interventions d'un ou une professionnel.le du centre de santé à l'extérieur dans le cadre du parcours de soin, et nature de cette intervention.
- Réalisation du suivi gynécologique au centre de santé pour les femmes de plus de 18 ans.

Enfin, nous avons parcouru l'ensemble des éléments tracés dans le dossier médical informatisé. Cette analyse détaillée de leur parcours de soin nous a permis de :
- Classer dans chacune des catégories du social les problématiques rencontrées et tracées dans le dossier.

La standardisation de ces catégories en amont a permis par la suite une analyse transversale par catégories.
- Mettre en regard les conséquences sanitaires diagnostiquées par les médecins du centre dans le dossier médical.
- Mettre en regard l'accompagnement proposé par le centre de santé, en lien avec les divers partenaires extérieurs.
Étant acteur du suivi de certains des patients, et souvent présent lors des RCP, nous avons une connaissance du parcours de soin qui va au-delà du contenu du dossier médical.
Cette connaissance est un plus pour reconstituer l'histoire des parcours et être certain de comprendre le sens des éléments notés dans le dossier.
C'est également un biais possible dans le recueil et l'analyse de données.
Pour limiter ce biais, nous avons décidé de ne retenir que les éléments tracés dans le dossier médical.
Nous avons également, lors de l'analyse, documenté le choix de ranger tel ou tel élément du parcours de vie des personnes accompagnées dans l'une ou l'autre catégorie dans un tableau de synthèse par dossier, pour justifier ce choix.
Les éléments notés sont ceux retrouvés mot à mot ou reformulés de façon synthétique dans le dossier ; aucun n'a été ajouté par le chercheur.
Ces tableaux sont disponibles dans des tableurs et permettent d'avoir un regard critique sur le choix de l'analyse proposé. Pour les remplir il a fallu faire un important travail de synthèse pour trouver l'équilibre entre exhaustivité et lisibilité. S'il est empreint d'une part de subjectivité, nous avons tenté d'être le plus juste possible par rapport aux éléments tracés.
Nous avons pris le parti de ne pas joindre ces tableaux au présent travail lorsqu'il sera transmis à la faculté ou diffusé en ligne. Car publier la reconstitution détaillée du parcours de soin des personnes nous semble un risque de lever l'anonymat. Les personnes souhaitant discuter les détails de ce travail peuvent nous contactent pour y avoir accès.

A ensuite été répertorié le motif pour lequel les patientes et patients ont été présentés en réunion de concertation pluridisciplinaire. S'il y a eu plusieurs RCP, il était noté le motif de la première, les suivantes étant la plupart du temps le suivi du ou des mêmes motifs.

Enfin a été reccueilli le nombre de professionnels différents qui sont intervenus dans le cadre du parcours de soin. S'il s'agit de plusieurs professionnels d'une même profession dépendant de structures différentes, ils ont été compté deux fois, car nous avons considéré qu'ils intervenaient dans le cadre de compétences différentes, et qu'ils étaient par là même nécessaires au suivi du patient.
Par exemple lorsqu'intervient l'assistante sociale du centre de santé, puis l'assistance sociale scolaire, nous avons considéré qu'ils s'agissaient de deux professionnels.
Pour ce qui est de plusieurs professionnels d'une même profession au sein du centre de santé (médecin, infirmier, orthophoniste), nous n'avons compté qu'un seul professionnel, considérant qu'ils apportent la même compétence.

De même, nous avons répertorié les institutions et partenaires intervenant dans les parcours de soin en synergie avec le centre de santé. Ces partenaires ont été recensés dans chaque dossier, puis nous avons tracé combien interviennent dans le suivi de chaque patient sur la période étudiée. Ils ont ensuite été classés par thématique afin de dresser un aperçu d'ensemble.

4) Analyser ces données :

4.1) Objectif et critère de jugement principal

L'objectif principal de notre recherche était d'évaluer s'il est possible d'agir sur les déterminants sociaux de la santé en médecine de premier recours, et comment, à travers l'analyse d'une cohorte de patients suivis dans un centre de santé communautaire.

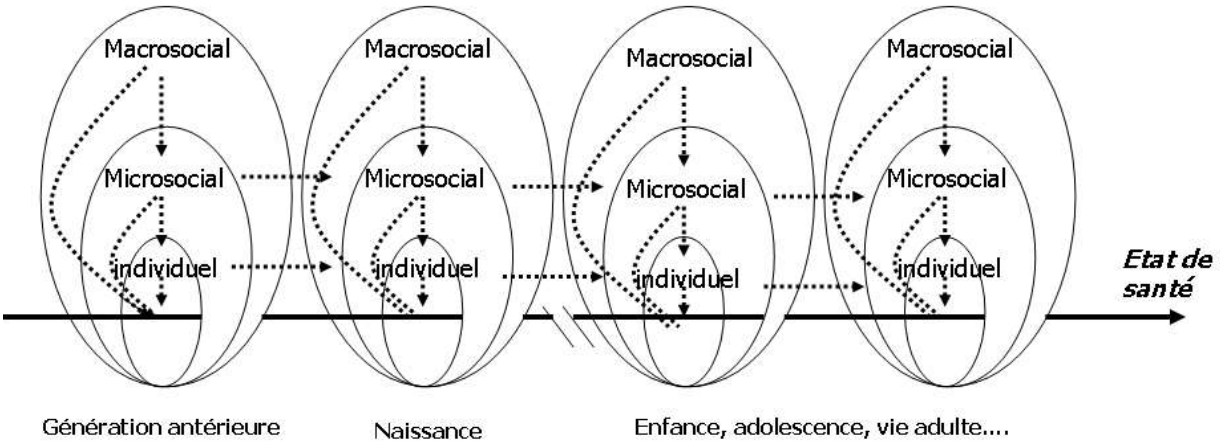
Le critère de jugement principal était qualitatif, à savoir la présence et la nature des accompagnements permettant d'agir sur les déterminants sociaux de la santé, tels que définis en amont.
Aucun critère ne jugeait de l'efficacité de ces accompagnments. Cependant leur pertinence peut être évaluée au vu des recommandations nationales et internationales sur le sujet.

4.2) Objectifs et critères de jugement secondaires

Les objectifs secondaires étaient :
- Évaluer l'interdisciplinarité dans les parcours de soin, et l'intersectorialité des accompagnements proposés.
Le critère de jugement était pour l'interdisciplinarité le nombre de professionnels différents intervenant dans le parcours de soin, selon les modalités précisées dans la méthode de recueil de données.
Pour l'intersectorialité le critère était le nombre d'institutions et partenaires avec qui le centre travaille en synergie pour les accompagnements. Le nombre par personne accompagnée, ainsi que par champ du social et au total sur la cohorte. Ce afin d'avoir une visibilité sur le fonctionnement global du centre.

- Mettre en avant les limites macroscopiques à l'amélioration des déterminants sociaux de la santé relevés dans les parcours de soin. La notion de frein macroscopique étant définie par un obstacle qui ne relève pas de l'échelle d'action en soin de premier recours, mais d'une régulation plus large qui est néanmoins déterminante pour agir sur la santé des personnes.
Cette notion de macroscopique renvoit aux travaux de Thierry Lang et al, développés dans notre revue narrative de la littérature figurant en préface de ce travail, ainsi qu'aux approches de l'épidémiologie sociale.
Il n'y avait pas là de critère de jugement au sens propore du terme. Nous essayerons de mettre en perspective les actions entreprises dans les accompagnements et les données macroscopiques sur ces thématiques. Le but était ici de réinscrire l'analyse dans une vision systémique, après l'avoir découpée en silos de façon articifielle.

Environnements et comportements au cours de la vie.
Liens avec l'état de santé.



- Discuter la place de la dynamique communautaire dans l'action sur les déterminants sociaux de la santé.
Là non plus il n'y a pas de critère de jugement. Nous avons essayé de voir où elle prenait sa place entre les recommandations, et la pratique.

5) Cadre légal :

Une demande auprès du Comité de Protection des Personnes a été faite concernant la recherche. La demande enregistrée sous le numéro SI 20.04.20.54924 a reçu une réponse du CPP Ouest II d'Angers en date du 27 avril 2020.
La réponse faite est que l'analyse de données recueillies de façon rétrospective dans le dossiers de patients ne justifie pas de l'avis d'un CPP.
Il suggère cependant que l'avis d'un comité d'éthique serait nécessaire si une publication était envisagée.

6) Conflits d'intérêt :

Nous n'avons aucun conflit d'intérêt à déclarer dans le domaine concerné par cette recherche.
Notre recherche n'a nécessité aucun financement, elle est donc totalement indépendante.

Nous avons travaillé pendant toute la période de l'étude comme médecin salarié du centre de santé qui a servi au recueil des données. Notre directrice de thèse est une collègue, également salariée de ce centre de santé.
Le travail de recherche a été fait sur notre temps libre à tous les deux, et non sur du temps salarié.
Nous assumons une affinité pour le mode d'exercice en centre de santé communautaire, qui est l'un des moteurs de cette recherche.
Si cette affinité peut constituer un biais dans l'analyse de résultats, c'est aussi une motivation à proposer une analyse critique de la pratique pour en pointer les limites et trouver des marges d'amélioration.
Les données ayant servi à produire les résultats étant basées sur le contenu des dossiers reccueilli de façon rétrospective, elles ne sont, elles, pas influençables par le point de vue du chercheur.
Sauf omission ou falcification volontaire, ce qui n'a pas été fait.

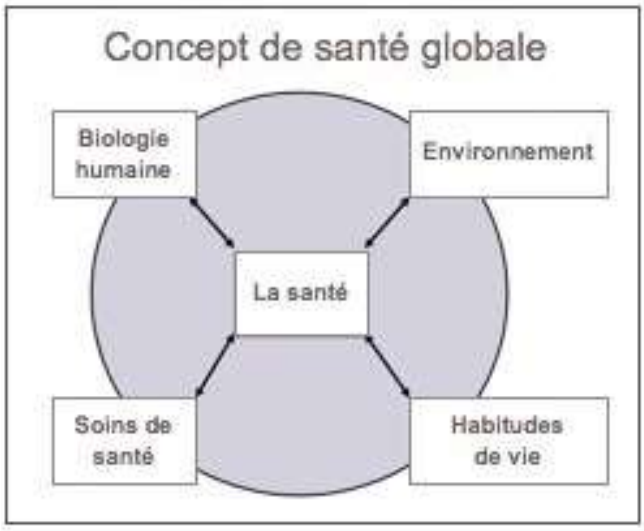
Résultats

1) Définir les catégories pour analyser les déterminants sociaux de la santé dans les parcours de soin

Afin de répondre à notre problématique sur comment agir sur les déterminants sociaux de la santé, nous avons pris le parti de définir en amont ce que sont ces déterminants. Cette façon de procéder nous est apparue la plus évidente pour établir une grille d'analyse des parcours de soin des patients au sein de notre cohorte.
Pour ce faire, nous avons décidé d'étudier les textes et rapports internationaux sur le sujet des déterminants sociaux. Nous avons débuté notre étude à la genèse du concept de santé globale dans les années 70, et sa diffusion dans le monde anglo-saxon. Nous avons ensuite détaillé tous les rapports de l'OMS sur le sujet. Enfin, nous nous sommes intéressé aux rapports français, plus tardifs. Cette revue nous a permis d'atteindre une forme de saturation des données, puisqu'à la fin nous n'identifions plus aucun nouvel élément pouvant constituer une catégorie de déterminant social de la santé.
Nous proposons ici une revue synthétique de l'ensemble de ces travaux afin de comprendre comment nous avons construit notre grille d'analyse pour notre recherche.
Une chronologie des différents rapports est proposée en annexe 1.

1.1) De la santé globale aux déterminants sociaux de la santé : les travaux internationaux

Le concept de santé globale tel qu'il est l'envisagé depuis quelques décennies dans la médecine occidentale émerge au Canada dans les années 70. C'est à l'initiative du sous-ministre de la Santé nationale et du Bien-être Maurice LeClair qu'un « *groupe de réflexion entièrement libre* » est créé : la Direction de la planification des services de santé à long terme. Leurs réflexions furent profondément influencées par les travaux de Thomas McKeown (1912-1988), médecin anglais qui étudie les facteurs ayant contribué au gain d'espérance de vie du XVIIIe au XXe siècle dans la société britannique. Il élabore une théorie qui tend à démontrer le faible impact des progrès de la médecine par rapport aux facteurs économiques, sociaux et environnementaux. Hubert Laframboise, directeur du groupe de travail, publie pour la première fois dans le C.M.A. Journal de février 1973 un article (1) proposant une nouvelle grille de lecture de la santé, et qui pose les catégories suivantes :



Quatre catégories y sont définies comme telles (une traduction entre guillemets) :

-le mode de vie : c'est « *l'ensemble des décisions prises par les individus qui ont un effet significatif sur leur santé. Ces décisions sont prises au sein d'un cadre de valeurs sociales, dont beaucoup sont héritées du passé, mais certaines sont façonnées par la société contemporaine.* »

-l'environnement : « *inclut l'ensemble de l'environnement au sein duquel un individu vit, et qu'elle ou il n'a pas le choix d'éviter comme l'air qu'on respire* »

-l'organisation des soins : « *se limite à la quantité, la qualité, l'organisation, la nature et les relations des personnes et des ressources dans le champ des services de santé.* »

-la « biologie humaine fondamentale et ses applications cliniques » : se limite à « *la recherche biologique fondamentale qui sous-tend tout le champ de la santé et l'application des découvertes de la recherche médicale aux soins de santé.* »

L'intérêt de cette classification défendue par l'auteur est d'être simple, claire, et intégrative, c'est à dire qu'elle permet de dépasser la segmentation produite par la division plus traditionnelle de « *santé mentale, santé publique, médecine clinique et recherche* ». Il en fait une grille d'analyse où, prenant un problème de santé donné, l'étudier sous chacun de ces quatre angles permet de dégager les leviers d'action possibles dans chaque catégorie, plus facile à hiérarchiser pour les actions de santé publique.

1974 : le rapport Lalonde

Dans la continuité paraîtra en 1974 le rapport du ministre de la santé canadien en poste, Marc Lalonde, « *A new perspective on the Health of Canadians* »(2) et connu sous le nom de rapport Lalonde. Il reprend les quatre champs de la santé de l'article de Laframboise. S'appuyant beaucoup sur les travaux de McKeown il montre que l'environnement et le mode de vie ont un impact très sous-estimé sur la santé, qui est trop souvent perçue comme dépendant uniquement de la consommation de soin en ville ou à l'hôpital. Il l'illustre par exemple avec les morts par accident de la route : les facteurs causant les accidents mortels n'étant à peu près pas influencés par la biologie humaine, mais le mode de vie, l'environnement et l'organisation du système de soin contribuant respectivement à 75 %, 20 % et 5 % de la mortalité. Il ouvre de nombreuses réflexions encore pertinentes sur l'importance de la recherche clinique et dans le domaine socio-sanitaire sur les liens entre environnement, mode de vie et santé. Il expose déjà la tension entre la méthode scientifique qui tente d'établir des liens de causalités, pleins de complexité et d'incertitudes, et les besoins en politique de santé publique d'avoir des messages « clairs et univoques ». Il reprend également les concepts en vogue dans les années 70 de « care » et de « cure », affirmant l'importance majeure du soin préventif, et du suivi des pathologies chroniques en pleine expansion. Le rapport se termine finalement par une série de 74 mesures proposées, insistant notamment sur le rôle de l'éducation et de la promotion en santé, et l'implication de tous les acteurs de la société, et pas uniquement du système de distribution de soin. On retrouve parmi ces mesures les thèmes qui sont aujourd'hui encore le cœur des campagnes de santé publique tels que l'alimentation, la consommation de toxiques, l'activité physique, le lien entre santé et environnement, etc.
Il connaîtra un succès rapide à l'étranger, et sera repris comme base pour tous les travaux sur le concept de santé globale et les déterminants de santé au niveau international.

1978 : conférence d'Alma-Ata sur les soins de santé primaire

Se tient quatre ans plus tard la Conférence internationale sur les soins de santé primaires organisée par l'OMS à Alma-Ata en septembre 1978(3). On trouve notamment dans l'article VII de la déclaration d'Alma-Ata la définition suivante :
« *Les soins de santé primaires :*

- *reflètent les conditions économiques et les caractéristiques socio-culturelles et politiques du pays et des communautés dont ils émanent et sont fondés sur l'application des résultats pertinents de la recherche sociale et biomédicale et de la recherche sur les services de santé, ainsi que sur l'expérience de la santé publique ;*
  […]
- *comprennent au minimum : une éducation concernant les problèmes de santé qui se posent ainsi que les méthodes de prévention et de lutte qui leur sont applicables, la promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles, un approvisionnement suffisant en eau saine et des mesures d'assainissement de base, la protection maternelle et infantile y compris la planification familiale, la vaccination contre les grandes maladies infectieuses, la prévention et le contrôle des endémies locales, le traitement des maladies et lésions courantes et la fourniture de médicaments essentiels ;*
- *font intervenir, outre le secteur de la santé, tous les secteurs et domaines connexes du développement national et communautaire, en particulier l'agriculture, l'élevage, la production alimentaire, l'industrie, l'éducation, le logement, les travaux publics et les communications, et requièrent l'action coordonnée de tous ces secteurs;* »

Le rapport détaillé insiste à de nombreuses reprises sur l'interdépendance des secteurs économiques, sanitaires et sociaux ainsi que tous les autres tels que l'agriculture, l'alimentation, le ravitaillement en eau et son assainissement, l'hygiène et l'évacuation des déchets, le logement, les travaux publiques et les communications, le secteur de l'éducation, les médias, le secteur industriel notamment (par son impact en terme de pollution et d'accident au travail, ou par la production de biens pour la santé comme les médicaments), ainsi que la création d'emploi nécessaire à l'économie locale et au pouvoir d'achat.
S'articule toute une réflexion sur la nécessité d'une coordination entre ces différents secteurs et celui des soins de premier recours, et notamment les enjeux d'une organisation communautaire.

1980 : le rapport Black

En 1980 est publié en Angleterre le « rapport Black », intitulé *Inequalities in Health : Report of a Research working group*(4). Ce rapport montre en détail à quel point la morbi-mortalité est inégalement répartie au sein de la population. Il montre que ces inégalités ne sont pas seulement liées à l'organisation de l'offre de soin, mais plutôt le fait d'importantes inégalités sociales au niveau des revenus, de l'éducation, du logement, de l'alimentation, de l'accès à l'emploi et des conditions de travail. Il note que ces inégalités ont tendance à se creuser depuis la fin de la guerre, et recommande un certain nombre de mesure sociales pour tenter de les corriger.

Les graphiques présentés ici, issus du rapport Black, montrent un gradient récurent entre les classes sociales pour les différents types de maladies.

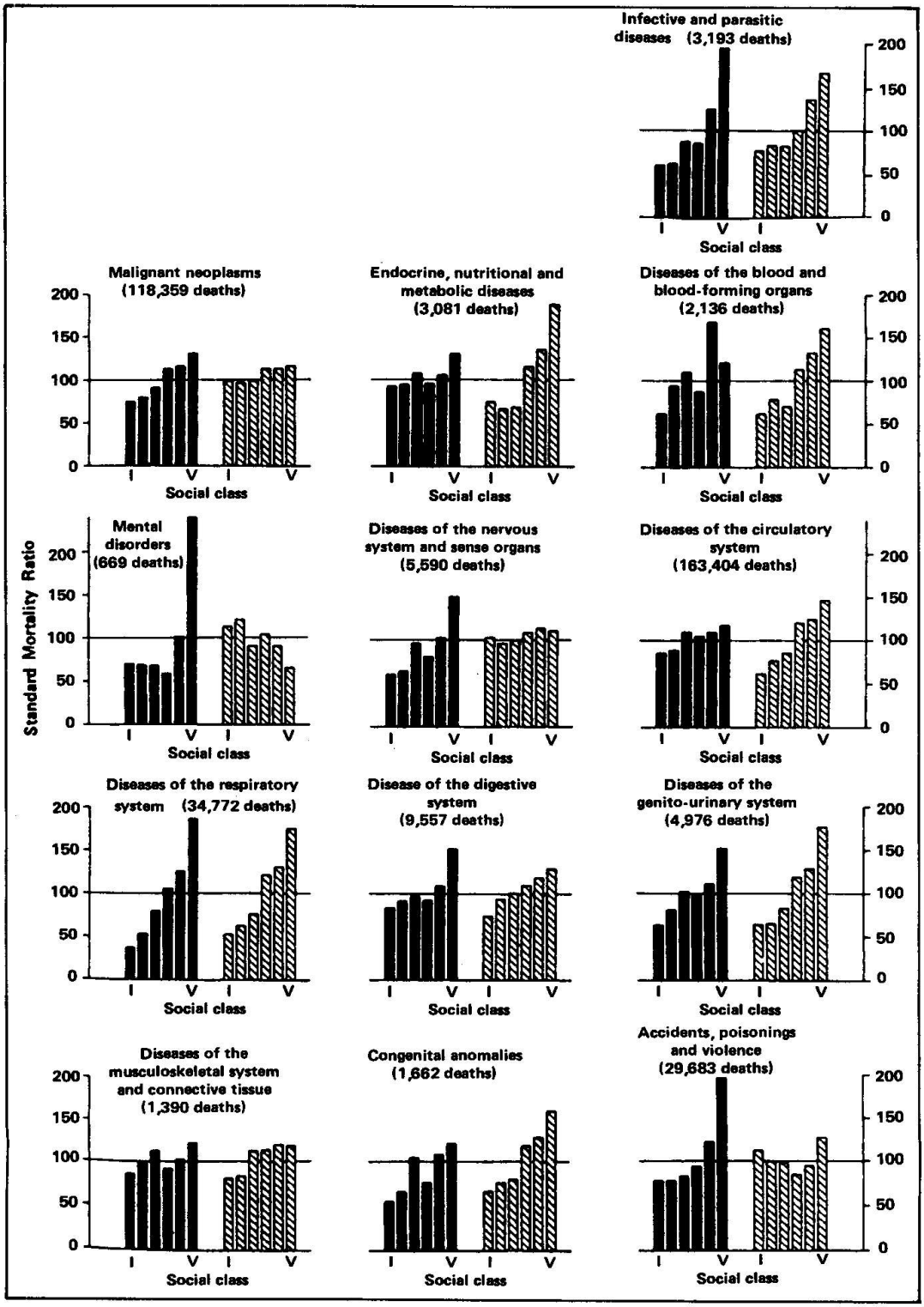


Figure 1. Cause-specific mortality by occupational class, men and married women by husband's occupation, ages 15-64, England and Wales, 1970-1972. Source, reference 2, p. 40.

1986 : naissance de la promotion de la santé et charte d'Ottawa

En parallèle, l'OMS poursuit vers la construction d'une vision globale de la santé qui donne naissance à la notion de « *promotion de la santé* ». Le 21 novembre 1986 a lieu la première Conférence internationale pour la promotion de la santé à Ottawa, où sera rédigée la charte d'Ottawa(5). Celle-ci revendique de s'appuyer sur les progrès accomplis grâce à la Déclaration d'Alma-Ata, mais contrairement à la précédente, où les enjeux de développement dans les pays pauvres étaient au cœur de la réflexion, elle se centre plutôt sur les besoins des pays industrialisés. On parle alors d'« *action intersectorielle pour la santé* ».

« *La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques. La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé : elle ne se borne pas seulement à préconiser l'adoption de modes de vie qui favorisent la bonne santé ; son ambition est le bien-être complet de l'individu.*

CONDITIONS INDISPENSABLES A LA SANTÉ
La santé exige un certain nombre de conditions et de ressources préalables, l'individu devant pouvoir notamment :
· se loger,
· accéder à l'éducation,
· se nourrir convenablement,
· disposer d'un certain revenu,
· bénéficier d'un écosystème stable,
· compter sur un apport durable de ressources,
· avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable.

Tels sont les préalables indispensables à toute amélioration de la santé.

PLAIDOYER POUR LA SANTÉ
La bonne santé est une ressource majeure pour le développement social, économique et individuel et une importante dimension de la qualité de la vie. Divers facteurs – politiques, économiques, sociaux, culturels, environnementaux, comportementaux et biologiques – peuvent tous la favoriser ou, au contraire, lui porter atteinte. […]

MISE EN PLACE DES MOYENS
[…] Sans prise sur les divers paramètres qui déterminent la santé, les gens ne peuvent espérer parvenir à leur état de santé optimal, et il en est de même pour les femmes que pour les hommes »

Il nous semble intéressant de mettre en perspective cette vision de la santé avec la définition que proposait l'OMS en 1946. Elle était alors définie comme « *un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ».
Ici s'opère une bascule importante où la santé devient « *une ressource majeure pour le développement social, économique et individuel et une importante dimension de la qualité de la vie* », « *une ressource de la vie quotidienne, et non le but de la vie; c'est un concept positif mettant*

l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques ». La santé n'est plus un « *état »,* mais une « *ressource* », du groupe et de l'individu, basée sur des « *capacités* ».
On sort d'un rapport passif et individuel, et la santé rejoint alors le concept de *capabilité* du philosophe et économiste Amartya Sen. C'est-à-dire que la santé donne aux individus et aux communautés la capacité de choisir effectivement le mode de fonctionnement qui leur correspond le mieux, et leur paraît le plus enviable pour parvenir à combler leurs besoins. Ce concept rejoint également la définition de la santé d'un autre philosophe, celle de Georges Cangulihem, pour qui l'état sain est celui qui donne la capacité à un individu de créer sa propre norme.

Suivront huit autres conférences internationales pour la promotion de la santé qui façonneront le concept de santé globale et tenteront de définir les champs d'action les plus importants.

La deuxième conférence en 1988 réaffirme les principes d'Alma-Ata et de la charte d'Ottawa(6).

La troisième en 1991 à Sundsvall insiste sur l'importance des environnements favorables pour la santé, et sur le fait que l'action sociale et communautaire est le principal moyen d'action vers celle-ci, en particulier pour les groupes de femmes. (7)

La quatrième en 1997 aboutira à la déclaration de Jakarta, qui est la première à employer les termes de « *déterminants de la santé* », présentés comme de nouveaux défis.(8)

La cinquième en l'an 2000 quant à elle affirme qu'il faut « *d'urgence s'attaquer aux déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé* ». (9)

Suivra la Charte de Bangkok en 2005, qui envisage les moyens de promotion de la santé à l'heure de la mondialisation. (10)

2005 : création de la Commission des déterminants sociaux de la santé à l'OMS

La même année l'OMS crée la Commission des déterminants sociaux de la santé (présidée par Michael Marmot, dont nous parlerons plus tard dans ce travail), afin de « *répondre aux inquiétudes grandissantes concernant la persistance et l'aggravation des inégalités* ».

Déterminants sociaux de la santé

Les déterminants sociaux de la santé sont les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie.

Ces circonstances qui reflètent des choix politiques, dépendent de la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources à tous les niveaux, mondial, national et local.

Les déterminants sociaux de la santé sont l'une des principales causes des inégalités en santé, c'est à dire des écarts injustes et importants que l'on enregistre au sein d'un même pays ou entre les différents pays du monde.

source : www.who.int/social_determinants/fr

2008 : rapport de la Commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé

Intitulé *Combler le fossé en une génération : Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*.(11)
Dans les grandes lignes, ce rapport propose trois principes d'action :

1) Améliorer les conditions de vie au quotidien
C'est instaurer une équité des condition de vie dès le début de la vie, un environnement salubre, des pratiques équitables en matière d'emploi et un travail décent – c'est à dire sûr, sans danger et correctement rémunéré tout au long de l'année – moins exposé aux risques physiques, au stress professionnel et aux comportements nuisibles à la santé. Également une protection sociale tout au long de l'existence pour des soins de santé universels, fondée sur des principes d'équité, de prévention de la maladie et de promotion de la santé. Le tout en renforçant les connaissances des personnels de santé et développant leur capacité d'influer sur les déterminants sociaux de la santé.

2) Lutter contre les inégalités dans la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources
« *L'inégalité est systématique ; elle est le résultat de normes, politiques et pratiques sociales qui tolèrent voire favorisent les disparités d'accès au pouvoir, aux richesses et à d'autres ressources sociales indispensables.* »
Ce point formalise l'équité en santé dans tous les systèmes, programmes et politiques. Ce qui passe par un financement plus conséquent et plus équitable entre les groupes sociaux pour agir sur les déterminants sociaux, l'institutionnalisation du rôle du marché et des conséquences sur la santé des politiques et accords économiques nationaux et internationaux, le rôle de l'État dans la fourniture des services de base indispensables à la bonne santé, l'équité entre les sexes, l'émancipation politique, (au sens de la participation à la vie politique pour tous les groupes sociaux). Enfin la notion qu'une bonne gouvernance mondiale, et l'influence des politiques internationales sont majeure dans un monde globalisé.

3) Mesurer le problème, l'analyser et évaluer l'efficacité de l'action
Il s'agit de mieux former les acteurs et les responsables politiques à l'observation et à la recherche des facteurs de santé et d'équité en santé, donc de former les professionnels aux déterminants sociaux de la santé, et apprendre aux responsables politiques à utiliser les études d'impact sur l'équité en santé.

Depuis les travaux de McKeown jusqu'au rapport de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé, de nombreuses décennies se sont écoulées. Alors que l'étayage scientifique et l'intégration politique dans les instances internationales de ce raisonnement progressent, la question cruciale qui émerge est donc de savoir comment agir sur l'environnement global des êtres humains pour optimiser leur état de santé.
C'est au début des années 10 que la Commission tentera d'y répondre lors de deux nouvelles rencontres internationales.

2010 : la conférence d'Adélaïde, pour la santé dans toutes les politiques

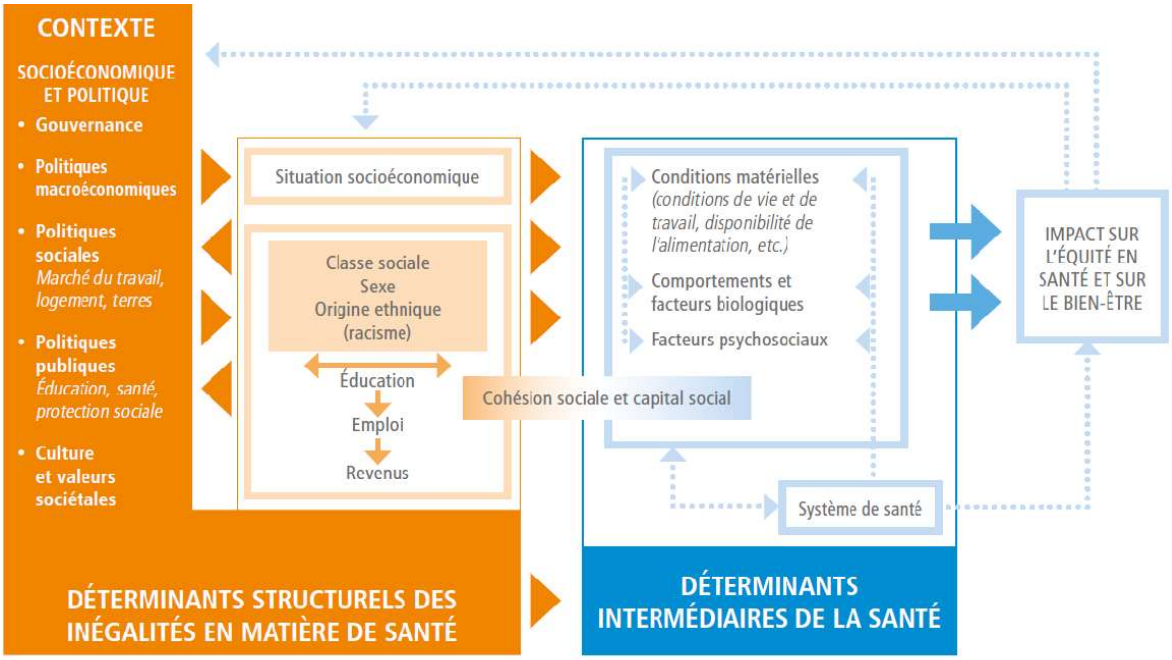
En 2010 sera rédigée la Déclaration d'Adélaïde sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques, sous-titrée *Vers une gouvernance partagée en faveur de la santé et du bien-être*.(12)
L'objectif étant « *d'engager l'ensemble des dirigeants et des décideurs à tous les niveaux gouvernementaux – local, régional, national et international [pour que] tous les secteurs tiennent compte de la santé et du bien-être comme étant un élément-clé de l'élaboration des politiques. Ceci*

est dû au fait que les déterminants de la santé et du bien-être sont extérieurs au secteur de la santé et sont d'ordre social et économique. »

2011 : la Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé

Un document de travail intitulé *Combler le fossé : de la politique à l'action sur les déterminants sociaux de la santé*(13) dégage 5 axes stratégiques pour mettre en pratique les recommandations de la Commission des déterminants sociaux de la santé, qui sont d'une importance majeure dans notre réflexion sur ce que serait la mise en pratique du concept de santé globale.

Le cadre conceptuel des déterminants sociaux de santé peut être résumé dans le schéma suivant :



Source : Solar and Irwin, 2010[6]

<u>La gouvernance comme moyen de lutte contre les causes profondes des inégalités en matière de santé : mise en œuvre de l'action sur les déterminants sociaux de la santé.</u>
« *Le terme de gouvernance se rapporte à la manière dont les gouvernements et autres organisations sociales interagissent, à la manière dont ces organismes communiquent avec les citoyens et à la façon dont les décisions sont prises dans un monde complexe et mondialisé. La gouvernance se caractérise par un processus dans lequel les sociétés ou les organisations prennent des décisions, déterminent qui sera concerné par ces décisions et comment la responsabilité des actions pourra être assurée.* »

Ce point permet un nouvel aperçu de ce que sont les déterminants sociaux, ainsi que le lien direct entre politique et santé. On voit comment depuis le rapport Lalonde, Alma-Ata et la charte d'Ottawa les catégories se concrétisent, et on retrouve en effet l'emploi, la sécurité et la justice, l'éducation, l'alimentation, les infrastructures et les transports, l'environnement, le logement et la culture.

Tableau 2. **Exemples de politiques intégrant une approche fondée sur les déterminants sociaux**

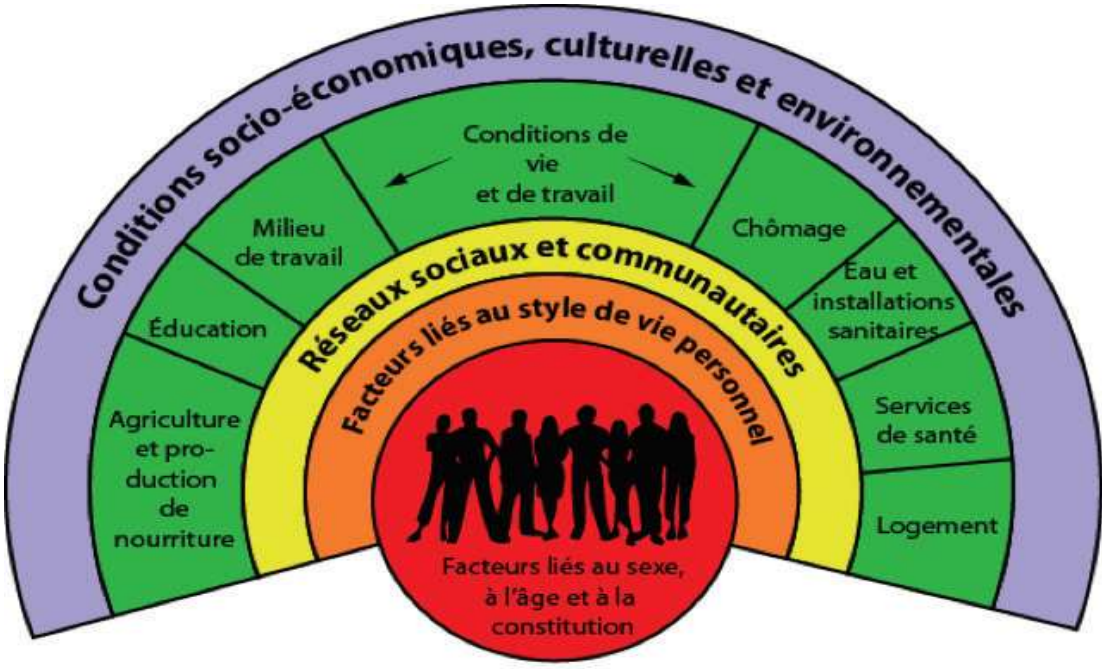
Secteurs et problèmes	Relations entre la santé et d'autres objectifs sociétaux
Économie et emploi	• Une population en bonne santé stimule la croissance et la reprise économiques. Des individus en meilleure santé sont capables d'accroître l'épargne de leur ménage, d'être plus productifs au travail, de s'adapter plus facilement aux changements professionnels et de rester plus longtemps dans la vie active. • Les possibilités d'emploi stable et de travail permettent d'améliorer la santé de tous les individus parmi les différents groupes sociaux.
Sécurité et justice	• Les taux de violence, de mauvaise santé et de blessures augmentent chez les populations n'ayant qu'un accès limité à l'alimentation, à l'eau, au logement, aux possibilités de travail et à un système de justice équitable. Les systèmes de justice des sociétés doivent faire face aux conséquences d'un accès limité à ces ressources essentielles. • La prédominance de maladies mentales (outre celles associées à des problèmes de drogue et d'alcool) implique violence, criminalité et emprisonnements.
Éducation et enfants en bas âge	• La mauvaise santé des enfants et des membres de la famille met un frein à l'instruction, réduisant ainsi leur potentiel éducatif et leurs capacités à relever les défis et à saisir les occasions de la vie. • Le niveau d'instruction des femmes et des hommes permet de façonner des citoyens engagés et contribue directement à une meilleure santé et à la capacité de participer pleinement à une société productive.
Agriculture et alimentation	• Lorsque la santé est prise en compte dans la production, la fabrication, le marketing et la distribution des aliments, la sécurité alimentaire est améliorée, la confiance du consommateur accrue et des pratiques agricoles plus durables sont encouragées. • Une alimentation saine est vitale pour la santé des personnes; une bonne alimentation et des mesures de sécurité permettent de réduire la transmission de maladies de l'animal à l'homme et de soutenir les pratiques agricoles ayant un impact positif sur la santé des agriculteurs et des communautés rurales.
Infrastructures, planification et transport	• La planification optimale des routes, des transports et du logement impose de tenir compte des impacts sur la santé, susceptibles de réduire les émissions coûteuses pour l'environnement et d'améliorer la capacité des réseaux de transport ainsi que leur efficacité en termes de mobilité des individus, de marchandises et de services. • De meilleures possibilités de transport, notamment le cyclisme et la marche, permettent de créer des communautés plus sûres et plus agréables à vivre et atténuent la dégradation de l'environnement, tout en améliorant la santé.
Environnement et durabilité	• L'optimisation des ressources naturelles et la promotion de la durabilité, qui peuvent être obtenues plus efficacement au moyen de politiques influençant les schémas de consommation de la population, peuvent également améliorer la santé humaine. • D'une manière générale, un quart des maladies évitables sont dues aux conditions environnementales dans lesquelles les personnes vivent.
Logement et services de la communauté	• La conception des logements et la planification des infrastructures qui prennent en compte la santé et le bien-être (par exemple : l'isolation, la ventilation, les espaces publics, le ramassage des ordures) et qui impliquent la communauté peuvent améliorer la cohésion sociale et soutenir les projets de développement. • Des logements accessibles, correctement conçus, et des services communautaires appropriés constituent une partie des déterminants fondamentaux en matière de santé pour les individus et les communautés défavorisés.
Territoire et culture	• Un meilleur accès à la propriété peut permettre de soutenir des améliorations en matière de santé et de bien-être pour les peuples autochtones, dont la santé et le bien-être sont spirituellement et culturellement marqués par un profond sentiment d'appartenance à une terre et à un pays. • Des améliorations en matière de santé pour les autochtones peuvent renforcer l'identité culturelle et communautaire, favoriser la participation citoyenne et soutenir la conservation de la biodiversité.

Source : adapté de l'OMS et du gouvernement d'Australie-Méridionale, 2010[8]

<u>Promotion de la participation : une direction communautaire pour agir sur les déterminants sociaux</u>
Au vu des déterminants listés jusqu'à maintenant, il est évident que la participation des communautés concernées est nécessaire pour comprendre et agir dessus au plus proche du quotidien des personnes.

Les points 3, 4 et 5 sont axés respectivement sur le rôle des programmes de santé publique, l'organisation de l'action au niveau mondial, et les mesures et le suivi des progrès. Ils nous intéressent moins vue l'échelle locale de notre travail. Encore qu'avec plus de temps il serait pertinent de réfléchir le lien.

Au final on voit bien que la construction du concept de santé globale repose sur l'affirmation progressive de l'interdépendance entre la santé des personnes et l'environnement global dans lequel elles évoluent. Le schéma proposé par Dahlgren et Whitehead résume parfaitement l'idée.



DAHLGREN, Göran and WHITEHEAD, Margaret, 1991,
Policies and Strategies to promote social equity in health.

1.2) Les travaux européens

2007 : rapport de Dahlgren et Whitehead du bureau européen de l'OMS

Le schéma précédent est issu des travaux des deux rapporteurs du bureau européen de l'OMS, Margaret Whitehead et Göran Dahlgren. Il ont rédigé en 2007 deux rapports intitulés *Concepts et principes pour lutter contre les inégalités sociales de santé (14,15)*

Le premier rapport reprend la notion d'inégalité sociale de santé, de gradient social de santé et d'injustice sociale. Il précise bien que l'accès au service de santé n'est pas le déterminant majeur en Europe, puisque la plupart des pays ont un service public de santé relativement performant.
Il parle pourtant du principe de l'offre de soin inversé, c'est à dire que l'offre de soin est la moins présente dans les territoires qui en ont le plus besoin. L'accès au système de soin constitue donc un des déterminants de la santé, pas le plus important, mais sur lequel il est relativement facile d'agir.

Cette partie du rapport propose 10 principes pour des politiques de santé :

- Niveler par le haut, pas le bas. C'est à dire proposer le meilleur niveau de service à toute la population, et non dégrader certains services pour en améliorer d'autres.
- 3 approches pour diminuer les inégalités sociales de santé qui sont à employer simultanément et de façon complémentaire et interdépendantes :
  - cibler les personnes les plus pauvres pour améliorer le niveau de santé global de la population

- diminuer les écarts entre les classes sociales, et donc améliorer la santé relative
- réduire les inégalités sociales au sein de la population générale

- Promouvoir l'amélioration de la santé dans la population générale et réduire les inégalités. Renvoie au concept de promotion de la santé tel que décrit plus haut.
- S'attaquer aux déterminants sociaux de la santé.
- Contrôler les politiques capables de dégrader la santé des personnes. Le rapport cite comme exemple les réformes du système de santé qui augmentent le reste à charge des populations précaires (de façon absolue et relative). Il les qualifie de délétères et les remet en question.
- Choisir des outils de mesure appropriés pour mesurer et surveiller les inégalités, leurs progression et l'avancée des objectifs.
- Faire des efforts concertés pour donner une voix à ceux qui n'en ont pas. C'est à dire dans un premier temps faire le relais des besoins des populations les plus vulnérables, puis une dynamique communautaire d'empowerment leur donner le pouvoir d'agir sur leur santé directement.
- Faire des analyses séparées des inégalités de santé entre les hommes et les femmes chaque fois que c'est possible, afin de mettre en évidence les inégalités de genre pour mieux agir dessus.
- Relier les inégalités ethniques ou géographiques au statut socio-économique dans l'idée de lutter contre les discriminations racistes ou de territoire.
- Les systèmes de santé devraient être construits sur des principes d'équité. Renvoie aux théories de philosophie politiques sur la justice sociale.

Le deuxième rapport, *Stratégies Européennes pour s'attaquer aux inégalités sociales en santé*, s'ouvre par la citation suivante attribuée à l'OMS en 2004 :
« *The social conditions in which people live powerfully influence their chances to be healthy. Indeed factors such as poverty, social exclusion and discrimination, poor housing, unhealthy early childhood conditions and low occupational status are important determinants of most diseases, deaths and health inequalities beween and within countries.* »

Il refait l'état des lieux bien connu, et pose la nécessité d'agir sur les causes profondes, c'est-à-dire les déterminants sociaux de la santé. Le tableau qui suit pose ce que nous pouvons traduire comme les déterminants proximaux à gauche et radicaux à droite

On note dans les causes profondes participant à la genèse de pathologies en Europe, et qui échappent aux analyses quantitatives : les politiques néolibérales de libre échange, les inégalités de revenu, la pauvreté, les aléas de santé liés au travail et le manque de cohésion sociale.

Important contributors to the total burden of disease in the WHO European Region, 2002

Downstream	Upstream
Ten key behavioural risk factors for Europe, identified by WHO	Broader risks to health not captured by precise quantitative analyses
1. Tobacco 2. High blood pressure 3. Misuse of alcohol 4. Too high cholesterol 5. Overweight 6. Low fruit and vegetable intake 7. Physical inactivity 8. Drug abuse 9. Unsafe sex 10. Iron deficiency	- Global neoliberal trade policies - Income inequalities - Poverty - Work-related health hazards - Lack of social cohesion

Source: WHO (2002).

Pour comprendre les causes radicales des inégalités sociales de santé, il faut se concentrer sur les schémas et mécanismes par lesquels des facteurs de risque connus pour être pathogènes impactent la santé via l'organisation sociale. En d'autre terme, et c'est tout le sujet de ce travail, comment le gradient des inégalités sociales se traduit dans la santé des individus et des populations.
Le terme de « radical » employé ici, et tout au long du travail, est utilisé au sens de « prendre à la racine ». Une action radicale sur la santé est donc une action qui agirait sur la racine des causes.

Le rapport identifie 5 mécanismes sur lesquels il est nécessaire d'agir simultanément :

- Un niveau de pouvoir et de ressources différent entre les individus
Le manque de contrôle de ses conditions de vie et de travail, le manque de confiance et de prévisibilité dans sa vie, ainsi que des ressources matérielles et sociales limitées détériorent la santé. Autant de concepts que nous avons étudié ailleurs dans leur matérialité biologique, et dans leurs conséquences sur les modèles épidémiologiques (voir notre revue narrative de la littérature).

- Un niveau d'exposition aux risques sanitaires :
Que ce soit du point de vue matériel, psycho-social ou comportemental, les catégories socio-professionnelles dites basses sont toujours plus exposées aux conditions de vie pathogènes.
Pour lutter contre ces facteurs, le rapport propose par exemple d'augmenter le pouvoir des syndicats et du droit du travail, pour réduire le risque de sur-incidence des cancers chez les travailleurs manuels.

- Un même niveau d'exposition produit un impact différent
Du fait de l'accumulation synergique des vulnérabilités, un même niveau d'exposition à un facteur donné a un impact plus important lorsque les individus en cumulent d'autres. Par exemple, il est plus simple d'être chômeur lorsqu'on a un étayage social fort que lorsqu'on est isolé.

- Effet au cours de la vie
Les conditions matérielles et les facteurs de vulnérabilité non seulement s'accumulent dans la vie des personnes en fonction de leur classe sociale, mais se transmettent aussi de génération en génération, puisque l'environnement social, notamment pendant la petite enfance, est un déterminant majeur de la santé et des conditions matérielles à l'âge adulte. Ce constat renvoie aux travaux de l'épidémiologie biographique.

- La maladie a des impacts différents selon le niveau social et économique
Ils sont évidemment plus importants chez les personnes qui ont peu de ressources sociales et économiques. Augmenter la sécurité sociale et financière est donc une façon de limiter l'impact des maladies.

Nous avons étudié dans un précédent travail certains des mécanismes physiopathologiques qui peuvent expliquer de telles dynamiques.

1.3) Les rapports des institutions françaises

Les travaux français sur l'approche intersectorielle, la promotion de la santé et l'intégration des déterminants sociaux de la santé dans les politiques arrivent plus tardivement.

2009 : rapport du Haut Conseil de Santé Publique

Dans les suites du premier rapport de la Commission des déterminants sociaux de l'OMS, on trouve l'année d'après un rapport du HCSP titré *Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité (16)*

Y sont décrites 3 catégories de déterminants sociaux : l'accès au soin au sens large, les déterminants socio-économiques (éducation, habitat, travail, revenu, conditions de vie) et les comportements de santé, eux-mêmes déterminés par la classe sociale.

On y trouve pêle-mêle comme élément du social déterminant le niveau de santé : l'éducation, l'emploi et les conditions de travail, l'âge de la retraite, la politique du logement, les relations sociales, les politiques redistributives à travers la fiscalité et les aides financières directes, le niveau de revenu, les conditions de vie dans l'enfance, les conditions et l'environnement de vie, l'intégration sociale (mettre un article, comme pour les autres : « l'intégration sociale »).
Il ne manque pas de souligner que certains de ces déterminants paraissent a priori bien loin du domaine de la santé, mais ont pourtant un rôle majeur.

Formulé autrement, le rapport détaille les facteurs qui favorisent un bon état de santé, dont l'inégale répartition sociale contribue aux inégalités sociales de santé :
- Naître dans de bonnes conditions
- Avoir accès à l'éducation
- Disposer de liens familiaux et sociaux solides
- Percevoir et disposer effectivement d'un contrôle sur sa vie
- Vivre dans un environnement social et physique sain
- Travailler dans de bonnes conditions
- Adopter un style de vie favorable à la santé
- Avoir un accès effectif à des soins de qualité

Concernant les comportements, il est dit que :« *Il est essentiel de distinguer les causes proximales, les comportements des individus, des causes fondamentales, le contexte favorisant ou non dans lequel ces comportements s'insèrent. Cette approche souligne le caractère social et pas seulement individuel des comportements de santé.* »

Depuis McKeown et Rose, cette notion semble avoir pénétré le HCSP. Pourtant, à l'époque du rapport, la France n'a pas de politique explicitement construite pour réduire les inégalités et agir sur les déterminants sus-cités. Mais elle dispose de dispositifs de politique publique qui y contribuent, et qui reposent essentiellement sur son système de sécurité sociale.

Le rapport détaille parmi ces dispositif : l'assurance maladie, la médecine du travail (qui a une approche préventive), les politiques publiques en faveur de l'enfance, notamment les PMI, le système d'assurance chômage et vieillesse, le système publique et gratuit d'éducation, ainsi que les allocations familiales, les minima sociaux et l'offre de logement sociaux.Ils qui constituent les mesures les plus efficaces pour agir sur ces déterminants d'après le HCSP.

2011 : rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS)

Le deuxième rapport français sur ce sujet est publié en mai 2011par l'IGAS et intitulé *Inégalités sociales de santé : déterminants sociaux et modèles d'action (17)*

Il définit les inégalités sociales de santé comme étant « *toute relation entre la santé et l'appartenance à une catégorie sociale* ».
Le concept de déterminants sociaux de la santé quant à lui vise à expliquer comment les inégalités sociales se « transforment » en inégalités de santé. Il y est dit dès l'introduction à quel point la façon dont ces déterminants se construisent et s'enchaînent renvoie à des modèles théoriques mais surtout, *in fine*, à des choix politiques en termes de justice sociale.

Il part du constat qu'à chaque position sociale correspond un niveau de ressources (matérielles, comportementales, psychosociales) et de facteurs de risque. Leur combinaison retient 5 catégories de facteurs déterminant la santé :

- les déterminants « biologiques » : âge, sexe, patrimoine génétique ;
- les déterminants comportementaux (eux même liés au contexte social) : consommation d'alcool, de tabac, alimentation ;
- l'entourage et les réseaux sociaux : essentiels dans le soutien social dont un sujet pourrait bénéficier face aux événements auxquels il pourrait être confronté ;
- l'environnement, les conditions de vie et de travail : qui conditionnent l'accès aux ressources, services et infrastructures ;
- les conditions socio-économiques de l'ensemble de la société : richesse nationale, état du marché du travail, de l'économie, facteurs culturels… et la façon dont ces facteurs sont distribués dans la population.

Ces cinq niveaux peuvent s'envisager dans la modélisation de Dahlgren et Whitehead, tout autant que dans les schémas du rapport de la commission sur les déterminants sociaux de la santé de l'OMS.
Nous retrouvons là également les différents niveaux de structures envisagés dans les modèles de l'épidémiologie sociale, et dont nous avons explicité l'impactent sur la santé humaine.

Le rapport souligne un point intéressant, à savoir qu'un travail de recherche sur les déterminants sociaux de la santé prend deux axes. Il peut soit vouloir montrer des liens statistiques puis explicatifs entre fait social et état de santé, soit guider des actions publiques, et dès lors nécessiter de dépasser le cadre de la santé pour entrer dans le cadre des politiques économiques et sociales pour agir sur les causes structurelles. Ces deux approches produisent des méthodes de travail différentes.

Il pose également qu'il faut être prudent dans la définition du rapport entre déterminants sociaux et pathogenèse. Une corrélation statistique entre déterminant social et santé ne constitue pas en soi un lien de causalité.

Par la suite il renvoie à plusieurs textes et rapports dont notamment ceux de l'OMS sus-cités.
L'analyse montre une fois encore que la qualité du système de soin et la lutte contre la pauvreté ne sont pas des leviers suffisants pour agir sur les inégalités sociales de santé, puisqu'elles persistent au-delà de n'importe quel seuil de revenu, et qu'elles sont corrélées aux autres inégalités. Les leviers d'action dépassent donc largement le domaine de l'offre de soin. D'où les notions d'intersectionnalité et de « santé dans toutes les politiques publiques » déjà présentée.

Le rapport pointe ensuite le fait que les politiques dirigées sur les populations les plus vulnérables, bien que nécessaires, n'adoptent pas une approche systémique vouée à améliorer le cadre de vie et l'environnement global de la population. Ces actions devraient s'inscrire dans une stratégie intersectorielle, interministérielle et nationale. L'absence d'une telle politique s'explique d'après eux par la faible diffusion du modèle des déterminants sociaux. Les recherches sur les inégalités sociales de santé sont nombreuses, mais s'inscrivent dans une approche épidémiologique de la question qui se centre sur les déterminants individuels. Ainsi elle manque d'interdisciplinarité, ce qui limite la compréhension des mécanismes par lesquels l'ensemble de ces déterminants s'articulent.

Nous avons vu dans le travail précédent que de tels approches sont pourtant possibles.
L'IGAS prône une gouvernance qui mettrait ces thématiques à l'agenda de tous les ministères, selon la modalité proposée par la déclaration d'Adélaïde de mettre la question de la santé dans toutes les politiques.

Dans la 3e partie du rapport, intitulée « *de la prise en compte du problème à la définition d'une politique publique* », sont détaillées 6 propositions pour définir des objectifs de santé publique.
Elles vont dans le sens d'une meilleure diffusion et information sur les modèles des déterminants sociaux de la santé, ainsi que d'intégrer à l'élaboration de la stratégie de santé publique les bénéficiaires de ces politiques dans une dynamique participative et communautaire. Dans un but à la fois utilitariste (meilleur adhésion aux politiques produites), mais également d'empowerment.
Ils s'appuient notamment sur un guide de l'INPES qui décrit :
«*Contrairement à un processus directif encadré par une administration ou un expert consultant, une volonté de développer un processus participatif lors de l'évaluation peut certainement contribuer à la réduction des inégalités sociales de santé. Par exemple, si dès la phase de préparation de l'évaluation, les parties prenantes de l'intervention contribuent à décrire la logique de cette dernière, à préciser les questions d'évaluation utiles pour leurs interventions, et éventuellement à collecter et analyser les données, il y a de fortes chance que les résultats de l'évaluation soient éventuellement utilisés et que les participants acquièrent des savoirs et des savoirs faire qu'ils pourront éventuellement redéployer dans d'autres situations.* »

On trouve également l'idée de soutenir les initiatives régionales et locales, échelle qui permet une meilleure communication entre les acteurs, et donc une approche intersectorielle plus simple et qui permet de développer des expérimentations.

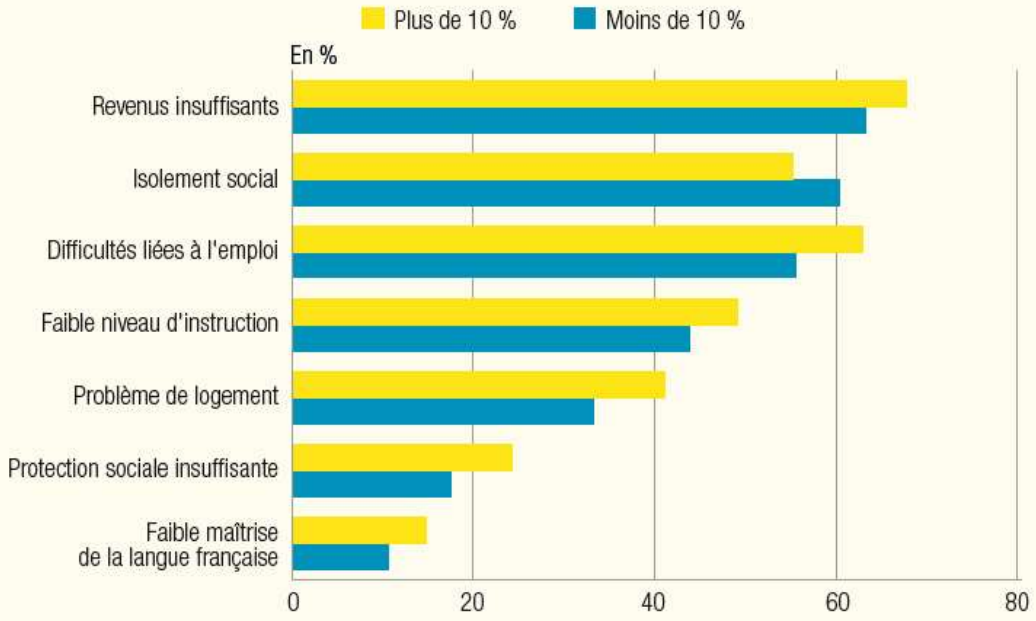
Le dernier point est celui de se donner les moyens d'évaluer l'impact de ces politiques de santé.

2018 : Une étude de la Drees sur la prise en charge des patients en situation de vulnérabilité sociale

Une enquête de la Drees publiée en octobre 2018 (18) présente un point commun avec notre travail : déterminer les critères de vulnérabilité sociale, en quelques sorte les déterminants sociaux, dans la pratique de la médecine générale. Dans cette enquête ce sont les médecins qui les définissent, selon la façon dont ils les perçoivent. Elle nous aide à mieux définir ces déterminants sociaux pour qu'ils collent aux données connues de la pratique.
Les critères les plus fréquemment identifiés par le médecins généralistes sont présentés sur le schéma ci-après :

GRAPHIQUE 2

Critères de vulnérabilité sociale identifiés par le médecin généraliste chez le dernier patient vulnérable rencontré, selon la part de la patientèle vulnérable perçue



Note • Le pourcentage de non-réponses est inférieur à 2,5 % pour toutes les questions ci-dessus, à l'exception de l'insuffisance de revenus (4,5 % de non-réponses).
Lecture • Parmi les médecins généralistes estimant à plus de 10 % la part de leur patientèle en situation de vulnérabilité sociale, 68 % déclarent que le dernier patient vulnérable rencontré est concerné par des revenus insuffisants contre 63 % parmi les médecins estimant à moins de 10 % la part de cette patientèle.
Champ • Médecins généralistes, France métropolitaine.
Sources • DREES, unions régionales des professions de santé (URPS), observatoires régionaux de la santé (ORS), panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine de ville, mars 2017-mai 2017.

Nous avons donc fait en sorte de les prendre en compte dans les catégories que nous allons proposé, ce qui gage qu'elle seront opérantes pour l'analyse de la pratique du soin de premier recours.

1.4) Les déterminants sociaux de la santé : une grille d'analyse en douze catégories

À l'issue de cette revue des différents travaux sur les déterminants sociaux de la santé, nous proposons de dégager douze catégories pour regrouper et synthétiser les différents éléments décrits. Pour mieux les cerner nous avons voulu leur associer les différentes recommandations émises par les rapports passés en revue. Ces recommandations seront reprises dans notre analyse catégorielle et mises en perspective avec les accompagnements mis en œuvre dans les parcours de soin analysés au sein de la cohorte. Ce travail nous permettra d'évaluer la pertinence des accompagnements proposés en fonction de leur concordance avec les recommandations.

Disons le encore une fois, cet exercice de classification n'a aucunement vocation à résumer ou définir de façon exhaustive tout ce qui détermine la santé par le prisme du social. Nous l'avons vu dans un travail précédent, cette tentative serait absurde.
Il s'agit là uniquement de déterminer a priori un cadre d'analyse pour les déterminants sociaux qui s'appuie sur la littérature de référence sur le sujet. Par commodité et par nécessité, ces catégories serviront de grille pour la classification et l'analyse des données recueillies au sein de notre cohorte.
Il existe certainement d'autres déterminants sociaux qui ne sont pas cités ici, et la grille de classification proposée pourrait être organisée différemment.
L'essentiel pour nous est d'en arrêter une qui soit légitime par sa cohérence avec les données reconnues sur le sujet, et opérante pour le traitement de nos données.

Ainsi les 12 catégories proposées sont :

Les modes de vie et comportements

Entendu ici au sens de rythme de vie, consommations et activité physique.
Les recommandations ou éléments permettant d'agir sur cette catégorie selon les différents rapports étudiés sont :

- *Adopter un style de vie favorable à la santé (16)*

L'alimentation, la nutrition et l'accès à l'eau

Les recommandations ou éléments permettant d'agir sur cette catégorie selon les différents rapports étudiés sont :

- *se nourrir convenablement (5)*;
- *promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles (3)*;
- *approvisionnement suffisant en eau saine et des mesures d'assainissement de base (3)*

Le logement

Les recommandations ou éléments permettant d'agir sur cette catégorie selon les différents rapports étudiés sont :

- *importance du ravitaillement en eau et son assainissement, de l'hygiène et de l'évacuation des déchets (3)*;
- *se loger (5)*
- *bénéficier d'un environnement salubre (11)*;
- *impact de la politique du logement (16)*;
- *l'offre de logement sociaux (16)*;
- *Vivre dans un environnement physique sain* (16).

L'emploi, le revenu et la protection sociale

Les recommandations ou éléments permettant d'agir sur cette catégorie selon les différents rapports étudiés sont :

- *disposer d'un certain revenu ; compter sur un apport durable de ressources (5)*;
- *des pratiques équitables en matière d'emploi et un travail décent – c'est à dire sûr, sans danger et correctement rémunéré tout au long de l'année – moins exposé aux risques physiques, au stress professionnel et aux comportements nuisibles à la santé (11)*;
- *la médecine du travail (qui a une approche préventive) (16)*;
- *le système d'assurance chômage (16)*;
- *systèmes d'assurance vieillesse (16)*;
- *les allocations familiales et le minima sociaux (16)*;
- *Travailler dans de bonnes conditions (16)*
- *Contrôler les politiques capables de dégrader la santé des personnes : par exemple le recul de l'âge de la retraite* (16).

Les politiques économiques

Les recommandations ou éléments permettant d'agir sur cette catégorie selon les différents rapports étudiés sont :

- *l'institutionnalisation du rôle du marché et des conséquences sur la santé (11)*;
- *diminuer les écarts entre les classes sociales, et donc améliorer la santé relative (14)*;
- *effet délétère des politiques commerciales néolibérale (15)*;
- *réduire les inégalités sociales au sein de la population générale (15)*;
- *intérêt des politiques redistributives à travers la fiscalité et les aides financières directes, le niveau de revenu (16)*
- *les conditions socio-économiques de l'ensemble de la société : richesse nationale, état du marché du travail, de l'économie, facteurs culturels… et la façon dont ces facteurs sont distribués dans la population (17)*

L'éducation et conditions de vie durant l'enfance

- *accéder à l'éducation (5)*;
- *instaurer une équité des condition de vie dès le début de la vie (11)*;
- *les politiques publiques en faveur de l'enfance, notamment les PMI (16)*;
- *le système public et gratuit d'éducation* (16).

L'étayage social, culturel et familial

Les recommandations ou éléments permettant d'agir sur cette catégorie selon les différents rapports étudiés sont :

- *disposer de liens familiaux et sociaux solides (16)*;
- *Vivre dans un environnement social sain (16)*;
- *L'entourage et les réseaux sociaux : essentiels dans le soutien social dont il pourra bénéficier face aux événements auxquels un sujet peut être confronté* (17).

L'accès au soin, à la protection sociale et au système de santé

Les recommandations ou éléments permettant d'agir sur cette catégorie selon les différents rapports étudiés sont :

- *l'assurance maladie (5)*;
- *une protection sociale tout au long de l'existence pour des soins de santé universels, fondée sur des principes d'équité, de prévention de la maladie et de promotion de la santé (11)*;
- *systèmes de santé devraient être construits sur des principes d'équité (15)*;

- *Contrôler les politiques capables de dégrader la santé des personnes : exemple des réformes du système de santé qui augmentent le reste à charge des populations précaires* (15) *ou le recul de l'âge de la retraite (16)*;
- *Avoir un accès effectif à des soins de qualité* (16).

La sécurité, la justice et lutte contre les discriminations

Les recommandations ou éléments permettant d'agir sur cette catégorie selon les différents rapports étudiés sont :

- *La protection maternelle et infantile y compris la planification familiale, la vaccination contre les grandes maladies infectieuses, la prévention et le contrôle des endémies locales, le traitement des maladies et lésions courantes et la fourniture de médicaments essentiels (3)* ;
- *avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable (5)* ;
- *Rendre visible les inégalités de genre pour mieux agir dessus (15)* ;
- *Relier les inégalités ethniques ou géographiques au statut socio-économiques dans l'idée de lutter contre les discriminations racistes ou de territoire* (15).

L'environnement

Les recommandations ou éléments permettant d'agir sur cette catégorie selon les différents rapports étudiés sont :

- *impact de l'industrie en terme de pollution (3)*;
- *bénéficier d'un écosystème stable (5)*;
- *un environnement salubre (11)*;
- *Vivre dans un environnement social et physique sain* (16).

L'éducation à la santé, la prévention, et l'évaluation d'impact

Les recommandations ou éléments permettant d'agir sur cette catégorie selon les différents rapports étudiés sont :

- *une éducation concernant les problèmes de santé qui se posent ainsi que les méthodes de prévention et de lutte qui leur sont applicables* (3) *;*
- *renforcer les connaissances des personnels de santé sur les déterminants sociaux de la santé (11)*;
- *mieux former les acteurs et responsables politiques et les professionnels aux déterminants sociaux de la santé ; développer leur capacité d'influer dessus (11)*;
- *Mesurer le problème, l'analyser et évaluer l'efficacité de l'action (11)*;
- *outils de mesure appropriés pour mesurer et surveiller les inégalités, leurs progression et l'avancée des objectifs (15)*;
- *se donner les moyens d'évaluer l'impact de ces politiques de santé (13)*;
- *meilleure diffusion et information sur les modèles des déterminants sociaux de la santé* (17).

Le rapport au politique et la dynamique communautaire

Les recommandations ou éléments permettant d'agir sur cette catégorie selon les différents rapports étudiés sont :

- *sensibiliser et engager les décideurs politiques à tous les niveaux (local, régional, national et international) pour qu'ils tiennent compte de la santé et du bien-être comme étant un élément-clé de l'élaboration des politiques (11)*;
- *Lutter contre les inégalités dans la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources (11)*;
- *la gouvernance comme moyen de lutte contre les causes profondes des inégalités et comme moyen d'agir sur les déterminants sociaux : c'est un processus dans lequel les sociétés ou*

les organisations prennent des décisions, déterminent qui sera concerné par ces décisions et comment la responsabilité des actions pourra être assurée (11);

- *Promotion de la participation : une direction communautaire pour agir sur les déterminants sociaux (11)*
- *la participation des communautés concernées est nécessaire pour comprendre et agir dessus au plus proche du quotidien des personnes (11)*;
- *Faire des efforts concertés pour donner une voix à ceux qui n'en ont pas. C'est à dire dans un premier temps faire le relais des besoins des populations les plus vulnérables, puis une dynamique communautaire d'empowerment leur donner le pouvoir d'agir sur leur santé directement (15)*
- *Percevoir et disposer effectivement d'un contrôle sur sa vie (16)*;
- *Intégrer à l'élaboration de la stratégie de santé publique les bénéficiaires de ces politiques dans une dynamique participative et communautaire (17)*;
- *Soutenir les initiatives régionales et locales, échelle qui permet une meilleure communication entre les acteurs, et donc une approche intersectorielle plus simple et qui permet de développer des expérimentations* (17).

2) Résultats généraux :

2.1) Caractéristiques générales de la cohorte

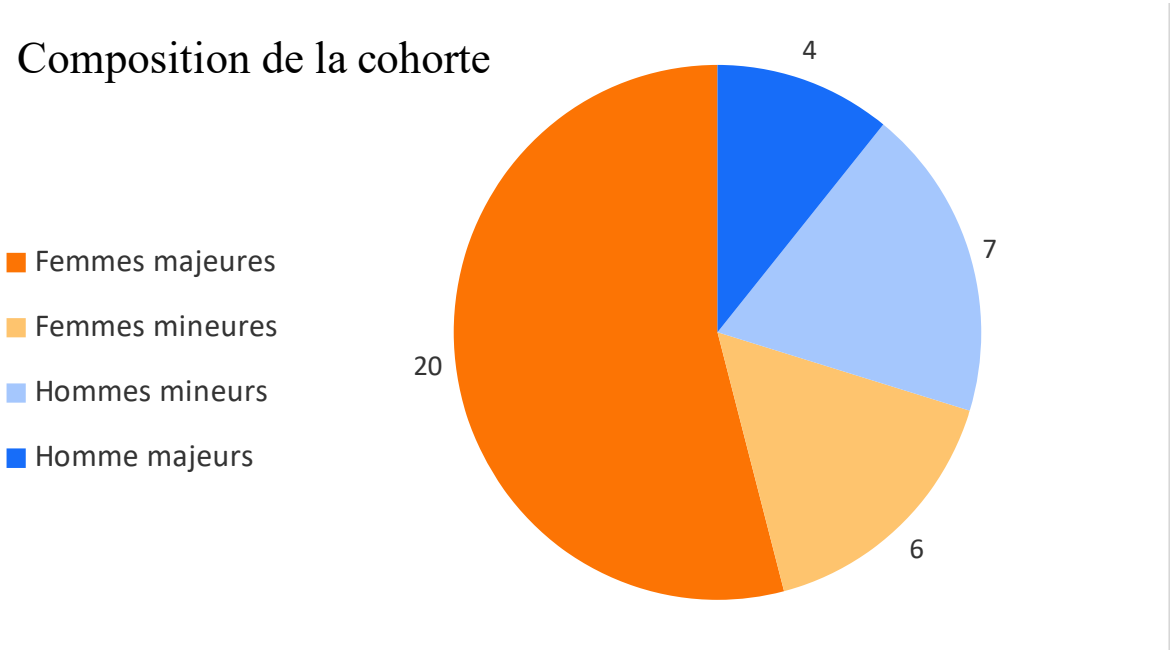
Avec notre critère d'inclusion nous avons constitué une **cohorte de 37 patients présentés en RCP sur la période du 1er janvier au 31 décembre 2019** au sein du centre de santé. Les caractéristiques de notre cohorte décrites ici sont détaillées dans le tableau en annexe 2.

Sur les **37 personnes suivis**, nous comptons **26 femmes** (**70%**) pour **11 hommes** (**30%**).
13 étaient mineurs (**35%**) au 31 décembre 2019 (15 mineurs au 1er janvier 2019).
L'**âge moyen est de 26,4 ans**, allant **de 2 à 84 ans**. L'âge médian est comparable, de 28 ans.

Cet âge est notablement jeune, et lié à l'importante proportion d'enfants dans la cohorte.
Nous avons comparé les données de notre cohorte à celles des 2 360 patients ayant consulté au centre de santé durant la même période.
La proportion homme femme était plus équilibré, 57 % de femme pour 43 % d'homme.
La proportion d'enfants était de 40 % de mineurs pour 60 % de majeurs.
L'âge moyen était le même, 26,3 ans, et l'âge médian un peu plus bas, de 24 ans. C'est également l'âge moyen du quartier où se situe le centre de santé.

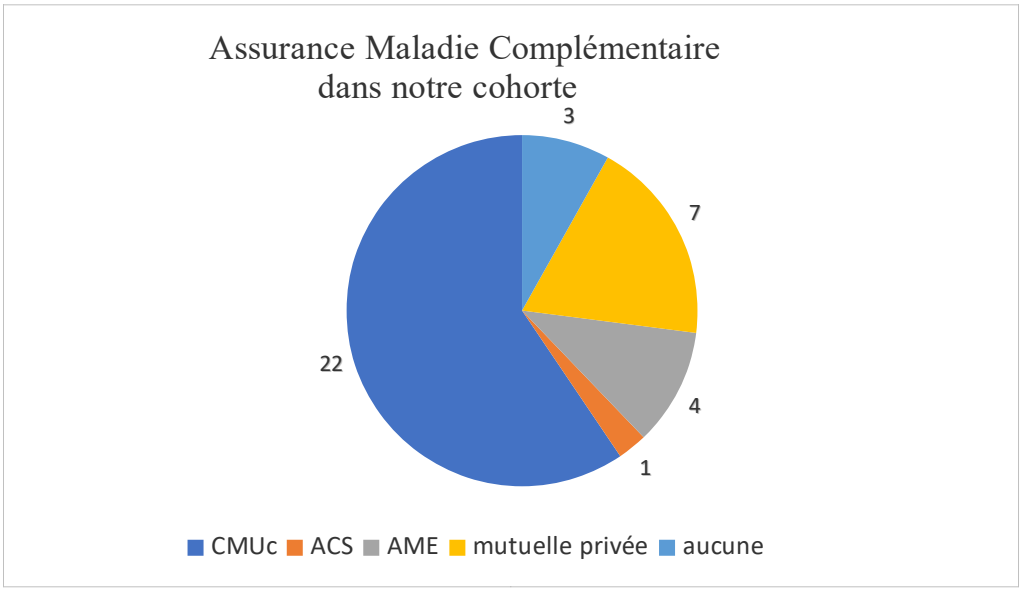
Notre cohorte comporte donc une proportion comparable, un peu moindre, de mineurs par rapport à l'ensemble de la patientèle pour la même période, mais une sur-représentation des femmes. Nous l'expliquons en partie par l'incidence importante de la thématique des violences de genre dans les motifs de prise en charge en RCP au sein du centre de santé, ce que nous verrons un peu plus loin.

La répartition par sexe et entre majeurs et mineurs est la suivante :



L'Assurance Maladie Complémentaire (AMC) était, selon les catégories employées en 2019 :
La **CMUc** chez 22 patients (**59 %** des cas), l'**ACS** chez **1 patient**, l'**AME** chez 4 personnes (**11%**), une **mutuelle privée** chez 7 d'entre eux (**19%**), et 3 personnes n'avaient **pas d'AMC** (**8%**). Parmi ces 3 personnes, 2 d'entre elles étaient couvertes dans le cadre d'une ALD à 100 %.
Seul 19 % des patients avaient une AMC par une mutuelle privée non subventionnée.

	CMUc	ACS	AME	mutuelle privée	aucune
nb	22	1	4	7	3
%	59%	2,7%	11%	19%	8%



2.2) Caractéristiques générales des accompagnements

Les données concernant les accompagnements décrits ci-dessous sont résumées dans les annexes 3 pour les caractéristiques des accompagnement et 4 pour les statistiques de consultation.

Sur les 37 patients suivis, **12 d'entre eux nécessitaient de l'interprétariat**, soit **32,4 %**.
Chez un tiers des patient l'accompagnement médico-social n'aurait pas pu être réalisé sans interprétariat.

Le **nombre moyen de rendez-vous médicaux sur l'année 2019 était de 12,2** par patient, allant de 1 à 53. Les patients ayant un ou deux rendez-vous sont soit venus pour un problème ponctuel et ensuite n'ont plus été suivis, soit avaient un médecin traitant hors du centre de santé et venaient pour d'autre raison (orthophonie notamment).

28 personnes ont eu recours à un accompagnement par l'assistante sociale sur la période étudiée est de soit 75,7 % de la cohorte.
Le **nombre moyen de rendez-vous avec l'assistante sociale** sur l'année était de 5,1 sur l'ensemble de l'échantillon, allant de 0 à 21. Ce nombre moyen monte à **6,7 par an** si on exclue les 9 personnes

n'ayant pas nécessité du tout d'accompagnement avec l'assistante sociale (aucun rendez-vous pris, qu'il soit honoré ou non).
Pour ce calcul nous avons inclus les rendez-vous sociaux faits avec les parents pour les enfants mineurs.

Le **nombre moyen de rendez-vous avec l'orthophoniste était de 39 par an**, allant de 4 pour le seul patient majeur, 27 pour le minimum chez un patient mineur, à 77 maximum. Cette moyenne ne comprend que les **7 patients ayant eu un suivi orthophonique (19 % de la cohorte)**.

23 patients ont eu un **suivi avec une infirmière** ou un infirmier, soit **62 % de la cohorte**. Le **nombre moyen de rendez-vous** pour ces patients était de **2,8** sur la période, allant de 1 à 23.

Un accompagnement incluant de la **médiation en santé a été réalisé** pour **22 patientes et patients**, soit **59,5 % de la cohorte**. Le nombre d'intervention ou consultation n'a pas été chiffré car une grande partie du travail est fait de manière informel, et non répertorié sur le planning des consultation du centre de santé.
Ce chiffre est presque le double par rapport aux nombre patientes et patients nécessitant de l'interprétariat, ce qui montre bien que **le travail de médiation déborde très largement la question de la langue.**

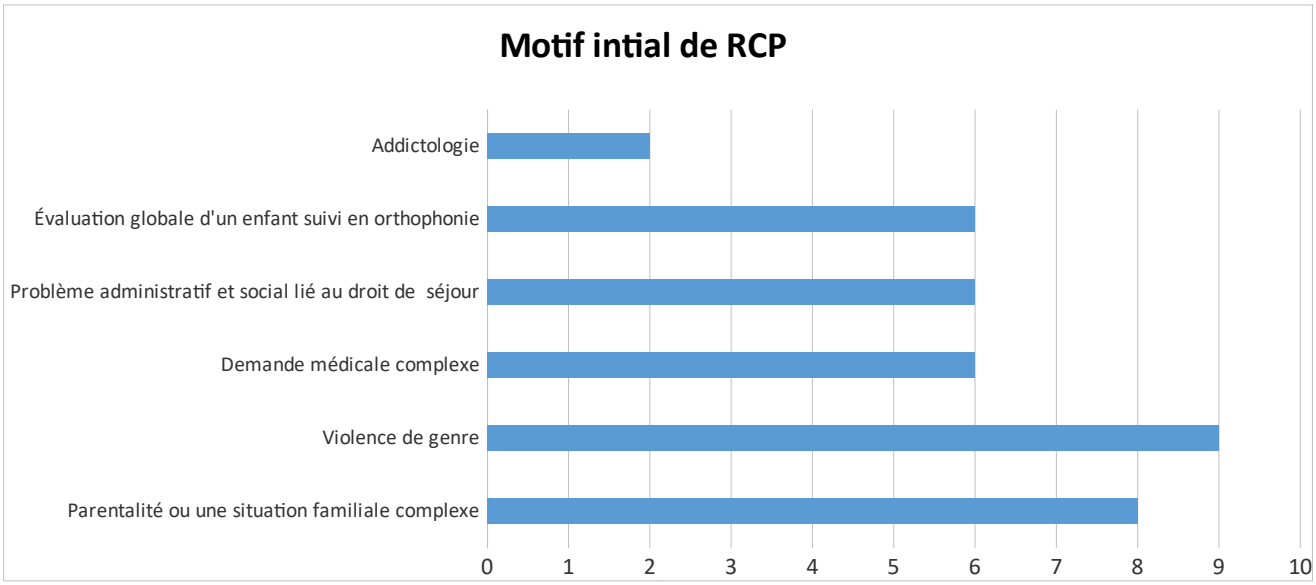
Chez **11 patient.es**, soit **30 %, une intervention hors centre a été réalisée**. Ce qui fait une moyenne de 0,59 interventions extérieures par patient sur l'ensemble de l'échantillon, et de 2 interventions extérieures pour les 10 patients concernés.
Il s'agissait soit de visites à domicile, soit de participer à une équipe éducative à l'école d'un patient mineur, soit d'un accompagnement vers une structure de soin (hôpital, dentiste), soit pour faire valoir ses droits auprès d'une autre structure (avocat, commissariat, préfecture, pension d'invalidité, DRH…).
Dans tous ces cas l'accompagnement physique était le meilleur moyen, voire le seul, pour améliorer le parcours de soin des personnes concernées.
Si on exclue les visites à domicile et la participation aux équipe éducative à l'école pour les enfants, il reste 7 patients qui nécessitaient cet accompagnement extérieur.
Ainsi, chez ces 19 % de la cohorte, l'accompagnement extérieur a permis de débloquer l'accès au soin ou au droit qui était limité pour des raison de discrimination ou de barrière de la langue.

5 patients, soit **13,5 %, participaient à une activité collective proposée par le centre de santé**.
Ces groupes sont un groupe parent – enfant de guidance parentale et de travail sur le développement du langage, un groupe de marche pour les femmes souhaitant retrouver une activité physique dans une dynamique communautaire, et un groupe de préparation à la naissance pour les parents qui attendent un enfant.
Il s'agit là de dynamiques de prévention, d'éducation et de sensibilisation à des problématique de santé (parentalité, développement du langage, activité physique), dans une dynamique communautaire.
A chaque fois **ces groupes apportaient une réponse thérapeutique que les personnes ne trouvaient pas dans le reste de l'offre de soin**.

Enfin, sur les 18 femmes de plus de 18 ans de l'échantillon, **83,3 % étaient suivies au centre de santé pour la gynécologie**.
Ce chiffre suggère à quel point **proposer un suivi gynécologique en médecine de premier recours est adapté aux besoins des patientes et facilite l'accès au soin pour ces femmes**.

Nous avons répertorié les motifs précis pour lesquels les patientes et patients ont été présentés en RCP, c'est-à-dire la difficulté rencontrée dans leur champ de travail. Cette RCP visent à intégrer le patient et sa famille dans un parcours de soin pluridisciplinaire, adapté à ses besoins, et intégrant l'ensemble des déterminants de la santé des personnes (notamment sociaux). Nous les avons rangé ces motifs en 6 catégories.
Pour plusieurs dossiers, ils peuvent s'inscrire dans plusieurs d'entre elles, et le motif initial de la RCP a parfois permis de pointer du doigt une difficulté de fond qui n'était pas visible de prime abord. Cette classification ne s'appuie pas sur les problématiques sous-jacentes ou complémentaires du motif initial, qui sont détaillés dans les tableau résumant le parcours de soin par dossier, mais bien sur le motif initial de la RCP.

Le motif le plus fréquents est un problème de violence (24,3%, dont 8/9 envers des femmes, le dernier étant un mineur auteur de violence). Viennent ensuite les problèmes liés à la **parentalité ou une situation familiale complexe (21,6%)**, puis une **situation administrative et sociale complexe liées au droit de séjour**, le besoin d'une évaluation globale devant une **situation complexe chez un enfant suivi en orthophonie**, ou une **demande médicale complexe (16,2** % des cas chacun), enfin un **problème d'addiction (5,4%)**.
Notons que **pour les enfants, la porte d'entrée vers le suivi pluridisciplinaire en RCP était le suivi en orthophonie** pour 6 d'entre eux, soit **près de la moitié de l'ensemble des mineurs, et 2/3 des moins de 12 ans**. Ce sont donc potentiellement des enfants qui n'auraient pas été pris en charge de la même façon dans les déterminants sociaux de leur problématiques de santé avec le seul suivi médical.
Un tableau classe les dossiers concernés par motif en annexe 5.



Critère de jugement principal :

Notre critère de jugement principal était la présence dans le parcours de soin d'un accompagnements permettant d'agir sur les déterminants sociaux de la santé (tels que définis plus haut), en en détaillant la nature pour évaluer sa pertinence de façon qualitative.

Dans les 37 dossier analysé, **tous présentaient des enjeux qui se rapportent aux déterminants sociaux de la santé retenus**, en lien avec les problématiques médico-sociales présentées.
100 % de ces dossiers comportaient une ou plusieurs proposition pour agir sur ces déterminants sociaux.

Le **nombre moyen de catégories du social en lien avec les problématiques médico-sociales présentées par les patients était de 3,8** par dossier, allant de 1 à 7.
Ce chiffre indique à quel point il existe un **cumul des déterminants sociaux de la santé impactant les parcours de soin des personnes de la cohorte,** qui nécessite donc une action intersectorielle.

Critères de jugement secondaires

Pour évaluer le **caractère pluridisciplinaire du suivi**, nous avons recensé le **nombre de professionnels intervenant dans le parcours de soin** tel que décrit dans notre méthodologie.
Leur nature et leur nombre par dossier est répertorié dans le tableau disponible en annexe 7.
Il est **en moyenne de 7,2**, allant de 3 à 17.
Le **nombre total est d'environ 73 professionnels différents sur la cohorte**. Ils sont détaillés dans l'annexe 8.
Ce résultat montre à quel point **les parcours de soin proposés intègrent la complémentarité des professions.**

De même, pour évaluer **l'intersectorialité des parcours de soin** nous avons recensé les **différentes institutions ou partenaires intervenant en synergie avec le centre de santé pour le suivi des patients** pour agir sur les déterminants sociaux de santé recensés.
Il y en a **en moyenne 4,6 par patient, allant de 0 à 14.**
Leur nature et leur nombre par dossier est répertorié dans le tableau disponible en annexe 6.
Sur l'ensemble des 37 parcours de soin, leur **nombre total toutes catégories confondues est de 77**.
Ces partenaires se répartissent sur huit des catégories du social définies, ce que nous avons rendu visible dans l'annexe 7. Certaines institutions ou certains partenaires se retrouvent dans plusieurs catégories. Le nombre total de 77 tient compte de ces redondances et ne les comptabilise qu'une seule fois.
Nous pouvons donc affirmer qu'au sein de la cohorte étudiée, les accompagnements présente une approche intersectorielle. À la fois sur des critère quantitatifs (nombre par patient, nombre total sur la cohorte), et à la fois sur le critère qualitatif que l'ensemble des champs du social envisagés sont concernés. On sait à la lecture des différent rapports présentés plus haut l'importance de cette approche intersectorielle pour agir sur les déterminants sociaux de la santé.

Comme de nombreuses institutions ou partenaires sont nommés, souvent par un acronyme, et que certains sont peu connus hors du milieu de l'étude, nous en proposons un glossaire descriptif en annexe 9.

3) Résultats par catégorie

Comme expliqué dans notre méthodologie, nous avons procédé à l'analyse détaillée des 37 dossiers des patients composant notre cohorte. Cette analyse s'est faite par l'étude des dossiers médiaux informatisés du centre de santé où nous avons fait notre recherche. Ces dossiers sont partagés et remplis par l'ensemble de l'équipe. Ils sont donc le meilleur reflet des parcours de soin des patients analysés dans notre cohorte.

Les résultats ont été classés par patient, puis par catégorie de déterminants sociaux. À travers les 37 dossiers médicaux analysés, nous avons retrouvé des éléments dans 8 des 12 catégories de déterminants sociaux de la santé définies en amont.

Nous proposons maintenant de détailler dans chacune de ces catégories les éléments permettant d'apporter des réponses à notre problématique.
Dans chacun d'entre elle nous proposons de détailler nos résultats selon le plan suivant :

- Dossiers concernés et enjeux de santé autour de cette thématique

- Conséquences sur la santé des patients concernés tels que diagnostiquées par les médecins dans les parcours de soin

Nous présenterons ici les diagnostics retrouvés dans les dossiers soit dans les consultations, soit dans la partie « antécédents », soit dans la partie « pathologie en cours ». Toutes ces conséquences sur la santé étaient mentionnées dans le dossier. Nous n'avons retenu que celles où était mis en évidence par les médecins un lien direct entre la catégorie du social concernée et la santé.

- Rappel des recommandations retrouvées au sein de notre bibliographie préparatoire

Nous reprenons dans chacune des catégories les éléments synthétisés dans le chapitre 1.4, afin de les mettre en perspective avec les accompagnements proposés, et ainsi juger de leur pertinence.

- Détail des accompagnements proposés

Nous détaillons point par point les divers accompagnements proposés dans chacun des dossiers pour chaque catégorie de déterminants sociaux. Ces accompagnements constituent un élément concret de réponse à notre problématique en détaillant les actions entreprises en médecine de premier recours pour agir sur les déterminants sociaux de la santé, catégorie par catégorie.
Nous y précisons les institutions et partenaires avec qui a travaillé le centre de santé pour les mettre en place.
Un tableau les résume dans chacune des catégories.

- Limites macroscopiques

Dans presque chacune des 8 catégories présentées, nous avons essayé d'envisager les limites macroscopiques qui font obstacles ou compliquent la mise en place des accompagnements proposés, ou encore limitent leur impact sur les déterminants sociaux de la santé des personnes accompagnées. Ces limites ne remettent pas en cause la pertinence de ces accompagnements, qui elle est évaluée par rapport aux recommandations pré-citées. Elles servent surtout à envisager les conditions d'une action systémique sur ces déterminants sociaux à l'échelle sociétale, et non uniquement à l'échelle de parcours de soin individuels. Nous le discuterons en fin de travail.

3.1) Mode de vie et comportements

Dossiers concernés et enjeux de santé

Les dossiers concernés étaient les dossiers suivants : A 2 77 04 ; ‘a 1 14 16 ; A 2 76 17 ; A 2 76 18 ; A 1 83 23 ; A 2 85 33.

Cette catégorie reste un peu floue en termes de dynamique sociale ayant un impact sur la santé. Elle repose plutôt sur des comportements individuels, ce qui explique qu’elle soit un peu pauvre. Nous l’avons maintenue car elle émerge dans nos recherches préliminaires, et permet de rendre visible des déterminants de la santé que nous ne savions mettre ailleurs. Essentiellement la consommation de toxiques, l’activité physique et le « rythme de vie ».
Peut-être faudrait-il l’envisager dans une approche transversale pour penser la façon dont les comportements individuels sont produits par d’autres déterminants sociaux, historiques, biologiques et culturels.
Il faudrait alors probablement la refondre, voire la dissoudre dans d’autre plus en phase avec la notion de dynamique sociale, c’est-à-dire moins proche de facteurs de risques individuels.
Nous n’avons pas envisagé ce travail ici, et nous contenterons donc d’une analyse descriptive des résultats, bien que cette catégorie ne soit pas pleinement satisfaisante.

Au sein de notre cohorte, **6 patientes ou patients présentaient un problème en lien avec le mode de vie et les comportements**, pour lesquels le centre de santé a proposé un accompagnement.

Conséquences sur la santé des patients concernés

Les conséquences sanitaires diagnostiquées par les médecins dans les parcours de soin en lien avec l’éducation et les conditions de vie pendant l’enfance, et relevées dans les dossier médicaux, comprenaient :

Dérèglement du rythme de vie :
me dit que les enfants ne mangent pas pendant les repas, ne dorment pas…
Maman « fatiguée, mange peu. On discute de la vie à la maison : elle regarde la télé jusqu'à 3-4h du matin, le matin se lève à l'arrache, ne mange pas, se nourrit de coca-cola, ensuite grignote, du coup n'a pas faim pendant les repas, le soir après la journée et le repas des petits n'a plus la force de se cuisiner un truc »

Troubles en lien avec une addiction :
- Addictions multiples et troubles de l’humeur décompensées plus facilement par contexte de précarité
- addictions multiples. troubles de l’humeur
- organisation de la vie rythmée par la recherche et la consommation des produits
- addiction non équilibrée

Limitation de l’activité physique liée au violence de genre :
N’a pas le droit de sortir de chez elle. Ne peut continuer activité physique car pas de garde pour son enfant non scolarisé

Rappel des recommandations :

Dans notre bibliographie préparatoire, les éléments retenus dans les divers rapports en lien avec le mode de vie et les comportements mettaient en avant l’importance de :

- *Adopter un style de vie favorable à la santé* (16)

Détail des accompagnements proposés

Les accompagnements proposés au sein des parcours de soin incluaient :

- L'orientation vers une activité physique adaptée :

Une association partenaire propose pour les femmes souhaitant faire de l'activité physique un cours d'activité physique adaptée à leurs capacités. Une des personnes de la cohorte a été orientée vers cette association.

Elle n'aura pas pu en profiter longtemps, car ses obligations familiales l'empêcheront de continuer.

- L'accès à une parcelle dans le jardin partagé :

Pour une mère de famille retenue chez elle par son mari et la garde de son enfant en âge préscolaire, le fait de prendre une parcelle au jardin partagé en bas du centre de santé a été pour elle un moyen de légitimer ses sortie du domicile, et lui permet d'avoir un peu d'activité physique dans la semaine.

- La participation au groupe de marche :

A l'initiative d'un groupe de patientes et de l'infirmière du centre s'est constitué un groupe de marche qui, 2h par semaine, va randonner dans le massif au-dessus du centre de santé.

- Une discussion et des conseils autour du rythme de vie :

S'il s'agit d'un point couramment abordé en consultation (médicale ou non), cette discussion a été mise en avant comme un élément important du suivi d'une des patientes de la cohorte dont le rythme de vie (alimentation, sommeil, activité physique) retentissait sur sa santé et celle des enfants.

- L'accompagnement de conduites addictives :

Trois des personnes accompagnées ont été soutenues dans leur rapport à l'addiction, en lien avec des relais hors du centre ou non.

Le centre de santé a travaillé avec 4 institutions et partenaires pour mettre en place ces accompagnements.

Ce sont : Accueil et Rencontre (association qui s'occupe des jardins partagés sur le site du centre de santé), Santé Croisée (association qui propose de l'activité physique adaptée), un CSAPA et des pharmacies (pour les traitements de substitution aux opiacés).

Mode de vie et comportements				
accompagnement proposé	**Nombre de dossiers concernés**	**% de la cohorte totale**	**Dossiers concernés**	**Partenaires ou institution en lien avec le centre pour le suivi**
Accès à une parcelle dans le jardin partagé du centre de santé Prétexte à sortie du foyer familial permet activité physique	1	2,7%	A 2 85 33	Accueil et rencontre
Orientation vers activité physique adaptée	1	2,7%	A 2 85 33	Santé croisée
Discussion et conseils autour du rythme de vie	1	2,7%	'a 1 14 16	Ressources internes au centre
Participation au groupe de marche	1	2,7%	A 2 76 18	Ressources internes au centre
Accompagnement de conduites addictives	3	8,1%	A 2 76 17 A 1 83 23 A 2 77 04	CSAPA, pharmacies
Total :	6	16,2%		4

3.2) Alimentation et nutrition

Dossiers concernés et enjeux de santé :

Les dossiers concernés sont les dossiers A 2 77 03 ; A 2 85 08 ; ‘a 1 13 11 ; ‘a 2 08 14, A 2 87 15 ; A 2 76 17 ; A 2 76 18 ; A 2 93 21 ; A 2 80 29, A 2 85 33, A 1 89 34.

Au sein de notre cohorte, **11 patientes ou patients présentaient un problème en lien avec l’alimentation et la nutrition (30 %**), et dans chacun des cas nous avons relevé un accompagnement proposé par le centre de santé.
Dans aucun cas il ne s’agissait de problème d’accès à l’eau.
La **problématique de l’accès à l’alimentation est étroitement corrélée au manque de ressources financières**, puisque toutes les personnes concernées cumulent une problématique de revenu, d’emploi ou d’accès à la protection sociale qui s’y rapporte.
Elle est aussi un bon moyen de voir que les conséquences sur la vie et la santé des personnes ne se résument pas à la question des moyens financiers, ou de l’accès à une quantité donnée d’aliments. Elle incarne tout un système plus complexe d’accès à un besoin, un droit, avec une dimension sociale que l’assistance ponctuelle ne vient pas suppléer. Pour le comprendre, certains parlent des enjeux de « démocratie alimentaire » (19), enjeux qui nécessite de « *s’appuyer sur une compréhension systémique du système alimentaire, et une compréhension de la fonction de l’alimentation qui n’est pas seulement biologique (remplir les ventres), mais également sociale (être ensemble et se reconnaître dans une égale ‘citoyenneté alimentaire’), identitaire (liée à l’appartenance à une famille, une culture, une communauté, etc.) et hédonique. » (19).*

Conséquences sur la santé des patients concernés :

Les conséquences sanitaires diagnostiquées par les médecins dans les parcours de soin en lien avec l’éducation et les conditions de vie pendant l’enfance, inscrites dans les dossiers médicaux, comprenaient :

Précarité alimentaire et malnutrition :
-*Carences alimentaires dont :*
vitaminiques multiples
Antécédent d’anémie à 7g [chez un enfant]
Exemple : « a perdu du poids, ne mange que 2 petits repas par jour » ; « me réclame des compléments alimentaires »

-précarité alimentaire cité dans 4 dossiers différents
- Asthénie, anémie

Déséquilibre d’une pathologie chronique :
« Aujourd'hui, rien mangé pour le moment, par exemple. Dextro 2,50 malgré cela. HbA1c passée de 6,6 à 9,2 % en quelques mois » ;
« hospitalisation en endocrino s'est bien passé, atteinte d'une stabilité, le hic, c'est que de retour chez elle, elle ne peut se préparer 3 repas équilibrés par jour faute de moyens » ;
« Elle dit ne pas manger équilibré (diabète gestationnel traité par insuline) »

Troubles du comportement alimentaire liés à l'enfermement et aux violence de genre :
« Obésité. Reste chez elle et s'ennuie. Ne peut pas sortir de chez elle, alors elle mange »

Rappel des recommandations :

Dans notre bibliographie préparatoire, les éléments retenus dans les divers rapports en lien avec l'alimentation et la nutrition mettaient en avant l'importance de :

- *se nourrir convenablement* (5) ;
- *la promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles* (3) ;
- *l'approvisionnement suffisant en eau saine et des mesures d'assainissement de base* (3).

Détail des accompagnements proposés :

Les interventions proposées au centre de santé relevées incluaient :

- Demande de bons, colis ou aide alimentaire :

Lorsque les personnes ne disposaient pas d'une alimentation suffisante quantitativement, la seule ressource vers laquelle se tourner était l'aide alimentaire. Cette demande se fait via les MDS ou directement à des associations caritatives telle que les Restos du cœur.

- Demande de réduction ou de gratuité pour la cantine scolaire :

Sous condition de ressource, il est possible de la demander à la mairie pour les enfants des familles les plus démunies.

- Suivi diététique ou consultation d'éducation thérapeutique :

Pour les personnes souffrant d'une pathologie chronique où l'équilibre alimentaire est décisif, ou souhaitant mieux maîtriser leur alimentation, des consultations dédiées ont été proposées. Soit avec la diététicienne d'une association partenaire, soit avec les infirmiers Asalée du centre formés à l'éducation thérapeutique sur cette thématique.

Le centre de santé a travaillé avec 6 institutions et partenaires pour mettre en place ces accompagnements.

Il s'agit de la MDS, des Restos du cœur, la mairie, la cantine scolaire, Santé croisée, et Asalée.

Alimentation et nutrition				
accompagnement proposé	**Nombre de dossiers concernés**	**% de la cohorte totale**	**Dossiers concernés**	**partenaires ou institution en lien avec le centre pour le suivi**
demande de bons, colis ou d'aide alimentaires	4	10,8%	A 2 77 03 A 2 85 08 A 2 76 17 A 2 76 18	MDS, Restos du cœur
demande de réduction / gratuité à la cantine	6	16,2%	A 2 85 08 'a 1 13 11 'a 2 08 14 A 2 87 15 A 2 93 21 A 2 80 29	Cantine scolaire, mairie
suivi diététique / éducation thérapeutique (si besoin à domicile)	3	8,1%	A 2 77 03 A 2 85 33 A 1 89 34	Santé croisée, Asalée
Total :	11	29,7%		6

Limites macroscopiques :

Nous avons vu à quel point l'accès limité à la nourriture peut avoir des conséquences sur l'équilibre alimentaire et la santé des personnes.
C'est également une source de stress quotidien pour les personnes qui doivent rechercher, parfois quotidiennement, une façon de sécuriser leurs besoins alimentaires.

Pour ce qui est de compenser les carences quantitatives, les solutions proposées ici reposent sur des dispositifs d'assistance qui minimisent les coûts d'accès à l'alimentation via la cantine scolaire pour les enfants, et fournissent des colis d'aide alimentaire aux plus démunis.
Cette gestion est révélatrice de la politique française en matière d'alimentation. La France ne reconnaît pas le droit à l'alimentation autrement que par l'existence des traités internationaux sur le sujet (dont le Pacte International relatif aux Droits Économiques, Sociaux et Culturels) (20). Pour justifier de la mise en place de politiques dans ce sens, l'État français met en avant sa politique d'aide alimentaire. Or le droit à l'aide alimentaire n'est pas le droit à l'alimentation, que le Rapporteur spécial des Nations-Unis pour le droit à l'alimentation définit ainsi :
« Le droit d'avoir un accès régulier, permanent et libre, soit directement, soit au moyen d'achats monétaires, à une nourriture quantitativement et qualitativement adéquate et suffisante, correspondant aux traditions culturelles du peuple dont est issu le consommateur, et qui assure une vie psychique et physique, individuelle et collective, libre d'angoisse, satisfaisante et digne » (21)

En France, 5,5 millions de personnes bénéficient de l'aide alimentaire en 2017, soit plus du double par rapport à 2009. 95 % de cette alimentation provient de l'industrie agro-alimentaire.
Cette aide qui revient à 1,5 milliard d'euros par an, est financée pour près d'un tiers par de l'argent public, un tiers correspond à la valorisation du bénévolat, et un peu plus d'un tiers à des dons privés. Cependant, sur les 543 M€ de financement privé, 443 M€ sont des dons défiscalisés, c'est-à-dire in fine payés sur des fonds publics (22) C'est donc un système basé sur le financement public (État, bénévoles) de la surproduction de l'agro-industrie, qui est alors utilisée pour nourrir les personnes les plus démunies.
Nous avons vu précédemment comment, concernant les ressources financières, la pauvreté relative impacte beaucoup plus les indicateurs sanitaires et sociaux de sociétés que la pauvreté absolue. C'est l'inégalité entre les personnes d'une même société qui est le facteur déterminant. Ici, le rapport dégradé à l'alimentation dans un cadre d'assistance produit un effet similaire. Ce rapport à l'alimentation est souvent vécu comme humiliant, dégradant le lien social primaire qu'est la façon de s'alimenter, avec des conséquences psychologiques et sociales délétères. On sait, au vu des travaux précédents, qu'ils retentissent sur la santé. La tension entre les messages d'éducation nutritionnelle et la faisabilité de ceux-ci en condition de précarité renforce d'autant plus cette tension (7).

Le propos ici n'est pas de remettre au cause la nécessité de l'aide alimentaire, puisque celle-ci s'est encore récemment rappelée à nous de façon flagrante. Depuis le début de l'épidémie de covid 19, période à laquelle nous rédigeons ce travail, nous avons vu affluer au centre de santé les personnes pour qui la gratuité de la cantine permettait de fournir trois repas par jour à toute la famille. La fermeture des écoles a donc causé si ce n'est de la faim, du moins des difficultés sérieuses à accéder à l'alimentation pour ces familles. Par ailleurs, les dispositifs de don alimentaire tiennent essentiellement sur du bénévolat (dont la valorisation annuelle s'élève quand même à 500 millions d'euros d'après le rapport du Sénat (22) Or les bénévoles sont souvent des personnes âgées, premières fragiles face au covid 19, ne pouvant donc plus assuré ce travail de distribution de l'aide. Il en a résulté que le centre de santé, comme d'autres acteurs non dédiés à cette mission, a dû prendre le relai de cette distribution, les besoins alimentaires passant au premiers plans dans les problématiques des personnes, avant la santé.

S'il existe donc bien un accompagnement possible pour agir sur les carences alimentaires dans les parcours de soin en premier recours, par l'aide alimentaire notamment, celui-ci ne permet pas de répondre au droit à l'alimentation. Ni quantitativement, ni qualitativement, ni dans sa dimension psycho-sociale, ce qui a parfois un effet délétère. Pour autant, l'aide alimentaire est un palliatif nécessaire, mais elle ne permet pas de répondre de façon pérenne aux besoins alimentaires des personnes (pas plus qu'à la soutenabilité des systèmes de production d'ailleurs).

Pour ce faire, c'est tout le système alimentaire, « *la manière dont les hommes s'organisent, dans l'espace et dans le temps, pour obtenir et consommer leur nourriture* », qu'il faut repenser. C'est-à-dire comme défini par Malassis, la production, la transformation, la distribution, et la consommation (8). Nous appuyons la présente analyse de ces systèmes d'aides sur des travaux qui cherchent des solutions dans ce sens, en proposant un modèle de sécurité sociale de l'alimentation (25). Ce n'est pas le rôle de la médecine en soin de premier recours.
Dans notre cohorte, le recours à des consultation d'éducation et d'accompagnement par une diététicienne ou une infirmière formé correspond également aux recommandations de promouvoir les bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles.
Là encore ces accompagnements mis en place sont limités par les freins structurels évoqués plus haut, puisque nous avons vu que la question de la qualité des aliments choisis est limitée par les ressources financières des personnes. L'aide alimentaire ne permettant pas de choisir son alimentation, elle ne peut être une solution de qualité.

Dans une optique d'action synchrone, il est important de voir le fait que le soin de premier recours ne peut reposer que sur l'orientation des personnes vers les systèmes existants dans le droit commun. Les leviers macroscopiques pour répondre aux besoins de santé des personnes reposent sur des niveaux d'action qui dépassent le soin de premier recours.

Le HCSP dans son rapport sur les inégalités sociales de santé va dans ce sens :
« *La disponibilité et le prix des différents aliments, l'accès à une restauration de type fast-food, la restauration collective, l'industrie agro-alimentaire, les lobbys agro-alimentaires, la possibilité d'exercer un minimum d'activité physique dans différentes zones sont à cet égard aussi importantes à creuser que l'éducation nutritionnelle individuelle. Il s'agit ''rendre les choix sains plus faciles''.* »(16)

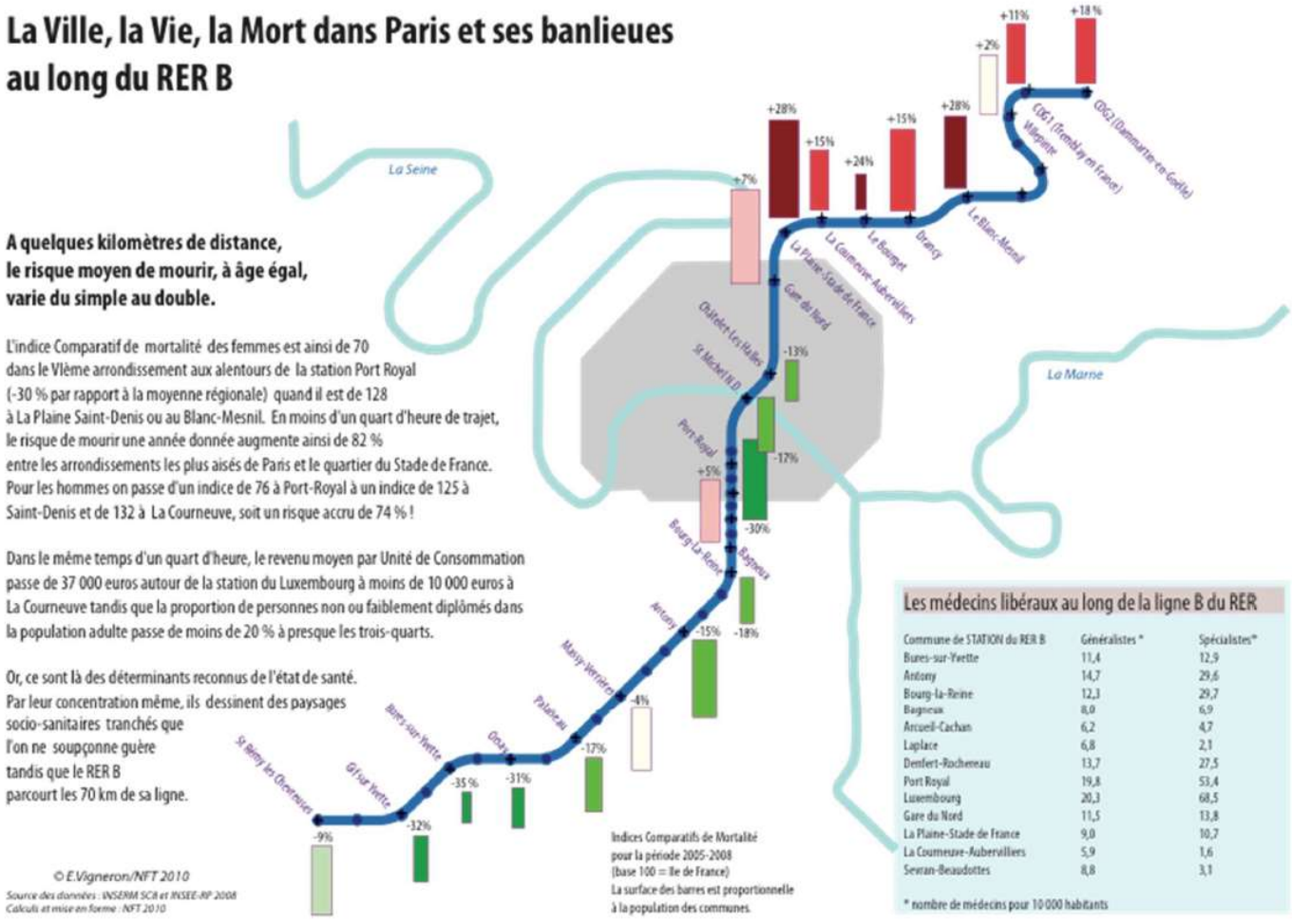
3.3) Le logement

Dossiers concernés et enjeux de santé :

Les dossiers concernés sont : A 2 74 01 ; A 2 84 02 ; A 2 77 03 ; A 2 77 04 ; A 2 88 07 ; A 2 85 08 ; A 2 89 09 ; 'a 2 09 10 ; ‘a 1 13 11 ; ‘a 2 08 14 ; A 2 87 15 ; A 2 76 17 ; A 2 76 18 ; A 2 92 20 ; A 2 93 21 ; ‘a 2 04 28 ; A 2 80 29 ; A 2 85 33 ; A 1 89 34.

La question du lien entre le logement et la santé est multiple et complexe. Le logement c’est avant tout le refuge, le chez-soi, le cocon de sécurité qui fait le socle stable sur lequel le foyer peut s’appuyer. Mais c’est également le bâti, l’exposition à des facteurs matériels parfois protecteurs, parfois toxiques. C’est le voisinage, souvent soutenant, parfois nuisible. C’est encore le quartier, mot qui changerait presque de sens selon qui le prononce. Changement de sens parce que changement de vie. À Marseille, si l’on parle du « quartier » du Roucas, c’est d’un ton ampoulé, où l’on peut presque entendre « beau » devant quartier. Si on parle du « quartier » où se déroule notre étude, on l’entend à l’envers, le « tiéquar », celui qu’on voit à la télé labellisé par sa caractéristique géographique « Nord » qui en dit bien plus.

C’est parce que ce lien est complexe qu’il est difficile de parler de lien de causalité entre lieu de vie et santé. Les anglo-saxons ont un mot difficile à traduire, le « neighborhood », et les études qui pensent son impact sur la santé pensent surtout à quel point le lien causal est compliqué à mettre en avant (1). De plus en plus de travaux s’y penchent (27), mais n’ayant pas approfondi sur ce sujet, nous ne nous y risquerons donc pas. Nous préférons voir en image ce que nous ne saurions argumenter plus longuement et plus éloquemment. Le lien entre lieu de vie, espérance de vie et offre de soin suffit ici à montrer que l’impact est loin d’être négligeable :



Cette représentation désormais célèbre de l'espérance de vie le long du RER B montre qu'il y a une inégale répartition de la santé en fonction des lieux de vie.
La population marseillaise connaît des disparités probablement comparables, mais nous n'avons pas connaissance de travaux similaires.

Au sein de notre cohorte, **19 patientes ou patients présentaient un problème en lien avec le logement**, soit **51,4 %.** Pour près d'1/3 il s'agissait de femmes qui avaient un problème de logement lié au besoin de s'extraire de violences de genre.

Conséquences sur la santé des patients concernés :

Les conséquences sanitaires diagnostiquées par les médecins dans les parcours de soin en lien avec le logement, et inscrites dans les dossiers médicaux, incluaient :

Pour les femmes victimes de violence conjugale ou violence de genre :
- Précarité logement : A le choix entre la rue ou un logement insalubre chez un propriétaire violent
- Renforce les violences et la dépendance aux auteurs de violences
- Dépendante du logement familial faute d'accès au logement autonome : bloquée dans situation de violence conjugale et familiale
- Renforce l'exposition aux violences de genre

Conséquences d'un logement insalubre, insécure, bruyant :
-angoisse, asthénie, insomnie
-insomnie, stress, dépression
-lésions cutanées, insomnie [punaises de lit]
- Asthénie, irritabilité
-Insomnie. Asthénie chronique
- Chez les enfants peurs, énurésie
-Saturnisme
- elle décrit une grossesse toujours difficile : contracte dès qu'elle bouge, douleurs, elle se sent fatiguée et vomit.

Conséquences sur le suivi médical de l'absence de logement stable et sécure :
-Fragilise son suivi médical et favorise la décompensation d'une pathologie psychiatrique chronique
-« marche dans le froid avec sa jambe cassée »
-« Le suivi passe totalement à l'as dans ces conditions : n'est pas allé au rdv ortho + radio de contrôle hier ; n'a plus de traitement pour le diabète et pour la douleur ; n'a pas trop envie d'en parler d'ailleurs. Concentré exclusivement sur le fait d'être à la rue. »
« Va beaucoup mieux à la sortie de 3 jours d'hospitalisation en UHCD.
A nouveau pas de place 115 ce soir... Risque de tout remettre à zéro.
L'hospitalisation, bien que courte, semble avoir été très bénéfique. Il est essentiel que cela puisse être maintenu. Or le maintien de la précarité de l'alternance entre des périodes de 9 jours et la rue ne peuvent que nuire à sa santé, déséquilibrer le diabète, empêcher toute prise en charge psychologique efficace et toute rééducation utile du membre inférieur. »
- « Compte tenu de ses conditions de vie extrêmement précaires et de l'impossibilité d'appliquer les recommandations hygiéno- diététiques habituelles, un traitement médicamenteux a été démarré, par Metformine 2 fois par jour. Malheureusement, toujours pour les mêmes raisons, il a été difficile jusqu'à présent de le prendre régulièrement. »
- « A la rue. Du coup a arrêté de voir la kiné, a raté le rdv à Osiris... »
- Tristesse, dépression, idées suicidaires

Rappel des recommandations :

Dans notre bibliographie préparatoire, les éléments retenus dans les divers rapports en lien avec le logement mettaient en avant l'importance de :

- *importance du ravitaillement en eau et son assainissement, de l'hygiène et de l'évacuation des déchets (3)*
- *se loger* (5)
- *bénéficier d'un environnement salubre (11)*
- *impact de la politique du logement (16)*
- *l'offre de logement sociaux (16)*
- *Vivre dans un environnement physique sain (16)*

Détail des accompagnements proposés :

Les accompagnements proposés pour agir sur les problèmes de logement étaient :

- Une demande de logement social (relogement ou premier logement) :

Ces démarches parfois compliquées, qui changent parfois, et peuvent se faire auprès de plusieurs interlocuteurs différents (bailleurs, mairies...) nécessitent souvent l'accompagnement d'une professionnelle. D'autant qu'elles n'aboutissent que rarement et nécessitent souvent d'être renouvelées.

- Un accompagnement pour régularisation du droit de séjour en vue d'obtenir un droit au logement :

La situation des personnes sans titre de séjour en France actuellement ne leur donne aucun accès au droit au logement s'ils sont sur le territoire de manière irrégulière. C'est donc un pré-requis avant de pouvoir faire une demande de logement social notamment.

- Une demande de FSL :

Le Fond de Solidarité pour le Logement est une aide financière disponible pour accéder et se maintenir dans un logement lorsqu'on a du mal à payer ses factures. L'accompagnement au centre de santé permet de demander cette aide à la CAF pour les personnes qui y ont droit.

- Une consultation santé habitat :

Réalisée soit par l'infirmier du centre de santé formé à ces consultations (par le CTSH), soit par une conseillère santé habitat, une consultation au domicile peut être proposée pour établir un diagnostic de l'habitation et appuyer les recours en cas de logement inadapté et ayant des retentissements sur la santé des personnes.

- Une demande d'aide pour le traitement ou la réhabilitation d'un logement insalubre :

Ces demandes viennent souvent en réponse à un diagnostic porté lors de la consultation santé habitat. Elles peuvent être faites aux bailleurs (parfois une médiation est nécessaire) ou à des associations spécialisées dans ce domaine.

- Un accompagnement vers le logement autonome pour les victimes de violence de genre :

Souvent dans le cadre de violences conjugales, parfois parce que le propriétaire du logement est violent envers la locataire, les femmes victimes de violence ici se retrouvent dans la nécessité de trouver un logement autonome pour s'extraire de ces violences. Le centre de santé, en lien avec des associations compétentes et les institutions responsables accompagnent ces femmes vers un relogement, social privé ou d'urgence, afin de s'extraire des violences qu'elles subissent.

- Un accompagnement vers un dépôt de plainte contre un propriétaire :
Parfois le propriétaire abuse de sa situation pour profiter des locataires (arnaques sur le loyer, non respects des conditions du bail voire absence de bail, violence…). Cette situation est d'autant plus fréquente que les locataires sont vulnérables (absence de titre de séjour, femme isolée, personnes souffrant de problèmes de santé…). Les personnes ont alors besoin d'être épaulées, et parfois accompagnées pour arriver à porter plainte et faire valoir leurs droits. Ce que leur permet le centre de santé en les accompagnant, parfois physiquement.

- Des tentatives multiples de sécuriser un logement stable à moyen terme, posant un obstacle majeur au soin :
Pour une des personnes accompagnées, demandeuse d'asile, la grande précarité liée à l'absence de logement et au manque de recours possible (115 saturé, pas de place en CADA, absence de ressource pour trouver un logement autonome) a été un facteur aggravant de son état de santé. Le centre a donc exploré toutes les pistes possibles pour tenter de sécuriser un logement afin de mettre en place les soins adéquats.

Le centre de santé a travaillé avec 16 institutions et partenaires pour mettre en place ces accompagnements.
Ce sont : des bailleurs sociaux dont Marseille Habitat, des propriétaires privés la préfecture, le point d'appui pour le droit des étrangers (basé au centre social), la CAF, la conseillère santé habitat de l'APPA, le CTSH, les compagnons bâtisseurs, l'Ampil, Médiance 13, SOS femme, les UHU, les LHSS, les CADA, le commissariat, l'OFII, l'hôpital public.

Limites macroscopiques :

La question de l'accès au logement dépend de nombreux facteurs. D'abord de facteurs économiques, qui sont eux-mêmes dépendants de déterminants multiples que nous discutons ailleurs, et qui conditionnent la capacité d'accéder voire de choisir son logement.

Ensuite, lorsque le choix est restreint pas la question économique, cet accès dépend de l'offre de logement : conditions imposées par les propriétaires aux locataires, et enfin disponibilité des logements sociaux pour les personnes n'ayant d'autre alternative.
En la matière, notre terrain d'enquête est un cas d'école.
La ville de Marseille est en-dessous de l'objectif légal de 25 % de logement sociaux, avec ses un peu plus de 20 %. Le taux de pauvreté dans la commune est lui de 26 % (3). Près de 2/3 du parc locatif social date d'avant 1977, soit vieux de plus de 40 ans. Dans le 15e arrondissement, terrain de notre recherche, c'est plus de 80 % (29). Il existe également de grands ensembles de copropriétés de bailleurs privés extrêmement dégradées, comme c'est le cas de la cité du parc Kalliste, qui date des années 60.
Il suffit de lire le sommaire du récent rapport du Haut Comité pour le Logement des Personnes Défavorisées sur la situation à Marseille, intitulé « *De la crise du logement à une crise humanitaire* » pour comprendre l'état d'incurie du logement dans la ville. Après un encart introductif qui précise en caractère gras et majuscule à quel point « *il a été extrêmement difficile pour l'équipe du Haut Comité pour le Logement des Personnes Défavorisées d'accéder aux ressources* », le constat est atterrant.
Si l'ensemble du rapport montre combien la question du logement repose sur des régulations qui dépassent le niveau d'action qui a été étudié ici, il suffit de retenir un chiffre : 77 477.
C'est le nombre de personnes demandeuses en attente de logements sociaux sur la Métropole d'Aix-Marseille-Provence, recueilli sur le Système National d'Enregistrement de la demande logement social. Et celui-ci ne comptabilise pas les ayants droit qui n'ont pas fait la demande.

Cet état des lieux montre comment, lorsque les personnes souffrent de leur logement, le fait de mettre en place tous les étayages possibles au niveau du soin de premier recours ne peut suffire. Les professionnels du soin et du social peuvent au mieux, avec les usagères et usagers, optimiser la réhabilitation des logements, les demandes de relogement, ou les soutiens financiers disponibles, voire faire laborieusement valoir leurs droits lorsque ceux-ci ne sont pas respecter. Mais ils ne peuvent construire de quoi loger 77 477 personnes, et ne doivent se rendre responsable ni de le faire, ni d'en assumer seuls les conséquences.

Logement				
Accompagnement proposé	**Nombre de dossiers concernés**	**% de la cohorte totale**	**Dossiers concernés**	**Partenaires ou institution en lien avec le centre pour le suivi**
Demande de relogement ou premier logement social	7	18,9%	A 2 74 01 A 2 77 03 A 2 88 07 'a 2 08 14 A 2 87 15 A 2 80 29 A 2 85 33	Ampil, médiance 13, bailleur social, CTSH, Marseille habitat
Accompagnement pour régularisation du droit de séjour en vue d'accéder au droit au logement	3	8,1%	A 2 85 08 A 2 76 18 A 2 92 20	Préfecture, point d'appui droit des étrangers
Consultation santé habitat	2	5,4%	A 2 77 03 'a 1 13 11	conseillère santé habitat, CTSH
Demande de FSL	2	5,4%	A 2 77 03 A 2 79 27	CAF
Demande d'aide pour traitement ou réhabilitation d'un logement insalubre	2	5,4%	A 2 89 09 A 2 09 10	bailleurs social, compagnons bâtisseurs, CAF
Accompagnement vers le logement autonome Pour les victimes de violence de genre	6	16,2%	A 2 84 02 A 2 77 04 A 2 76 17 A 2 93 21 A 2 79 27 A 2 85 33	Médiance 13, propriétaire privé, bailleur social, SOS femme
Tentatives multiples de sécuriser un logement stable à moyen terme (obstacle majeur au soin)	1	2,7%	A 1 89 34	UHU, LHSS, hospitalisations, OFII, CADA
Accompagnement vers dépôt de plainte contre propriétaire (arnaque, violence, logement insalubre…)	2	5,4%	A 2 88 07 A 2 76 17	commissariat, SOS femme

Total :	19	51,4%		16

3.4) L'emploi, le revenu et la protection sociale

Dossiers concernés et enjeux de santé

Les dossiers concernés sont : A 2 74 01 ; A 2 84 02 ; A 2 77 03 ; A 2 77 04 ; A 2 88 07 ; A 2 85 08 ; A 2 89 09 ; 'a 1 13 11 ; A 2 74 13 ; A 2 87 15 ; A 2 76 17 ; A 2 76 18 ; A 2 92 20 ; A 2 93 21 ; A 2 01 22 ; A 2 79 27 ; 'a 2 04 28 ; A 2 80 29 ; A 2 85 33 ; A 1 89 34.

La question de l'emploi, du revenu et de la protection sociale est très vaste. Elle recoupe tous les moyens financiers de subsistance : travail rémunéré déclaré ou non, système de protection sociale tel que l'assurance chômage, la retraite, les minima sociaux, les allocations familiales, ou tout autre type de protection sociale, économie parallèle, etc. Le système de protection sociale, issue de l'après-guerre, est à la base de notre contrat social en France. C'est également ce qui permet aux plus démunis de subvenir à leurs besoins de base, et à ceux de leur famille.

De nombreuses études (30) ont montré l'impact néfaste sur la santé du manque de ressources financières, mais également du chômage (31), et des conditions de travail précaires (32) ou difficiles.
Si la pauvreté absolue est directement corrélée avec l'état de santé, la pauvreté relative (c'est-à-dire le fait d'être plus pauvre que la plupart des autres membres de sa société), est également un facteur majeur. En d'autres termes les inégalités sont délétères à la santé (33). Nous l'avons déjà documenté dans un précédent travail.
Parmi ces critères de difficulté au travail impactant la santé on compte notamment le faible niveau de gratification par rapport au travail fourni, le stress, le manque de contrôle ressenti et un pouvoir de décision limité (5). Autant de situations fréquentes dans les parcours de vie et de soin des personnes de notre cohorte, et ailleurs.

Au sein de notre cohorte **la question de l'emploi, du revenu ou de la protection sociale a été relevée comme un déterminant de la santé chez 20 personnes, soit 54 %.**

Conséquences sur la santé des patients concernés :

Les conséquences sur la vie et la santé des personnes relevées dans les dossiers médicaux comportaient :
-« ne peut pas arrêter son travail a trop besoin d'argent » :
frein pour arrêt maladie quand nécessaire pour se soigner

-Précarité alimentaire
-carence alimentaire : Asthénie, anémie
« a perdu du poids, ne mange que 2 petits repas par jour » « me réclame des compléments alimentaires »

-majoration des douleurs par contexte de précarité ?

-impossibilité de payer ses soins et pas de droit sécu : Non recours au soin

-Enfant malade limite possibilité de travailler :
« Elle a demandé si elle pouvait commencer le travail plus tard mais son chef n'a pas accepté. Elle ne sait pas comment faire pour sa fille qui a besoin de sa mère le matin avant l'école »

- conditions de travail difficile : Travaille dans une blanchisserie Difficile physiquement.
Du bruit, une ambiance compliquée
retentissement moral, surmenage psychique et physique, difficulté suivi médical des enfants
Douleurs somatiques récurrente non expliquées par explorations somatiques
épuisement, dépression « elle n'arrive plus à savoir ce qui est bon pour elle et ses filles »

- Difficulté pour se déplacer : ne peut payer transports en commun donc amendes et donc déplacements pour démarches et soins entravés

- renforce les violences et la dépendance aux auteurs de violences
- Sans autonomie financière favorise l'enfermement dans un environnement violent

Il est marquant de voir que la question des ressources financières retentit sur tous les champs de la vie (santé physique, psychique, alimentation, transport, violence, travail…).

Rappel des recommandations :

Dans notre bibliographie préparatoire, les éléments retenus dans les divers rapports en lien avec l'emploi, le revenu et la protection sociale mettaient en avant l'importance de :

- *disposer d'un certain revenu ; compter sur un apport durable de ressources* (5) ;
- *des pratiques équitables en matière d'emploi et un travail décent – c'est à dire sûr, sans danger et correctement rémunéré tout au long de l'année – moins exposé aux risques physiques, au stress professionnel et aux comportements nuisibles à la santé* (11) ;
- *la médecine du travail (qui a une approche préventive)* (16) ;
- *le système d'assurance chômage* (16) ;
- *systèmes d'assurance vieillesse* (16);
- *les allocations familiales et le minima sociaux* (16) ;
- *travailler dans de bonnes conditions* (16) ;
- *contrôler les politiques capables de dégrader la santé des personnes : par exemple le recul de l'âge de la retraite* (16).

Détail des accompagnements proposés :

Les accompagnements spécifiques mis en place au centre de santé pour pallier les problématiques liées à l'emploi, au revenu et à la protection sociale étaient :

- <u>Accompagnement pour accéder aux prestations sociales :</u>

Que ce soit les allocations familiales, les minima sociaux, les aides financières auxquelles les personnes ont droit (prime à l'emploi, indemnité chômage) le centre de santé propose un accompagnement direct ou par l'intermédiaire de la Maison des Solidarités pour que les personnes en bénéficient.
Dans notre cohorte on retrouve :
- Accompagnement pour accéder aux prestations de la CAF, parfois pour s'autonomiser d'un conjoint dans le recours à ces droits.
-Accompagnement vers le droit au séjour pour obtenir des droits aux prestations sociales.
- Accompagnement pour obtenir les aides et indemnités de Pôle Emploi (prime d'activité, chômage).

- <u>Accompagnement vers l'emploi, ou vers la protection sociale pour les personnes ne pouvant travailler :</u>

Pour de nombreuses raisons, les problèmes de santé sont liés ou favorisés par le fait de ne pas avoir d'emploi, et notamment de revenu. De nombreuses études le montrent, dont l'une récente est assez éloquente. Orienter les personnes vers une solution pour trouver un emploi, ou vers une source de revenu permise par la protection sociale est donc souvent la façon la plus radicale d'améliorer leurs problèmes de santé.
Dans notre cohorte les solutions proposées étaient :
- Orientation vers une structure permettant de trouver une formation ou un emploi.

- Accueil en stage, au centre de santé, en vue d'obtenir une formation Pôle Emploi.
- Accompagnement vers la reconnaissance d'une invalidité ou en retraite anticipée.
- Obtention d'une AEH ou AAH.
- Régularisation d'un arrêt de travail pour toucher les indemnités journalières.

- Respect du droit du travail :

Parfois l'intérêt de l'employeur et celui des salariés entrent en conflit, et le droit du travail qui est censé le réguler n'est pas respecté. Lorsque la santé des personnes est dépendante du respect de leurs droits, le centre de santé les accompagne afin de les faire valoir. Il peut parfois aider ou contraindre l'employeur à le faire.
Dans notre cohorte les solutions proposées étaient :
- Médiation avec l'employeur, au besoin accompagnement physique lors d'un entretien.
- Orientation vers un conseiller de l'inspection du travail.

- Aides financières :

Lorsque les personnes n'arrivent plus à joindre les deux bouts, l'ampleur de la précarité matérielle rend simplement difficile le fait de satisfaire ses besoins de base. La santé, comme les facteurs sociaux qui l'impactent, sont alors souvent relégués au second plan. Leur donner accès aux moyens permettant de satisfaire les besoins primaires est alors la meilleure façon de leur permettre de prendre soin de leur santé.
Les propositions d'accompagnement relevées ici étaient :
- Demande d'aide financière pour les factures d'énergie.
- Accompagnement social pour la gestion d'une dette.
- Demande de bourse (pour les mineures).
- Demande d'une carte de transport.

Le centre de santé a travaillé avec 15 institutions et partenaires pour mettre en place ces accompagnements.
Ce sont : la CAF, le Pôle emploi, le MOVE, le Conseil Général, la Préfecture, la CNRACL, le CDG 13, la MDPH, la CPAM, l'employeur ou DRH, l'Inspection du travail, Médiance 13, l'Administration fiscale, la RTM.

Emploi, revenu et protection sociale				
Accompagnement proposé	**Nombre de dossiers concernés**	**% de la cohorte**	**Dossiers concernés**	**Partenaires ou institutions en lien avec le centre pour le suivi**
Aide pour recours aux prestations de la CAF : aide financière, allocations familiales, RSA…	9	24,3%	A 2 74 01 A 2 77 03 A 2 89 09 'a 1 13 11 A 2 74 13 A 2 87 15 A 2 76 17 A 2 79 27 A 2 80 29	CAF MDS
Accompagnement pour s'autonomiser du conjoint pour les prestations CAF	3	8,1%	A 2 84 02 A 2 93 21 A 2 79 27	Centre de santé (AS)
Accompagnement vers droit au séjour pour obtenir le droit à la protection sociale (CAF notamment)	5	13,5%	A 2 88 07 A 2 85 08 A 2 76 18 A 2 92 20 A 1 89 34	Préfecture et autre partenaire pour obtention du droit de séjour et des droits relatifs (CAF notamment)
Obtention droit chômage ou d'une prime d'activité	1	2,7%	A 2 87 15	Pôle emploi
Orientation vers structure pour trouver une formation ou un emploi	3	8,1%	A 2 85 08 A 2 87 15 A 2 79 27	MOVE, Pôle Emploi, Conseil Départemental
Accueil en stage en vue d'obtenir une formation professionnelle	1	2,7%	A 2 79 27	Centre de santé
Demande de mise en invalidité et retraite anticipée Présence à la Comission médicale du médecin traitant	1	2,7%	A 2 76 17	CNRACL, CDG 13
Obtention allocation AEH ou AAH	2	5,4%	'a 1 13 11 A 2 80 29	MDPH
Régularisation d'un arrêt de travail et de indemnités journalières	1	2,7%	A 2 87 15	CPAM
médiation avec l'employeur pour minimiser l'impact de l'état de santé sur le travail et assurer le respect du droit du travail	2	5,4%	A 2 77 04 A 2 76 17	Employeur / DRH
Orientation vers conseiller droit du travail	1	2,7%	A 2 87 15	Inspection du travail
Demande d'aide financière pour les factures d'énergie	3	8,1%	'a 1 13 11 A 2 87 15 A 2 80 29	Médiance 13, administration fiscale
Accompagnement social pour la gestion d'une dette	3	8,1%	A 2 77 03 A 2 76 17 A 2 79 27	Centre de santé (AS)
Demande de bourse	2	5,4%	A 2 01 22 'a 2 04 28	Conseil Régional
Demande de carte de transport	1	2,7%	A 2 01 22	RTM

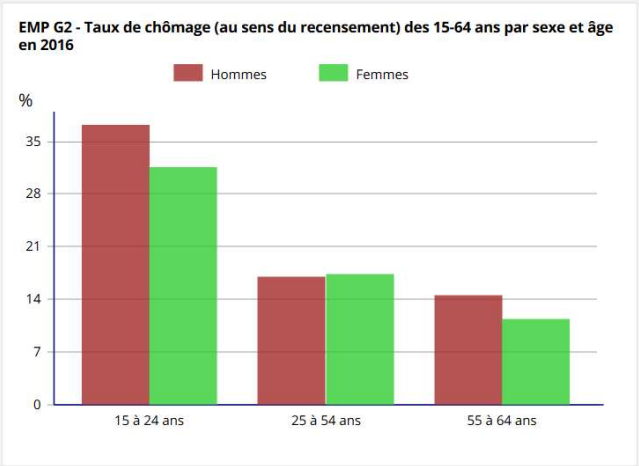
Total	20	54,1%		15

Limites macroscopiques

Analysons les accompagnements mis en place ici dans l'optique d'une action synchrone telle que définie dans nos réflexions précédentes, c'est-à-dire qui vise à agir sur les causes structurelles du niveau microscopique au niveau macroscopique.

On observe que ces accompagnements permettent de recourir aux droits existants, comme par exemple le recours aux prestations de la CAF, le respect du droit du travail, ou l'orientation vers une formation. Ce recours est essentiellement le fait de l'intégration du travail social dans les parcours de soin, et souvent soutenu par le travail de médiation et d'interprétariat. C'est ce travail qui permet de surmonter certains obstacles qui font que les personnes n'ont pas recours à leurs droits. Nous discuterons la question du non-recours plus loin d'une façon plus transversale.
Ce que nous voulons souligner ici, c'est le fait que cet accompagnement global optimise le recours au droit commun au niveau que nous pourrions appelé micro-social en optimisant les revenus, l'accès à l'emploi et à la protection sociale. Il n'a pour autant pas prise sur les causes structurelles des déterminants de l'emploi, des revenus et de la protection sociale.
Le nombre d'emplois disponibles, leur nature, la facilité ou non à l'embauche, les conditions de revenu, la sécurité au travail, tous ces éléments sont influencés par des dynamiques macroscopiques qui ne relèvent pas, et ne peuvent pas relever de la question du soin de premier recours.

Et pour la situation locale à Marseille, les chiffres sont éloquents rien que sur le taux de chômage, puisqu'il dépasse les 30 % pour les jeunes de moins de 24 ans, et les 15 % pour les 25-54 ans. Il est autour de 10,1 % pour la même période au niveau national (source Insee).

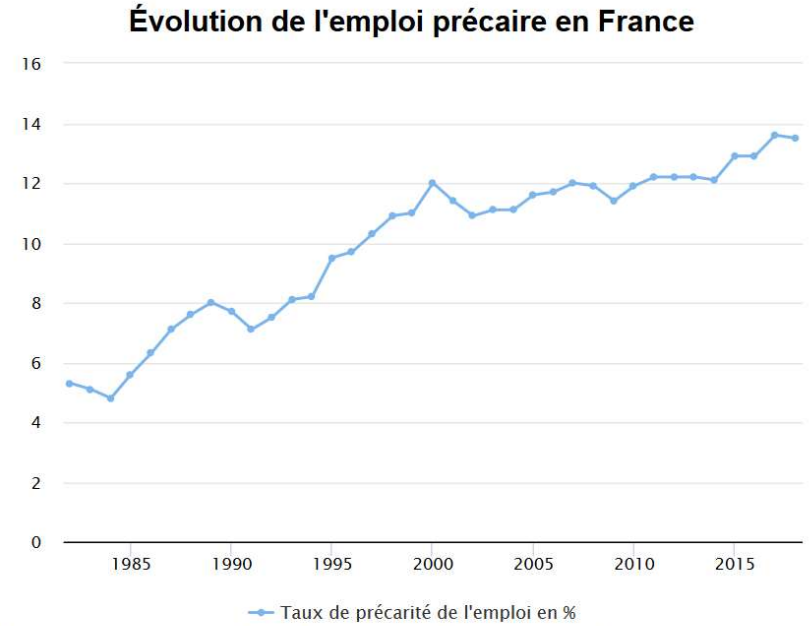


Source : Insee, RP2016 exploitation principale, géographie au 01/01/2019.

La question d'accompagner les personnes vers un revenu par l'emploi est donc largement dépendante de déterminants qui dépassent l'action de soin de premier recours.

Dans un ouvrage traitant des enjeux de protection sociale (35), Robert Castel, sociologue du travail, explique comment, à partir des années 70, la mondialisation des échanges, la mise en concurrence des travailleurs dans une dynamique de marché et de concurrence internationale, et la désindustrialisation progressive accompagnant la dérégulation économique des années 80 fait perdre à l'État son rôle de garant de la protection sociale. Autant d'éléments que nous retrouvons bel et bien dans notre analyse de l'accès à l'emploi et au revenu, et dans les limites des politiques économiques mises en avant par l'OMS comme des éléments clés dans les déterminants sociaux de la santé, nous allons les rappeler.
Il y a alors éclatement des catégories homogènes de travailleurs, représentées par les syndicats, garants des conventions collectives qui avaient permis de s'adapter à l'exigence de l'organisation

du travail du capitalisme industriel en échange d'une protection sociale. Les conditions d'emploi ne sont plus stables, et la crainte du chômage croit.
La conséquence est l'affaiblissement du poids des travailleurs dans la négociation des conditions de protection sociale. Et face à cette précarisation des travailleurs, la distribution n'est pas homogène.
C'est en effet ceux qui ont le moins de ressources pour s'adapter qui se trouvent le plus facilement mis de côté de l'emploi, et donc de la protection sociale. Ceux là même dont les ressources et protections sont justement essentiellement collectives, les entraînant dans un cercle vicieux de marginalisation.
Émerge donc toute une nouvelle classe très hétérogène d'exclus : chômeurs longue durée, jeunes de banlieue, mère célibataires avec emploi à temps partiel, travailleurs déqualifiés par l'évolution rapide des compétences requises… dont les trajectoires sont tout à fait incomparables, et donc incapables de former une classe homogène dans la négociation pour reconquérir une protection sociale inclusive, l'assistance par des minima sociaux marginalisant restant la seule options, nous y reviendront.
Ainsi, on le voit au sein de notre cohorte, les quartiers « sensibles » incarnent toutes les problématiques de la dégradation de la protection sociale. Cristalliser sur une catégorie marginale, qui souvent subit elle même de plein fouet tous les facteurs d'insécurité qu'on leur fait incarner, la responsabilité de l'insécurité sociale et civile, évite de prendre en compte les problématiques qui y conduisent et qui sont portés par l'ensemble de la société. La répression organisée ciblée sur les marges n'a d'autre effet que de prétendre d'agir, tout en renforçant le ressentiment de part et d'autre, et surtout sans agir sur les causes d'insécurité sociale globales liée aux conditions nouvelles du marché de l'emploi.
Là encore l'évolution macroscopique est déterminante, et le « marché de l'emploi » devient de plus en plus précaire, comme le montre le graphique suivant.

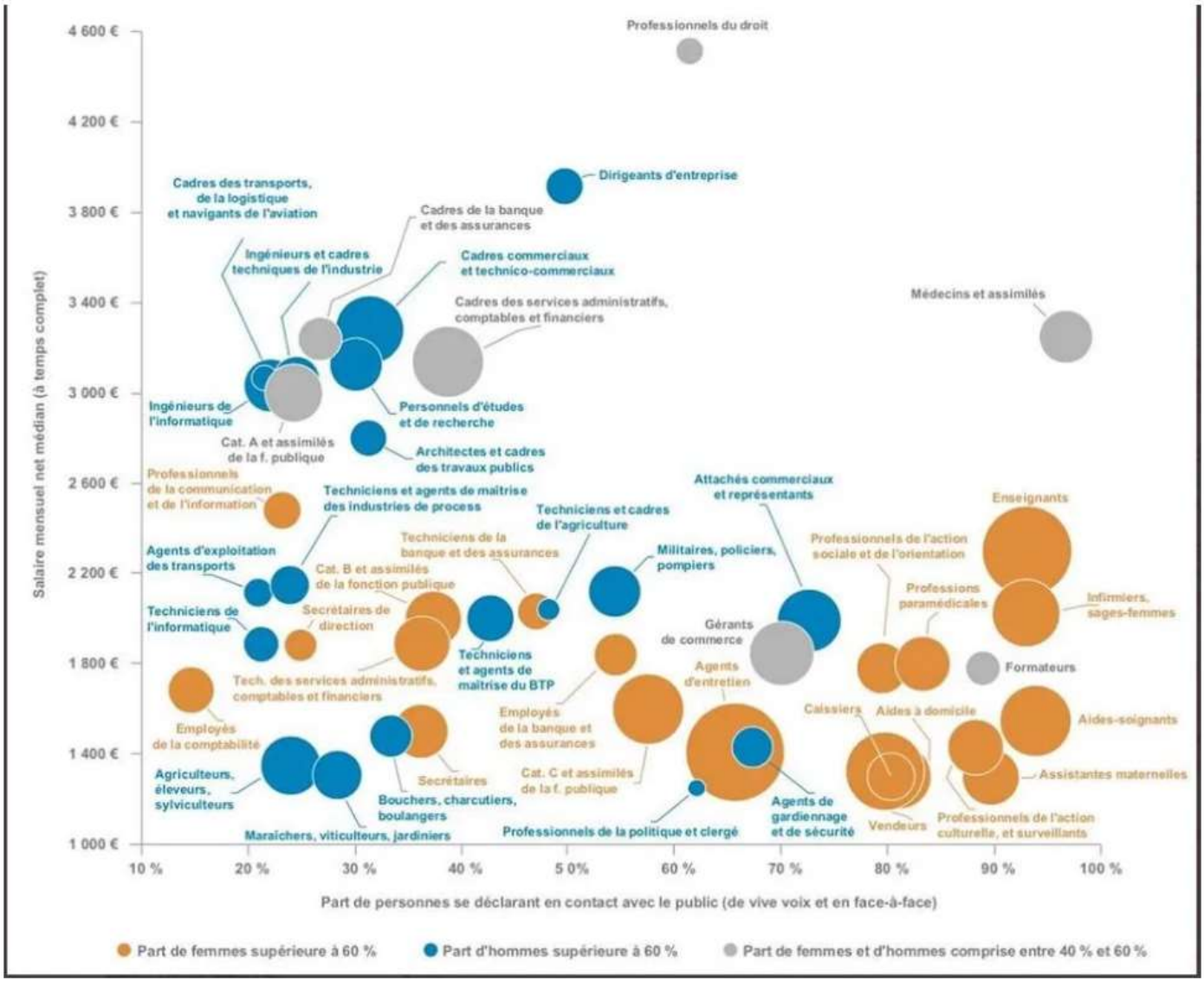


Part de salariés en CDD, intérimaires et apprentis parmi les personnes en emploi.
Source : Insee - © Observatoire des inégalités

Pour rendre encore plus tangible le lien entre ces éléments sociologiques et la santé des personnes, il faut dire un mot des récents événements qui se déroulent pendant la rédaction de notre travail. Avec la pandémie de covid 19, nous avons observé à quel point la précarité, notamment de l'emploi, rend les personnes vulnérable aux aléas dont d'autres sont protégés. Au centre de santé où s'est déroulé notre étude, nous avons vu les personnes dont les moyens de subsistance sont fragiles

mais tout juste suffisants au quotidien se retrouver du jour au lendemain sans revenu. Il s'agit des personnes en CDD, en intérim, en temps partiels, ou travaillant sans contrat de travail. Le statut précaire de leur emploi ne permettait pas d'accéder aux mesures de protection sociale mises en place (chômage technique ou partiel notamment). C'est ainsi que la principale demande, avant la santé ou l'accès à la protection sociale était une demande de colis alimentaire, ou de produit d'hygiène pour bébé. Le fait qu'un lieu de soin se mette à répondre à ces besoins en situation de pandémie virale est une triste mais flagrante illustration de notre propos.

Enfin, cet épidémie a montré comment l'accès à l'emploi est inégalement réparti et le travail inégalement rémunéré. Le schéma qui suit est éloquent sur les liens entre travail, inégale répartition du produit du travail, discrimination de genre, et impact sur la santé.
Considérant l'exposition au public comme facteur de risque de contamination, il montre comment ce sont les emplois les moins bien rémunérés qui sont les plus exposants (à l'exception des médecins). Ce sont aussi les emplois majoritairement féminins. Pour autant, l'épidémie a également permis de rendre compte que leur utilité sociale n'est plus à prouver.



Source : France Stratégie, note d'analyse n°88, avril 2020.

Dans notre bibliographie initiale nous avons relevé que les « politiques économiques » sont un des déterminants sociaux de la santé reconnus. Les recommandations qui s'y rapportent soulignent l'importance de :

- *l'institutionnalisation du rôle du marché et des conséquences sur la santé* (11) ;
- *diminuer les écarts entre les classes sociales, et donc améliorer la santé relative* (14) ;
- *l'effet délétère des politiques commerciales néolibérale* (15) ;
- *réduire les inégalités sociales au sein de la population générale* (15) ;
- *l'intérêt des politiques redistributives à travers la fiscalité et les aides financières directes, le niveau de revenu* (15) ;
- *les conditions socio-économiques de l'ensemble de la société : richesse nationale, état du marché du travail, de l'économie, facteurs culturels… et la façon dont ces facteurs sont distribués dans la population*(17).

A ceux-là s'ajoutent les éléments précédents sur le droit du travail (dont la médecine du travail), l'assurance chômage et l'assurance retraite cités précédemment.

Nos résultats permettent de rendre compte de comment ces déterminants macroscopiques influent effectivement sur la santé des personnes. Elle sont pourtant autant de dynamiques sur lesquels le soin de premier recours n'a pas de levier pour agir directement.

3.5) Éducation et conditions de vie durant l'enfance

Dossiers concernés et enjeux de santé

Les dossiers concernés sont : A 2 77 03 ; 'a 2 09 10 ; 'a 2 08 14 ; 'a 1 14 16 ; 'a 1 12 19 ; 'a 2 14 25 ; 'a 1 12 26 ; A 2 80 29 ; A 2 01 30 ; 'a 1 06 31 ; 'a 1 04 32 ; A 2 85 33 ; 'a 2 10 36.

Dans notre revue narrative sur la question des déterminants sociaux de la santé, nous avons parlé des travaux en épidémiologie biographique, qui permettent de modéliser l'impact des conditions de vie sur la santé tout au long de la vie. Ces modèles, que ce soit celui des périodes critiques, d'accumulation des risques ou des trajectoires de vie, montrent le caractère déterminant des conditions de vie dans l'enfance sur la santé tout au long de la vie (36).
Les études de suivi de cohorte depuis la naissance viennent renforcer encore ces constats, et proposent des pistes d'explication notamment par le critère intermédiaire de la charge allostatique, qui est un marqueur intermédiaire intéressant pour traduire l'incorporation des conditions de vie par les individus (37). La charge allostatique, nous l'avons vu ailleurs, est un concept biologique qui correspond à « l'usure du corps » qui s'accumule lorsqu'un individu est exposé à des facteurs de stress, notamment chroniques.
On constate ainsi une corrélation entre la position socio-économique des parents, le niveau d'éducation de la mère, ou la profession des parents, et la charge allostatique des enfants à l'âge adulte. L'impact des facteurs parentaux sur la charge allostatique chez les enfants à l'âge de 44 ans semble se faire en impactant le niveau d'éducation des enfants, les conditions matérielles et financières au cours de leur vie, et les comportements retentissant sur leur santé (consommation d'alcool et de tabac) (38)
Une autre analyse de la même cohorte montre une corrélation entre les événements de vie défavorables dans l'enfance et cette charge allostatique à l'âge adulte, et donc l'état de santé à l'âge adulte (39). Ces événements défavorables sont : avoir au recours à l'aide sociale à l'enfance, que les instituteurs aient repéré des signes d'alerte (négligence physique, dénutrition), la présence au domicile de l'enfant d'une personne incarcérée ou en probation, la séparation de l'un des parents (séparation, décès…), la présence d'une personne ayant une pathologie mentale au domicile, ou d'une personne faisant un usage abusif de l'alcool. Ce sont autant de causes impactant la santé des enfants tout au long de leur vie. Nous verrons que ce sont les événements de vie qui sont retrouvés ici dans les parcours des personnes accompagnées, et qui ressortent tant sur la question de l'éducation que de l'étayage social, culturel et familial.
Sur ce point notre cohorte apporte des éléments cohérents avec la littérature sur le sujet. La question est maintenant de voir comment accompagner ces personnes pour en minimiser l'impact sur leur santé.

Au sein de notre cohorte, **13 patientes ou patients présentaient un problème en lien avec l'éducation ou les conditions de vie durant l'enfance (35,1%**).
Il s'agissait pour 10 dossiers d'enfants mineurs (au moment de la demande). Pour trois d'entre elles il s'agissait de mères de famille chez qui le suivi a montré un problème chez leurs enfants retentissant sur leur santé et qui a émergé lors de leurs consultations.

Conséquences sur la santé des patients concernés :

Les conséquences sanitaires diagnostiquées par les médecins dans les parcours de soin en lien avec l'éducation et les conditions de vie pendant l'enfance, inscrites dans les dossiers médicaux, comprenaient :

- Difficulté dans la prise en charge du retard de langage et dans les apprentissages ;
- Rupture de suivi médical spécialisé ;
- Une scolarité et une prise en charge retardée par la situation de précarité sociale ;
- Mère surmenée, en souffrance psychologique. Enfant opposant et difficile à cadrer ;
- Retard mentale. Ralentissement psycho-moteur. Absence de langage ;
- Symptômes somatiques intenses et invalidants type douleurs abdominales, nausées, vomissements.

Rappel des recommandations

Dans notre bibliographie préparatoire, les éléments retenus dans les divers rapports en lien avec l'éducation et les conditions de vie pendant l'enfance mettaient en avant l'importance de :

- *d'accéder à l'éducation* (5) ;
- *d'instaurer une équité des condition de vie dès le début de la vie* (11) ;
- *des les politiques publiques en faveur de l'enfance, notamment les PMI (16)*
- *du système public et gratuit d'éducation (16)*

Détail des accompagnements proposés :

Les interventions relevées dans les parcours de soins comprenaient :

- <u>Coordination pluridisciplinaire du parcours de soin d'un enfant avec un ou plusieurs troubles des apprentissages, ou un handicap :</u>
Il s'agit là de mettre en place pour l'enfant une coordination médico-psycho-sociale entre tous les intervenants de son parcours de soin.
Les partenaires concernés sont en général l'école (directeur, institutrice.teur, psychologue, infirmière, assistante sociale), la CAMPS, le CMPP, ou des médecins spécialistes tels qu'un neuropédiatre ou un pédopsychiatre.

- <u>Constitution d'un dossier de demande auprès de la MDPH :</u>
En vue de l'obtention d'une AEH, d'une AVS, d'une allocation pour aidant familial, et/ou d'une carte d'invalidité.

- <u>Relai vers une structure éducative de quartier :</u>
Dans trois dossiers, le fait d'orienter une enfant, un jeune patient, ou sa mère vers une structure de soutien éducatif a permis d'accompagner une situation complexe.
Il s'agissait des éducateurs de rue (Addap 13) ou de la PMI.

- <u>Orientation vers une institution éducative adaptée :</u>
Parfois le parcours de soin des enfants était rendu compliqué par le fait qu'ils n'étaient pas pris en charge dans l'institution éducative adaptée. L'accompagnement thérapeutique a donc été de les orienter et de faire avec eux et leurs parents les démarches pour leur permettre d'y accéder.

- <u>Orientation vers une formation d'alphabétisation :</u>
Pour une personne adulte, le fait d'être analphabète et non francophone était un frein à son parcours de soin. Elle a donc été orientée vers une formation adéquate pour permettre de dépasser ce frein.

- <u>Coordination d'un parcours de soin pour des problèmes liés à l'adolescence et à la scolarité</u> :
Une des personnes s'est retrouvée en difficulté avec la scolarisation lié aux problématiques de l'adolescence. Il a donc été coordonné un suivi avec une équipe mobile de pédopsychiatrie, IMAJE santé, le collège et le CNED afin d'adapter sa scolarité à ses besoins.

Le centre de santé a travaillé avec 14 institutions et partenaires pour mettre en place ces accompagnements.
Ce sont : la MDPH, le CAMSP, le CMPP, les écoles (primaire, collège), le CNED, des institutions éducatives spécialisées (IME, SESSAD, classe ULIS), un lieu de formation pour alphabétisation des personnes non francophones, une équipe mobile de pédopsychiatrie, l'association IMAJE Santé, l'Addap 13 et la PMI.

Éducation et conditions de vie pendant l'enfance				
accompagnement proposé	**Nombre de dossiers concernés**	**% de la cohorte totale**	**dossiers concernés**	**partenaires ou institution en lien avec le centre pour le suivi**
Constitution d'un dossier MDPH (AEH, AVS, allocation pour aidant familial, carte d'invalidité, etc.)	5	13,5%	'a 2 08 14 'a 1 14 16 'a 1 12 19 A 1 12 26 A 2 01 30	MDPH
Coordination pluridisciplinaire du parcours de soin d'un enfant avec trouble des apprentissages ou handicap	7	18,9%	A 2 77 03 'a 2 09 10 'a 2 08 14 'a 1 14 16 'a 1 12 19 'a 2 14 25 A 2 01 30	CAMSP, MDPH, CMPP, neuropsychiatre École primaire / collège : Directeur, instituteur.trice, psychologue scolaire, infirmière, assistante sociale
Orientation vers institution éducative adaptée	2	5,4%	'a 1 12 26 A 2 80 29	ULIS, IME, SESSAD, CAMSP
Orientation vers formation d'alphabétisation	1	2,7%	A 2 80 29	Non renseigné
Coordination d'un parcours de soin médico-psycho-social pour des problèmes liés à l'adolescence en lien avec la scolarité	1	2,7%	'a 1 06 31	équipe mobile de pédopsychiatrie « PASAR » IMAJE santé Collège, CNED
Relai vers structure éducative de quartier	3	8,1%	'a 1 04 32 A 2 85 33 'a 2 10 36	Addap 13, PMI
Total :	13	35,1%		13

Les accompagnements proposés s'axent bel et bien vers le fait de renforcer l'accès à l'éducation. L'étayage familial, social (voir cette catégorie spécifique), et éducatif est organisé dans une perspective de soin global, favorable à l'accès à de meilleurs conditions de vie dès le début de la vie. On le voit dans l'accompagnement de la parentalité, de la grossesse, et l'intégration des divers déterminants sociaux décrits tout au long de ce travail dans les parcours de soin.

Les partenaires et institutions intervenant dans les parcours de soin cités plus haut sont effectivement les acteurs mis en avant pas le HCSP comme étant les plus efficaces pour agir sur les déterminants sociaux : PMI, système publique d'éducation, politiques en faveur de l'enfance comme le recours aux allocations familiales, mais également aux MDS pour des missions éducatives (TISF, AEMO), au CAMSP, au CMPP, aux institutions éducatives spécialisées.
Cependant, même en optimisant l'accès à ces institutions, l'impact de l'accompagnement de premier recours est limité par la disponibilité de ces étayages d'un côté, et la persistance de causes plus radicales qui font que certains enfants ont besoin d'un étayage renforcé pour obtenir une éducation et un développement de qualité.

Limites macroscopiques

Nous évoquerons les limites macroscopiques à la prise en compte de ces éléments en fin de résultat lors d'une analyse transversale de cette thématique.

3.6) Étayage social, culturel et familial

Dossiers concernés et enjeux de santé :

Ayant reçu un accompagnement spécifique : A 2 74 01 ; A 2 77 03 ; A 2 91 05 ; 'a 1 17 06 ; A 2 85 08 ; A 2 89 09 ; ‘a 2 09 10 ; ‘a 2 08 14 ; A 2 87 15 ; ‘a 1 14 16 ; ‘a 1 12 19 ; A 2 01 22 ; ‘a 1 12 26 ; A 2 01 30 ; ‘a 2 10 36 ; A 1 35 37.

Ayant reçu un accompagnement global venant pallier le manque d’étayage autour d’eux :
A 2 84 02 ; A 2 77 04 ; A 2 88 07 ; A 2 76 18 ; A 2 92 20 ; A 2 93 21 ; A 1 92 24 ; A 2 79 27 ; ‘a 2 04 28 ; ‘a 1 06 31 ; ‘a 1 04 32 ; A 2 85 33 ; A 1 89 34 ; ‘a 2 04 35.

De nombreux travaux sont déjà venus souligner le lien entre l’étayage social (parfois appelé capital social), et l’état de santé perçu ou observé. L’importance d’un entourage social est déterminant tant par sa qualité (importance de la confiance dans ses proches) (40) que par sa quantité (impact du nombre de relations différentes dans son entourage sur la susceptibilité aux infections) (41)
Ceci est corroboré par d’autres études montrant une association entre l’isolement social et une plus grande mortalité. Par exemple une méta-analyse cumule les données de 70 études prospectives indépendantes, et retrouve un lien significatif entre la solitude, le fait de vivre seul, et le risque de mortalité (42) Il n’y avait d’ailleurs pas de différence entre l’impact de la solitude mesurée et celui de la solitude ressentie.

Pour **30 personnes au sein de notre cohorte (81 %), la question de l’étayage social, culturel et familial était un élément déterminant de leur parcours de soin**.
Il est marquant de voir que notre cohorte se compose à 89 % de femmes ou d’enfant mineurs. Sur le total de la patientèle du centre de santé, la proportion d’hommes majeurs était de d’environ 21 %. Elle est ici donc deux fois moindre. Nous l’avons expliqué en partie par la place des violences de genre. Notre échantillon nous semble trop restreint pour envisager d’autres raisons.
Quoi qu’il en soit, cette répartition genrée ne signifie pas que cet entourage social n’a pas d’impact sur les hommes. Elle montre plutôt à quel point ici ce sont les femmes, mère de famille ou tenant ce rôle, qui sont en première ligne dans la gestion de l’étayage familial et social des situations en lien avec la santé.

Conséquences sur la santé des patients concernés :

Les conséquences sanitaires diagnostiquées par les médecins dans les parcours de soin en lien avec l’étayage social, culturel et familial, inscrites dans les dossiers médicaux, comprenaient :

Conséquences sur la santé de la mère :
- *douleurs somatiques multiples en lien avec un surmenage ;*
- *dépression ;*
- *trouble anxieux, vertiges ;*
- *angoisse ;*
- *troubles de la concentration ;*
- *troubles phobiques, angoisse chez la maman ;*
- *maman asthénique, déprime ;*
- *asthénie, surmenage, stress et dépression.*

Renoncement au soin chez la mère par surmenage lié au travail domestique :
- *suivi médical personnel négligé ;*
- *renoncement au soin : manque beaucoup de rdv du fait du surmenage familial. HTA compliquée de néphropathie négligée ;*

- suivi difficile en endocrinologie car pas de garde possible pour les enfants, trop de conflit au sein de la fratrie ;
- non recours au soin car surchargée par travail domestique et soins de sa fille ;
- déséquilibre diabète gestationnel.

Conséquences sur la santé d'un enfant :
- vaccins en retard ;
- difficultés dans la prise en charge du retard de langage et dans les apprentissage ;
- incompréhension culturelle sur les enjeux du suivi de l'enfant. difficulté de mettre en place les aides adaptées pour l'enfant ;
- encoprésie.

Autre :
- mise en danger de lui, de sa femme, de ses proches car auto et hétéro-agressivité [lié à une démence sévère].

Rappel des recommandations :

Dans notre bibliographie préparatoire, les éléments retenus dans les divers rapports en lien avec à l'étayage social, culturel et familial mettaient en avant l'importance de :

- *disposer de liens familiaux et sociaux solides* (16) ;
- *Vivre dans un environnement social sain* (16) ;
- *L'entourage et les réseaux sociaux : essentiels dans le soutien social dont il pourra bénéficier face aux événements auxquels un sujet peut être confronté* (17).

Détail des accompagnements proposés :

Les interventions proposées au centre de santé et relevées dans notre cohorte étaient :

- Un soutien éducatif :
Il s'agissait d'un soutien éducatifs, soit TISF (Technicien ou Technicienne de l'Intervention Sociale et Familiale), soit AEMO (Action Éducative en Milieu Ouvert). Ces sont des mesures mises en place soit de façon spontanée pour la première, soit de façon contrainte par un juge dans la deuxième. Elles dépendent des Maisons des Solidarités (MDS), donc du Conseil Général.

- Un soutien à la parentalité (au centre et hors du centre) :
Dans 11 parcours de soin, un soutien pluridisciplinaire au sein du centre de santé, étayé par une IDE, les orthophonistes, médecins, médiatrice et médiateur, ou des ateliers de groupe (parent – enfant notamment), était mis en place. Parfois sous forme de guidance parentale, parfois simplement avec du réconfort, ou en offrant un espace de répit pour la mère et les enfants, un moment pour soi, un moment sans les enfants.
Dans 6 parcours de soin les personnes étaient orientées vers des lieux relais hors du centre, ou le lien était fait avec une autre institution pour accompagner au mieux la situation : école, PMI, centre sociaux, centre aéré pour les vacances…
Certains patients cumulent plusieurs de ces accompagnements (voir tableau ci-après).

- Un accompagnement pour un divorce et/ou le recouvrement d'une pension alimentaire :
Il s'agissait d'obtenir une aide juridictionnelle, mais aussi d'accompagner et d'épauler les patientes, 3 femmes, dans ces démarches lourdes administrativement et émotionnellement dans un contexte familial compliqué.

- Un accompagnement médico-social de parents d'enfant souffrant d'un handicap :
Dans la cohorte, 4 enfants étaient porteurs d'un handicap ou d'un lourd retard dans les apprentissages impactant le fonctionnement familial. L'accompagnement pluridisciplinaire (IDE, orthophonie, médical, médiation…) a permis un étayage fort pour les enfants comme pour les parents pour mieux vivre cette situation de handicap.
- Une orientation vers une CESF (Conseillère en économie sociale et familiale) :
Pour une patiente, les difficultés sociales et financières retentissant sur le fonctionnement familial ont pu être accompagnées par une travailleuse sociale spécifique : une conseillère en économie sociale et familiale. Elle permet un accompagnement autour des budgets, des loyers, aider les gens à optimiser leurs ressources lorsqu'elles sont modestes. La demande a été faite auprès de la CAF.

- Un accompagnement vers la reconnaissance de l'autorité parentale :
Pour deux des dossiers, les personnes étaient en difficulté du fait que la tante élevait sa nièce. La non-reconnaissance de l'autorité parentale ne lui donnait pas accès aux droits relatifs à cette responsabilité. Étant en situation de précarité, c'était un obstacle qui interférait dans son parcours de soin et celle de sa nièce.

- Un accompagnement d'une personne chez qui le manque d'étayage social impacte la santé
Il est difficile de formuler autrement l'accompagnement des personnes en situation d'isolement social, ou chez qui le peu d'étayage social se met à faire défaut. Il vient illustrer le fait que lorsqu'un des champs de la vie sociale, en quelque sorte l'une des catégories de déterminants sociaux étudié ici, se met à faire défaut, nous avons tous tendance à nous tourner vers notre entourage proche pour nous épauler, nous héberger, nous réconforter, nous soutenir financièrement, avec les enfants, face à l'adversité au travail ou au sein de nos relations intimes, ou lorsque nos parents ne peuvent tenir leur rôle éducatif pour les plus jeunes.
Certaines personnes n'ont pas de telles ressources dans leur entourage, et se sont tournées vers le centre de santé qui prend alors ce rôle, en s'appuyant sur son réseau de partenaires.

Le centre de santé a travaillé avec 8 institutions et partenaires pour mettre en place ces accompagnements.
Ce sont : la MDS, les écoles, la PMI, un centre aéré, les centres sociaux, la CAF, l'aide juridictionnelle, le réseau mobile de gériatrie.

Limites macroscopiques :

Dans la plupart de nos dossiers concernés ici, l'étayage familial est déterminant dans le fait de pouvoir prendre soin de soi et le maintien de la santé. Dans notre cohorte, cet étayage familial repose essentiellement sur la mère de famille. Lorsque celle-ci est saturée par le travail domestique, un emploi, ou autre, il en résulte des conséquences pour sa santé d'abord, et pour les enfants ensuite. Le non-recours au soin décrit plus haut à plusieurs reprises n'en est qu'un exemple.

Nous avons vu dans la catégorie dédiée à l'éducation et aux conditions de vie pendant l'enfance comment les événements de vie défavorables sont directement liés à cet étayage familial. Il est licite de penser que leur impact sur la santé sera d'autant plus fort qu'il n'y a pas d'étayage alternatif en relai, et d'autant moindre que des relais seront mis en place.
Le rôle du soin de premier recours est alors d'optimiser ces étayages alternatifs autour des familles, comme nous l'avons vu faire dans les parcours de soin ci-dessus.

Il n'en reste pas moins que ces événements de vie défavorables sont le produit de dynamiques macroscopiques qui dépassent les trajectoires individuelles. D'autre part, les étayages possibles en

relai sont également dépendants de régulations à une échelle qui dépasse le soin de premier recours, et dépendent de l'organisation du système de soin et de la protection sociale à l'échelle nationale au moins.
Par exemple, les conditions de vie des familles sont dépendantes des politiques d'allocations familiales, du nombre de lieux de garde d'enfants permettant à la mère d'exercer une profession ou d'avoir une vie personnelle au-delà du travail domestique. Et ce d'autant plus dans les familles monoparentales.
Les travaux à temps partiel, mal rémunérés, ou la complexité des recours aux revenus alternatifs sont autant de freins à l'amélioration de la santé de ces personnes.
La nature des accompagnements mis en place dans ce sens est un argument fort pour le rendre visible.

Nous analyserons ces limites dans une approche plus systémique à la fin de nos résultats.

Étayage social, culturel et familial				
accompagnement proposé	**Nombre de dossiers concernés**	**% de la cohorte totale**	**dossiers concernés**	**partenaires ou institutions en lien avec le centre pour le suivi**
Soutien éducatif	3	8,1%	A 2 74 01 A 2 77 03 A 2 74 13	TISF (MDS)
	3	8,1%	A 2 74 01 A 2 77 03 ‘a 1 04 32	AEMO (MDS)
Soutien pluridisciplinaire à la parentalité	11	29,7%	A 2 91 05 ‘a 1 17 06 A 2 85 08 A 2 89 09 A 2 09 10 'a 2 08 14 A 2 87 15 ‘a 1 14 16 'a 1 12 19 'a 1 12 26 A 2 01 30	Interne au centre de santé : IDE, atelier parent – enfant (orthophonistes), médecin, médiation
Soutien à la parentalité hors centre : lieux de garde, d'accueil mère enfant, de guidance parentale…	5	13,5%	A 2 74 01 A 2 91 05 ‘a 1 17 06 A 2 85 08 'a 2 10 36	École, centre social, PMI, Centre aéré
Accompagnement pour divorce et/ou recouvrement de pension alimentaire	3	8,1%	A 2 87 15 A 2 93 21 A 2 79 27	Aide juridictionnelle
Accompagnement médico-social de parent d'enfant souffrant d'un handicap	4	10,8%	'a 1 12 19 'a 2 14 25 'a 1 12 26 A 2 80 29	Centre de santé
Soutien familial autour d'un patient âgé souffrant de démence au domicile	1	2,7%	A 1 35 37	Centre de santé, réseau mobile de gériatrie
Orientation vers CESF	1	2,7%	A 2 80 29	CAF
Accompagnement vers reconnaissance de l'autorité parentale	2	5,4%	A 2 89 09 A 2 01 22	Interne au centre de santé
Soutien et accompagnement d'une personne chez qui le manque d'étayage social impact la santé	14	37,8%	A 2 84 02 A 2 77 04 A 2 88 07 A 2 76 18 A 2 92 20 A 2 93 21 A 1 92 24 A 2 79 27 ‘a 2 04 28 'a 1 06 31 ‘a 1 04 32 A 2 85 33 A 1 89 34 ’a 2 04 35	Interne au centre et multiples relais hors du centre
Total :	30	81,1%		8

3.7) Accès au soin, protection sociale et système de santé

Dossiers concernés

Tous les dossiers étaient concernés d'une façon ou d'une autre par cette thématique.

Elle recoupe une nombre conséquent d'enjeux recensés dans les parcours de soin construits au sein du centre de santé, que ce soit par son offre de soin sur ses ressources propres, ou par ses divers partenariats.
Afin d'en donner un aperçu structuré et cohérent, nous avons divisé cet item en 3 sous-catégories qui sont :

- organisation de l'offre de soin au centre de santé ;
- accès à une protection maladie et accès au soin pour les personnes qui n'en ont pas ;
- coordination de parcours de soin complexes.

Lors du recensement du nombre déterminants sociaux de la santé par dossier, nous n'en avons compté qu'un pour l'ensemble de ces trois sous-catégories, qui nous semblent constituer un déterminant de la santé par la question relativement homogène de l'accès au soin.

Rappel des recommandations

Dans notre bibliographie préparatoire, les éléments retenus dans les divers rapports en lien avec l'accès au soin, à la protection sociale et au système de santé, mettaient en avant l'importance de :

- *l'assurance maladie (5);*
- *une protection sociale tout au long de l'existence pour des soins de santé universels, fondée sur des principes d'équité, de prévention de la maladie et de promotion de la santé (11);*
- *le systèmes de santé qui devraient être construits sur des principes d'équité* (15);
- *contrôler les politiques capables de dégrader la santé des personnes : exemple des réformes du système de santé qui augmentent le reste à charge des populations précaires (15) ou le recul de l'âge de la retraite (16)*
- *avoir un accès effectif à des soins de qualité (16).*

3.7.1) <u>Organisation de l'offre de soin au centre de santé</u>

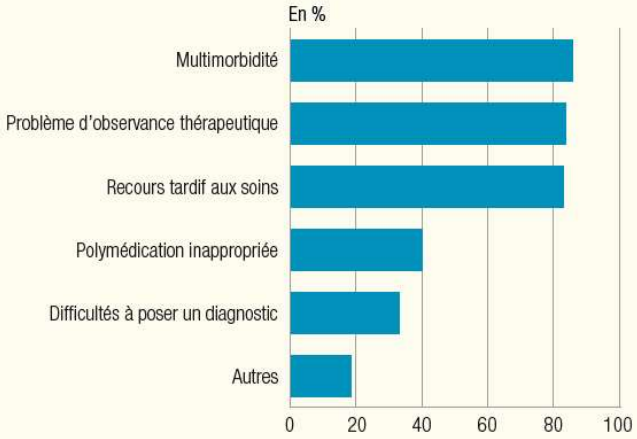
Enjeux de santé

L'organisation de l'offre de soin est un facteur déterminant pour l'accès à un soin adapté aux personnes, mais également déterminant pour les soignants dans leur capacité de prendre en compte ou non les déterminants sociaux de leur patients.

L'enquête de la Drees citée dans les résultats généraux (18) met bien en avant les « *difficultés rencontrées par le médecin généraliste pour la prise en charge des patients en situation de vulnérabilité sociale* ».
Cette enquête montre bien à quel point les moyens de surmonter les difficultés « cliniques », celles liées aux caractéristiques cliniques perçue chez les patients, sont directement liés aux difficultés « non cliniques », c'est-à-dire à l'organisation de l'offre de soin et aux compétence des médecins.

GRAPHIQUE 1 A

Difficultés cliniques rencontrées par le médecin généraliste pour la prise en charge des patients en situation de vulnérabilité sociale



Note • Le pourcentage de non-réponses est inférieur à 1 % pour toutes les questions ci-dessus.
Lecture • 86 % des médecins généralistes déclarent rencontrer fréquemment des difficultés liées à la multimorbidité pour la prise en charge des patients en situation de vulnérabilité sociale.
Champ • Médecins généralistes, France métropolitaine.
Sources • DREES, unions régionales des professions de santé (URPS), observatoires régionaux de la santé (ORS), panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine de ville, mars 2017-mai 2017.

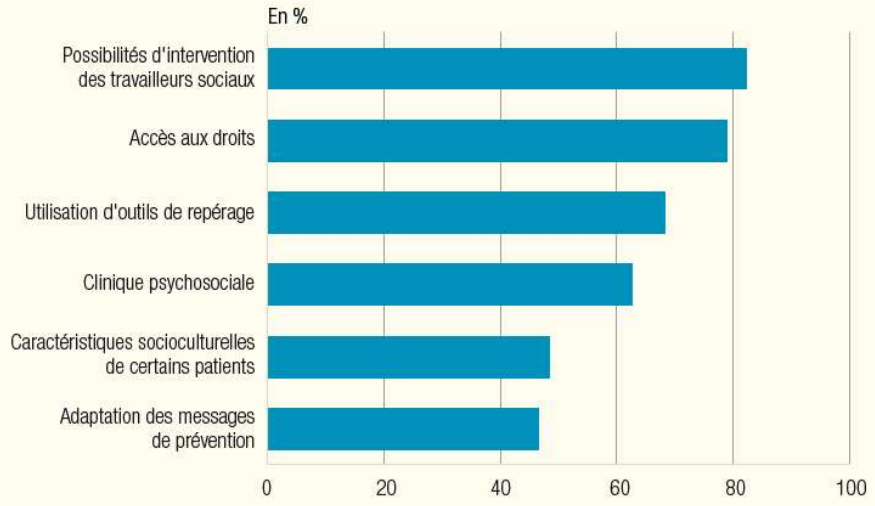
GRAPHIQUE 1 B

Difficultés non cliniques rencontrées par le médecin généraliste pour la prise en charge des patients en situation de vulnérabilité sociale

Note • Le pourcentage de non-réponses est inférieur à 3 % pour toutes les questions ci-dessus.
Lecture • 82 % des médecins généralistes déclarent rencontrer fréquemment des difficultés liées à la plus grande durée de consultation pour la prise en charge des patients en situation de vulnérabilité sociale.
Champ • Médecins généralistes, France métropolitaine.
Sources • DREES, unions régionales des professions de santé (URPS), observatoires régionaux de la santé (ORS), panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine de ville, mars 2017-mai 2017.

GRAPHIQUE 4

Besoins de formation exprimés par les médecins généralistes pour la prise en charge des patients en situation de vulnérabilité sociale



Note • Le pourcentage de non-réponses est inférieur à 3 % pour toutes les questions ci-dessus.
Lecture • Parmi les médecins généralistes qui déclarent un besoin de formation, 82 % se sentent insuffisamment formés concernant les possibilités d'intervention des travailleurs sociaux.
Champ • Médecins généralistes déclarant un besoin de formation, France métropolitaine.
Sources • DREES, unions régionales des professions de santé (URPS), observatoires régionaux de la santé (ORS), panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine de ville, mars 2017-mai 2017.

Ces besoins exprimés par les médecins semblent donc être les conditions nécessaire pour que l'exercice de la médecine de premier recours puisse prendre en compte les vulnérabilités sociales des patients.

On retrouve dans la littérature une autre enquête qui propose des pistes d'action sur les déterminants sociaux de la santé, ici chez les patients précaires en médecine générale. Il s'agit de la thèse de médecine de K. Ben Hammou (43).
L'hypothèse de ce travail était que l'accueil des patients précarisés rencontrés dans les structures de soins spécifiques devrait être possible en cabinet de ville si les généralistes ajustaient le fonctionnement du cabinet et leurs pratiques à cette population. L'enquête procédait à des entretiens semi-dirigés avec des médecins généralistes ayant une expérience auprès des populations précaires. Le but était de comprendre ce qui fait difficulté des ces accompagnements, et ce qui fait défaut dans la pratique des généraliste pour dépasser ces difficultés.
Les difficultés qui ressortaient pour gérer la vulnérabilité sociale des patients étaient :
- le temps nécessaire en consultation pour prendre cette vulnérabilité en compte ;
- la difficulté de gérer ces enjeux lors des soins programmés sur rendez-vous ;
- le défaut d'information et de formation sur les dispositifs médico-sociaux existant ;
- les incompréhensions entre le milieu de la précarité et le milieu soignant, ou entre les cultures différentes du soignant et du soigné.

Les pistes de solution envisagées pour surmonter ces difficultés comprenaient :
- l'organisation de consultations longues (ce qui pose la question de leur rémunération dans un pratique de paiement à l'acte) ;
- le travail en pluridisciplinarité ;

- le renforcement des connaissances sur les facteurs de précarité, et du réseau de prises en charge sociale pour proposer une meilleure orientation aux patients ;
- le travail en réseau avec des travailleurs sociaux ;
- la question de « l'aller-vers », c'est-à-dire au domicile des gens où vers les lieux où ils ont besoin de soin.

Dans notre terrain d'étude, le choix de l'offre de soin a été pensée pour répondre au mieux aux besoins en terme de santé globale des personnes, c'est-à-dire en intégrant ces facteurs sociaux aux parcours de soin. Elle intègre les moyens de lever les difficultés décrites dans les travaux ci-dessus.
Nous avons recensé les éléments qui nous semblent avoir été déterminants, notamment au vu des données précédentes, pour répondre à notre problématique de recherche.

- Consultations longues :
Une étude de la Drees de 2012 rapporte que la durée moyenne des consultations des médecins en secteur 1 est de 18 minutes environ (44) (16 minutes en 2002). Nous n'avons pas trouvé d'information sur la durée moyenne d'une consultation avec une assistante sociale.
Au centre de santé, les créneaux des consultations médicales sont de 30 minutes pour les rendez-vous programmés. Il y a la possibilité de prévoir des consultations longues d'1h si besoin.
Les rendez-vous avec l'assistante sociale sont de 40 minutes, et plus si nécessaire.

Cette capacité à faire des consultations longues est, d'après nous, liée à plusieurs facteurs :
- pratique salariée où le médecin n'est pas rémunéré au nombre d'actes ;
- présence de plusieurs médecins en même temps, permettant un relai en cas de forte affluence lorsque l'un d'eux est pris par une consultation longue ;
- accueil et régulation des demandes par les accueillants permettant d'orienter au mieux les besoins des personnes vers les professionnels du centre et de temporiser les demandes si une consultation est plus longue que prévue ;
- choix collectif de privilégier les consultations longues si nécessaire plutôt que répéter des consultations courtes.

Nous n'avons pas de données chiffrées sur la durée réelle des consultations, qui peuvent parfois être dans la moyenne de 18 minutes voire plus brève. Ce qui est certain, c'est que l'organisation du planning rend possible des consultations plus longues que la moyenne nationale. Dans la pratique, il s'avère que ce temps long est ce qui permet dans la plupart des cas de faire émerger les déterminants sociaux qui conditionnent les problèmes de santé des personnes reçues. Ce résultat est cohérent avec les travaux cités précédemment.

- Adaptation aux soins non programmés :
Il y a tous les jours possibilité de se présenter de façon non programmée au centre de santé et d'être reçu par un ou une professionnelle.
D'abord grâce au fait d'avoir des accueillants professionnels du soin et de l'écoute : infirmier, médiatrices et médiateur, animateur de prévention.
Ensuite parce qu'il y a tous les jours des consultations médicales sans rendez-vous.
Enfin parce qu'il existe une polyvalence des compétences, les professionnels pouvant se relayer sur les divers postes de travail : médecin prenant l'accueil, infirmier pouvant faire un consultation si le médecin n'est pas disponible, consultation sociale de débrouillage par les médiateurs en santé, etc.
Cette multiplication et cette polyvalence des compétences, ainsi que l'organisation du planning, permet de maintenir une continuité des soins pour les personnes pour qui il est difficile de suivre un parcours de soin programmé sur rendez-vous, ce qui est fréquent chez les personnes qui cumulent les facteurs de précarité, ou qui ont peu de contrôle sur leur vie.

Nous avions prévu de relever la proportion de consultations non programmés dans les parcours de soin, mais lors du recueil des données, cette information s'est perdue en route. Sur les accompagnements décrits ici, nous l'évaluons très certainement au-dessus de 30 %, peut-être entre 30 et 50 %, mais ce chiffre ne peut être retenu comme fiable.

- Aide pour la prise de rendez-vous extérieurs :
Du fait de l'enclavement des quartiers où vivent les usagères et usager, de difficultés linguistiques, ou de fracture numérique pour les personnes qui n'ont pas accès aux technologies, la prise de rendez-vous et l'accès à des soins spécialisés hors du quartier relèvent parfois d'un vrai parcours du combattant (standards téléphoniques interminables, prise de rendez-vous en ligne, besoin de renseigner des informations médicales, etc.). Afin de lever ces freins à l'accès au soin de deuxième recours, l'équipe du centre, notamment les accueillants et médiatrices en santé, ont l'habitude d'accompagner les personnes dans la prise des rendez-vous, de les aider à trouver l'itinéraire et le moyen de s'y rendre en transport (parfois plus d'1h, plusieurs changements). En dernier recours est proposé un accompagnement physique (pour l'interprétariat et la médiation notamment).
La question de la garde d'enfant pendant ces déplacements est également prise en compte, notamment par des relai au sein du quartier (voisinage, famille, etc.).

- Suivi orthophonique :
La demande en soins orthophoniques est très importante sur le quartier, ce qui a conduit à embaucher 2 orthophonistes sur le centre. Cette offre de soin au plus près des personnes est non seulement utile pour les suivis de rééducation, mais également constitue un vrai plus dans la qualité de l'accompagnement global des enfants et des familles.
Nous l'avons vu plus haut, 2/3 des enfants de moins de 12 ans qui ont pu avoir un suivi pluridisciplinaire via la RCP étaient orientés à partir du suivi orthophonique.
Elles proposent également des ateliers de développement du langage pour les enfants et les parents, dans une dynamique de prévention et d'éducation aux prérequis favorables pour le développement du langage.

- Soins gynécologiques et suivi de grossesse en premier recours :
Nous l'avons vu dans la question de l'étayage social et familial, le renoncement au soin pour les mères de famille est fréquent. Les soins gynécologiques en centre de santé de premier recours, dans le quartier où vivent les patientes, est donc un vrai plus dans l'accès au soin pour ces femmes.
De plus, l'organisation de la salle d'attente pour permettre la garde des enfants pendant la consultation des mères est un facteur favorisant cet accès au soin.
En témoigne le taux de patientes suivies au centre de santé pour la gynécologie. Pour les femmes de plus de 18 ans de notre cohorte, c'était le cas de 83 % d'entre elles.
Cette offre de soin inclus l'accès à l'IVG, notamment grâce au service de gynécologie sociale de l'hôpital Nord voisin.

- Utilisation du centre de santé comme lieu de ressourcement et comme prétexte pour sortir de l'enfermement familial :
Dans l'un des dossiers, nous avons relevé explicitement l'utilisation du centre de santé comme un lieu qui permet de légitimer la sortie du domicile pour une femme qui subi l'enfermement au sein du foyer, l'une des forme courante de violence de genre.
Le centre de santé est organisé de sorte à permettre aux personnes d'y venir de façon inconditionnelle, de pouvoir profiter d'un moment de répit, d'écoute, de repos. Les personnes peuvent simplement venir y boire un thé ou un café, utiliser l'ordinateur pour effectuer des démarches seules ou accompagnées, laisser les enfants jouer en salle d'attente avec les accueillant.es, participer à un atelier, etc. Il y a donc de fait régulièrement des personnes qui

viennent pour profiter d'un lieu sociabilisation et sortir du train train quotidien. Cet usage du centre de santé est en soi thérapeutique, au dire de nombreuses usagères notamment.

- VAD ou accompagnement extérieur :
Nous avons vu dans les résultats généraux qu'une intervention extérieure au centre de santé a été réalisée dans 30 % des cas, et qu'elle a permis de débloquer un accès au soin lié à la barrière de la langue ou à une discrimination chez près d'1/5 des patients .
Proposer ces accompagnements extérieurs (VAD, équipe éducative, accompagnement physique vers des structures de soin…) est un choix d'organisation au sein du centre de santé qui permet d'améliorer l'accès au soin des personnes. La pertinence de cette stratégie est corroborée par les études pré-citées sur le sujet.

- Suivi de pathologie chronique avec éducation thérapeutique :
Dans le cadre d'une convention avec l'assocation Asalée, les IDE du centre de santé proposent un accompagnement avec des consultations longues de coordination de soin et d'éducation thérapeutiques pour de nombreuses pathologies chroniques.
Ces consultations sont un bon moyen pour s'assurer que les personnes bénéficient d'un soin adapté, évaluer les éléments limitants dans leurs parcours de soin (langue, papier, revenu, prise de rendez-vous, compréhension des enjeux…) et permettre d'élaborer des stratégies pour les surmonter.

- Interprétariat :
Au sein de notre cohorte, un tiers des personnes accompagnées ont nécessité de l'interprétariat au cours de leur parcours de soin du fait de n'être pas ou peu francophones. Ce point corrobore le constat fait par les études pré-citées.
Le centre travaille soit avec les médiateurs et médiatrices, soit avec les langues maîtrisées au sein de l'équipe, soit avec l'intervention d'interprètes physiquement présents lors de la consultation, sur rendez-vous, soit dans le cadre d'une convention avec l'association Osiris. Lorsqu'aucune de ces options n'est possible, notamment lors de soins non programmés, l'interprétariat est assuré par téléphone par ISM interprétariat. Toutes ces formes d'interprétariat sont financées sur le budget du centre de santé. L'interprétariat par les proches des patients, non professionnels, est ainsi évité tant que possible. Car il ne permet pas aux personnes d'exprimer librement leurs besoins, ni aux soignant de comprendre au mieux les personnes.
Cette possibilité de pouvoir exprimer dans sa langue les problèmes qui les amènent à consulter, à l'aide d'interprètes professionnels, est pour les personnes le garant de l'accès à un soin adapté et de qualité. Il permet souvent d'aller plus loin que les premiers symptômes et de remonter aux cause des problèmes, notamment sociales.

- Médiation en santé :
Le centre propose un accompagnement par une médiatrice en santé, notamment pour la communauté comorienne dont elle est issue, et une médiateur kurde d'origine turque. Leur rôle est de faire de la médiation interculturelle autour des question de santé.
60 % des patientes et patients de notre cohorte en ont bénéficié, alors que seulement un tiers nécessitait de l'interprétariat, ce qui montre bien que la médiation dépasse largement la question de la langue. Ils assurent le rôle de facilitateur entre les personnes, leurs besoins de santé, leur réalité de vie, et le milieu des soignants au sens global, ou plus largement les intervenants au sein de leur parcours de soin et de vie pour accéder au droit commun.
Cette médiation permet de s'adapter aux caractéristiques socio-culturelles des patients, de faire l'interface entre la culture des soignants et celle des soignés, d'adapter les messages de prévention et d'éducation à la santé.

Il est intéressant de voir ici que l'essentiel des points proposés pour améliorer la prise en compte des éléments de « vulnérabilité sociale » – en somme nos déterminants sociaux – suggérés dans les travaux précédents sont rendus possibles par les choix d'organisation du centre de santé. Les points clés étant le travail en équipe avec des travailleurs sociaux, la présence de médiation en santé et d'interprétariat. Le choix du mode d'exercice en salariat est également un facteur favorisant, notamment pour les consultations longues et sans rendez-vous, qui sont rendues possibles par le fait d'être plusieurs médecins, et facilitées par la sortie de la rémunération à l'acte.

Accès au soin, protection sociale et système de santé : Organisation de l'offre de soin au centre de santé				
Accompagnement proposé	**Nombre de dossiers concernés**	**% des dossiers concernés**	**Dossiers concernés**	**partenaires ou institution en lien avec le centre pour le suivi**
consultations longues	37	100,0%	tous	Ressources internes au centre de santé
adaptation aux soins non programmés	37	100,0%	tous	
Aide pour prise de rendez-vous extérieur Si nécessaire remise d'un itinéraire, voire accompagnement physique	non chiffré, fréquent		non répertorié	
Suivi orthophonique	7	18,9%	voir synthèse	
Soins gynécologiques et suivi de grossesse en premier recours	15	83,3%*	voir synthèse	
Utilisation du centre de santé comme un lieu ressource et prétexte à sortir de l'enfermement au domicile	1	2,7%	A 2 85 33	
VAD ou accompagnement extérieur	11	29,7%	voir synthèse	
Médiation	22	59,5%	voir synthèse	
Suivi de pathologie chronique avec éducation thérapeutique	1	2,7%	A 2 77 03	Asalée
Interprétariat	12	32,4%	voir synthèse	Idem + ISM interprétariat et Osiris
		* % des femmes >18 ans de la cohorte		
Total :	37	100,0%	tous	non pertinent

3.7.2) Accès à une protection maladie ou au soin sans protection maladie

Dossiers concernés
Les dossiers concernés par cette sous catégorie étaient : A 2 77 03 ; A 2 88 07 ; A 2 85 08 ; ‘a 1 13 11 ; A 2 74 13 ; ‘a 2 08 14 ; A 2 87 15 ; A 2 76 17 ; A 2 76 18 ; ‘a 1 12 19 ; A 2 92 20 ; A 2 93 21 ; A 2 01 22 ; A 2 80 29 ; ‘a 1 06 31 ; A 1 89 34 ; ‘a 2 10 36.

La question de l’obtention d’une protection maladie, ou de l’accès au soin lorsque celle-ci fait défaut, **a concerné 17 personnes dans notre cohorte, soit 46 %.** Le centre a mis en place un fonctionnement et des partenariats qui permettent de palier ces non-recours, au prix d’une charge non négligeable de travail et de complexité administrative. Même ainsi, les conséquences sur la santé physique et psychique des personnes ne peuvent pas toujours être minimisées.

Conséquences sur la santé des patients concernés :

Le renoncement au soin, ou le non-recours, lié à l’absence de protection maladie a été l’une des conséquences directes les plus souvent relevées des déterminants sociaux dans les dossiers analysés. On a pu lire dans les dossiers les conséquences formulées ainsi :

Renoncement au soin et conséquences physiques et psychiques :
-renoncement au soin :Un polype du col symptomatique négligé pendant > 6 mois
-Limite l’accès au soin
-difficulté renouvellement AME : renoncement aux soins.
fatigue, insomnie
- suivi médical retardé concernant le saturnisme car retard pour droit CMUc
-non recours au soin
-pas d’assurance maladie : non-recours au soin
-retard au soin, hospitalisation refusée par service d’addictologie car pas de mutuelle pour forfait hospitalier
-pas de sécurité sociale non recours au soin par manque de ressources financière
-pas de sécurité sociale. Non recours au soin de premier recours : retard diagnostic. complication d’une angine par phlegmon avec chirurgie tardive
Absence de bilan et de soin au niveau gynéco « pas de sécu donc pas fait de PV mais ça sera pas mal d'en faire : car rougeur vestibule et mauvaise odeur pendant règle... »
-retard dans accès à assurance maladie. Non recours au soin et retard dans prise en charge de sa fille handicapée
-« sa jambe ne va toujours pas bien après 8 mois : blocage complet de ce côté là. Multifactoriel : pas de soins et pas de recours aux soins. »
-CMUc non renouvelée : retard soins spécialisés en gastro-entérologie. Retard vaccination
-problèmes de santé négligé d’elle et sa maman :Hyper-gammaglobulinémie polyclonale négligée.

Non-recours aux soins dentaires :
-non-recours aux soins dentaires ;
-non-recours et renoncement au soin « Des soins dentaire, que madame renonce à faire car trop chère!!! » ;
-soins dentaires limités du fait de la couverture maladie et du prix : « ils vont être obligés d'enlever les dents et mettre un appareil car les implants c'est super cher » ;
-retarde des soins dentaires nécessaires.

La lecture de ces extraits des dossiers médicaux rend visible un fait bien connu, que l'absence de protection maladie est une cause de non-recours au soin, qui est une cause directe de détérioration de la santé des personnes.

Détail des accompagnements proposés

Le centre de santé a donc adopté un fonctionnement qui permet à la fois de donner à tout le monde l'accès à une protection maladie par le droit commun, et à la fois de proposer immédiatement des soins sans attendre que ces droits soient ouverts. Il propose :

- Ouverture ou renouvellement d'une AMC type CMUc ou AME :

L'ouverture ou le renouvellement d'une AMC nécessite de constituer un dossier parfois complexe., de par les difficultés administratives, mais surtout de par la non concordance entre les procédures et la vie des personnes concernées. Il faut par exemple systématiquement un justificatif de domicile, même lorsque les personnes n'en ont pas, ou une déclaration d'impôt pour les personnes sans ressources, y compris pour les personnes sans titre de séjour qui sont exclues du marché du travail.
Le centre de santé oriente systématiquement tous les patients n'ayant pas de couverture maladie vers une consultation sociale au sein du centre de santé, dans les murs, et le plus rapidement possible. Cette consultation permet de donner aux patients l'appui de professionnelles pour surmonter ces difficultés administratives.
Le centre dispose d'une convention avec la CPAM pour déposer directement les dossiers de CMUc et ouvrir les droits dans un délai de 15 jours. Cette convention est un moyen efficace d'accélérer le recours au soin. Il travaille également avec les PASS (adulte, mère enfant, psychiatrique) pour les ouverture de droit complexes.
Cet accompagnement a servi à 14 patients, soit 38 % de la cohorte totale.

- Soins sans facturation en attendant l'ouverture de droit :

Une pratique courante pour palier le non-recours des personnes en attente d'ouverture de droit est d'effectuer les soins au moment où ils sont nécessaires, et de décaler la facturation à la date de l'obtention des droits. Cette pratique bricolée par l'expérience permet d'éviter aux personnes que leur santé ne se dégrade pour des raisons administrative.

Elle a bénéficié à 8 patientes et patients de notre cohorte, soit plus d'1/5, qui auraient sinon dû payer ou renoncer au soin faute de moyen.

- Orientation vers des structures de soin gratuits pour les personnes n'ayant pas de droits ouverts à la sécurité sociale :

Lorsque les patients nécessitaient des soins de deuxième recours et n'avaient pas de protection pour couvrir les dépenses, ils et elles étaient orientées vers les structures qui dispensent des soins gratuits.
5 patients y ont eu recours sur la période au sein de notre cohorte, soit 13,5 %.
Les structures concernées sont les PASS (mère enfant, adulte, psychiatrique), Médecins du Monde, le CeGIDD, et les urgences de l'hôpital public.

- Accompagnement vers des soins dentaires :

Nous l'avons vu plus haut plusieurs personnes renoncent aux soin dentaires, même lorsqu'elles ont une couverture maladie type CMUc ou AME. Ce renoncement est lié au coût des soins et à leur taux de remboursement parfois insuffisant.
Chez 2 patientes un recours a été mis en place pour financer ou faciliter ces soins.

Les recours possible sont soit le PFIDASS, soit les soins gratuits proposés par Médecin du Monde, soit en accompagnant les personnes vers un centre pratiquant des soins sans ou avec peu de dépassement par rapport au forfait remboursé par la CPAM.

- Convention avec le Conseil Général (CG) pour les soins des femmes en âge de procréer sans protection maladie :
La mise en place d'une convention avec le Conseil Général des Bouches-du-Rhône permet de dispenser des soins, de gynécologie notamment, aux femmes en âge de procréer n'ayant pas de protection maladie. Les consultations sont alors facturées directement au CG.

Sur cette thématique en rapport avec l'accès à la protection maladie, et aux structures de soin pour les personnes qui en sont exclues, **le centre travaillait avec 6 institutions et partenaires différents** : CPAM, , Conseil Général, Médecin du Monde, CeGIDD, centre dentaire spécialisé, l'hôpital public : PASS (mère enfant, psychiatrique, adulte) et Urgences du CHU.

Accès au soin, protection sociale et système de santé : Accès au soin et à une protection maladie				
Accompagnement proposé	**Nombre de dossiers concernés**	**% des dossiers concernés**	**Dossiers concernés**	**partenaires ou institution en lien avec le centre pour le suivi**
Ouverture / renouvellement de droit AMC : CMUc	14	37,8%	A 2 77 03 A 2 85 08 'a 1 13 11 A 2 74 13 'a 2 08 14 A 2 87 15 A 2 76 17 'a 1 12 19 A 2 93 21 A 2 01 22 A 2 80 29 'a 1 06 31 A 1 89 34 'a 2 10 36	CPAM, PASS
Ouverture / renouvellement de droit AMC : AME	3	8,1%	A 2 88 07 A 2 76 18 A 2 92 20	CPAM, PASS
Soins sans facturation en attente d'ouverture de droit	8	21,6%	A 2 88 07 'a 1 13 11 A 2 74 13 A 2 76 18 A 2 01 22 A 2 80 29 A 1 89 34 'a 2 10 36	Conseil Général pour les femmes en âge de procréé, mise en attente pour facturation à la CPAM après ouverture de droit Fonds propres du centre si pas d'ouverture de droit possible
Orientation vers structure de soin pour les personnes sans assurance maladie	5	13,5%	'a 1 13 11 A 2 74 13 A 2 92 20 A 2 01 22 'a 2 10 36	PASS (mère enfant, adulte), MDM, CeGIDD, urgences hôpital public
Accompagnement vers soins dentaire	2	5,4%	A 2 85 08 'a 1 13 11	CPAM (PFIDASS), MDM, centre dentaire spécialisé
Convention avec le CG pour facturation des consultations des femmes en âge de procréer sans droit	1	2,7%	A 2 01 22	Conseil Général
Total :	17	45,9%		6

3.7.3) Coordination de parcours de soin complexes

Dossiers concernés et enjeux de santé :

Les dossiers concernés par les parcours de soin complexes sont : A 2 84 02 ; A 2 77 03 ; A 2 77 04 ; A 2 85 08 ; ‘a 2 09 10 ; A 2 90 12 ; ‘a 2 08 14 ; ‘a 1 14 16 ; A 2 76 17 ; ‘a 1 12 19 ; A 2 93 21 ; A 2 01 22 ; A 1 83 23 ; ‘a 2 14 25 ; A 2 79 27 ; ‘a 2 04 28 ; A 2 01 30 ; A 1 89 34 ; A 1 35 37.

Donner accès au soin, c’est aussi donner accès au système de santé dans ce qu’il a de plus adapté pour les personnes au moment où elles en ont besoin. Certaines pathologies ou certains troubles sont parfois si complexes qu’ils requièrent un vraie coordination entre tous les acteurs et actrices nécessaire pour soigner. Particulièrement lorsque les personnes concernées cumulent plusieurs facteurs de vulnérabilité comme c’est le cas au sein de notre cohorte.
Le centre de santé se pose alors en coordination de ces soin, comme c’est le rôle d’un médecin traitant.
Cette coordination est rendue possible par le fait que tous les salariés disposent d’un temps de travail hors consultation d’environ 30 % de leur temps total de travail. Ce temps est consacré aux réunions d’équipe, au temps de rappel des personnes et des professionnels de 2e recours vers qui les patients sont orientés, aux rencontres partenariales et aux accompagnements extérieurs.
Nous avons recensé plusieurs situations ici, qui ne sont qu’un aperçu des acteurs que l’on peut coordonner sur un parcours de soin donné. Il en existe beaucoup d’autres.

Détail des accompagnements proposés :

Les accompagnements proposés par le centre de santé pour permettre la coordination de parcours de soin complexes étaient :

- Coordination pluridisciplinaire d’un parcours de soin en santé mentale et/ou en addictologie :
Chez 5 patients, le centre de santé a coordonné de nombreux acteurs pour accompagner des troubles de la santé mentale, ou lié à une addiction. On retrouve parmi ces partenaires l’EMLPP, le CMP, des soignants spécialisés libéraux ou hospitaliers (IDE, psychiatres, addictologues), des CSAPA, l’association Osiris pour victimes de torture et de répression politiques, ou encore les pharmacies qui délivrent des traitement dans le cadre d’addictions.
La bonne communication entre ces acteurs est déterminante pour assurer la continuité des soins pour des personnes parfois fragiles, et qui nécessitent un étayage fiable et sécurisant.

- Coordination pluridisciplinaire d’un parcours de soin complexe en gériatrie :
Les problèmes liés au grand âge et à ses pathologies sont complexes. Souvent c’est toute la famille qu’il faut soutenir, notamment dans le but de maintenir les vieilles personnes dans leur environnement familial le plus longtemps possible. Pour ce faire, il faut là encore coordonner un maximum d’aides pour maintenir tant que possible un équilibre précaire.
Le doyen de notre cohorte a pu bénéficié de la coordination des acteurs suivants : équipe mobile et service hospitalier de gériatrie, plate forme territoriale d’appui, EHPAD, soin de suite et de réadaptation, en lien avec l’ensemble de sa famille.

- Coordination pluridisciplinaire du parcours de soin d’un enfant avec un trouble des apprentissages ou handicap :
Nous remettons là un accompagnement transversal avec les déterminants sociaux concernant l’éducation et les conditions de vie de la petite enfance, car il s’agit d’un item transversal avec la question de l’accès au soin. Cette coordination a un effet bénéfique à la fois pour le parcours de soin de l’enfant, mais permet également un accompagnement global des parents et de la famille en général.

- Réflexion collégiale devant un diagnostic médical difficile :
Les RCP ou réflexions pluridisciplinaires sont également le lieu pour réfléchir collectivement sur des diagnostics difficiles ou problématiques. Ils permettent d'orienter au mieux le patient, et de prendre du recul sur une situation qu'un médecin seul aurait du mal à régler.

- Construction d'un parcours de soin complexe pour les femmes victimes de violence de genre :
Cet accompagnement sera détaillé dans la catégorie sécurité, justice et lutte contre les discriminations.

Recenser ici le nombre d'institutions et partenaires différents intervenant dans ces parcours de soin ne nous a pas paru pertinent, puisqu'il s'agit de coordonner des parcours de soin transversaux, qui recoupent plusieurs de nos catégories. Les partenaires ont donc déjà été recensés dans chacune d'entre elles. Les dénombrer à nouveaux ici n'aurait pas d'intérêt pour répondre à notre critère de jugement sur l'intersectorialité. Nous l'évaluons ailleurs.

Accès au soin, protection sociale et système de santé : Coordination de parcours de soin complexes				
Accompagnement proposé	**Nombre de dossiers concernés**	**% de la cohorte totale**	**dossiers concernés**	**partenaires ou institution en lien avec le centre pour le suivi**
Coordination pluridisciplinaire d'un parcours de soin en santé mentale et/ou addictologie	5	13,5%	A 2 77 03 A 2 77 04 A 2 76 17 A 1 83 23 A 1 89 34	EMLPP, CMP, soignants libéraux et hospitaliers, pharmacies, CSAPA, Osiris
Coordination pluridisciplinaire d'un parcours de soin complexe en gériatrie	1	2,7%	A 1 35 37	équipe mobile et service d'hospitalisation de gériatrie, PTA, EHPAD, SSR, famille
Coordination pluridisciplinaire du parcours de soin d'un enfant avec trouble des apprentissages ou handicap	7	18,9%	A 2 77 03 'a 2 09 10 'a 2 08 14 'a 1 14 16 'a 1 12 19 'a 2 14 25 A 2 01 30	CAMSP, MDPH, CMPP, neuropsychiatre École : directeur, instituteur.trice, psychologue scolaire, infirmière, assistante sociale
Construction d'un parcours de soin complexe pour les personnes victimes de violence de genre	8	21,6%	A 2 84 02 A 2 77 04 A 2 85 08 A 2 76 17 A 2 93 21 A 2 01 22 A 2 79 27 'a 2 04 28	SOS femme, IMAJE Santé, Consultation psycho-social pour adolescents (hôpital public hors les murs), urgences hôpital, commissariat, parquet de justice, 115, foyers d'hébergement d'urgence
Réflexion collégiale devant diagnostic médical difficile	1	2,7%	A 2 90 12	
Total :	13	35,1%		16

Limites macroscopiques concernant l'accès au soin, à la protection sociale et au système de santé

Les parcours de soin décrits au sein de notre cohorte, et l'offre de soin au centre de santé étudié sont adaptés pour permettre un recours à une protection maladie et une protection sociale lorsque celle-ci est permise par le droit commun. On le voit au nombre d'ouvertures et de renouvellements de droit à la protection maladie réalisés. On le voit aussi au fait de tout mettre en œuvre pour permettre les soins nécessaires de façon adaptée, et le plus proche possible du quotidien des patients. Et ce de façon inconditionnelle, c'est-à-dire sans discrimination.
Cette action est rendue possible en y consacrant le temps et les ressources nécessaires, avec une médiation et un interprétariat permettant un recours au soin malgré les barrières de la langue et les incompréhensions culturelles. Tous ces éléments favorisent un accès effectif à des soins de qualité.

Les actions de prévention et de promotion de la santé sont également présentes, que ce soit dans les groupes (parent – enfant autour de la parentalité et du développement du langage, marche, préparation à la naissance), les consultations d'éducation thérapeutique, la médiation en santé, etc.
On voit ici encore ressortir l'importance de la pluridisciplinarité, qui permet de construire des parcours de soin complexes grâce à la complémentarité des compétences des soignants du centre (addictologie, petite enfance, accueil des personnes victime de violence, accès au droit des personnes sans titre de séjour), et au lien avec les institutions et partenaires les plus adaptées.

Malgré cette organisation, de nombreuses situations posent des problèmes liés à des limites macroscopiques, intrinsèques à l'organisation du système de santé.
On peut cité l'exemple des refus de soin pour les patients couverts par la CMUc ou l'AME, la difficulté à trouver un rendez-vous de deuxième recours, la non-prise en charge de certains soin, le coup des franchises médicales, des mutuelles privées, etc.

Si nous reprenons les éléments des rapports étudiés précédemment qui ont trait à la question de l'accès au soin nous avions :

- *l'assurance maladie (5) ;*
- *une protection sociale tout au long de l'existence pour des soins de santé universels, fondée sur des principes d'équité, de prévention de la maladie et de promotion de la santé (11)* ;
- *les systèmes de santé qui devraient être construits sur des principes d'équité* (15);
- *le contrôle des politiques capables de dégrader la santé des personnes : exemple des réformes du système de santé qui augmentent le reste à charge des populations précaires (15) ou le recul de l'âge de la retraite (16)* ;
- *l'accès effectif à des soins de qualité (16)*.

Ces éléments insistent sur l'importance d'un système de protection universel, autant que sur les principes qui le sous-tendent. Ces principes et leur mise en œuvre pratique dépendent de déterminants politiques qui dépassent là encore la question du soin de premier recours.
Nous avons vu comment l'organisation de l'offre de soin peut au mieux se doter d'un maximum de moyens pour accompagner les personnes. Mais cette offre ne peut se faire que dans la limite des cadres légaux disponibles. Ainsi, l'accès à la protection maladie par exemple, aux soins de deuxième recours, ou très spécialisés, est dépendante de choix macroscopiques.
Par exemple, la question du reste à charge, de l'encadrement des dépassements d'honoraires, des franchises médicales, de l'encadrement des prix et des remboursements sur les soins dentaires ou des médicaments, du tiers payant, des complexités administratives dans le recours au droit sont autant de choix politiques sur lesquels les travailleuses et travailleurs en soin de premier recours n'ont pas de prise directe. Ces éléments sont pourtant déterminants dans le recours au soin, et nous les discuterons plus loin.

3.8) Sécurité, justice et la lutte contre les discriminations

Les déterminants sociaux ayant un lien avec les questions de sécurité, de justice et de discriminations sont nombreux. Par commodités pour l'analyse – et non dans le but d'en faire une classification exhaustive – nous avons là encore décidé de diviser cette catégorie en plusieurs sous-catégories.
La discrimination se définit comme étant le « *traitement inégal et défavorable appliqué à certaines personnes en raison notamment de leur origine, de leur nom, de leur sexe, de leur apparence physique ou de leur appartenance à un mouvement philosophique, syndical ou politique.* »

Nous avons fait ressortir trois sous-catégories. Deux sont des discriminations récurrentes dans l'analyse des dossiers de notre cohorte. La troisième peut être considérée comme une inégalité territoriale, donc une forme de discrimination.
Nos trois axes d'analyse des données recueils sont donc :

- **Discriminations envers les étrangers dans l'accès au droit de séjour et au droit commun.** Cette catégorie inclut également les violences liées au parcours migratoire, du pays d'origine au pays d'arrivée.

- **Discriminations de genre.** Cette catégorie inclut les violences de genre, notamment physiques, que sont les violence conjugales, intra-familiales, ou toute autre forme de violence liée au genre des personnes. Tous les cas recensés ici sont des violences dirigées contre des femmes.

- **Impact du réseau de trafic de drogue sur la vie et la santé des personnes**. Ce point nous semble important à nommer spécifiquement étant donné l'existence d'un réseau d'économie parallèle aux pratiques parfois violentes, générant des insécurités dans le quartier et ayant un impact sur la vie des personnes accompagnées.

Lors du décompte des catégories de déterminants sociaux par dossier analysé, nous n'avons pas compté séparément ces sous-catégories. L'occurrence d'une, deux ou trois de ces thématiques ne comptait que pour une catégorie de déterminants sociaux.

Rappel des recommandations :

Dans notre bibliographie préparatoire, les éléments retenus dans les divers rapports en lien avec la sécurité, la justice et la lutte contre les discriminations mettaient en avant l'importance de :

- *la protection maternelle et infantile y compris la planification familiale, la vaccination contre les grandes maladies infectieuses, la prévention et le contrôle des endémies locales, le traitement des maladies et lésions courantes et la fourniture de médicaments essentiels* (3) ;
- *d'avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable* (5) ;
- *de rendre visible les inégalités de genre pour mieux agir dessus* (15) ;
- *de relier les inégalités ethniques ou géographiques au statut socio-économiques dans l'idée de lutter contre les discriminations racistes ou de territoire* (15).

3.8.1) Sécurité, justice et discriminations envers les étrangers dans l'accès au droit de séjour et au droit commun ; violences liées au parcours migratoire

Dossiers concernés :
Les dossiers concernés par cette sous-catégorie sont : A 2 88 07 ; A 2 85 08 ; 'a 1 13 11 ; A 2 76 18 ; A 2 92 20 ; A 2 93 21 ; A 1 92 24 ; 'a 2 14 25 ; A 2 80 29 ; A 1 89 34.

Au sein de notre cohorte **10 personnes étaient concernées** par une discrimination liées au fait d'être étranger, à l'origine d'un traitement défavorable dans l'accès au droit de séjour et au droit commun, **soit plus d'un quart (27%).**

Pour 9 d'entre elles et eux un accompagnement spécifique a été mis en place sur la question de l'accès au droit de séjour. La dernière était en attente d'un titre de séjour de réfugiée, et n'avait donc pas besoin d'appui sur ce point précis, même si le retard dans l'obtention du papier aura des conséquences notamment dans sa capacité de s'extraire d'une situation de violence conjugale qui justifiera d'un accompagnement, que nous verrons dans une autre catégorie suivante.

Conséquences sur la santé des patients concernés :
Les répercussions sanitaires des discriminations dans l'accès au droit commun pour les étrangers mises en avant dans les dossiers médicaux comportaient :

Manque de protection pour les victimes de violence :
-renoncement recours aux structures soutenantes par peur du contrôle (police, justice…)
-Attend son titre de séjour pour quitter le domicile familial et demander le divorce. Fait durer les conséquences physique et psychologique des violences conjugales. Allonge la durée de mise en danger pour elle et ses enfants

Répercussions psychiques et somatiques :
-Stress lié à l'incompréhension et à la complexité des démarches administratives. Angoisse, insomnies, cauchemars
-Stress, angoisse, insomnie, dépression. angoisse,
- stress, sentiment d'injustice
« un syndrome dépressif sévère avec des éléments traumatiques, liés aux évènements violents vécus au Nigeria, aux violences vécues en Libye puis en Italie, et aux violences à nouveau vécues en France en Janvier. La souffrance psychologique est par ailleurs renforcée par la précarité de l'hébergement, des ressources, et par l'incertitude et l'absence de reconnaissance de son parcours induites par la procédure Dublin.
Je souhaiterais débuter un traitement médicamenteux antidépresseur, mais l'alternance imprévisible entre les courtes périodes d'hébergement et de nuits à la rue m'en dissuadent»

Discontinuité des parcours de soin
-Impossibilité de s'occuper de sa santé « n'a vraiment pas la tête à ça »
Obstacle aux soins : « Il a été finalement hospitalisé en UHCD trois jours, et est reparti sur sa décision personnelle du fait d'un rendez-vous juridique important pour lui. »
-Précarité du suivi de l'enfant menacée par l'OQTF

Violences liées au parcours migratoire :
- Nombreuses cicatrices. conséquences psychiatriques post-traumatiques.
Angoisse, insomnie, cauchemars

-« un syndrome dépressif sévère avec des éléments traumatiques, liés aux évènements violents vécus au Nigeria, aux violences vécues en Libye puis en Italie, et aux violences à nouveau vécues en France en Janvier »

Détail des accompagnements proposés :

- Accompagnement dans les démarches de demande de titre de séjour :

Que ce soit pour une première demande, un recours lorsque celle-ci n'a pas aboutit ou toute forme d'aide administrative ou médicale. Parfois sous forme de consultations sociales dédiées, d'aide dans la compréhension des démarches, ou en faisant le lien avec les institutions compétentes (préfecture, OFII…), parfois pour fournir les certificats médicaux adéquats. Ceux-ci sont souvent pour faire valoir leur droit à des soins, sinon pour mettre en avant les conséquences sur leur santé des procédures visant à les exclure du droit commun, à commencer par le droit de séjourner sur le sol français. Il s'agissait dans tous les cas de soutenir les personnes dans le parcours kafkaïen de la demande de titre de séjour.

- Orientation vers une association ou structure compétente sur le droit des étrangers :

Étant donné la grande complexité du droit des étrangers en France, il est fréquent que les situations dépassent la capacité du centre de santé à donner le meilleur accès possible au droit commun. Les personnes étaient donc régulièrement réorientées vers les structures de référence dans ce domaine.

- Orientation vers une association de soutien thérapeutique aux victimes de tortures et de répression politiques :

Les personnes exilés ont souvent sur leur parcours migratoire subit des violences et tortures qui laissent des séquelles physiques et psychiques. Même si le centre de santé propose en premier recours un soin et un soutien à ces personnes, les accompagner nécessite également une compétence spécifique, raison pour laquelle deux patients ont été orientés.

- Lien avec le CRA de Mayotte (expulsion d'une mineure sans titre de séjour) :

La fille mineure d'une patiente restée en outre-mer ayant été expulsée et la mère sans nouvelles, le centre de santé l'a accompagné afin de comprendre ce qu'il s'était passé, et pour l'aider à retrouver sa fille.

Afin de proposer ces accompagnements le **centre de santé à travaillé en lien avec 10 institutions ou partenaires** qui sont : la préfecture, l'OFII, un CADA, l'aide juridictionnelle, le point d'appui juridique aux étrangers du centre social, le Comede, la Cimade, Al Mamba, Osiris, et un CRA.

Sécurité, justice et discriminations : Accès au droit de séjour et au droit commun Violences liées au parcours migratoire				
Accompagnement proposé	**Nombre de dossiers concernés**	**% de la cohorte totale**	**dossiers concernés**	**partenaires ou institution en lien avec le centre pour le suivi**
Accompagnement dans les démarches de demande de titre de séjour Première demande, recours pour les déboutés du droit d'asile, recours contre les OQTF…	9	24,3%	A 2 88 07 A 2 85 08 'a 1 13 11 A 2 76 18 A 2 92 20 A 1 92 24 'a 2 14 25 A 2 80 29 A 1 89 34	préfecture, OFII, CADA, demande d'avocat public
Orientation vers association ou structure compétente sur le droit des étrangers	5	13,5%	A 2 88 07 A 2 92 20 A 1 92 24 'a 2 14 25 A 1 89 34	point d'appui juridique (centre social), Comede, Cimade, Al mamba, CADA
Orientation vers une association de soutien thérapeutique aux victimes de tortures et de répression politiques	2	5,4%	A 1 92 24 A 1 89 34	Osiris
Lien avec le CRA de Mayotte pour expulsion de mineure sans titre de séjour	1	2,7%	A 2 80 29	CRA

Total :	10	27,0%		10

3.8.2) Sécurité, justice et discriminations de genre : violences de genre, violences conjugales et violences intra-familiales

Dossiers concernés :
Les dossiers concernés par cette sous-catégorie sont : A 2 84 02 ; A 2 77 03 ; A 2 77 04 ; A 2 85 08 ; A 2 87 15 ; A 2 76 17 ; A 2 93 21 ; A 2 01 22 ; A 2 79 27 ; ‘a 2 04 28 ; ‘a 1 04 32 ; A 2 85 33.

Au sein de notre cohorte **10 personnes étaient concernées par un problème de violence de genre. Les victimes étaient systématiquement des femmes.** Le seul homme qui apparaît est un mineur auteur de violences intra-familiales.

Conséquences sur la santé des patients concernés :
Les répercussions sanitaires des discriminations dans l’accès au droit commun pour les étrangers comportaient :

Conséquence des violences de genre, principalement conjugales :
- IST. Grossesse non désirée sur viol
-dépression, surmenage. traumatisme physique, psychique et sexuel.
Absence de liberté dans la gestion de sa vie et de son corps
-7 tentatives de suicides (médicaments, javel) suite à menaces de sévices à l'enfant par ex-conjoint
- Dépression. Insomnie
-« céphalée et fatigue »
-Épuisement psychique et physique, insomnie, dépression
-stress, insomnie, détresse psychique. Carences alimentaires
-stress, angoisse, insomnie, dépression avec idées noires
- Addiction (alcool tabac shit)
- renforcement addiction, traumatisme physique et psychique
-Traumatismes physique et psychologiques. Précipite décompensation pathologie psychiatrique
-nombreux hématomes sur les membres, l’abdomen
-répercussions physiques des coups, et psychologique des violences de genre envers elle, et envers les enfants.
mise en danger d’elle et des enfants
- Majoration des troubles cardiaques (HTA, tachycardie)
- Reste chez elle et s'ennuie. Ne peut pas sortir de chez elle, alors elle mange. Obésité liée à l'enfermement et aux violence de genre.
- « Mme vient car elle a des gros soucis avec son concubin, elle souhaite qu'il parte mais lui refuse. Elle va déposer une demande de logement pour elle et ses enfants. Nous avons créer une boîte mail, et nous avons rempli le dossier de demande de logement. Nous restons en contacte.
j'ai contacté UNICIL, mais pour le moment aucun appartement dispo... »

Conséquence des violence intra-familiales
-dit être droguée de force
-Fils auteur de violence avec trouble psychiatriques nécessitant une prise en charge médicale dans un contexte familial complexe
- syndrome de stress post-traumatique chez le petit frère
-Conséquence psychique et sociales sur la mère

-Déséquilibre du diabète et dénutrition

-Non recours au soin et aggravations de problèmes médicaux (Angine compliquée de phlegmon, opéré) « La tante est réticente au début pour l'emmener aux urgences car peur ++ des "représailles". A pensé a faire une plainte mais a compris que c'était plus dangereux pour sa nièce de faire une plainte plutôt que de ne rien dire... la tante a aussi un peu peur car elle même sort de prison ... »

-tremblements, mal dormi, vomissement ce matin : signes de traumatismes
Isolement social : très renfermée, ne parle à personne, pas de soutien ni familiaux, ni à l'école s'isole de plus en plus et demande de l'aide. Se sent complètement piégé

- coups et blessures. Stress insomnie dépression chez la mère

-traumatisme physique et psychique sur la patiente. Traumatisme physique et psychique sur la fratrie

Détail des accompagnements proposés :

Les accompagnements proposés par le centre de santé face aux violences de genre étaient :

- Évaluation pluridisciplinaire de la situation et orientation vers un accompagnement adapté :
Lorsqu'une situation de violence de genre est repérée, les professionnels du centre procèdent avec la personne concernée et le réseau de partenaires à une évaluation de la situation, des ressources et points de vulnérabilités. Est alors élaboré une stratégie en vue d'une mise à l'abri, ou à défaut pour réduire les risques liés aux violences. Cette compétence est le fruit d'une formation spécifique de l'équipe. L'aide de partenaires spécialisés pour proposer un accompagnement juridique, et psycho-social est un relai efficace pour aider les femmes concernées.

- CMI et/ou accompagnement au dépôt de plainte :
Le recours à la justice pour faire valoir ses droits pour une femme victimes de violence n'est pas toujours simple. Soit à cause des freins liés à l'emprise de l'auteur des violences, soit par des freins structurelles (non respect du droit des personnes, attitude patriarcale et empreinte de jugement que l'on rencontre parfois au commissariat, remise en cause de la parole des victimes, manque d'interprétariat, freins administratifs…). Il est fréquent que les commissariats refusent de prendre une plainte en l'absence de CMI, ce qui est illégal, ou que l'officier de police judiciaire refuse de remettre une réquisition pour permettre aux personnes d'accéder à une consultation de médecine légale si l'ITT initiale n'est pas d'au moins 8 jours, ce qui est également illégal.
C'est pourquoi, afin de lever ces obstacles dans le recours au droit des victimes de violence, l'accompagnement (téléphonique, par un courrier d'un médecin appuyant la demande, ou physique par une personne du centre de santé) est souvent nécessaire. L'accompagnement physique peut également permettre de donner accès à la plainte en faisant de l'interprétariat.
Cet accompagnement est systématiquement proposé aux victimes de violences suivies au centre.

- Accompagnement pour un divorce et/ou le recouvrement d'une pension alimentaire :
Quitter son conjoint violent n'est pas toujours chose facile. Un accompagnement d'abord psychologique et social, ainsi que juridique s'avère souvent nécessaire, et d'autant plus si les personnes sont isolées et sans ressources. Une aide juridictionnelle est un bon moyen pour ces personnes d'obtenir un avocat lorsqu'elles ont peu de moyen.

- Signalement judiciaire d'une situation particulièrement préoccupante :
Dans un cas particulièrement préoccupant, le centre de santé a appuyé la plainte de la patiente d'un signalement au parquet via la vice-procureure.

- Soins suite à des violences sexuelles :
Pour une dame souffrant d'IST, et souhaitant interrompre une grossesse non désirée suite à un viol. Cette accompagnement s'est fait en lien avec le service de gynécologie sociale d'hôpital public.

- Relogement d'urgence pour mise à l'abri :
Pour deux femmes une mise à l'abri en logement d'urgence, dans un foyer pour femme, a permis de les mettre à l'abri de l'auteur des violences.

- Accompagnement d'un auteur de violence dans le cadre du suivi d'une situation de violence intra-familiale :
Dans deux situations, l'accompagnement des auteurs de violence au sein de la famille était une façon d'aider la mère victime de ces violences. Il s'agissait d'un accompagnement vers des soins psychiatriques, ou via un soutien éducatif (éducateurs du quartier).

- Transfert des droits CAF hors du foyer conjugal :
La question de l'autonomie financière des femmes victimes de violence est déterminante lorsqu'elle cherchent à se mettre à l'abri. Lorsque les allocations familiales sont versées au couple, il est alors nécessaire de transférer ces allocations au bénéfice de la femme qui part se mettre à l'abri avec les enfants. Cette situation, fréquente, a été documentée une fois dans notre cohorte.

Afin de mettre en place ces accompagnements, **le centre de santé a travaillé avec au moins 13 institutions et partenaires** qui sont : SOS femme, IMAJE Santé, la consultation pour adolescents de l'hôpital psychiatrique, le commissariat, l'unité médico-judiciaire de l'hôpital, l'aide juridictionnelle, le parquet du tribunal, le service de gynécologie sociale de l'hôpital, les SAMU social et les foyers d'hébergement d'urgence pour femme, l'EMLPP, l'hôpital psychiatrique, les éducateurs de quartier de l'Addap 13, la CAF.

Sécurité, justice et violences de genre Violences conjugales, intra-familiales et autres				
accompagnement proposé	**Nombre de dossiers concernés**	**% de la cohorte totale**	**Dossiers concernés**	**partenaires ou institution en lien avec le centre pour le suivi**
Construction d'un parcours de soin complexe pour les personnes victimes de violence de genre	8	21,6%	A 2 84 02 A 2 77 04 A 2 85 08 A 2 76 17 A 2 93 21 A 2 01 22 A 2 79 27 'a 2 04 28	SOS femme, IMAJE Santé, Consultation psycho-social pour adolescent (hôpital public hors les murs)
CMI et/ou accompagnement au dépôt de plainte (parfois physique, parfois avec interprétariat)	7	18,9%	A 2 84 02 A 2 76 17 A 2 93 21 A 2 01 22 A 2 79 27 'a 2 04 28	Commissariat, UMJ
Accompagnement pour divorce et/ou recouvrement de pension alimentaire	3	8,1%	A 2 87 15 A 2 93 21 A 2 79 27	Aide juridictionnelle
Signalement judiciaire d'une situation particulièrement préoccupante	1	2,7%	A 2 84 02	Commissariat, UMJ, Parquet
Soins suite à des violences sexuelles : IST et accompagnement à l'IVG	1	2,7%	A 2 84 02	gynécologie sociale
Relogement d'urgence pour mise à l'abri	2	5,4%	A 2 77 04 A 2 76 17	115 / foyer d'urgence pour femme
Accompagnement d'une personnes violente dans le cadre du suivi familial avec violence intra-familiale	2	5,4%	A 2 77 03 'a 1 04 32	EMLPP, hôpital psychiatrique, Addap 13 (éducateur de rue),
Transfert des allocations familiales hors foyer conjugal pour autonomisation financière	1	2,7%	A 2 93 21	CAF

Total :	10	27,0%		13

3.8.3) <u>Sécurité, justice et impact du réseau de trafic de drogue sur la vie et la santé des personnes</u>

Dossiers concernés et enjeux de santé :

Les dossiers concernés par cette sous-catégorie sont : A 2 74 01 ; ‘a 1 04 32 ; A 2 85 33.

Le centre de santé est situé dans une cité qui, comme beaucoup de cités alentours ou similaires, voit ses habitants cohabiter avec un réseau de trafic de drogue et d’économie parallèle. Ce réseau agit hors de tout cadre légal, et ses pratiques ont un impact sur l’ensemble de la communauté, à des degrés différents. La cité et celles alentours voient ainsi plusieurs fois par an des morts violentes, essentiellement chez des hommes jeunes. Au-delà, c’est également un employeur potentiel pour beaucoup de jeunes, chez qui l’appel de l’argent facile entre en concurrence avec un cursus scolaire ou professionnel parfois difficile. De même la discrimination à l’embauche, un marché de l’emploi précaire, peu rémunérateur et souvent pénible sont autant de facteur qui peuvent pousser les jeunes vers « le réseau ». Son influence sur le quartier se fait aussi par l’accaparement de l’espace public : contrôle de l’accès à des zones de la cité, nuisances sonores, circulation des clients, consommations dans des espaces publics, etc.
Dans notre cohorte, un impact direct sur la santé des personnes était relevé dans 3 dossiers.

Conséquences sur la santé des patients concernés :

L’impact de la présence du réseau de trafic de drogue dans le quartier, sur la vie et sur la santé des gens documenté dans les dossiers médicaux comportait :
-« bruits la nuit dans le quartier, réseau trafic, jeunes qui zonent, bruits de voiture ; n'en peu plus les enfants dorment mal et elle aussi »

- sa mère est très inquiète pour lui et en difficulté. Il a déjà été violent avec elle et est visiblement pris dans le réseau [de trafic de drogue]

- coups et blessures. Stress insomnie dépression chez la mère

- Décrochage scolaire : « Avec Mme nous sommes en train de mettre en place un accompagnement pour aider son fils, qui a 15 ans et qui décroche total. Il va de plus en plus avec les jeunes qui sont dans le trafic et cela est insupportable pour Mme. »
- Fils violent : pris dans réseau de trafic de drogue, lui fait peur, violence physique (griffure, plaie, cheveux arrachés)
Squat parfois le logement avec les dealers du quartier. La menacent à l’arme blanche.

- traumatisme physique et psychique sur la patiente. Traumatisme physique et psychique sur la fratrie

Détail des accompagnements proposés

Les accompagnements proposés dans les parcours de soin pour cette thématique étaient :

- <u>Demande de relogement hors du quartier :</u>
Dans les 3 cas les personnes souhaitent déménager du quartier. N’ayant pas de ressources suffisantes pour payer un logement dans la parc locatif privé, elles sont donc dépendante d’une demande de relogement dans un logement social. Cette demande a été faite, mais n’a pas encore abouti à ce jour du fait du manque de logements sociaux disponibles.

- <u>Accompagnement d’une famille victime de violence intra-familiale :</u>
Bien que souvent impuissant face aux pratiques du réseau de trafic, qui échappent aux tentatives de régulation dans le droit commun, le soutien médico-social des familles touchées reste une façon de

limiter l'impact de ces situations. Un des enjeux de ces accompagnements est d'éviter que les personnes ne s'isolent et voient leur vie sociale et mentale se détériorer. Ils permettent également de faire agir le droit commun dans les cas où c'est possible.

- Médiation avec le réseau de trafic de drogue via les éducateurs de quartier :
Dans les situations compliquées entre un jeune du quartier et le réseau de trafic de drogue, la médiation se fait souvent pas l'intermédiaire des éducateurs du quartier, ici de l'ADDAP 13. Ils permettent un dialogue parfois délicat entre les personnes concernées afin de calmer des tensions et lever des craintes.

Sécurité, justice et discriminations : **Impact du réseau de trafic de drogue sur la vie et la santé des personnes.**				
accompagnement proposé	**Nombre de dossiers concernés**	**% de la cohorte totale**	**dossiers concernés**	**partenaires ou institution en lien avec le centre pour le suivi**
demande de relogement hors du quartier	3	8,1%	A 2 74 01 'a 1 04 32 A 2 85 33	Bailleurs sociaux (Marseille habitat, municipalités, autres)
Accompagnement d'une famille victime de violence intra-familiale liée à l'impact du réseau de trafic de drogue	2	5,4%	'a 1 04 32 A 2 85 33	Addap 13, AEMO (MDS)
médiation avec réseau de drogue via éducateur du quartier	1	2,7%	'a 1 04 32	Addap 13, AEMO (MDS)
Total :	3	8,1%	A 2 74 01 'a 1 04 32 A 2 85 33	3

Le **centre a travaillé en lien avec 3 institutions ou partenaires** ici : les bailleurs de logement sociaux, l'ADDAP 13 pour les éducateurs de rue, ainsi que les éducateurs de l'AEMO, car une telle mesure était mise en place pour le jeune concerné dans l'un des dossiers.

Limites macroscopiques pour la catégorie sécurité, justice et lutte contre les discriminations :

Les divers accompagnements mis en place par le centre visent à permettre le recours au droit commun pour les personnes, et notamment celles qui du fait de dynamiques sociales en sont les plus éloignées : étrangers, victimes de violences et de discriminations.
Les différents étayages que sont l'interprétariat, l'aide pour les démarches administratives, le temps long à se comprendre, et la fabrication des parcours de soin avec les personnes pour qu'elles en maîtrisent les enjeux est également une façon d'accéder à une équité de traitement.
La mise en avant des discriminations et violences de genre, ou des discriminations envers les étrangers qui, n'ont pas accès ou recours aux mêmes droits que les autochtones sur le territoire français, permet de mieux agir dessus.

Si une attention particulière est portée à la construction d'une offre de soin adaptée pour les femmes (gynécologie, IVG, médiation, interprétariat, groupe de marche non mixte pour fabriquer un espace d'activité physique non jugeant), c'est en réponse aux besoins exprimés par les patientes, autant qu'en réponse aux dynamiques sociales de discrimination de genre.
De même que le fait de voir et de travailler sur les conséquences du réseau de trafic dans le quartier, de donner aux habitantes et habitants un lieu pour déposer ces problèmes et les penser, est une façon d'intégrer les discriminations au sein du territoire. Tout comme les accompagnements physiques vers les lieux de soin éloignés, ou de préparer avec les personnes un itinéraire pour s'y rendre lorsqu'ils sont trop éloignés.

Quoi qu'il en soit, les thématiques abordées ici relèvent de dynamiques beaucoup plus larges que ce qui se joue en soin de premier recours. Nous discuterons la question des limites macroscopiques dans une approche plus transversale des violences de genre pour en donner un aperçu.

4) Reconstruire une approche systémique

Dans chacune des thématiques, nous avons essayé de mettre en avant l'existence d'actions sur les causes sociales des problèmes de santé des patients au sein de leurs parcours de soin. Nous avons catégorisé les éléments du social présents, le retentissement sur leur santé, et les accompagnements mis en œuvre pour agir dessus. Presque toujours, une action était proposée.
L'analyse de ces accompagnements, détaillés au sein de chaque thématique, ainsi que leur adéquation avec les recommandations de la littérature nationale et internationale sur le sujet, montre que la pratique du soin de premier recours en centre de santé communautaire permet bel et bien d'agir sur le déterminants sociaux de la santé à ce niveau d'échelle.

Nous avons aussi essayé de montrer qu'au bout de ce niveau d'échelle, les actions proposées présentent des limites macroscopiques qui soit limitent le bénéfice des actions entreprises, soit n'agissent pas toujours sur les causes radicales. Ces causes sont parfois les dynamiques sociales à la racine des problèmes présentées par les personnes accompagnées, ou de la carence structurelle des dispositifs censés empêcher ces causes d'impacter la santé et la vie de personnes.

Il est intéressant de voir que ces limites macroscopiques sont d'ailleurs souvent bien mises en avant par les rapports et recommandations nationales et internationales sur le sujet. C'est le cas par exemple pour la question de l'emploi et du revenu en lien avec les politiques économiques. Il en va de même sur la question des politiques de prévention, d'éducation, ainsi que sur la question de la gouvernance, nous le discuterons aussi plus loin.

Pour évaluer les conditions de faisabilité d'une action synchrone et systémique, il faut sortir de notre approche en silos, et reprendre les parcours de soin des personnes dans un approche plus globale. Cette nouvelle analyse pourrait être faite sur toutes nos thématiques, mais serait longue et laborieuse. Nous proposons donc de le faire sur certaines d'entre elles seulement, bien que la dynamique soit applicable pour toutes.

La première thématique est une analyse transversale de ce qui se joue dans l'accompagnement de l'éducation, des conditions de vie dans l'enfance et de l'étayage familial. Analyser cette thématique nous semble important ici pour plusieurs raisons. La première est la proportion d'enfants mineurs dans notre cohorte, qui est de un tiers. Les autres seront détaillés ci-après, mais touchent essentiellement à l'offre de soin du centre de santé, ainsi qu'à la grande complexité mise à jour dans l'accompagnement des enfants.

La seconde thématique est celle des violences de genre. Elle est ici incontournable puisqu'elle représente plus de 20 % des motifs de RCP, le plus fréquent. Elle est également un bon exemple à la fois d'une dynamique sociale impactant directement la santé des personnes, et à la fois de l'enjeu du cumule des vulnérabilités sociales.

La dernière est une lecture croisée entre la question du logement et la question de la discrimination. Nous l'avons retenue car elle montre en quelques graphiques éloquents, croisés avec nos résultats, comment les discriminations peuvent être un frein macroscopique à l'aboutissement des accompagnements mis en place en soin de premier recours.

4.1) Éducation, conditions de vie dans l'enfance et étayage familial

La question de l'éducation des enfants, de l'étayage familial et des conditions de vie dans l'enfance est peut-être la plus complexe à rendre ici dans son approche systémique. Elle est complexe d'abord parce qu'il s'agit de déterminants sociaux dont l'impact dans le temps s'étudie de façon diachronique. Pour comprendre ce mot barbare, il faut se dire qu'une action diachronique, c'est un peu comme la lumière des étoiles. Ce qu'on en perçoit résulte d'un phénomène passé, et ce qui se produit à l'instant présent sera perçu bien plus tard dans l'avenir.
Comme toutes les politiques préventives, le bénéfice de l'éducation sur la santé se manifeste soit dans la non survenue d'un événement, soit dans un bénéfice que l'on peut évaluer à des années de distance, voire les deux à la fois (non survenue d'un événement à des années de distance de l'action entreprise).
Cette thématique est complexe à un autre titre, le fait que la gestion de l'enfance, (l'éducation, la transmission des savoirs et des règles de sociabilisation…) est universellement une question collective. Dans toute société humaine ce point est géré par une plus ou moins grande variété d'acteurs, et souvent d'actrices, mais toujours par la collectivité. Dans cette expérience collective, nous avons toutes et tous un vécu et un ressenti différent, lié à notre propre vécu de cette période de la vie.
C'est donc un moment clé, traité par des personnes diverses, qui ont chacune une grille de lecture où se croisent expérience et savoir professionnel, parfois très différente, mais qui agissent de concert.

La pratique étudiée au centre de santé rend compte de cette complexité sur plusieurs points.
Le premier, facile à voir, concerne l'importance de l'approche pluridisciplinaire et intersectorielle de l'enfance. Nous l'illustrerons ici pour les enfants présentant un handicap ou un retard de langage. Le nombre moyen de professionnels intervenant par dossier était de 7,2 pour la cohorte. Il est de 8,8 pour les six enfants arrivés en RCP pour un motif lié au suivi orthophonique.
Le nombre de partenaires intervenant dans le champ de la petite enfance est également important, et concerne tant des structures de soin que des structures éducatives comme l'école, ainsi que des structures d'accompagnement social et familial. On peut le voir en se reportant au tableau de l'annexe 7.
Enfin, un des pièges à éviter pour envisager cette complexité serait de ne la voir que dans une approche quantitative. Sans avancer de chiffre précis, il est à peu près certain que les moyens déployés dans les écoles des quartiers dits défavorisés, en termes d'accompagnements individuels et collectifs des enfants, sont plus importants qu'ailleurs. Ici les enfants suivis au sein de notre cohorte ont tous des étayages éducatifs significativement plus importants que les enfants dans un parcours scolaire moyen.
Mais ces étayages sont des palliatifs dont la quantité ne peut suffire à compenser la qualité des étayages sociaux qui influencent les apprentissages au cours de l'enfance. Que ce soit pour des fonctions aussi complexes que le langage, mais également les codes sociaux, les comportements.
Nos travaux exposant les voies physiologiques du stress, de l'inhibition de l'action et de la charge allostatique nous confortent dans l'idée que l'impact qualitatif de ces étayages se joue même sur le développement des systèmes physiologiques et métaboliques. Nous avions présenté une étude qui le montre pour le développement de la matière grise en fonction de la classe sociale (45).
C'est donc dans la qualité de l'approche de ces questions que nous aimerions apporter de la complexité.

En interrogeant les professionnelles concernées par les accompagnements décrits dans les dossiers de notre cohorte, et notamment les collègues orthophonistes, la première chose qui ressort est la difficulté de poser un diagnostic. Dans un contexte où de trop nombreux facteurs de vie et

déterminants sociaux influencent le développement du langage par exemple, l'évaluation du sens des troubles est particulièrement difficile. Démêler ce qui relève d'un trouble spécifique caractérisé de ce qui est le reflet des conditions de vie particulières d'un enfant allophone, grandi dans un contexte où le langage écrit est peu présent au domicile, avec parfois des parents illettrés (souvent en français, parfois dans leur langue maternelle également), et dans des conditions matérielles précaires, ou encore dans une situation familiale complexe, relève de la gageure. Nous l'avons vu, trop d'éléments différents entrent en ligne de compte.
Se rajoute la complexité du rapport à la socialisation par l'école, qui peut être vécu très différemment selon le quartier, l'histoire de vie, l'organisation de la classe, les compétences diverses des enseignants, le décalage entre l'environnement familial et l'environnement scolaire.

Ce que permet ici le soin de premier recours dans son approche pluridisciplinaire et intersectorielle, c'est d'abord de ne pas tomber dans la facilité d'un diagnostic basé sur le symptôme, ou sur des scores chiffrés, étalonnés sur des moyennes nationales parfois vieilles de plus de 20 ans et dans un échantillon qui ne représente pas les situations sociales complexes des enfants évalués ici. Cette complexité est une illustration des concepts d'homéostasie et d'allostasie envisagés auparavant dans notre revue narrative.
L'approche classique est plutôt une approche que nous qualifierions d'homéostatique. L'homéostasie peut se définir par la capacité d'un milieu à s'auto-réguler pour se maintenir dans un niveau de norme. Par exemple, les difficultés des enfants doivent être évaluées par des bilans basés sur des moyennes statistiques. Celles-ci normalisent pour l'âge les compétences que doit maîtriser un enfant. Ces évaluations ne peuvent prendre en compte les déterminants sociaux de la façon dont nous les avons envisagés, dans leur modélisation complexe. Pourtant, ces résultats conditionnent le diagnostic et le besoin de rééducation, d'accompagnement, d'orientation pour la scolarité. Ils produisent une approche homéostatique dans le sens où l'objectif devient de ramener les compétences évaluées par ces bilans, ou par les processus scolaires d'évaluation, dans des normes qui sont en fait des moyennes.
L'allostasie peut se définir comme la capacité d'un milieu à s'adapter en réponse aux stimuli de l'environnement dans lequel il évolue. Aborder la question du trouble par une approche allostatique permet de poser la question autrement : est-ce que le symptôme, par exemple un retard dans les acquisitions, peut être quelque chose d'adapté ? Dans le sens où le niveau d'un enfant à un instant T est le reflet de son adaptation entre un parcours de vie et un environnement de vie. Replacé dans ce contexte, certains troubles s'expliquent simplement par un manque de stimulation, une évaluation des mauvaises compétences dans des grilles mal adaptées, un rythme de développement décalé par rapport à la moyenne, ou des difficultés d'ordre psycho-sociales ou affectives. Bref, ce sont des déterminants sociaux complexes plutôt que des troubles spécifiques qui entrent en jeu dans les parcours de vie des enfants. Le symptôme peut donc résulter de mécanismes de régulation adaptés à des contextes défavorables, et non à des mécanismes inadaptés ou pathologiques.
Bien sûr, souvent, les deux s'entremêlent. Faire la part des choses devient alors tout l'enjeu de la pratique du soin de premier recours, qui doit se structurer de façon à intégrer cette complexité entre le symptôme et les déterminants sociaux de celui-ci.

Ici, on voit que des stratégies allant dans ce sens sont rendues possibles dans les accompagnements proposés.
D'abord le temps long accordé à l'évaluation, puisqu'il y a une volonté de ne pas poser un diagnostic de trouble spécifique avant un temps allant de plusieurs mois à plus d'un an. Le trouble spécifique étant envisagé après un échec de la rééducation bien conduite, et intégrant le cadre de vie globale des enfants.
Ensuite la possibilité d'une évaluation croisée entre médecin, orthophoniste, infirmière d'un côté, et l'évaluation sociale de l'ensemble de la famille d'un autre. La RCP n'étant qu'un mode d'entrée

dans cette évaluation croisée, mais il en existe d'autre. Par exemple, tous les matins l'équipe présente se réunit 30 minutes pour discuter à plusieurs des patients programmés dans la journée, ou dans la semaine. Ou encore par des consultations à plusieurs, parfois avec deux ou trois professionnels en même temps. Enfin, la dimension culturelle est intégrée par la médiation en santé, qui donne une part importante à la compréhension du contexte de vie des enfants dans leurs histoires familiales et culturelles propre. L'état de développement et de santé de l'enfant au sens global prend alors une autre dimension, moins normative et plus sensible.
Cette approche plus sensible prend une place particulière dans l'accompagnement des âges extrêmes de la vie, qui suscite toujours plus d'émotions. C'est dans les interstices que cette part sensible et émotionnelle peut prendre sa place, se dire, se penser et se partager. C'est ce qui permet de la mettre en travail dans la relation de soin. La présence en un même lieu de soin, qui propose des espaces collectifs formels et informels dans une dynamique communautaire, permet ces interstices.
Ces interstices se trouvent dans la partie non-protocolisée du travail, et sont difficilement évaluables ou objectivables. L'épidémie de Covid 19 en cours a profondément déstabilisé ces espaces. Les conséquence sur les relations de travail et de soin n'ont fait que renforcer leur importance. Étant mis en tension par le télétravail, nécessaire pour limiter les contacts quand cela était possible, autant que par la mise à distance des usagères et usagers dans le lieu du centre de santé, leur absence a permis de les rendre visibles et de les valoriser.

Enfin, l'organisation du travail permet de dégager du temps pour du travail partenarial régulier avec l'école, les structures de soin comme le CAMSP, les structures pédo-psychiatriques, les PMI, les centres sociaux, etc.

Ces structures sont non seulement précieuses dans l'évaluation globale de la situation des enfants et des familles, mais elle sont aussi les clés de l'accompagnement permettant de mener les personnes vers l'amélioration de leur santé au sens global. Le fait qu'elles soient les partenaires principalement présents dans nos résultats le montre.

Nous avons vu dans le rapport de l'IGAS (17) à quel point l'entourage et les réseaux sociaux sont « *essentiels dans le soutien social dont un sujet pourra bénéficier face aux événements auxquels il peut être confronté ».* Pour certaines personnes, ils sont parfois minces, voire inexistants, ou simplement insuffisants pour faire face aux troubles que présentent les enfants. C'est alors que les institutions dédiées, au premier rang desquelles la PMI et les structures de soin et d'accompagnement social (MDS, CAF, centres sociaux, CAMSP, CMPP, etc.) prennent tout leur rôle.
Ce sont ces étayages qui ont été mobilisés ici pour accompagner l'amélioration des déterminants sociaux impactant la santé des familles, avec en première ligne les mères, et les enfants. De même, l'orientation des enfants en difficulté scolaire, en situation de handicap, de trouble des apprentissages, est dépendant de la disponibilité des structures d'accompagnement adéquat. C'est ici que se trouve la limite macroscopique à l'action entreprise en soin de premier recours pour intégrer les déterminants sociaux des enfants dans leurs parcours de soin.

On observe depuis deux décennies que les logiques de privatisation des services publics, avec les conséquences que l'on connaît déjà pour l'hôpital public (46), se reproduisent dans les services de la petite enfance : augmentation des taux de rentabilité pour les acteurs privés et ce sur des financements publics (crédits d'impôts, subvention CNAF), logique gestionnaire qui prévaut sur la qualité de la relation avec les enfants et les familles. Ces dérives sont dénoncées par plusieurs enquêtes de l'IGAS ou par des professionnels reconnus dans le domaine et sont bien décrites dans un récent article de Leïla Shahshahani (47).

Selon le Haut Conseil de la Famille, de l'Enfance et de l'Age (HCFEA), « *un quart des parents qui s'occupent eux-mêmes de leur enfant sont contraints par le manque de place ou par le manque de meilleures solutions pour concilier vie familiale et vie professionnelle ou pour répondre à des besoins spécifiques de l'enfant (situation de handicap, etc.)* ».
Et d'ajouter : « *La stratégie de lutte contre la pauvreté affiche l'ambition d'offrir à terme à tous les enfants avant l'entrée à l'école maternelle une expérience de socialisation précoce dans un accueil formel, qualifié. Un environnement riche en nouvelles sollicitations, un soutien des interactions ludiques et créatives entre enfants et enfin des liens positifs entre professionnels et parents favorisent le développement relationnel, cognitif et social des enfants. Ces éléments constituent des facteurs de réduction ou de prévention des inégalités, de réduction des discriminations et relèvent du respect des droits de l'enfant tels que définis par la CIDE.*[Convention internationale des droits de l'enfant] »
Pour atteindre cet objectif, le HCFEA estimait en 2018 le besoin de 230 000 nouvelles places d'accueil pour ces enfants. L'objectif fixé par l'État est de 30 000 places d'ici 2022.

De même pour la PMI, institution clé de l'accompagnement de la petite enfance et de la parentalité depuis la fin de la deuxième guerre mondiale, et dont on a vu la présence récurrente dans les dossiers présentés ici. Le rapport de la députée Michel Peyron remis au premier ministre en mars 2019 est très clair sur les conséquences de la « *négligence institutionnelle collective »*, à savoir une « *extinction* » prochaine de ce service public du fait du désengagement de l'État notamment.

Toujours décrit par Leïla Shahshahani, la situation des CAMSP, CMP-IJ et CMPP n'est pas plus enviable. L'IGAS souligne le manque de personnel face à la demande, ayant pour conséquence des retards ou des refus de prise en charge.
On l'observe très bien sur notre terrain d'étude où les délais de prise en charge s'allongent : au moins 6 mois pour le CAMSP, 12 à 18 mois pour une place en IME, impossibilité de trouver un suivi par un pédo-psychiatre hors de ces structures, et parfois même en leur sein, puisque leur nombre a chuté de 48 % en 10 ans (2007 à 2016) sur le territoire français.

L'article discute ensuite le choix de remplacer cette politique publique d'accompagnement et de prévention par des actions ciblées sur les populations les plus à risque, et basé sur le dépistage précoce de ces risques. Ce qui revient à réorienter la politique de prévention des services publics de la petite enfance vers le « haut risque ».
D'abord nous avons vu dans notre travail de revue narrative que cette stratégie du « haut risque » a le double travers de stigmatiser les personnes les plus fragiles, et de ne pas traiter la cause à la racine des problèmes de santé (voir l'article de Rose sur le sujet)(48). Ce choix consiste donc à un retour en arrière en termes de politique de prévention, et ne compensera jamais l'ensemble des causes qui conduisent vers ce « haut risque » de développer des problèmes liés à l'enfance. C'est une gestion palliative, et non radicale des causes. Nous le discuterons plus longuement par la suite.
Ensuite, elle constitue également un retour vers le dépistage précoce de « facteurs de risques » individuels, à l'opposé même de la notion des dynamiques sociales portées par le concept de déterminants sociaux de la santé, nous le discuterons plus loin.
Le CCNE d'enfoncer le clou en 2007 : *« Une médecine préventive qui permettrait de prendre en charge, de manière précoce et adaptée, des enfants manifestant une souffrance psychique ne doit pas être confondue avec une médecine prédictive qui emprisonnerait paradoxalement ces enfants dans un destin qui, pour la plupart d'entre eux, n'aurait pas été le leur si on ne les avait pas dépistés. »*

Cette politique, c'est l'opposé du travail subtil d'accompagnement construit par les acteurs du soin de la petite enfance dont nous avons vu l'importance et certains rouages ici, et qui est bien résumé par la médecin et anthropologue Marie-Laure Cadart :
« Cette prévention, fruit d'un savoir-faire multiple et non codifié, s'est forgée dans la confiance et le respect des personnes. Elle se fait de façon discrète, mais efficace, sans stigmatiser ni enfermer les enfants et leurs familles dans des grilles d'évaluation, des diagnostics prédictifs ou des protocoles déshumanisés, mais plutôt en les soutenant par une aide médico-psycho-sociale et éducative ».

La paupérisation des structures publiques de la petite enfance est le produit de choix politiques qui dépassent les compétences d'un lieu de soin de premier recours. Ils sont pourtant des déterminants sociaux majeurs de la santé des personnes, puisqu'on voit au sein de notre cohorte que c'est à ces structures que tient la possibilité de les accompagner dans la pratique du premier recours.

4.2) Parcours de soin et violences de genre

La question des violences de genre, ici sous la forme de violences physiques, vient apporter un autre niveau de complexité. Pour l'illustrer nous proposons de passer en revue 3 parcours de patientes étudiées dans notre cohorte.

La première est arrivée en France il y a de nombreuses années et vit avec ses 2 enfants. Elle se débrouille en français, et n'a pas de titre de séjour. Elle vit chez sa belle-sœur dont elle est dépendante pour le logement, n'a pas accès au travail légal ni à une protection maladie, l'AME ayant été refusée.
Elle travaille donc au noir, gardant un enfant en plus du siens et de sa grossesse, ce qui n'est pas sans retentissement sur son état général.
Après de nombreuses consultations et un lien de confiance instauré, madame racontera qu'elle est victime de violence intra-familiale depuis 2 ans au moins, de la part de sa belle-sœur qui l'héberge. En situation de dépendance matérielle, elle n'est pas à même de s'extraire du foyer.
Plus tard, au cours de sa deuxième grossesse, ce sont des violences conjugales qui émergent. C'est ce qui la conduira à passer une semaine à la rue avec ses enfants, dans le métro, à la suite d'un épisode particulièrement violent. N'ayant pas de titre de séjour, elle n'ose aller porter plainte à la police de peur d'une expulsion. L'absence de titre de séjour ne signifie pourtant pas l'absence de droit. Mais nombreuses sont les personnes qui ont intériorisé cet interdit du fait de la politique d'expulsion des personnes en situation irrégulière, et de nombreux précédents.
Elle passera donc par des phases de violences subies, de dépression et d'épuisement, avec le retentissement que l'on peut imaginer sur elle et ses enfants.
Pour ses soins, l'assistante sociale obtiendra une CMUc « malgré l'usage de la loi », comme un petit miracle, qui lui permettra de recourir de nouveau aux structures de soin « normales ». Elle l'orientera vers une association qui aide les personnes à trouver du travail, dans l'aide à la personne, domaine où la patiente est tout à fait compétente. Mais l'association « n'embauche pas de sans papier ». Elle continuera de travailler au noir.
Au fil de son parcours, la famille parviendra à trouver une sous-location au noir, chez un propriétaire qui n'en est probablement pas un, et à retrouver une dynamique familiale un minimum stable. Mais pour combien de temps ?

La deuxième situation concerne une patiente venue consulter pour un suivi d'addictologie. Elle se retrouve en situation de vulnérabilité car elle n'a plus de travail, pas d'amis ou de famille sur la région, et qu'elle loge chez son compagnon. Comme souvent, c'est après plusieurs consultations

longues et après que la confiance est établie qu'émergent les violences conjugales qu'elle subit. C'est une personne qui a traversé des sevrages difficiles avec force et succès, et même traversé la France pour se mettre à l'abri d'un passé difficile. La seule porte de sortie qu'elle envisage face à ces violences serait de retourner où elle vient, avec le risque de replonger dans des pratiques qu'elle ne veut plus. Elle a été accompagnée vers un hébergement d'urgence pour femmes victimes de violence, mais n'a pu se résigner à y rester. Dans cet endroit elle retrouve des personnes sans ressources, en hébergement collectif, et se sent dégringoler encore. Elle retourne alors chez son compagnon violent, dont elle est probablement encore sous l'emprise. Le dispositif d'accompagnement a pourtant marché pour la mettre à l'abri, mais la dynamique systémique des violences conjugales dépasse la question de trouver un lieu d'hébergement.
Au milieu de tout ces problèmes elle trouvera un travail, en CDD. Avec ce travail elle renoue avec une autonomie financière, des relations sociales, une valorisation d'elle-même, elle se sent capable et reconnue comme telle. Même si la situation à domicile est un peu plus gérable, elle retentit malgré tout sur son travail. C'est ce qui fera qu'un jour elle se livre à sa patronne. S'activera alors un réseau de soutien, notamment des femmes de son travail, qui lui permettront d'être hébergée de façon temporaire, puis de trouver un logement à louer à son nom. Dans le même temps elle se fait accompagner par SOS femme, et régulièrement par les médecins du centre de santé pour ses problèmes d'addiction et de dépression.
Au final la patiente réussira à retrouver un logement autonome, à porter plainte contre son ex-conjoint malgré ses tentatives de dissuasion et de chantage et celle de la belle-mère.
Lorsque nous essayons d'analyser les facteurs qui ont permis à cette patiente de se sortir de la relation d'emprise, de quitter le domicile et de rebondir, plusieurs se dégagent.
D'abord le plus évident : le fait de retrouver un travail, et par là même un réseau social, un étayage, un revenu autonome et donc les moyens de se reloger ailleurs. À cela s'ajoute l'estime de soi.
Ensuite vient l'étayage par des professionnels formés sur la question : SOS femme, le centre de santé. Cela permet un suivi de long terme, sur des mois, adapté au rythme de la patiente jusqu'à ce qu'elle puisse s'orienter dans les étayages possibles, retrouver confiance en elle, et agir quand elle se sent prête.
Il y a aussi le suivi médical qui lui a été particulièrement adapté. La collègue médecin qui l'a beaucoup accompagnée raconte comment à chaque adaptation de traitement, lorsqu'il était discuté et investi par la patiente, les médicaments ont été efficaces – au moins un temps. Comme s'il y avait une « pensée magique » autour des médicaments, y compris pour ceux qu'elle prescrivait sans trop croire à un bénéfice lié à la pharmacodynamie. Ici ressort la question de l'étayage culturel, le fait que la patiente arrivant à se soigner dans son référentiel culturel trouve un bénéfice optimal dans l'accompagnement médical.
C'est ce qui a contribué à la sortir d'un état de dépression et d'aboulie quand elle était au plus mal, et a renforcé l'efficacité des autres accompagnements.

Notre troisième exemple est lui aussi intéressant sur cet aspect culturel. Après plusieurs consultations pour des céphalées, dans un contexte de fatigue générale, la patiente finira par confier d'importantes violences conjugales, ainsi que des menaces de mort sur elle et ses enfants. La patiente est francophone sans être très à l'aise dans cette langue. Elle est en attente d'un titre de séjour en tant que réfugiée. Celui-ci a fini par lui être attribué après de longues démarches, mais elle n'a toujours pas reçu sa carte de séjour. Le problème est que la demande a été faite par le couple, c'est-à-dire avec son conjoint violent. Elle craint qu'en le quittant, ainsi qu'en quittant le lieu où ils sont domiciliés pour leurs démarches administratives, il fasse obstacle et ne lui permette pas de récupérer son titre de séjour. De plus, rompre avec son mari c'est prendre le risque de perdre le soutien de sa communauté, ce qui n'est pas rien quand on est réfugiée.

Par chance elle a un travail : 6j/7, en plus du travail domestique, et au noir. Le titre de séjour c'est pour elle l'espoir d'un contrat de travail, de la protection sociale qui va avec, d'ouvrir des droits à la CAF, de demander un logement…

Chez cette personne, l'accompagnement sera grandement enrichi par l'intervention du médiateur en santé du centre, appartenant à la même communauté que la patiente. Après un temps de mise en confiance et de réassurance (le médiateur est un homme) il pourra l'accompagner physiquement dans ses démarches pour l'interprétariat, la médiation et le soutien au sens large. Vers l'avocate pour la procédure de divorce et la rassurer sur ses droits (de séjour, de garde des enfants, de plainte contre le conjoint). Vers SOS femme pour un soutien global adapté, et l'aider dans les démarches pour changer de logement. Puis au commissariat pour s'assurer que la plainte est enregistrée, et informer lorsqu'elle quittera le domicile avec les enfants (car à défaut le mari pourrait se retourner contre elle). Il fera également le lien avec le patron de la dame, lui aussi issu de la même communauté. Cet accompagnement aura permis de la sécuriser sur les moyens de quitter son foyer sans perdre tous ses étayages sociaux, professionnels, financiers, tout en faisant valoir ses droits. Ill aura également permis de s'assurer du soutien de l'employeur, et avec ce soutien de la sécurité matérielle liée au maintien de son salaire, sans prendre le risque de se couper de l'appui de la communauté en quittant son conjoint.
Parmi les facteurs déterminants, il y aura aussi l'aide d'une amie proche de la patiente, qui sera très présente pour le déménagement, pour garder les enfants pendant ses démarches et rendez-vous, et pour l'épauler moralement.

Ce que ces trois situations posent, c'est le caractère systémique des leviers d'action sur les situations de vie des personnes. En segmentant l'analyse par catégorie du social, se dégage une liste des accompagnements possibles vers le droit commun et au sein des dispositifs existants.
Mais souvent, on le voit bien à la comparaison de ces trois situations, les limites qui influent la réussite ou l'échec des accompagnements concernent l'ensemble du système de relations complexes qui les touchent.

Pour la question des violences de genre, il y a ici deux axes qui en font ressortir le caractère systémique : la question de l'autonomie matérielle, et l'axe de l'étayage social et culturel.
Les exemples ici montrent comment les dispositifs d'accueil des victimes de violence sont une condition nécessaire mais non suffisante façon aux situations rencontrées. Leur réussite tient à la possibilité d'une autonomie matérielle, et d'un étayage social et culturel adapté aux personnes.
L'organisation du soin de premier recours mis en place ici permet d'orienter vers les systèmes de droit commun, notamment du fait de la formation des professionnels sur cette thématique. Mais elle permet surtout de faire une évaluation globale de la situation des personnes, et de construire avec elles, à leur rythme, et selon les modalités qui leur conviennent les étayages efficaces dans leur système de relations, en intégrant les déterminants sociaux propres à leur vie. Lorsque cette adaptation à la singularité de chaque situation est absente, on voit malheureusement que l'intervention en soin de premier recours est plus limitée.

Cette autonomie matérielle est conditionnées dans un système de valeurs où la condition des femmes est discriminée sur de nombreux plans.
D'abord une répartition genrée du travail. Pour une grande part de la société, les femmes sont dévolues au travail domestique, essentiellement non rémunéré. Elles ont de fait un accès restreint aux revenus du travail, ou dans des emplois moins bien payés, et ont moins accès aux postes les mieux valorisés (source Insee (49)).
De plus, le Haut Conseil de la Famille a estimé en 2014 que le taux de pensions alimentaires non versées ou partiellement versées est de 30 à 40 %. Le recouvrement de celles-ci étant à la charge de

la mère (la plupart du temps en charge des familles monoparentales), avec les complexités juridiques qui vont avec, c'est une cause structurelle de non-recours. L'accompagnement social aide à le dépasser, mais n'en traite pas la cause.

Ensuite, il existe une difficulté structurelle pour les femmes victimes de violence de faire valoir leurs droits. Les dispositifs de plainte sont contraignants, et l'accueil des victimes est parfois une double peine, comme l'ont montré des initiatives comme celle du Groupe F (50) L'image sociale culpabilisante des victimes et les codes moraux qui défendent les hommes dans leur droit à exploiter les femmes sont un des ressorts qui dissuade plus largement le recours au droit face à ces violences.
Il en résulte que sur les 213 000 femmes majeures qui déclarent avoir été victimes de violence, physique et/ou sexuelle en 2018, dont plus de 100 000 par leur conjoint, moins de 20 % a porté plainte. Il y a eu environ 17 800 condamnations.

Du côté des victimes de violences sexuelles, 94 000 femmes déclarent avoir été victime de viol ou de tentative de viol en 2018. 10 % déclarent avoir porté plainte. Seulement 5 770 auteurs ont été condamnés sur la même période.

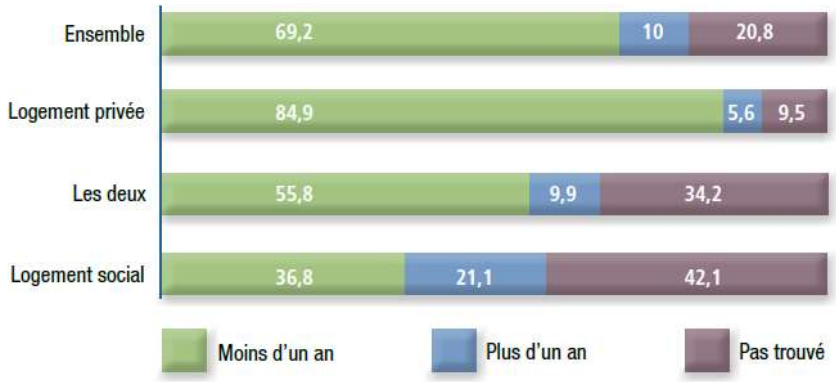
À cela se croisent les autres formes de discrimination. Dans les trois exemples cités, les deux femmes qui ont porté plainte sont celles qui ont un étayage social efficace. La première des trois n'a pas porté plainte car elle n'en a pas tant, mais surtout car elle est étrangère en situation irrégulière. Nous diront un mot de ce phénomène de cumul des facteurs de discrimination juste après.
Ces chiffres viennent illustrer que pour les violences de genre, comme ailleurs, les accompagnements mis en place auprès des personnes pour agir sur les déterminants de leur santé en soin de premier recours, s'ils existent effectivement, sont limités par des contraintes macroscopiques qui dépendent d'un niveau d'action à une autre échelle.

Le même exposé pourrait être fait pour la question de l'accès au droit des étrangers en attente de titre de séjour.
Ce qu'il est intéressant de voir ici, c'est à quel point ces freins macroscopiques d'un côté limitent la capacité d'un accompagnement en premier recours, même de qualité, à aboutir, mais constitue également un levier structurel du non-recours à ces accompagnements.
A quoi bon porter plainte si c'est pour risquer d'essuyer un refus, voire une humiliation de plus, que la procédure n'aboutisse pas, et au risque de représailles de la part de l'auteur des violences ?
Ce non-recours finit par toucher autant les professionnels que les victimes, découragés qu'ils sont d'entreprendre des démarches de plus en plus laborieuses, et potentiellement inefficaces. Ce non-recours de la part des professionnels nuit pourtant grandement à la pérennité des dispositifs de droit commun, qu'il faut plutôt défendre et revaloriser.

4.3) La question des discriminations : un exemple à travers l'accès au logement

La question du logement est une thématique dans laquelle il est facile de montrer la complexité systémique des différents déterminants sociaux. Une enquête nommée « Accès au droit » et menée en 2016 pour le Défenseur des Droits (51) étudie un échantillon de 1208 personnes ayant cherché un logement à louer dans les cinq dernières années.
Les résultats montrent d'abord qu'il est deux fois plus facile de trouver un logement privé qu'un logement social. Perte de chance pour les personnes qui ne remplissent pas les conditions exigées par les propriétaires privées, comme c'est le cas des personnes de notre cohorte, premier niveau de discrimination.

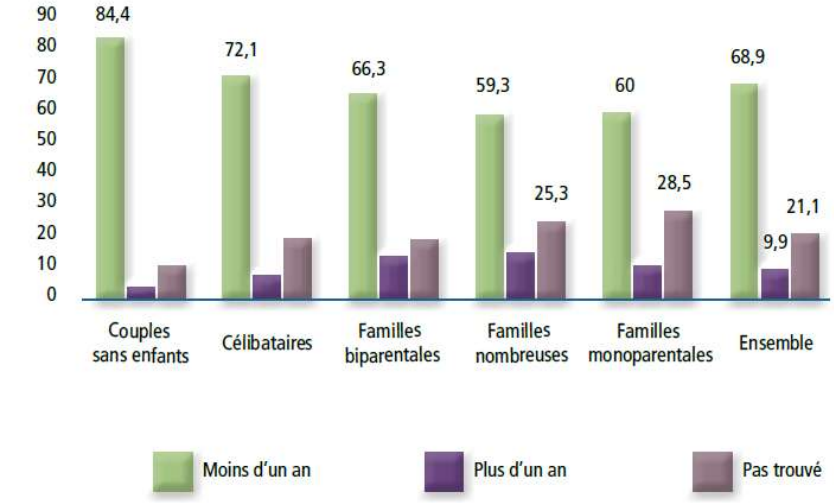
Graphique 4 :
Issue de la recherche selon le secteur locatif (en %)



Champ : Personnes ayant cherché un logement dans les cinq dernières années parmi les 18-79 ans résidant en France métropolitaine (n = 1 208).
Lecture : Parmi les personnes âgées de 18 à 79 ans cherchant un logement à louer dans les cinq années précédentes, 69,2 % ont trouvé à louer en moins d'un an, 10 % ont mis au moins un an avant de trouver et 20,8 % n'ont pas trouvé de logement à louer. 84,9 % des recherches de logement à louer initiées dans le secteur du logement privé débouchent en moins d'un an.
Source : Enquête « Accès aux droits », Défenseur des droits, 2016.

Si l'on se penche sur le profil des personnes de l'étude, notamment le schéma familial, il se trouve que les familles nombreuses ou monoparentales trouvent beaucoup moins que les célibataire ou les couples. Deuxième niveau de discrimination.

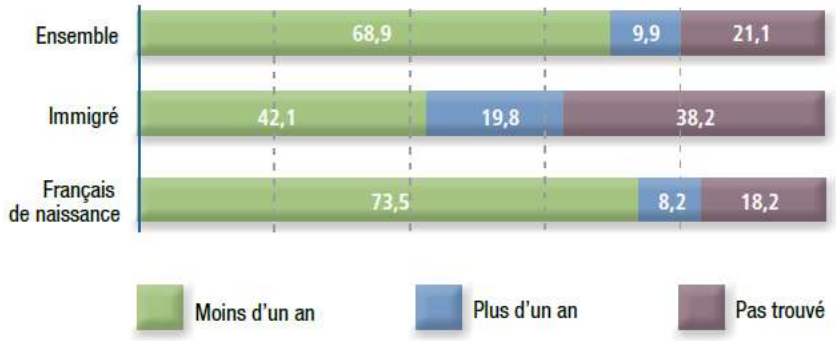
Graphique 5 :
Délai d'accès au logement et issue de la recherche selon la situation familiale (en %)



Champ : Personnes ayant cherché un logement dans les cinq dernières années parmi les 18-79 ans résidant en France métropolitaine (n = 1 208).
Lecture : Parmi les personnes âgées de 18 à 79 ans cherchant un logement à louer dans les cinq années précédentes, 84,4 % des personnes appartenant à un couple sans enfant ont trouvé à louer en moins d'un an, alors que c'est le cas de 68,9 % des 18-79 ans en moyenne.
Source : Enquête « Accès aux droits », Défenseur des droits, 2016.

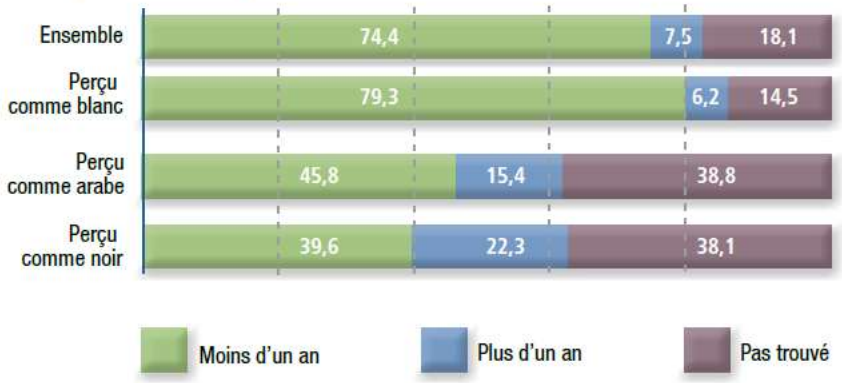
Ensuite sur l'accès au logement en fonction du lien à la migration, ou de la façon dont on est perçu comme appartenant à une communauté, on peut voir qu'il existe là encore un facteur de discrimination qui crée une différence d'accès qui va presque du simple au double.

Graphique 6 :
Délai d'accès au logement et issue de la recherche selon le lien à la migration (en %)



Champ : Personnes ayant cherché un logement dans les cinq dernières années parmi les 18-79 ans résidant en France métropolitaine (n = 1 208).
Lecture : Parmi les personnes âgées de 18 à 79 ans cherchant un logement à louer dans les cinq années précédentes, 68,9 % ont trouvé à louer en moins d'un an, 10 % ont mis au moins un an avant de trouver et 21 % n'ont pas trouvé de logement à louer. 38,2% des immigrés n'ont pas trouvé de logement.
Source : Enquête « Accès aux droits », Défenseur des droits, 2016.

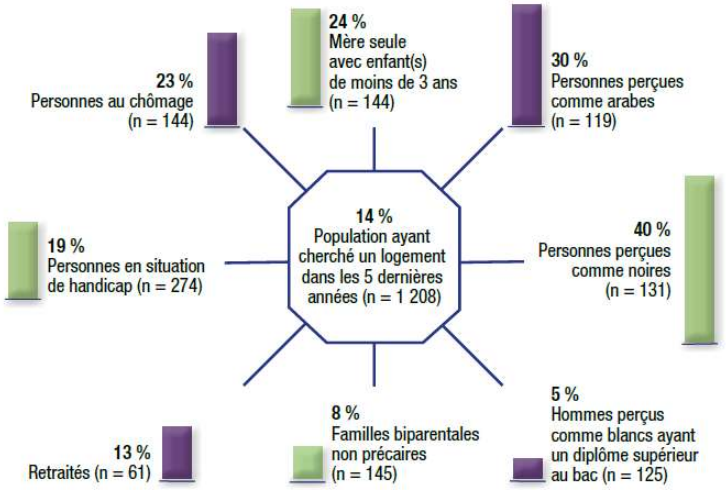
Graphique 7 :
Délai d'accès au logement et issue de la recherche selon le fait d'être perçu comme blanc, noir ou arabe (en %)



Champ : Personnes ayant cherché un logement dans les cinq dernières années parmi les 18-79 ans résidant en France métropolitaine (n = 1 208).
Lecture : 74,4 % des personnes âgées de 18 à 79 ans cherchant un logement à louer dans les cinq années précédentes ont trouvé ce logement en moins d'un an, contre 45,8 % des personnes qui pensent être perçues comme arabes et ont le même âge.
Source : Enquête « Accès aux droits », Défenseur des droits, 2016.

Ainsi, le rapport du Défenseur des Droits met en avant que « *Être immigré, être perçu comme noir ou arabe, ne pas être en activité, connaître des difficultés financières, ne pas pouvoir se tourner vers son entourage pour être aidé, être handicapé ou encore être parent isolé, sont autant de caractéristiques associées au fait d'avoir connu une expérience de discrimination dans la recherche d'un logement à louer. Des taux de discrimination déclarée très élevés pour certains profils font ressortir une surexposition associée à certaines de ces caractéristiques qui peuvent produire des effets en elles-mêmes, ou combinées avec d'autres.* » (51)

Graphique 11 :
Taux d'expériences de discrimination dans le logement pour différents groupes sociaux parmi les personnes ayant cherché un logement à louer dans les cinq années précédant l'enquête

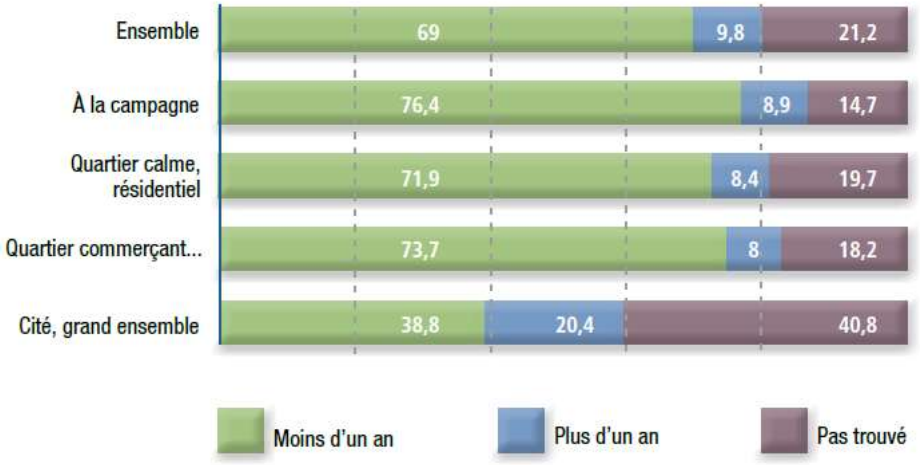


Champ : Personnes âgées de 18 à 79 ans, résidant en France métropolitaine, ayant cherché un logement à louer dans les cinq années précédant l'enquête (n = 1 208).
Source : Enquête « Accès aux droits », Défenseur des droits, 2016.

On voit ici que le fait qu'une femme seule avec un ou des enfants en bas âge a presque 5 fois plus de chance de subir une discrimination dans l'accès au logement qu'un homme perçu comme blanc et ayant un diplôme, et une personne perçue comme noire 8 fois plus.
Ces discrimination produisent donc un accès inégal au logement qui se fait au détriment des plus vulnérable, c'est-à-dire celles et ceux qui pourtant auraient le plus besoin d'un lieu refuge pour améliorer leurs conditions de vie. Ce sont les personnes que l'on retrouve au sein de notre cohorte.

Pour comprendre comment ces discriminations s'imbriquent et se cumulent, il nous faut parler ici de le concept d'intersectionnalité. Introduit à la fin du XXe siècle pas les courants afroféministes, et proposée par la juriste états-unienne Kimberlé Williams Crenshaws, il nomme le fait de subir simultanément plusieurs formes de domination ou de discrimination. Initialement pensé pour les femmes noires qui subissent à la fois le racisme et le sexisme, ce concept peut se décliner sur toutes les autres formes de discriminations, ce qui est particulièrement bien illustré ici. Non seulement les discriminations se cumulent, mais elles se potentialisent.
Le graphique qui l'illustre le mieux est peut-être celui des taux d'accès au logement en fonction du lieu de résidence. Les personnes vivant en cité ou dans un grand ensemble sont plus souvent qu'ailleurs des personnes racisées, des familles nombreuses parfois monoparentales, et ayant peu de ressources financières. Le cumule de ces facteurs de discrimination produit une fracture très nette entre les personnes vivant en cité ou dans les grands ensembles et le reste de la population. Ces personnes trouveront moitié moins de solution de relogement dans l'année de leur recherche, et 40 % d'entre eux ne trouveront pas de solution de relogement du tout au bout de 5 années. C'est deux fois plus que pour le reste de la population.

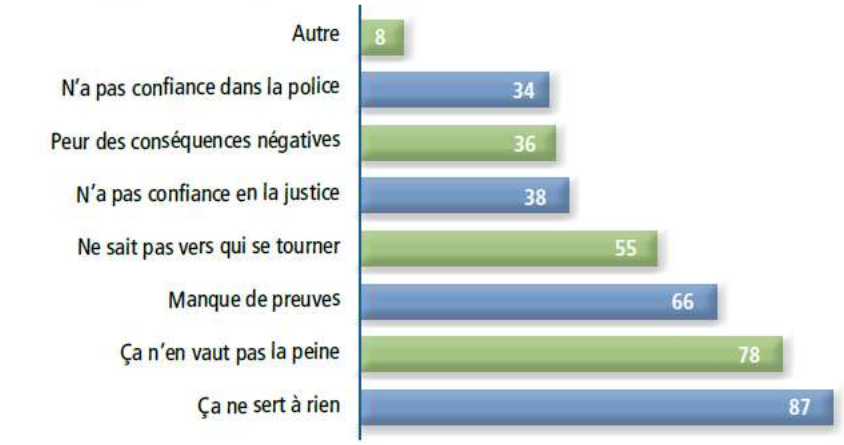
Graphique 9 :
Délai d'accès au logement et issue de la recherche selon l'environnement du lieu de résidence (en %)



Champ : Personnes ayant cherché un logement dans les cinq dernières années parmi les 18-79 ans résidant en France métropolitaine (n = 1 208).
Lecture : 38,8 % des personnes résidant en cité ont trouvé un logement en moins d'une année ; c'est le cas de 76,4 % des personnes vivant à la campagne.
Source : Enquête « Accès aux droits », Défenseur des droits, 2016.

Toujours dans le même rapport du Défenseur de Droit, il est rapporté que le nombre de recours pour faire valoir ses droits face à une discrimination dans l'accès au logement est de seulement 11 %, pour les raisons cités dans le graphique suivant :

Graphique 12 :
Raisons du non-recours à des démarches en cas de discriminations dans le logement (en %)



Plusieurs réponses possibles.
Champ : Personnes n'ayant pas entamé de démarches pour faire reconnaître une discrimination vécue dans leur recherche de logement (n = 153).
Source : Enquête « Accès aux droits », Défenseur des droits, 2016.

Ici, comme face aux violences de genre, le manque de recours contre ces discriminations contribue à les entretenir. D'un côté le découragement des personnes d'avoir recours à leur droit crée ce non-recours, et de l'autre ce non-recours crée entraîne une impunité des discriminations, ce qui contribue à les perpétuer. Pour cette raison, même si le recours au droit commun n'aboutit pas toujours, il est essentiel de l'encourager.

La présente enquête, associée aux chiffres de manque structurel massif de logements sociaux vu précédemment, pose une réponse alors tout à fait nuancée à notre problématique, du moins sur la question du logement.

Nous avons vu qu'au sein de notre cohorte, 19 personnes ont présenté des problèmes de santé en lien avec leur logement. Toutes sont éligibles au logement social, sauf les personnes sans titre de séjour, et vivent de fait dans un logement en cité ou dans un grand ensemble dégradé.
Sur ce 19 personnes :
- Toutes vivent en cité ou dans un grand ensemble ;
- 4 sont dans des démarches pour obtenir un droit au séjour et n'ont pas de droit au logement social (et pas plus de place en CADA pour les demandeurs d'asile) ;
- 6 cherchent un logement autonome pour fuir des violences de genre, donc pour des femmes seules, parfois avec enfant ;
- 7 ont fait une demande de relogement en logement social, de même que les plus de 77 000 autres personnes de la métropole.
Ce sont donc 16 personnes sur 19 (l'une est comptée dans deux catégories) qui cherchent un recours dans un système où elles cumulent tous les facteurs de discrimination, risquant d'être les dernières à obtenir leur droit, et dans un contexte de carence structurelle massive de réponse à leur besoin.
En ce sens, ici, nous pouvons apporter deux niveaux de réponse à la question « peut-on agir sur les déterminants sociaux de la santé en soin de premier recours ? » À un niveau intermédiaire oui, il est possible d'y apporter une réponse, comme de faire les démarches pour obtenir ses droits, mais structurellement la réponse est non.

Discussion

1) Discussion générale sur les résultats

Notre problématique de recherche était de savoir s'il est possible d'agir sur des déterminants sociaux de la santé en soin de premier recours. La revue de l'ensemble de nos résultats, tirés de l'analyse rétrospective du parcours de soin d'une cohorte de 37 patients suivis en centre de santé communautaire, dégage de nombreuses actions mises en place à ce niveau d'échelle.
Ces accompagnements peuvent sembler au premier abord un travail relativement éloigné du soin de médecine générale classique, puisqu'ils reposent beaucoup sur du travail social (orientation vers l'emploi, les droits sociaux, des démarches juridiques ou administratives, recours à des dispositifs d'aide sociale, etc.), et d'orientation (77 partenaires et institutions différentes sur l'ensemble de la cohorte). Pour autant, en prenant le temps de détailler les enjeux de santé des dynamiques sociales dans chacune des thématiques, il est clair qu'il s'agit là d'enjeux de santé.
Le choix d'élargir la problématique sur la question du soin de premier recours, et non exclusivement sur la question de la pratique en médecine générale n'est pas anodin. En effet, par notre connaissance de la pratique, de la littérature sur le sujet, des études présentées dans ce travail (notamment celle de la Drees (18)), et d'après nos résultats, il est assez clair que si une action est possible pour prendre en compte les déterminants sociaux en médecine générale c'est dans un approche collective de la prise en charge.
Notre revue de la problématique des déterminants sociaux montre à quel point le problème est trop vaste pour qu'une seule profession s'y attelle seule. Le sens de notre travail était surtout de voir si le médecin généraliste pouvait articuler à son champ de compétence les conditions nécessaires pour que soit pris en compte la causes radicales des problèmes de santé des personnes. Pour remplir cette conditions, nous verrons qu'il ne faut pas que la médecine générale se rendre responsable, ou se penser compétente pour agir sur l'ensemble de ce qui détermine la santé des personnes, mais bien travailler en réseau. Si ce travail peut sembler une charge supplémentaire hors du champ de compétence de notre spécialité, nous pensons qu'il est au contraire le meilleur moyen de répondre aux besoins des patients, tout en permettant au médecine généraliste de se concentrer sur son champ de compétence propre.

1.1) Réponse aux objectifs

Objectif principal
Notre objectif principal était de documenter dans les parcours de soin de patients la présence et la nature des accompagnements permettant d'agir sur les déterminants sociaux de la santé, tels que définis en amont. Sur notre cohorte de 37 personnes suivies en 2019 dans un centre de santé communautaire, nous avons pu les faire ressortir sur au moins huit des douze catégories retenues.
Au sein de ces catégories, à chaque fois qu'un élément était identifié comme problématique et impactant la santé des personnes, une action était proposée.
Ces actions relèvent pour la plupart de deux niveaux :
- l'organisation de l'offre de soin au sein du centre de santé et sur le territoire, en lien avec les partenaires compétents ;
- le recours aux dispositifs de droit commun.

Notre méthodologie qualitative a permis de recenser ces actions entreprises dans les parcours de soin, mais elle ne permet pas d'évaluer leur efficacité. Ça n'était pas notre objectif.

Cependant, nous les avons confrontées aux recommandations nationales et internationales sur le sujet, et les actions proposées vont effectivement dans le sens de celles-ci. Cette concordance nous permet au moins de valider leur pertinence de ce point de vue.
Un travail complémentaire permettant de dégager des critères d'évaluation quantitatifs de leur efficacité pourrait être mené à partir de de la littérature pertinente sur le sujet et de nos données, ou d'une autre cohorte. Cette perspective n'a pas été exploitée ici.

Objectifs secondaires
- *Interdisciplinarité*
L'interdisciplinarité a pu être évaluée par le nombre de professionnels intervenant dans chacun des parcours de soin, puis au total sur la cohorte ainsi que la variété de ceux-ci. Ces éléments se trouvent dans les tableaux en annexe 6 ainsi que dans l'annexe 8 pour le total.
Ce recensement a été laborieux, et à vrai dire ne nous semble pas réalisable de façon précise. De nombreux partenaires par exemple travaillent en équipe, ne serait-ce qu'à l'hôpital ou à la PMI. Décompter chacun des intervenants dans tous les dossiers sur la seule base des dossiers médicaux n'est pas réaliste, puisque tous ne sont pas tracés.
D'autre part, certains choix arbitraires ont dû être faits. Par exemple l'accueil au centre de santé étant un élément important des parcours de soin, il a été compté l'intervention d'un accueillant dans tous les dossiers. Ces accueillants sont parfois des soignants qui interviennent à un autre titre dans le parcours de soin, et sont alors comptés une deuxième fois (IDE ou médiatrice par exemple) dans leur rôle de soignant. Ce choix, s'il se justifie, est discutable.
Autre exemple, le gestionnaire du centre de santé a un rôle structurant pour l'ensemble de la pratique, et contribue par son travail aux conditions de faisabilité des parcours de soin. Il n'a pourtant pas été compté comme un professionnel intervenant dans le parcours de soin des patients, parce qu'il n'est pas en contact direct avec eux dans cette fonction-là (sauf exception). Mais il intervient aussi comme accueillant. Ce choix encore se justifie, et reste discutable.

Quoi qu'il en soit, notre connaissance assez précise du fonctionnement des parcours de soin et des personnes concernées nous a permis d'évaluer l'interdisciplinarité avec une marge d'erreur raisonnable. L'importance de ce résultat est de dégager un ordre de grandeur, qui lui est fiable. Nos résultats permettent donc de conclure que les parcours de soin proposés sont de fait pluridisciplinaires. Le nombre d'intervenants est important à la fois dans la quantité (7,2 en moyenne par dossier) et dans la qualité des intervenants (au moins 73 professionnels différents sur la cohorte, sur l'ensemble des catégories envisagées). La liste est disponible en annexe 8.
Nous en concluons que l'interdisciplinarité est une condition de la faisabilité des parcours de soin décrits ici, condition favorable à une action globale sur les déterminants sociaux de la santé.

- *Intersectorialité*
L'intersectorialité des parcours tient au nombre de catégories de déterminants sociaux différents intégrés dans chacun des parcours (3,8 en moyenne), ainsi qu'aux orientations vers des partenaires compétants dans chacun des champs du social envisagé. Cette intersectorialité s'exprime aussi dans le chiffre moyen de 4,6 partenaires ou institutions en lien avec le centre de santé par dossier. Le recensement de ceux-ci, que l'on trouve dans les tableaux en annexe 6 et 7, et dans le glossaire en annexe 9, en décompte un total de 77 sur la cohorte.
Le décompte a là aussi été laborieux, et pour certains dossiers il existe également une marge d'erreur, mais l'ordre de grandeur est le bon. De plus, le tableau récapitulatif rend compte de la réalité du travail partenarial nécessaire pour permettre les accompagnements décrits.
La variété des partenaires intervenant dans chaque accompagnement est un argument de plus pour voir que l'approche sectorielle ne rend pas bien compte des réels leviers d'action permettant de

débloquer les parcours de soin, puisque souvent c'est la synergie de plusieurs d'entre eux qui opère. La reconstitution plus transversale des parcours de soin le montre mieux.

- *Limites macroscopiques*
La question des limites macroscopiques a été abordée dans presque chacune des thématiques décrites au fil de nos résultats. Nous avons vu que la plupart des accompagnements proposés permettent d'agir à un niveau micro-social, mais que souvent ces actions trouvent des freins pour résoudre la dynamique structurelle qui impacte les individus. Cette double lecture de l'action sur les déterminants sociaux pointe une des limites de notre approche en silos, catégorie par catégorie, puisque celle-ci ne rend pas compte de la complexité de ce qui impacte la vie des personnes au niveau social. Il faut alors envisager deux niveaux de réponse à notre problématique, nous le développerons juste après.

- *Place de la dynamique communautaire*
Enfin, sur la place de la dynamique communautaire, notre méthodologie n'ayant prévu aucun critère de jugement, et n'ayant pas proposé de définition de celle-ci en amont, elle ne ressort que peu dans nos résultats. Cela ne veut pas dire pour autant qu'elle ne soit pas présente, mais plutôt que la méthodologie et le recueil de données n'étaient pas adaptés pour la rendre visible.
Nous voyons quand même plusieurs points qui permettent de l'observer, et qui méritent d'être soulignés ici à la lumière de notre connaissance du terrain d'étude.

D'abord l'importance de la médiation en santé, que l'on retrouve comme élément déterminant dans 22 des 37 parcours de soin analysés. Le choix d'intégrer à la pratique un médiateur et une médiatrice issues des deux principales communautés du quartier reflète ce choix d'une dynamique communautaire. Elle est pertinente puisqu'on la retrouve comme levier efficace dans les parcours de soin.
Ensuite, il est notable de voir à quel point les principaux motifs pour lesquels les patients ont été discutés en RCP sur l'année 2019 reflètent les compétences des professionnels du centre de santé.
Ils reflètent aussi des problématiques très présentes au sein du quartier étudié :
- violences de genre ;
- parentalité et situation familiale complexe ;
- approche globale d'un suivi orthophonique ;
- situations médicales complexes ;
- accès aux droits et au soin pour les étrangers ;
- addictologie.

Cette classification permet là aussi de mettre en avant un aspect de la dynamique communautaire : la relation dialectique entre les besoins des usagers et l'offre de soin proposée, qui s'influencent réciproquement.
Par exemple l'accompagnement des violences de genre est la réponse à un besoin sinon exprimé, du moins observé sur le terrain. Après un an de pratique l'équipe ayant observé que les violences de genre représentent un motif récurrent qui émerge en consultation, le choix a été fait d'effectuer une formation de l'ensemble de l'équipe sur la question auprès de SOS femmes. Cette formation a permis d'augmenter les compétences, la capacité de repérer, dépister, accompagner les victimes de violence, de façon adaptée aux besoins des usagères. Elle a aussi permis d'étoffer le réseau de partenaires et donc le solutions apportées. C'est ce qui produit une sur-incidence de cette problématique dans les motifs de RCP, reflet de la pratique au centre de santé.
De même pour l'orthophonie ou les accompagnements familiaux complexes, les ressources allouées sont le fruit d'un constat de terrain sur les besoins exprimés par les personnes du quartier : embauche d'une deuxième orthophoniste par exemple, mais également le travail partenarial avec les

écoles et les structures d'accompagnement de la petite enfance, création d'un atelier parent enfant sur le langage, etc.
L'accès au droit pour les étrangers et l'addictologie sont des thématiques qui dépendent là encore des parcours des soignants avant l'ouverture du centre, et qui d'une certaine façon contribuent à les avoir orienté vers ce lieu d'exercice. Ce qui concorde avec les besoins des personnes qui s'y trouvent.
Ces tropismes communs entre milieu soignant et usagers est une condition favorable à la construction de parcours de soin adaptés par et pour les usagers, dans une dynamique communautaire. Si ce travail ne permet pas vraiment d'en dégager les mécanismes et les enjeux, il permet au moins de l'observer.

Enfin une dernière donnée qui fait émerger la question de la dynamique communautaire est la place des ateliers collectifs au sein des parcours de soin. Nous les avons retrouvés chez cinq patients. Ces ateliers collectifs sont construits avec et pour les usagères et usagers en fonction de leurs besoins. Ils permettent à la fois une action de prévention et d'éducation à la santé, ainsi qu'un transfert de compétences et de savoirs qui correspondent à une dynamique d'empowerment. Nous y reviendrons à la fin de ce travail. Le point le plus intéressant est peut-être que ces ateliers permettent une action thérapeutique qui n'est pas proposée ailleurs dans l'offre de soin.

1.2) Limites

1.2.1) Des catégories absentes dans nos résultats

La principale limite de notre étude, en tout cas la plus visible, est que sur les douze catégories de déterminants sociaux proposées, des éléments ont été recueillis dans les parcours de soin des personnes de notre cohorte dans seulement huit d'entre elles.
Les quatre catégories absentes sont :
- politiques économiques ;
- environnement ;
- éducation à la santé, prévention et évaluation d'impact ;
- rapport au politique et dynamique communautaire.

D'après nous, cela ne remet pas en question la pertinence de ces catégories en tant qu'elles déterminent la santé des personnes. Nous l'avons vu dans les principaux rapports nationaux et internationaux sur le sujet, ainsi qu'avec notre revue narrative de la littérature faite auparavant, les arguments en faveur de l'impact de chacune des douze catégories sur la santé sont solides.
Ce résultat vient plutôt questionner la façon de répondre à notre problématique sur les 4 catégories restantes. Soit notre méthode de recherche n'est pas pertinente pour faire ressortir ces déterminants sociaux, soit la réponse à notre problématique est que le soin de premier recours n'a pas la capacité d'agir directement sur ces catégories. D'après nous, la réponse est en partie les deux.

Politiques économiques
Nous avons pu faire le lien entre la catégorie « emploi, revenu et protection sociale » et la catégorie « politiques économiques » dans le paragraphe 3.4 de nos résultats, et voir comment celle-ci a un impact indirect sur la santé des personnes. Ce que nous en avons rendu visible permet de dire que l'échelle d'action du soin de premier recours, en tout cas dans la forme de centre de santé envisagé dans notre étude, n'est pas la bonne échelle d'action sur les politiques économiques.

Environnement

Concernant la catégorie « environnement », nous avons vu que les éléments de l'environnement impactant la santé sont assez vagues, ou touchent à des sujets également plus éloignés des problématiques du soin de premier recours :

- *impact de l'industrie en terme de pollution* (3) ;
- *bénéficier d'un écosystème stable* (5) ;
- *un environnement salubre* (11) ;
- *Vivre dans un environnement social et physique sain* (16).

Nous avons vu avec les modèles de l'épidémiologie éco-sociale (notamment chez McMichael (52,53)) comment il est nécessaire de réinscrire les déterminants sociaux de la santé humaine au sein de la biosphère, notamment dans un monde où les changements bioclimatiques et des écosystèmes s'accélèrent. La récente pandémie de coronavirus n'est qu'un argument de plus en ce sens.

Pour autant, les impacts de l'environnement au sens écologique du terme sur la santé ne ressortent pas dans notre étude. Il est probable que ces préoccupations soient trop distantes, dans la chaîne des causes, des moyens d'action du soin de premier recours tel qu'étudié ici, et que des éléments de vie ayant un impact plus direct sur la santé les rendent invisible.

Par exemple, si des problèmes d'accès à l'eau s'étaient présentés, le lien entre environnement et santé aurait été beaucoup plus problématique, et donc plus visible. Cependant, cette problématique rejoindrait également la catégorie « alimentation, nutrition et accès à l'eau », ce qui montre encore une fois la porosité de notre découpage.

Éducation à la santé, prévention et évaluation d'impact

Cette catégorie ne ressort pas non plus clairement dans les accompagnements. La principale raison nous semble que la méthodologie n'était pas adaptée, puisque les éléments tracés dans les dossiers sur ces questions sont beaucoup trop transversaux, ou peu tracés. Il est possible que nous soyons passé à côté, ou que les faire ressortir eut demandé un travail trop important pour le justifier point par point, trop laborieux, et trop subjectif. Nous ne sommes pas parvenus à le faire. Nous pouvons quand même en dire deux mots en détaillant les recommandations sur le sujet.

Sur « *une éducation concernant les problèmes de santé qui se posent ainsi que les méthodes de prévention et de lutte qui leur sont applicables* » (3), ce travail est fait sur plusieurs niveaux.

D'abord au sein des consultations en tout genre. Le temps long déjà décrit permet de prendre un temps d'éducation pendant les consultations, lorsqu'il est nécessaire. Des consultations dédiées à l'éducation thérapeutique avec Asalée, ou des consultations en binôme avec de la médiation sont aussi des espaces dédiés.

Ensuite les ateliers collectifs sont aussi des outils de transmission de connaissances et d'actions préventives importants entre les soignants et les usagers.

L'orientation vers d'autres partenaires dont c'est la compétence spécifique est une autre façon encore de le faire : santé croisée pour le diététique, la PMI sur la petite enfance, etc.

Ensuite, un autre aspect qui ne les rend pas visible est qu'il s'agit d'une considération très présente chez les professionnels de santé, mais pas toujours chez les usagers. La demande d'éducation à la santé, et de prévention n'est pas très présente dans la culture du soin en France. Elle ne ressort donc pas souvent spontanément comme une demande expresse en consultation si elle n'est pas amenée par les professionnels.

Le deuxième point concerne l'éducation et l'information des professionnels sur les déterminants sociaux de la santé :

- *renforcer les connaissances des personnels de santé sur les déterminants sociaux de la santé (11)*;

- *meilleure diffusion et information sur les modèles des déterminants sociaux de la santé (17)*;
- *mieux former les acteurs et responsables politiques et les professionnels aux déterminants sociaux de la santé ; développer leur capacité d'influer dessus (11).*

Si notre méthodologie ne permet pas de le faire ressortir, il n'en reste pas moins que la façon dont le centre de santé a été conçu est le fruit d'une plus grande connaissance des soignants sur ces thématiques.
L'exemple de l'accompagnement des violences de genre dans nos résultats l'exprime assez bien. Le fait que l'équipe se soit formée à l'accompagnement de ces problématiques renforce la connaissance des étayages nécessaires, et de l'importance de déterminants comme la sécurité matérielle et l'environnement social. La compréhension du rôle de ces déterminants sociaux permet de mieux les mobiliser pour fabriquer des accompagnements plus adaptés, on l'a vu à travers nos exemples.

De plus, plusieurs professionnels participent à des enseignements universitaires sur le sujet, et presque toutes les catégories de profession du centre reçoivent des stagiaires en formation. Ceci contribue à transmettre des connaissances en la matière.

Enfin, pour ce qui est des derniers points :
- *mesurer le problème, l'analyser et évaluer l'efficacité de l'action (11);*
- *produire des outils de mesure appropriés pour mesurer et surveiller les inégalités, leurs progression et l'avancée des objectifs (15) ;*
- *se donner les moyens d'évaluer l'impact de ces politiques de santé (13).*

Ce travail fait également partie des missions du centre de santé, mais ne ressort pas du fait que notre méthodologie se concentre sur les parcours de soin individuels des patients.
Les informations recueillies dans le dossier médical informatisé sont un premier élément permettant de mesurer et d'évaluer certaines données. Pour ce qui est de l'impact des politiques de santé, l'enjeu se joue à un autre niveau. Le centre, comme d'autres centres de santé communautaire, se positionne dans des travaux sur le sujet, mais nous ne les traiteront pas ici car ce n'est pas le lieu, et que notre méthodologie n'était pas adaptée.

Rapport au politique et dynamique communautaire
Nous avons dit un mot de la dynamique communautaire plus haut, et nous compléterons sur la question du rapport au politique à la fin de ce travail.

1.2.2) Déconstruire l'approche systémique… pour mieux la reconstruire

La seconde limite de notre étude est que l'approche catégorielle en silos ne permet pas de rendre la complexité des dynamiques sociales en jeu dans la santé des personnes. Dans notre travail de revue narrative sur les déterminants sociaux de la santé, nous avions conclu à la nécessité d'une approche systémique de ceux-ci. Les découper en silos, par thématique, ne rend pas toute la complexité ni des divers niveaux d'organisation du social, ni de l'interaction des différentes catégories entre elles.
Pourtant, c'est exactement ce que nous avons fait dans l'analyse des déterminants sociaux au sein de notre cohorte. Ce choix n'est pas justifié par le seul plaisir de la contradiction, mais parce que nous n'avions pas d'outil adéquat pour une analyse systémique de la pratique d'emblée. Nous avons donc pris le parti de la segmenter artificiellement pour mieux comprendre les détails de la pratique, afin de les réinscrire ensuite dans un cadre systémique plus complexe.

Les inconvénients de notre segmentation en catégories du social sont d'au moins deux sortes.

La première est de perdre le caractère systémique de l'analyse des dynamiques sociales qui déterminent la santé des individus. Nous avons tenté d'y pallier en réintroduisant une approche systémique dans 3 domaines : les violences de genre, le logement et les discriminations, ainsi que dans le domaine de l'enfance. Ces exemples peuvent et doivent permettre d'envisager une approche similaire sur l'ensemble des catégories de déterminants sociaux.
La seconde est de reproduire une subdivision qui pourrait être infinie, comme en témoignent les catégories sur « accès au soin, protection sociale et système de santé » et « sécurité, justice et lutte contre les discriminations » que nous avons redivisées. Cette atomisation prend le risque d'assimiler les qualités individuelles des personnes touchées avec la dynamique sociale qui détermine leur santé. Nous allons en dire un mot tout de suite.

Dynamique sociale n'est pas facteur de risque
Nous avons vu ailleurs que la notion de « déterminants sociaux de la santé » permet d'appréhender ce qui détermine la santé par le prisme du social. Elle ne s'oppose nullement aux déterminants biologiques, qui sont un autre niveau de lecture des mêmes dynamiques.
Si le concept apporte quelque chose de nouveau, c'est rapport à la façon dont l'épidémiologie classique modélisait les causes des maladies par « facteur de risque », sur des déterminants individuels. Nous l'avons vu à travers l'histoire de l'épidémiologie et du concept de santé global. Les déterminants sociaux de la santé viennent répondre à la question des dynamiques supra-individuelles qui influencent l'état de santé des personnes. Sans nier la notion de facteur de risque individuel, mais en y ajoutant des dynamiques propres à d'autres niveaux de structure qui évoluent, eux, dans le champ du social.
Au sein de ces champs sociaux, multiplier les sous-catégories c'est prendre le risque d'atomiser à nouveau ces dynamiques en une multitude de fragments, ce qui reproduit la confusion entre facteurs de risque et déterminants sociaux. L'approche systémique est alors utile pour mieux comprendre.

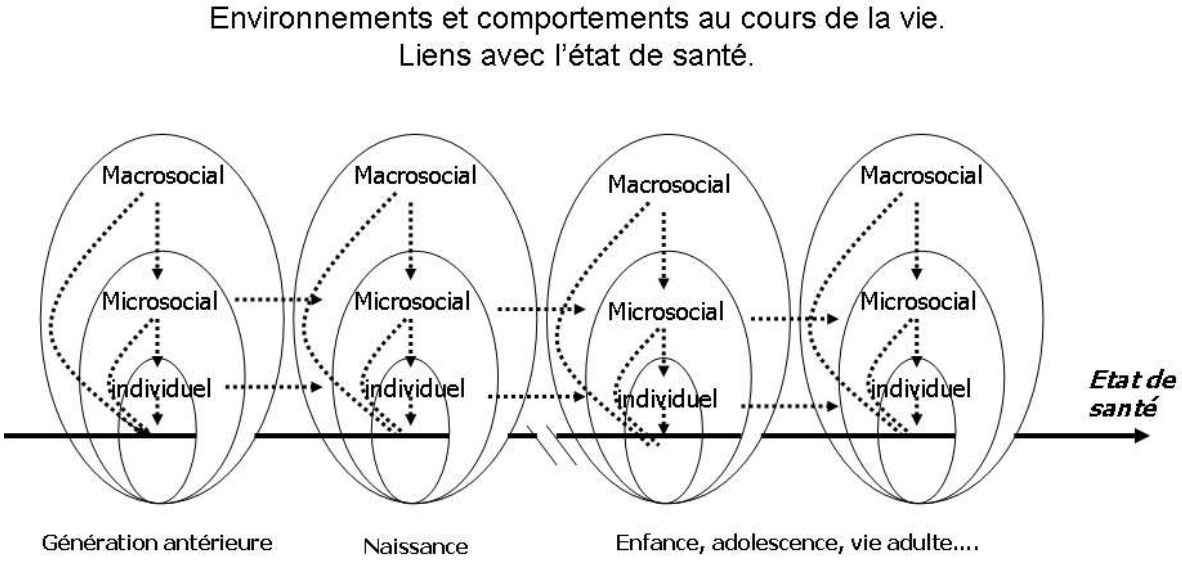
Par exemple si la pauvreté est un facteur de risque en termes de santé, elle est le produit de dynamiques sociales complexes qui s'incarnent dans un individu à un instant donné sous la forme de la pauvreté. Il en résulte une santé relativement moins bonne pour cet individu.
Les notions de genre ou d'origine géographique (ou ethno-raciale) peuvent être à cet égard plus évidentes encore, puisqu'elles peuvent être toutes les deux des « facteurs de risque ». Au sens où l'on trouve une corrélation statistique entre l'appartenance à ces catégories de genre ou d'origine, et la plus grande survenue d'événements de vie difficiles ou pathologiques. Ce ne sont pourtant pas des dynamiques sociales, mais bien des caractéristiques individuelles.
La dynamique de fond ici se joue dans la question de la discrimination et de rapports de domination. Ce qu'ont en commun les discriminations de genre, d'origine géographique, dans l'accès au droit commun, au travail, aux ressources financières, culturelles, sociales, c'est la situation de discrimination au sens premier du mot, d'avoir un traitement différencié et moins favorable par rapport à une autre catégorie privilégiée (les hommes, les autochtones en titre, etc.)
Pointer la situation de genre ou d'origine géographique comme étant le déterminant, la cause, c'est retomber dans l'atomisation individualiste, retomber dans la logique de « blâmer la victime » pour masquer les causes systémiques. C'est assimiler les personnes à « haut risque » à la dynamique qui cause ce risque.
Nous l'avons vu, il y a une cohérence plus profonde qui explique, dans le fonctionnement de la physiologie humaine comme dans celle du corps social, l'impact de ces rapports de domination sur la santé. Les modèles de l'épidémiologie sociale proposent des explications pour rendre compte de la pathogenèse des déterminants sociaux.
Par exemple dans un approche matérialiste, c'est la pauvreté relative, c'est-à-dire la répartition des richesses et la hiérarchisation des classes sociales, qui est la dynamique sociale sous-jacente.

De même que dans une approche bio-psycho-sociale l'impact de la hiérarchie et des rapports de domination au sein de la société sont des dynamiques qui influencent la santé en activant certains mécanismes physiologiques. Ce que Marmot appelle le « syndrome du statut », et donc l'impact physiopathologique peut se modéliser par des dérèglements neurologiques, métaboliques, immunologiques, dont la charge allostatique pourrait rendre compte.

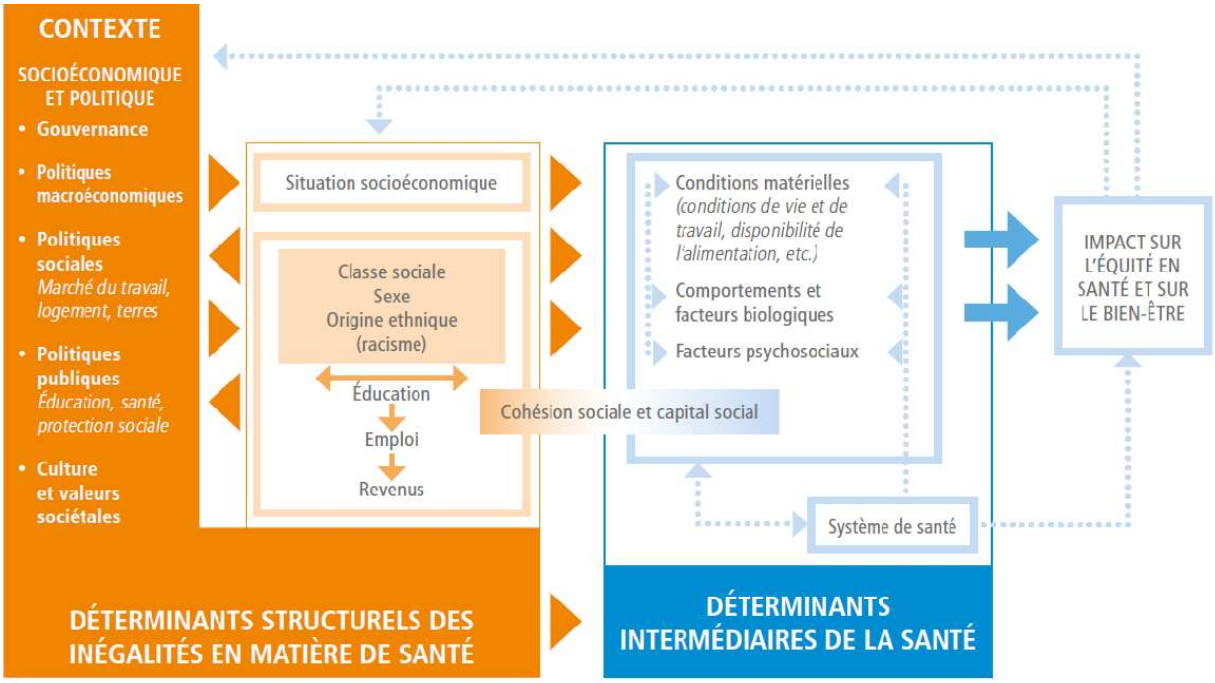
Retrouver une approche systémique

Si le découpage en silos déconstruit l'approche systémique, il aura eu au moins un intérêt : celui de ne pas répondre à la question d'une façon générale, mais de bien montrer la différence entre les différents niveaux d'analyse.

Si l'on se base sur l'organisation proposée par T. Lang et al. (54) présentée dans notre méthodologie, nous retrouvons bien au moins 3 niveaux : individuel, micro-social et macro-social.



La Commission sur les déterminants sociaux de la santé de l'OMS propose une analyse similaire, comme vue sur le schéma suivant :



Source : Solar and Irwin, 2010[6]

On parle ici de déterminants structurels pour le niveau macro-social et de déterminants intermédiaires pour le niveau micro-social. On peut aussi parler de niveau microscopique pour individuel, mésoscopique pour micro-social ou intermédiaire, et macroscopique pour structurel.

La réponse à notre problématique doit donc s'envisager sur les deux niveaux :
- Est-il possible d'agir sur les déterminants sociaux de la santé à l'échelle d'un centre de santé de premier recours, c'est-à-dire au niveau intermédiaire, ou micro-social ?
- Cette action produit-elle une action synchrone sur les déterminants sociaux de la santé aux niveaux individuel, micro-social et macro-social, c'est-à-dire à dire une action systémique ?

2) Agir sur les déterminants sociaux de la santé : deux stratégies pour deux niveaux d'action

Notre analyse qualitative rétrospective d'une cohorte de 37 patients suivis en centre de santé communautaire a permis de montrer qu'il est possible d'agir sur les déterminants sociaux de la santé en soin de premier recours, au moins pour 8 des 12 catégories définies en amont. Les 4 autres catégories ont été discutées plus haut.
Ces actions permettent une approche plus radicale, plus complexe et plus globale du soin, puisqu'elles répondent aux problèmes de santé en intégrant les causes du milieu extérieur à l'individu, son environnement social. De plus, les accompagnements envisagés œuvrent dans le sens des recommandations nationales et internationales sur le sujet, ce qui est un argument en faveur de leur pertinence. Pour autant, voyons sur lequel des deux niveaux d'action ces accompagnements sont capables de répondre à notre problématique.

Au premier niveau, les accompagnements dont rendent compte nos résultats correspondent à une action au niveau micro-social, dans le sens où elle met en jeu des acteurs sur des niveaux de structure qui dépassent le seul patient présent en consultation, mais n'impactent pas le fonctionnement social global. Cette échelle d'action est rendue possible d'abord par la connaissance de ce que sont les déterminants sociaux de la santé par les professionnels du soin de premier recours, et par l'organisation du travail qui en découle. Nous l'avons vu tout au long de nos résultats : travail pluridisciplinaire et intersectoriel, parcours de soin intégrant l'accès au soin et l'accès aux droits sociaux, temps long, médiation et interprétariat, etc.
Ce niveau d'action est pertinent, mais dépendant de limites structurelles macro-sociales sur lesquelles le soin de premier recours n'a a priori pas de prise directe. Nous avons tenté d'en rendre compte dans chacune des catégories.
Dans la grande majorité, ce niveau intermédiaire repose sur une offre publique de droits et services : structures publiques de soin (hôpital public, structure de la petite enfance, protection maladie), recours aux systèmes de protection sociale (chômage, RSA, prestation MDPH, allocations familiales, etc.), aux structures de droit commun (logement social, justice, droit de séjour, demande d'asile, etc.), ainsi qu'aux dispositifs d'assistance pour les plus démunis (aides divers de la CAF, de l'État, des collectivités, aide alimentaire, etc.).
Notre travail permet donc de montrer que l'action sur les déterminants sociaux de la santé en médecine de premier recours est intimement conditionnée à l'existence et la pérennité des structures de protection sociale et de droit commun. Le tableau des institutions et partenaires intervenant dans les parcours de soin pour chacune des catégories en rend bien compte.
Cet aspect de notre travail vient conforter les divers rapports de l'OMS, du HCSP et de l'IGAS qui mettent déjà en avant leur importance.

Pour cette raison, nous aimerions envisager ici le choix des modalités de cette offre de droits et de services comme une stratégie de santé publique.
En effet, les deux niveaux de lecture de notre problématique font ressortir deux dynamiques : celle de la prise en compte des besoins d'un cas singulier à un instant, et celle de la prise en compte des dynamiques sociales à un niveau systémique. Cette double approche qui se dégage dans l'enjeu d'agir sur les déterminants sociaux de la santé n'est pas seulement une problématique sociale ou politique. C'est également la tension à laquelle fait face l'exercice de la médecine depuis toujours : comment traiter le patient singulier qui est en face du médecin à un instant T, tout en prenant en compte les causes structurelles qui l'ont conduit à tomber malade ?

En ce sens, la réflexion médicale est pertinente pour apporter des réponses à notre problématique, et c'est en tant que stratégie de santé que nous voulons essayer d'évaluer la capacité des accompagnements proposés ici à agir sur les déterminants sociaux, et donc sur la santé, de façon systémique.

2.1) La protection sociale : stratégie populationnelle ou stratégie du haut-risque ?

Comme le rappelle Robert Castel(35), nos sociétés sont fondées sur deux systèmes de protection : la protection civile, pour les droits de personnes, et la protection sociale, contre les « *événements qui compromettent la capacité des individus à assurer eux-mêmes leur indépendance sociale* » (maladie, accident ou handicap, perte de revenu liée au chômage ou à la vieillesse).
Dans l'histoire de la pensée occidentale, cette protection sociale est assurée par la propriété privée, garante de la liberté des individus. Cette propriété étant inégalement répartie au sein des sociétés, une majorité de la population n'a alors pas de propriété suffisante pour assurer sa protection sociale. Ainsi d'après Castel, « *ces aléas de l'existence peuvent être maîtrisés parce que sociabilisables*». On ne peut les éradiquer mais on peut se protéger collectivement de leurs conséquences. C'est ce qui justifiera la création d'un système de protection sociale assurantiel et universel, véritable « *propriété sociale* » pour les personnes démunies du capital de propriété privée suffisant à se protéger contre les risques pré-cités.

Cette protection en France se construit au sortir de la deuxième guerre sur un système assurantiel universel, c'est-à-dire la protection de chacun et chacune par toutes et tous. Il se base sur l'emploi, le salaire et les cotisations sociales, dont on s'est encore rappelé récemment qu'elles « *ne sont pas des coûts ou des charges mais des biens précieux, des atouts indispensables quand le destin frappe. » (55)* Dans ce système, c'est l'emploi qui donne accès à la propriété sociale.
À partir des années 70, la mondialisation des échanges, la mise en concurrence des travailleurs dans une dynamique de marché et de concurrence internationale, et la désindustrialisation progressive accompagnant la dérégulation économique des années 80 déstabilise les conditions de l'emploi, et instaure progressivement un chômage structurel. Nous en avons vu rapidement l'impact dans nos résultats pour la catégorie « politiques économiques », et son influence sur celle de « l'emploi, du revenu et de la protection sociale ».
C'est ainsi que dans les années 90 émerge ce qu'on appellera la fracture sociale : une frange de plus en plus importante de la population n'accède pas au « marché du travail » et donc au système social assurantiel qui repose sur les cotisations. Et ce pendant que les dépenses et les besoins augmentent en proportion de la population, et qu'apparaissent de nouveaux besoins (vieillissement de la population, émergence du risque de dépendance, augmentation des dépenses de santé par augmentation des moyens, etc.). Le système de protection perd alors son caractère universel, puisque de plus en plus de personnes en sont exclues, et que certains services commencent à se retrouver en manque de moyens par rapport aux besoins.
Pour compenser l'exclusion des personnes du dispositif universel naîtront progressivement des mesures d'assistance pour qu'ils ne se retrouve pas sans aucune protection sociale : le RMI qui deviendra le RSA, l'AMD (aide médicale départementale) qui deviendra la CMU avec la loi de « lutte contre les exclusions » de 1998, ou encore l'AMG (aide médicale gratuite) qui deviendra l'AME (56)

Nos résultats ont montré que le système de protection sociale est un levier majeur pour agir sur les déterminants sociaux de la santé. C'est en ce sens que nous proposons de l'analyser ici comme un outil essentiel de l'action en santé publique. Il nous semble intéressant de mettre ce système de

protection en perspective avec la trajectoire de l'épidémiologie étudiée avant, et ses divers stratégies en terme de santé publique.

Dans un article de 1985 dont on sait l'importance pour penser la question des dynamiques sociales de santé, Geoffrey Rose pose la question de l'épidémiologie sur deux niveaux : le niveau individuel et le niveau populationnel (48)
Le premier niveau pose la question : pourquoi certains individus ont une pathologie ? C'est la question de ce qui cause un cas.
Le deuxième niveau pose la question : pourquoi certaines populations sont plus touchées que d'autres par certaines pathologies ? C'est la question de la cause des incidences.
Si on se rappelle des travaux sur la transition épidémiologique (le passage de l'ère des maladies infectieuses à l'ère des maladie chroniques), on sait que dans l'histoire de la médecine occidentale, c'est souvent l'action sur la cause des incidences, c'est-à-dire l'action sur les déterminants sociaux plutôt qu'individuels, qui a permis d'améliorer la santé des populations (57,58)
Rose explique comment ces deux niveaux de cause conditionnent deux stratégies d'action : la stratégie du « haut risque » et la stratégie « populationnelle ».
Nous aimerions amener ici l'idée que le système de protection sociale, sous sa forme assistancielle ciblée sur les individus les plus fragiles, s'apparente à une stratégie du haut-risque, tandis que la protection assurantielle universelle s'apparente à une stratégie du bas-risque, ou populationnelle.

L'avantage d'une politique populationnelle, explique Rose, est qu'elle agit sur la cause des incidences en permettant une stratégie préventive qui diminue l'exposition de l'ensemble de la population aux facteurs causaux.
En médecine, une stratégie populationnelle serait par exemple une action qui limite l'alimentation grasse et sucrée, ou qui promeut l'activité physique pour lutter contre l'incidence du diabète.
Pour la protection sociale, une stratégie populationnelle serait par exemple une protection maladie universelle et inconditionnelle commune à toute la population dans le but de lutter contre le non-recours au soin, et diminuer les pathologies liées à ce non-recours, mais également les conséquences des complexités dans le recours à des dispositifs ciblés, sous conditions, et à renouveler régulièrement.
L'inconvénient principal de ce système est qu'il apporte un bénéfice modeste à un instant T pour un individu donné, puisqu'il protège d'un risque faible. C'est le « paradoxe de la prévention » : ce qui apporte un grand bénéfice à toute une population apporte à court terme et au niveau individuel un bénéfice souvent négligeable, donc invisible. C'est la principale raison pour laquelle les individus privilégiés, les moins à risque, peinent parfois à y adhérer, voire ne consentent pas à contribuer à ce système universel. Pourtant cette *propriété sociale* est la seule protection des personnes qui n'ont pas un capital de *propriété privée* suffisante pour se protéger de façon autonome, c'est-à-dire pour l'immense majorité de la population.

À l'opposé, la stratégie du haut-risque est basée sur la mise en place d'une action ciblée sur les personnes qui ont un risque élevé, et non sur l'ensemble de la population.
En médecine, un telle stratégie serait par exemple des atelier sur l'alimentation et la diététique pour les patients diabétiques pour prévenir les complications de la maladie.
En terme de protection sociale, une stratégie du haut-risque correspond à la CMUc pour les patients sans assurance médicale complémentaire, ou au RSA pour les personnes sans revenu. Ce que nous avons identifié comme des dispositifs assistanciels.
Cette stratégie ciblée sur les personnes à haut-risque entraîne un éloignement des systèmes de protection universel. C'est l'équivalent d'une action médicale classique de prévention ciblée, ou d'action curative une fois les maladies déclarées.

Elle a l'avantage de proposer une intervention adaptée à son public, puisqu'elle vise les personnes dont le besoin n'est plus potentiel, mais avéré, avec un rapport efficience/coût élevé lorsqu'elle sont mises en place, puisque le bénéfice est direct.
Pourtant les facteurs qui mènent vers le haut-risque sont déterminés par l'organisation de l'ensemble de la société, et ne reposent pas uniquement sur les individus « à assister ». Nous l'avons vu longuement en étudiant comment les inégalités sociales se traduisent sur la santé des individus. Exactement comme la sur-incidence des maladies dans une population dépend de mécanismes collectifs autant qu'individuels.
D'un point de vue comportemental, cette stratégie est inadaptée, car elle renvoie les individus vulnérables à leurs responsabilités individuelles, les enjoignant d'agir sur les causes qui les mettent en situation d'assistance, et à retrouver dans leurs ressources propres le moyen d'en sortir. Alors même qu'ils sont en perte de ressources (financière, sociales, psychique, sanitaires).
Cette stratégie finit par produire un jugement discriminant pour les bénéficiaires, les rendant responsables de leur état. La stratégie communautaire s'inscrit à l'opposé de cette dynamique, nous le discuterons plus loin. De plus, cette discrimination est une cause structurelle de non-recours à ces dispositifs, nous le verrons.
Enfin, à l'échelle de la population cette stratégie ne propose qu'un traitement symptomatique et temporaire, et n'agit pas sur les causes qui font que les personnes deviennent à haut-risque. Il en résulte que les personnes assurées sont les moins exposées aux aléas contre lesquels ils sont couverts, alors que les plus exposées sont de moins en moins incluses dans les systèmes assurantiels.
Ainsi l'incidence des aléas sociaux risque de continuer à augmenter, rendant ces dispositifs d'assistance insuffisants s'ils ne s'accompagnent d'action sur la cause profondes de cette incidence. Sauf à augmenter toujours l'offre de service, ce qui n'est souvent pas possible avec des ressources finies.
Nous dégagerons quelques pistes pour affiner notre analyse dans les perspectives.

2.2) Les dispositifs d'assistance : une stratégie paradoxale pour agir sur les déterminants sociaux de la santé

À la lumière de ces éléments, nos travaux permettent de faire ressortir un paradoxe dans les stratégies d'action sur les déterminants sociaux de la santé. C'est que la stratégie qui permet d'agir au niveau micro-social, sur la « cause des cas », semble ne pas être la plus adaptée pour agir au niveau macro-sociale sur la « cause des incidences ». Ce paradoxe est déjà bien connu du raisonnement médical, notamment en médecine générale, où penser le bien-être du patient ne présente pas toujours les mêmes enjeux que penser le bien-être de la population.

La formule la plus à même de l'illustrer est peut-être celle d'Emmanuel Macron : *« La politique sociale regardez : on met un pognon de dingue dans les minima sociaux, les gens ils sont quand même pauvres. On en sort pas, les gens qui naissent pauvres ils restent pauvres. On doit avoir un truc qui permette au gens de s'en sortir ! »*
Pour comprendre cet apparent paradoxe, imaginons la même sentence en remplaçant les données du problème. Imaginons qu'il s'agisse de lutter contre le diabète, et remplaçons pognon par insuline, minima sociaux par traitement, et pauvre par diabétique. « *La lutte contre le diabète regardez : on met une insuline de dingue dans les traitements, les gens ils sont quand même diabétiques. On en sort pas, les gens qui naissent diabétiques ils restent diabétiques.* » Voilà reposées les données du problème de la protection sociale en termes de santé publique.
Ce que nous aimerions amener par cet exemple, c'est qu'il n'existe pas un « *truc* » qui permette de s'en sortir. L'enjeu n'est pas de se sortir de ce paradoxe, mais bien au contraire d'en accepter la

complexité afin de pouvoir la penser et la prendre en compte dans les stratégies de santé publique comme de protection sociale.
Le souci n'est pas dans la quantité des mesures sociales assistancielles, aussi indispensables que l'insuline aux diabétiques, mais dans leur incapacité à agir sur les causes structurelles. Ces mécanismes, loin d'être inutiles, ne sont simplement pas une stratégie suffisante pour lutter contre les causes radicales, macro-sociales, qui les rend nécessaires. Il faut alors y ajouter des mesures stratégiquement différentes, et complémentaires.
De même que combattre la cause des cas de diabète relève de l'insulinothérapie, l'action sur les déterminants sociaux de la santé relève du recours aux systèmes de droit commun d'offre de soin et de protection sociale, nos résultats le montrent. Pour autant, penser une action qui permette de diminuer l'incidence des facteurs sociaux sur la santé des individus nécessite d'ajouter une stratégie qui agisse sur la cause de ces facteurs.

En effet, les causes du non-accès au système d'assurance universel sont les mêmes que les causes de vulnérabilité sociale : la difficulté à accéder à l'emploi, au revenu, et à la cotisation sociale. La création de régimes d'assistance est donc un palliatif pour agir sur les conséquences de l'exclusion (de l'emploi, de la protection universelle, etc.), mais n'agit pas sur la cause qui permettrait de se réinscrire dans le système commun. Ils ne règlent donc pas les causes de la fractures sociale, qui sont également les causes des principales problématiques qui déterminent la santé des personnes comme nous l'avons vu tout au long de nos résultats (accès au logement, à l'alimentation, à l'éducation, etc.).

Ces résultats apportent donc une réponse nuancée sur la capacité de ces accompagnements à agir sur les déterminants sociaux de la santé au niveau macroscopique, puisque cette stratégie est structurellement incapable d'agir sur les causes qui amènent à y recourir, ou en tout cas ne le permet que partiellement.

Pour s'en rendre compte, nous aimerions rendre palpable au vu de nos résultats comment ces dispositifs assistanciels ciblés portent en eux deux travers qui ne permettent pas d'avoir une action systémique sur les déterminants sociaux de la santé.
Le premier qu'ils sont pourvoyeurs de non-recours, et le second qu'il renforcent les discriminations.

2.3) Comprendre les motifs du non-recours pour comprendre les limites de l'action sur les déterminants sociaux de la santé

La notion de non-recours émerge initialement sur la question des prestations sociales financières. Philippe Warin, politologue et co-fondateur de Observatoire des non-recours aux droits et services (Odenore), propose une approche élargie de ce concept : « *le non-recours renvoie à toute personne qui – en tout état de cause – ne bénéficie pas* ***d'une offre publique, de droits et de services, à laquelle elle pourrait prétendre****. »*

Si l'on considère que les structures de soin en France sont tenues par une obligation de moyen, il est légitime de penser que tous les dispositifs permettant d'améliorer la santé des personnes, y compris en agissant sur les déterminants sociaux, peuvent être considérés comme des droits et services auxquels les personnes peuvent prétendre. Y compris des services tels que l'interprétariat et la médiation en santé, qui font l'objet de référentiels de « compétence, formation et bonnes pratiques » de la Haute Autorité de Santé (59,60).
Les accompagnements mis en place pour agir sur les déterminants sociaux de la santé dans les parcours de soin étudiés au sein de notre cohorte reposent sur cette « *offre publique, de droits et de services, à laquelle elle pourrait prétendre* », nous l'avons dit plus haut.

La question du non-recours est donc un enjeu important de l'action sur les déterminants sociaux de la santé.
L'Odenore a proposé dans un document de travail de juin 2010 une typologie explicative du non-recours (61). D'après nous, elle rend visible comment ces motifs sont structurellement liés à la façon dont sont pensés les dispositifs assistanciels. La conséquence étant que ces stratégies de lutte contre les facteurs de vulnérabilité sociale ne peuvent être suffisants s'ils ne se couplent pas à d'autres stratégies.

Typologie explicative du non-recours (Odenore, 2010).

Forme 1	*Non connaissance*	Une personne éligible est en non-recours, par : > manque d'information sur son existence ou son mode d'accès > non proposition du prestataire
Forme 2	*Non demande*	Une personne éligible et informée est en non-recours car elle n'a pas demandé par choix, à cause de : > non adhésion aux principes de l'offre > intérêts divers > manque d'intérêt pour l'offre (coût/avantage) > estime de soi > alternatives ou par contrainte, à cause de : > découragement devant la complexité de l'accès > difficultés d'accessibilité (distance, mobilité) > dénigrement de son éligibilité, de ses chances ou de ses capacités > raisons financières > difficulté à exprimer des besoins > crainte d'effets induits > crainte de stigmatisation > sentiment de discrimination > dénigrement de ses capacités > perte de l'idée d'avoir (droit à) des droits
Forme 3	*Non réception*	Une personne éligible demande, mais ne reçoit rien ou que partie, car : > abandon de la demande > non adhésion à la proposition > arrangement avec le prestataire > inattention aux procédures > dysfonctionnement du service prestataire > discrimination

Dans cette typologie, les difficultés administratives, l'incapacité à entreprendre des démarches par manque de confiance en soi, les difficultés financières, le discours de stigmatisation des « assistés », les discriminations et le manque d'offre par rapport aux besoins sont les principales cause de non-recours. Ce sont aussi des caractéristiques fréquentes chez les personnes ayant recours aux dispositifs d'assistance. C'est ce qui fait que les dispositifs d'assistance sont structurellement porteurs de causes de non-recours, ce que de nombreux travaux scientifiques ont démontré (62–65).

Les chiffres du rapport d'information du comité d'évaluation des politiques publiques en faveur de l'accès aux droits sociaux le confirment (66) :
- Revenu de Solidarité Active : 36% de non-recours.
- Aide Complémentaire à la Santé : entre 57 et 70% de non-recours.
- La Couverture Maladie Universelle Complémentaire : entre 21 et 34% de non-recours.

Le site aide-sociale.fr en recense d'autres, avançant le total de 10 milliards d'euros d'aide non versée pour cause de non-recours (67) :
- La Prime d'activité : 27% de non-recours.
- Chèque direct-énergie : 20 % de non-recours en 2 ans dans le Pas-de-Calais.
- Diminution du recours aux allocations familiales de 5 % entre 2010 (83 % de recours) et 2017 (78 % de recours).

Comme l'explique le sociologue Nicolas Duvoux, le transfert d'une politique d'assurance à une politique d'assistanat ciblé ouvre les conditions d'un discours sur la traque à la fraude, et par là même un glissement où la responsabilité portée par la société est progressivement transférée sur l'«assisté», avec nombres d'effets pervers : stigmatisation de la population vulnérable, effet seuil créé par les conditions d'allocation, fracture entre les bénéficiaires et ceux qui financent (56) Cette stigmatisation est une cause structurelle de non-recours, nous l'avons vu. Elle produit le paradoxe que « *plus une société s'attache à lutter directement contre la pauvreté, moins il lui est possible d'atteindre ce but.* » (56)
Pourtant la pauvreté ne touche pas au hasard, elle est la conséquence d'un gradient social indépendant des parcours individuels, qui sont la cause de l'incidence de la vulnérabilité sociale. Selon un récent rapport de l'OCDE cité ailleurs, il faut en France environ 180 années, soit six générations pour sortir de la pauvreté (68).

L'accès au droit « commun » n'est alors plus si commun, puisqu'il existe des sous-régimes de protection qui constituent une forme d'assistance sous condition de ressource, c'est-à-dire condition de manque de ressource. C'est le cas de l'accès au logement social, à la CMU, à l'AME, à l'aide alimentaire, au RSA.

L'exemple de la CMU est éloquent en termes d'effet paradoxal. Créée à la fin des années 90, elle a vocation à lutter contre le non-recours au soin en proposant une couverture universelle d'assurance maladie pour les personnes non couvertes dans le système assurantiel (notamment du fait de la part croissante du reste à charge non remboursé par la sécurité sociale, par le dispositif de CMUc). C'est pourtant l'étiquetage spécifique des bénéficiaires, alors identifiés comme des assistés par rapports aux autres assurés, qui créera de nouvelles causes de non-recours (65,69)
Une partie par non connaissance du dispositif.
Une partie par non demande, la peur d'être stigmatisé ou les complexité administratives étant souvent les premières causes.
Une partie liée aux refus de soin, notamment de la part des médecins, rendus possible par cet étiquetage particulier des bénéficiaires. Ce qui permet de les identifier « à risque » par rapport aux autres assurés. Ces refus de soin s'apparente à la non réception de la prestation dans la classification proposée plus haut, et constitue une discrimination rendue possible par ce régime différencié de droits.

Le RSA est un autre exemple illustrant ce phénomène. Pour la politologue Nadia Okbani, spécialisée sur la question du non-recours au RSA, les causes sont multiples :
« *il ne s'agit pas seulement d'une question de méconnaissance du dispositif qui pourrait par ailleurs relever en partie de la responsabilité des institutions. Il s'agit également d'une difficulté d'identification à un public dont l'image sociale n'a cessé d'être malmenée, passant du citoyen victime de circonstances défavorables qu'il convient d'aider à s'intégrer dans la société au citoyen individuellement responsable de sa situation qui ne reprendrait pas d'emploi car il n'a pas d'intérêt économique à le faire. Le fonctionnement du RSA, induisant un parcours de demande complexe et contraignant pour bénéficier des droits, génère également des découragements, en particulier pour les travailleurs pauvres et précaires ou éligibles à de petits montants de RSA. Il existe également de fortes barrières psychologiques, voire des refus de principe à demander le RSA, qui n'est alors pas jugé intéressant au regard de la stigmatisation qu'il implique* » (64).

2.4) La stratégie du « haut-risque » : une cause structurelle de carence et de discrimination

Nous avons vu que la réponse par l'assistance ciblée est en quelque sorte la réponse à la « cause des cas » tel que nous l'avons envisagé avec Rose. Elle ne résout pas la cause de l'incidence des besoins, et si rien ne s'y attelle il est probable que le nombre de personnes ayant besoin et ayant droit à ces systèmes assistanciels aille croissant. Ce qui conduit certains dispositifs à être en carence permanente. C'est le cas des logements sociaux, de l'aide alimentaire, des dispositifs d'accueil pour les demandeurs d'asile, des structures d'accueil de la petite enfance, des hébergements d'urgence (pour les sans abris, les victimes de violence, etc.).

Comme dit fort bien Castel, « *il y a une ligne rouge à ne pas franchir. C'est celle qui confondrait le droit d'être protégé avec un échange de type marchand subordonnant l'accès aux prestations aux seuls mérites des bénéficiaires, ou même à un caractère plus ou moins pathétique de la situation dans laquelle ils se trouvent* » (35).
Or la carence des dispositifs d'assistance, en partie liée à l'absence de protection assurantielle agissant sur les causes du recours à ceux-ci, est la condition du franchissement de cette ligne rouge. Elle oblige à sélectionner au sein des ayants droit ceux qui vont accéder à leurs droits, et ceux qui seront mis en attente, voire n'y auront pas accès.

Cette sélection se fait soit par le « *mérite* » des bénéficiaires, qui remplissent les bonnes démarches, répondent aux politiques d'activation ou aux critères d'insertion (par exemple pour le RSA). Ou simplement ont le capital culturel et social suffisant pour surmonter les obstacles administratifs. C'est une forme de sélection « sous conditions de ressources », entre des personnes qui en manquent.
L'exemple du logement est assez parlant pour comprendre cette dynamique. Nous avons vu qu'ayant plus de demande que d'offre, il se produit une sélection discriminante entre les personnes en recherche de location, sur des critères d'appartenance à une communauté, de schéma familial, de niveau de revenu. En quelque sorte sous condition de capital culturel, social ou financier perçu comme positif.

À l'inverse, pour pallier les conséquences de situations sociales dramatiques, les personnes les plus en détresse vont parfois se retrouver prioritaires sur les autres ayants droit : les personnes les plus malades, les familles les plus pauvres, les victimes des pires violences et cumulant le plus de difficultés sociales, les exilés les plus abîmés par leur histoire de vie.
Ce système est à proprement parler l'opposé d'une assurance sociale, censée protéger des conséquences liées aux aléas de la vie. Il finit par laisser les personnes se dégrader avant de pouvoir bénéficier des protections qui auraient dû les empêcher d'en arriver là. Au lieu d'adopter une démarche préventive, ces discriminations positives créent une polarisation des dispositifs d'assistance sur les plus démunis.
Cet accès privilégié « sous conditions de misère » explique comment les mécanismes d'assistance entretiennent la fracture sociale au sein des ayants droit en plus de la fracture d'avec le reste de la population. Il en résulte le cynique paradoxe que les plus défavorisés de la société sont vus comme privilégiés par le reste de la population.

Ces deux modes de sélection entre les ayants droit, « sous condition de ressource » et « sous condition de misère », constituent un rapport profondément inégalitaire à la protection sociale.

Pourtant, il existe des preuves solides, évoquées dans notre revue narrative de la littérature, pour montrer comment le statut social impacte la santé, ce que Marmot appelle le « syndrome du statut » (70). Imaginer agir sur les déterminants sociaux de la santé par des moyens qui en renforcent l'impact est un paradoxe. Paradoxe pourtant nécessaire dans un premier temps, puisqu'il faut bien proposer une réponse aux plus démunis. L'enjeu n'étant pas, nous l'avons dit, de nier ce paradoxe, mais d'en accepter la complexité pour proposer des stratégies complémentaires.

Au final, il résulte qu'au sein des ayants droit se crée une catégorie qui n'y a pas ou que peu accès à ces dispositifs : ceux qui n'ont ni les privilèges d'être sélectionnés pour leur mérite, ni n'atteignent les conditions de misère nécessaires pour devenir prioritaires. Ils doivent alors recourir à des alternatives au système de droit commun. Et comme le dit Philippe Warin, « *Il est même probable que le recours aux alternatives soit d'autant plus important quand l'offre publique est contingentée et soumise à des conditions d'accès restrictives ou contraignantes.* »
Pour trouver une réponse à ce phénomène, il est nécessaire d'adopter une approche systémique des enjeux autour de nos déterminants sociaux de la santé, pensée sur plusieurs niveaux d'échelle.

3) Agir sur les déterminants sociaux de la santé : enjeux pour une action systémique

Notre étude a permis de montrer que sur un premier niveau d'action, le niveau micro-social, l'action sur les déterminants sociaux de la santé repose sur le recours aux droits et services du système de soin et de la protection sociale au sens large. Le soin de premier recours permet, lorsqu'il est structuré de façon pluridisciplinaire et intersectorielle, et lorsque les acteurs et actrices ont une connaissance des enjeux concernant les déterminants sociaux, d'intégrer ces recours dans les parcours de soin des personnes.

Cette stratégie nous semble adaptée à ce niveau d'échelle, puisqu'elle permet de mettre en place des accompagnements qui répondent aux enjeux rencontrés dans les parcours de soin des patients, et qui sont cohérents avec les recommandations nationales et internationales sur le sujet. C'est ce qu'a permis de montrer l'analyse de notre cohorte. Elle permet effectivement d'amener les personnes qui en ont besoin vers leurs droits et vers des stratégies de soutien adaptées à leurs besoins.
Pour autant, ces dispositifs dans leur majorité assistanciels ne permettent pas vraiment d'agir sur les causes macro-sociales qui mènent les bénéficiaires à y avoir recours, du fait de limites macroscopiques. S'ils sont absolument nécessaires, ils sont paradoxalement incapables d'endiguer les causes qui les font exister, en tout cas pas s'ils ne s'accompagnent d'une stratégie complémentaire.

Ainsi, une action systémique sur les déterminants sociaux de la santé reposerait sur une action synchrone qui permette à la fois de proposer une réponse au niveau individuel, ici par exemple les accompagnements décrits dans notre étude, et à la fois de réintégrer l'ensemble des bénéficiaires dans un système de protection universel non discriminant, et qui agissent sur les causes des facteurs de vulnérabilité sociale. L'enjeu est alors l'invention d'une nouvelle forme de « *régime homogène de droit* » (35) Face au constat du renforcement des dispositifs assistanciels, en réaction au délitement des systèmes d'assurance universelle, il faut penser des « *formes de protections compatibles avec les bouleversements des forces productives et des modes de production* » (35)
Nous aimerions en envisager quelques conditions d'émergence.

Pour Robert Castel toujours, les personnes nécessitant un accompagnement tel que proposé au sein de notre cohorte devraient être traités « *non comme des assistés mais comme des partenaires provisoirement privés des prérogatives de la citoyenneté sociale* » (35) Le moyen de la reconquérir n'est d'après nous pas seulement financier ou administratif, mais présente là un enjeu profondément politique, au sens de la formule du HCSP de « *Percevoir et disposer effectivement d'un contrôle sur sa vie.* », et qu'il propose comme l'un des facteurs favorisant un bon état de santé (16).

Tout au long de notre travail, nous avons tenté de voir comment se tissent les liens entre l'histoire de vie des personnes, le monde social dans lequel elles évoluent, et leur état de santé. Que ce soit au niveau des individus ou des groupes sociaux, l'impact des hiérarchies de valeurs, de ressources, et des discriminations conditionnent le niveau de santé.
La conséquence qui nous intéresse ici, c'est que l'intégration de ces rapports de pouvoir, de hiérarchie et des inégalité qui traversent la société est la condition d'une approche systémique des déterminants sociaux impactant la santé. Nous l'avons montré dans notre revue narrative, à travers les divers modèles explicatifs permettant de comprendre comment se créent les inégalités de santé.

Dans l'approche matérialiste, ce sont les conditions matérielles de vie des personnes qui impactent leur santé. De nombreux travaux montrent comment c'est l'inégale répartition des richesses plus que la pauvreté absolue qui en est la cause dans les sociétés riches comme la notre.

Dans l'approche psycho-sociale, nous avons vu comment le stress social provoque du stress biologique, favorisant les pathologies « de l'adaptation », ou « de l'inhibition de comportementale », qui sont les principales pathologiques contemporaines. Il existe une plausibilité biologique expliquant ces mécanismes, le syndrome du statut et la charge allostatique illustrant ce phénomène.

Enfin l'approche éco-sociale intègre ces deux niveaux d'explication en une seule qui pense l'environnement global dans lequel interviennent ces phénomènes au-delà d'une approche anthropocentriste. Elle propose une vision systémique complexes qui permet de penser ce que nous appelons une action synchrone.

Face à la plus grande vulnérabilité des personnes qui subissent les aléas de la vie, se retrouvent en perte de ressources, ou discriminées, notre société a construit des systèmes d'assurance et de protection collective dont nous avons vu dans nos résultats qu'ils sont les plus à même d'agir sur les déterminants de la santé. Mais qu'ils soient assurantiels ou assistanciels, c'est-à-dire agissant au niveau du haut-risque ou dans une stratégie populationnelle, ces dispositifs se heurtent à une limite majeure : ils ne parviennent à toucher l'ensemble de la population. Le système de protection sociale s'apparente donc à « *un système fini face à une demande infinie* » (si ce n'est une demande, du moins un besoin). Cette façon de questionner notre modèle de sécurité sociale a été envisagée en 1983 par Michel Foucault, dans un entretien avec Robert Bono, alors secrétaire général de la CFDT, et membre du conseil d'administration de la Sécurité sociale (71).
Dans cet entretien, il pose la complexité du couple sécurité – dépendance dans notre rapport à la protection sociale. Ce que pose Foucault, c'est le fait que les systèmes qui assurent notre sécurité (sanitaire, sociale) nous mettent dans un rapport de dépendance à partir du moment où ils sont déficitaires. C'est-à-dire que le rapport de dépendance né lorsque le système est en ressources limitées. Pour imaginer dépasser cette dépendance, et inventer un système qui permet à la fois sécurité et indépendance, il pose des pistes intéressantes à discuter ici, parce qu'elles nous semble utiles pour penser une approche systémique des déterminants sociaux de la santé.

La dynamique communautaire comme réponse systémique

La première piste proposée est celle de l'expérimentation et de l'empirisme, de manière à « *déterminer quels sont les manettes à tourner, quels sont les boulons à desserrer ici ou là pour introduire le changement souhaité* ». Là où la question rejoint notre réflexion sur l'approche politique, c'est qu'il pose pour se faire la nécessité de « *rapprocher les usagers des centres de décision dont ils dépendent et les associer aux processus décisionnels, évitant par là cette espèce de grande intégration globalisante qui laisse les gens dans un complète ignorance de tout ce qui conditionne tel ou tel arrêt.* »
Pour rapprocher les usagers de ces centres de décision, il propose de s'intéresser à ce qu'il appelle la « *distance décisionnelle* », c'est-à-dire « *d'évaluer une distance optimale entre une décision prise et l'individu qu'elle concerne, telle que ce dernier ait voix au chapitre et telle que cette décision lui soit intelligible tout en s'adaptant à sa situation sans devoir passer par un dédale inextricable de règlements.* »
Ce que pose ici Michel Foucault, c'est bien l'intégration des questions de hiérarchie, de gouvernance et de pouvoir d'agir dans la réponse à apporter à notre problématique.

Nous l'interprétons comme un argument en faveur de la démarche communautaire par rapport à la démarche verticale où les système de protection sont fabriqués par de hauts fonctionnaires qui n'en sont pas les bénéficiaires.
Il est probable que la non adéquation entre les besoins ressentis par les usagers et les mesures proposées soient une composante importante de leur échec à mener une action radicale.
Cette proposition corrobore les propos de l'INPES déjà rapportés dans le rapport de l'IGAS de 2011 : «*Contrairement à un processus directif encadré par une administration ou un expert consultant, une volonté de développer un processus participatif lors de l'évaluation peut certainement contribuer à la réduction des inégalités sociales de santé. Par exemple, si dès la phase de préparation de l'évaluation, les parties prenantes de l'intervention contribuent à décrire la logique de cette dernière, à préciser les questions d'évaluation utiles pour leurs interventions, et éventuellement à collecter et analyser les données, il y a de fortes chance que les résultats de l'évaluation soient éventuellement utilisés et que les participants acquièrent des savoirs et des savoirs faire qu'ils pourront éventuellement redéployer dans d'autres situations. » (17).*
Reste à trouver les conditions de faisabilité de tels processus.

L'histoire de nos institutions propose à cet égard des exemples intéressants.
Le régime de Sécurité sociale, universel et assurantiel, a été conçu dans la lignée d'expérimentations de caisses de solidarité ouvrières faites par et pour les usagers, et porté par un ministre du travail ancien ouvrier de la métallurgie. Il a été mis en place sur le territoire par plus de 5 millions de travailleurs syndiqués dont le but était d'en faire bénéficier l'ensemble des français en un temps record. C'est ce qui a permis de créer des centaines de caisses et d'assurer des dizaines de millions de bénéficiaires en quelques mois (72,73).
Le RSA, mesure d'assistance ciblée, a été créé sous la direction d'un haut fonctionnaire issu des grandes écoles parisiennes, passé par le milieu du milieu caritatif, et n'ayant jamais connu les conditions de vie auxquels ces mesures s'appliquent. Par crainte d'un débordement de la demande, les démarches ont volontairement été compliquées (au dire de Martin Hirsch lui même), ce qui fut efficace, puisque le non-recours est chiffré autour de 4 milliards d'euros (source Odenore).

Ces exemples ne prouvent rien de façon générale, mais illustrent les différences entre deux voies d'action possibles. Dans les deux cas la question du pouvoir d'agir et de la gouvernance est centrale : qui a le pouvoir de décider ? Quelle est cette fameuse « *distance décisionnelle* » entre la décision prise et l'individu qu'elle concerne ?

C'est le sens de la dernière catégorie des déterminants sociaux de la santé que nous avons appelé « rapport au politique et dynamique communautaire ». Cette catégorie comprend plusieurs niveaux de recommandations.

Le premier concerne l'idée d'un plaidoyer pour rendre visible l'impact des choix politiques sur la santé. Il est formulé ainsi par la commission de l'OMS : « *sensibiliser et engager les décideurs politiques à tous les niveaux (local, régional, national et international) pour qu'ils tiennent compte de la santé et du bien-être comme étant un élément-clé de l'élaboration des politiques » (11).*
Notre méthodologie ne permet pas de faire ressortir cet aspect dans notre étude, bien qu'il soit une condition nécessaire de l'existence d'un lieu de soin comme celui étudié dans notre recherche.

Le second concerne la question de « *la gouvernance comme moyen de lutte contre les causes profondes des inégalités et comme moyen d'agir sur les déterminants sociaux : c'est un processus dans lequel les sociétés ou les organisations prennent des décisions, déterminent qui sera concerné par ces décisions et comment la responsabilité des actions pourra être assurée* » (11).

Ce point va dans le sens du rapprochement entre les usagers et les centres de décision tel qu'envisagé avec Foucault, mais également comme façon de repenser la gouvernance et les hiérarchies de valeur au sein du milieu soignant.
L'intégration de la médecine, générale et de spécialité, dans un réseau pluridisciplinaire et intersectoriel d'action est une piste concrète pour aller dans ce sens. L'importance des compétences comme le travail social, la médiation, l'orthophonie et tant d'autres dans la mise en place de parcours de soin pertinents remet en cause la hiérarchie de profession qui place souvent la médecine au-dessus des autres compétences, alors qu'elle n'en est qu'une parmi d'autres. Ce qui ne dévalorise en rien sa compétence propre, mais au contraire la valorise comme une des pièces d'un travail plus large.

Enfin, les recommandations suivantes concernent plus spécifiquement l'importance d'une approche communautaire, qui constitue au vu de l'ensemble de nos résultats une voie privilégiée pour penser une action systémique. Les rapport de l'OMS, du HCSP et de l'IGAS insistent d'ailleurs sur ce point à plusieurs reprise en valorisant l'importance de :

- *donner une voix à ceux qui n'en ont pas. C'est à dire dans une dynamique communautaire d'empowerment se faire l*e relai puis simplement donner le pouvoir d'agir sur leur santé aux populations les plus vulnérables (14) ;
- *promotion de la participation : une direction communautaire pour agir sur les déterminants sociaux (11)* ;
- *la participation des communautés concernées est nécessaire pour comprendre et agir dessus au plus proche du quotidien des personnes* (11) ;
- *lutter contre les inégalités dans la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources (11)* ;
- *intégrer à l'élaboration de la stratégie de santé publique les bénéficiaires de ces politiques dans une dynamique participative et communautaire (17)* ;
- *soutenir les initiatives régionales et locales, échelle qui permet une meilleure communication entre les acteurs, et donc une approche intersectorielle plus simple et qui permet de développer des expérimentations (17)*.

La notion de communauté peut être définie de façon géographique, dans un territoire déterminé, ou relationnelle, par une cohésion sociale et des liens interpersonnels, ce que reflète la définition donnée dans le rapport d'Alma-Ata : « *un groupe d'individus qui vivent ensemble dans des conditions spécifiques d'organisation et de cohésion sociales. Ces membres sont liés à des degrés variables par des caractéristiques politiques, économiques, sociales et culturelles communes ainsi que par des intérêts et des aspirations communs, y compris en matière de santé* » (3).
Selon le *Petit guide de la participation en santé de proximité* de la FéMaSaC (74), on parle de santé communautaire quand les membres d'une collectivité géographique ou sociale (professionnels, politique, décideurs, habitants et citoyens) agissent en commun à toutes les étapes sur les questions de santé : identification des besoins, développement, mise en œuvre et évaluation des activités les plus aptes à répondre à leurs priorités.

Or en l'état de nos institutions, et au vue de l'importante fracture sociale qui existe entre les usagers les plus précaires et les centres de décisions, renforcée par la complexité administrative de ceux-ci, la réduction de la distance décisionnelle ne peut se faire que par étape. En ce sens, « *la participation communautaire est à la fois un processus et une finalité, le premier concourant à la deuxième. » (75).*

La première étape nous semble trouver sa place au niveau du soin de premier recours. Si ce niveau d'action peut quelque chose à l'échelle macroscopique, c'est en favorisant le développement d'une dynamique communautaire favorable à l'empowerment, ou reprise du pouvoir d'agir, des usagères et usagers dans leur rapport à leur santé, et dans tous les champs de leur vie qui la conditionne.

Dans la partie précédente nous avons vu qu'il existe un non-recours important aux services et structures de droit commun permettant pourtant d'accompagner les personnes dans ce qui impacte leur vie et leur santé. Et ce d'autant plus quand « *l'offre publique est contingentée et soumise à des conditions d'accès restrictives ou contraignantes ».* Comme c'est les cas de beaucoup de dispositifs auxquels tient l'action de premier recours dans nos résultats (accès au logement, au travail, à l'aide alimentaire, au structures d'accompagnement de la petite enfance, etc.). Il en résulte que les personnes concernées ont de fait déjà développé des alternatives à ces systèmes.
Dans notre terrain d'étude, ces alternatives peuvent prendre la forme de l'économie parallèle ou du travail non déclaré, du squat, du recours aux marchands de sommeil, de divers formes de violences en réponse à l'absence de recours à la justice. Ces stratégies existent, et sont souvent les plus mises en avant médiatiquement. Mais elles sont pourtant des stratégies marginales en proportion des personnes concernées.
Ces stratégies alternatives, ce sont aussi et surtout des solidarités informelles, des réseaux d'entraide communautaire, une gestion collective de certaines tâches domestiques, de la garde des enfants, des savoirs empiriques qui s'échangent, des aides mutuelles permettant de surmonter les causes structurelles de non-recours pour accéder à ses droit, un partages des ressources financières ou sociales, des groupes de soutien pour lutter contre les discrimination, etc. En somme, il existe une fabrication de dispositifs empiriques faits par les personnes et pour elles.
Si elles se heurtent à des limites macroscopiques, ces expériences constituent une forme d'expertise qui, déclinée dans les différents champs de déterminants sociaux de leur santé, sont autant de ressources dans la construction de nouvelles formes de protection, adaptées aux contraintes matérielles contemporaines. Pour qu'elles se joignent aux leviers d'action macroscopiques et prennent un caractère systémique, il faut trouver des espaces pour les articuler, et les rapprocher des centres de décisions politiques à l'échelle macroscopiques. Les espaces de soin de premier recours intégrant une dynamique communautaire sont des espaces où ces ponts sont possibles.

Plusieurs exemple historiques là encore font dates et appuient cette hypothèse. Que ce soit l'expérience féministe et l'histoire du Groupe Information Santé (GIS) dans la lutte pour le droit à l'avortement, l'histoire des associations de malade du SIDA dans la compréhension de l'épidémie et la fabrication de réponses pertinentes pour la gérer, ou le rôle des usagers de drogues dans la fabrication d'outils de réduction des risques pour mieux maîtriser l'impact sur leur santé.
Ces savoirs empiriques sont une forme d'expertise qui, couplée aux mesures existantes dans le système de soin et de protection sociale, permettent d'inventer les modalités de la protection sociale et les mesures de santé publique les plus à même d'agir sur les déterminants sociaux tels qu'envisagés au long de ce travail.

L'histoire de la création de notre système de sécurité social, ébauchée rapidement plus haut, en est en un sens le plus bel exemple.

4) Ouverture et perspectives

Notre travail aura permis à la fois de répondre à notre problématique, et à la fois de nuancer la capacité de la médecine générale, et du soin de premier recours à y répondre. Nous avons essayer de dégager les conditions de faisabilité d'une action sur les déterminants sociaux de la santé en pratique, pour la médecine générale notamment. Nos résultats montrent que, dans les conditions de notre terrain de recherche, des actions sont possibles.

Si nous sommes venu les nuancer, c'est pour rappeler qu'en santé il existe souvent deux niveaux de travail entre lesquels la médecine est en tension permanente : l'intérêt du patient singulier qui consulte à un instant donné de sa vie, et l'intérêt général d'une population sur le long terme. Gérer cette tension est un problème bien connu de la médecine. Nous avons vu qu'elle se retrouve également dans les enjeux de l'accompagnement global, et dans beaucoup des champs qui constituent les déterminants sociaux de la santé. Ainsi, sur un niveau macroscopique, le soin de premier recours a une action plus nuancée sur les processus systémiques qui expliquent l'impact de ces déterminants sociaux sur la santé des personnes accompagnées.

Cette réponse nuancée est logique, puisqu'il n'est pas du rôle de la médecine générale ou du premier recours de régler seule cette question. Si nous avons relevé ici certains paradoxes dans la capacité des dispositifs d'accompagnement pour agir sur les déterminants sociaux, le propos n'est pas de remettre en cause le recours à ceux-ci à l'échelle de notre pratique, au contraire. Nous devons œuvrer à orienter les personnes vers le droit commun, et vers l'ensemble des dispositifs existants dont ils peuvent bénéficier. Le non-recours aggrave les situations de vie et risque de fragiliser les dispositifs de droit commun plus que de les améliorer.

Penser la question de leurs limites macroscopiques est une question politique qui traverse l'ensemble de la société, et qui doit se régler à cette échelle. Si la médecine générale, et plus largement le soin de premier recours, ont un rôle à jouer dans cette complexité, c'est d'abord en l'acceptant, pour pouvoir en tenir compte dans l'organisation de la pratique, des enjeux de savoirs et de pouvoir, ainsi que dans son rapport aux usagers. La meilleure compréhension des enjeux autour des déterminants sociaux de la santé, et de la complexité des niveaux d'action possibles pour les prendre en compte dans les parcours de vie des personnes, permettront de fabriquer avec elles les solutions les plus adaptées.

À l'issu de notre travail, nous pouvons dégager plusieurs perspectives afin d'œuvrer à une meilleure prise en compte des déterminants sociaux dans les parcours de soin, ainsi qu'à une meilleure compréhension des enjeux autour de cette thématique.

4.1) Pour la pratique :

Se donner les moyens d'agir

Nous avons vu que les conditions de faisabilité d'une action sur les déterminants sociaux de la santé dans notre étude reposent sur un travail pluridisciplinaire, intersectoriel, et comprenant une dimension communautaire. La part importante du travail social, de la médiation, de l'interprétariat, mais aussi des très nombreux partenariats développés pour fabriquer des parcours de soin rend compte de leur importance majeure pour notre problématique. Ce sont aussi tous les temps de travail en commun, dans des espaces formels ou informels, entre les professionnels et avec les usagères et usagers, qui font la pertinence des parcours de soin proposés. Et ce dans un temps long à la fois ponctuellement, mais également par des accompagnements au long cours.

Autant d'éléments qui dépendent de l'organisation de l'offre de soin. Le centre de santé communautaire en est une forme, mais pas la seule. Ce qui compte le plus est probablement de donner les moyens aux personnes de travailler ensemble.

Or l'organisation du système de soin de premier recours aujourd'hui en France permet peu ce genre d'organisation. Même si des progrès sont faits avec l'augmentation des lieux d'exercice regroupé, la segmentation du travail entre les professions, le paiement à l'acte, le manque d'articulation entre le travail social, médical, paramédical, et la médiation sont loin d'en faire la norme.
Le genre d'alternative que propose un lieu de soin comme celui étudié tient encore trop aux initiatives individuelles, pris sur du temps bénévole ou auto-financée. Dégager du temps de travail non rémunéré par l'acte, comme la coordination de soin, les échanges et rencontres entre différentes structures intervenant pour l'accompagnement d'une personne, etc., ou la fabrication de structure s de soin collectives, que ce soit en exercice libéral ou salarié, représente une surcharge de travail peu ou mal valorisée. L'absence de modalités de financement pérennes, et d'espaces dédiés dans l'organisation des soins fragilise le développement et la pérennité de ces initiatives. En témoigne un travail de recherche sur les freins et leviers au développement de centre de santé communautaire (76) mais les problématiques existent pour tous les modes d'exercice.
Là encore, les leviers nécessaires pour débloquer les moyens d'agir à plus grande échelle dépendent d'une volonté politique qui aujourd'hui en France reste marginale et précaire.

« La santé dans toutes les politiques »
L'intérêt de la dynamique communautaire a déjà été expliquée. Elle est un enjeu politique, mais également un vrai enjeu de santé, puisqu'elle porte les conditions de développement d'un système de soin adapté aux besoins et aux ressources des personnes concernées.
Au-delà, elle porte une enjeu plus profond en lien avec notre thématique. À l'heure où les enjeux de santé s'envisagent dans tous les champs de la vie – ce travail en est un symptôme – il serait inquiétant de voir la médecine gérer seule la question de ce qui est sain ou ne l'est pas, ce qui est bon pour les gens ou ne l'est pas, en somme la question de la norme. Le risque à étendre le champ de la santé à une approche globale, qui touche à peu près tous les champs de la vie sociale, réside dans un rapport normatif à la santé, que porte culturellement la médecine. Nous avons proposé des concepts tels que l'homéostasie et l'allostasie pour essayer de le penser.
L'importance d'une approche communautaire est donc dans le fait de redonner du pouvoir aux usagers au sein du système de soin (décisions, mode d'action, droit), mais également dans la construction collective de la norme. Cette approche nous semble devoir prendre non pas la direction d'une médicalisation des champs du social, mais plutôt d'un partage du monopole de la médecine à définir la norme, en santé et ailleurs.
Nous pensons que l'échec des dispositifs d'assistance, notamment dans ce qu'ils produisent de discriminant, est une preuve de leur échec à intégrer des systèmes de valeur et des normes produits collectivement.

Former et informer
Il est ressorti à plusieurs endroits précisément, et un peu partout de façon globale, le fait qu'agir sur les déterminants sociaux de la santé nécessite avant toute chose de prendre conscience de leur existence. Pour l'intégrer dans l'organisation du soin, dans l'organisation du travail, dans la façon de chercher les causes des problématiques amenées par les patients, et dans la façon de penser les réponses, il faut en avoir conscience pour agir. Il nous semble donc important de souligner la nécessité d'encourager la formation et l'information sur leur existence, leur fonctionnement, les modèles permettant de les penser, et de construire des façons de les intégrer à la pratique. Que ce soit auprès des soignants, des patients, mais également des enseignants eux-mêmes, et des décideurs politiques.

Évaluer l'impact des actions de façon quantitative
Nous l'avons dit plus haut, un travail complémentaire permettant de dégager des critères d'évaluation quantitatifs de l'efficacité des accompagnements intégrant les dérminants sociaux de la santé dans les parcours de soin pourrait et devrait être mené. Sur ceux proposés ici, mais ailleurs tout autant. Les données de la littérature sur le sujet couplées à des données qualitatives comme celles de nos résultats pourraient permettre de dégager des indicateurs quantifiables et pertinants pour une telle évaluation.

4.2) Pour la recherche :

Pour sortir de la relation d'assistance
Il serait intéressant de classer chacun des accompagnements proposés en soin de premier recours entre dispositifs assistanciels et dispositifs assurantiels, et d'évaluer en quoi ils produisent une action symptomatique ou radicale sur la cause qui les fait exister. Nous l'avons ébauché ici, mais cet question mériterait un travail plus approfondi sur le sujet.

Dans la même ligne, nous pensons qu'une analyse comparée entre des mesures de santé publique ou de protection sociale produites dans une dynamique communautaire (au sens où les usagers ont un vrai pouvoir de décision, pas d'une consultation par des questionnaires) et des mesures produites par des institutions où siègent des personnes qui n'en sont pas les bénéficiaires serait intéressante pour préciser les pistes ébauchées ici. Il faudrait tenter d'y analyser là encore en quoi ces mesures répondent de façon symptomatique à un problème donné, et en quoi elles proposent une action plus radicale sur la cause qui les font exister.
Nous pensons qu'un tel travail donnerait des clés intéressantes pour comprendre les conditions permettant de dépasser la relation d'assistance, et penser des actions systémiques sur la question des déterminants sociaux de la santé.

Pour une approche communautaire de la recherche
Enfin cette recherche, pour intégrer pleinement la dynamique communautaire, se doit d'intégrer les usagères et usagers dans la fabrication même des protocoles, et la réalisation du travail de terrain. Nous l'avons dit, pas en leur distribuant des questionnaires, mais en les intégrant pleinement dans la fabrication des questions de recherche, et en partageant autant les savoirs universitaires que les savoirs empiriques de façon symétrique. Il faudrait peut-être pour cela penser une forme de médiation en recherche communautaire. Car si on ne trouve que ce qu'on cherche, on ne cherche que ce qu'on connaît. Les usagères et usagers sont donc à même d'apporter des connaissances essentielles pour orienter ces recherches dans le bon sens.

La question de l'enfance
La question de l'enfance a permis de mettre en lumière la nécessité d'une approche systémique pour agir sur les déterminants sociaux. Il s'agit là d'assumer la complexité de cette question à entrées multiples, à la fois intimes et universelles, qui pose la question de ce qu'une société transmet de génération en génération. Cette transmission est en quelque sorte le reflet de nos institutions sociales au sens anthropologique du terme (famille, éducation, norme, culture, langage...) comme au sens politique. Dans les quartiers populaires, c'est un champ d'action où des moyens conséquents peuvent être mis en oeuvre,. En particulier au niveau de l'école où de multiples institutions et associations peuvent intervenir autour d'un enfant ou d'un groupe d'enfant sur le plan culturel, social, éducatif, dans l'intégration du handicap, etc..

Analyser d'un point de vue transdisciplinaire ce que ces étayages permettent de créer, les limites qu'ils rencontrent pour améliorer la vie et la santé des personnes à cette phase clé de la vie serait précieux pour comprendre le caractère systémique des enjeux envisagés dans notre travail. Nous avons vu par exemple le poids que peut avoir la construction de la norme chez des familles allophones dans la prise en charge en orthophonie, sollicitée la plupart du temps par le milieu scolaire. Des recherches longues croisant les sciences humaines et les sciences du vivant pourraient donner un éclairage utile dans"l'aide à grandir". Un éclairage qui partant des quartiers populaires, n'en serait probablement pas moins opérants dans des milieux plus favorisés.

Conclusion

Notre premier résultat a été de voir qu'il existe de nombreux rapports émettant des recommandations pour agir sur les déterminants sociaux de la santé. Depuis les premiers textes dans les années 70 sur la santé globale jusqu'à la création par l'OMS de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé au milieu des années 2000. En France, nous n'avons retrouvé que deux rapports qui se penchent sur le sujet et émettent des recommandations, dont le premier date de 2009. Il est intéressant de voir que si l'un émane du Haut Conseil de Santé Public, l'autre émane de l'Inspection Générale des Affaires Sociales, dont la mission est proprement intersectorielle. Ce rapport insiste d'ailleurs sur l'importance déterminante de cette approche pour traiter la question.

L'originalité de notre recherche tient au fait de confronter ces recommandations à la pratique en soin de premier recours, pour analyser les conditions de leur application. Après avoir défini douze catégories de déterminants sociaux, et analysé rétrospectivement une cohorte de 37 personnes suivies dans un centre de santé communautaire en 2019, nous avons pu dégager dans huit des douze catégories des actions mise en place pour agir sur ces déterminants sociaux en soin de premier recours.
La faisabilité de ces accompagnements tenait d'abord à l'organisation du centre de santé.
Celle-ci intégrait une approche pluridisciplinaire entre soignants (infirmiers, médecins, orthophonistes), travailleuse sociale (assistante de service social), médiatrice et médiateur, interprètes, gestionnaire, agent d'entretien (également dans un rôle de médiation pour l'un des dossiers).
Elle intégrait également les conditions matérielles et organisationnelles facilitant l'émergence des déterminants sociaux dans les parcours de soin : consultations longues, à plusieurs, avec médiation et interprétariat, soins non programmés. La composante communautaire a aussi influencé cette organisation, ainsi que l'offre de soin produite.
Cette organisation est le fruit d'une connaissance notable sur l'existence de ces déterminants sociaux, et d'une volonté de se donner les moyens de les intégrer dans les parcours de soin.
Elle tenait ensuite à la prolongation de cette dynamique pluridisciplinaire à l'extérieur du centre de santé. Sur une cohorte de 37 patients, nous avons recensé l'intervention de 73 types de professionnels différents. Cette collaboration s'est construite avec de nombreuses institutions et partenaires, dans de nombreux champs de la vie sociale, ce que l'on appelle l'intersectorialité. Nous avons ainsi dénombré 77 institutions ou organisations partenaires au total sur les 37 parcours de soin analysés.
Ces partenaires et institutions sont autant de maillons essentiels dans l'action sur les déterminants sociaux. Ils sont pour la plupart des institutions de service public, parfois des acteurs associatifs. C'est sur l'important service qu'ils offrent, et la qualité des accompagnements qu'ils rendent possible que repose la possibilité d'agir sur les déterminants sociaux de la santé des personnes.
Nos résultats mettent en valeur l'importance de transmettre et d'enseigner les déterminants sociaux de la santé, condition préalable à toute action pour les intégrer dans la pratique. Ils montrent également l'importance des conditions matérielles d'organisation du soin de premier recours pour les prendre en compte dans les parcours de soin. En effet, ce travail pluridisciplinaire et cette approche globale, au sein du centre de santé comme de l'ensemble des structures citées dans ce travail, tient au fait de pouvoir y accorder un temps long. Cette possibilité est aussi intimement liée à la pérennité des structures décrites.

Au terme de l'analyse de nos données, la réponse qui émerge à notre problématique est que, dans les conditions que nous venons de décrire, il est possible de proposer des accompagnements pour agir sur les déterminants sociaux de la santé dans les parcours de soin pour au moins huit des douze catégories envisagées en amont. Ces conditions dépassent de loin la seule compétence de la

médecine générale, mais elle n'en est pas moins un élément fort. Notamment par son approche « généraliste » de la santé, c'est-à-dire globale, qui fait sa compétence propre.
Les accompagnements décrits dans nos résultats présentent une grande cohérence avec les recommandations de l'OMS, du HCSP et de l'IGAS sur le sujet, ce qui est en faveur de leur pertinence.
Mais cette approche catégorielle de la question ne rend pas compte de la complexité de notre problématique. En effet, dans le monde social les personnes ne se découpent pas catégorie par catégorie, et tous ces champs s'interpénètrent tant dans leur vie qu'à tous les niveaux qui structurent la société. Cette intersectionnalité amène une complexité qui limite l'impact des actions ciblées sur un champ précis, notamment lorsqu'elles n'envisagent pas le parcours de vie des personnes dans le contexte global où il se déroule.
Ainsi les actions mises en avant dans nos résultats prouvent qu'il est possible d'agir sur les déterminants sociaux de la santé à un des niveaux envisagé, celui que nous avons qualifié de micro-social, ou intermédiaire. Mais une action au niveau plus global, macroscopique, présente une complexité supplémentaire qui dépasse le seul niveau du soin de premier recours. C'est à ce niveau d'action que l'on retrouve d'ailleurs les quatre catégories manquantes. Nous l'avons mis en avant de deux façons.
La première en voyant catégorie par catégorie des limites macroscopiques qui compliquent la mise en œuvre des accompagnements proposés en premier recours, ou en limitent l'impact. Ces limites relatives ne remettent pas en question la pertinence des accompagnements proposés, seulement leur porté.
La seconde en reconstituant de façon transversale certaines problématiques, ce qui montre qu'agir sur une des catégories du social sans intégrer les autres ne suffit pas toujours à résoudre le problème. Ce constat est en faveur d'une action systémique, c'est-à-dire sur un maximum de champs de la vie des personnes en même temps.
Nous pourrions dire qu'il existe une approche curative, homéostatique, ciblée sur le haut-risque, qui agit sur la cause des maladies, et une approche préventive, allostatique, populationnelle, et qui vise la cause des incidences. Mais cette dichotomie serait trop catégorique, la réalité est plus poreuses, et les deux stratégies entretiennent un rapport dialectique qui les rend complémentaires.
C'est pourquoi il n'est pas question ici de remettre en cause la pertinence des accompagnements mis en place lorsqu'ils s'apparentent à cette stratégie curative ou du « haut-risque », puisqu'ils sont profondément nécessaires pour accompagner les personnes. Il s'agit plutôt d'accepter la complexe nécessité d'un deuxième niveau d'action synchrone, pensant le lien avec des leviers macroscopiques. Cette action synchrone en s'articulant avec le soin de premier recours, ouvrirait la possibilité d'un impact plus systémique des actions entreprises sur les déterminants sociaux de la santé à cette échelle. Mais ces leviers ne relèvent pas de la compétence de la médecine générale dans son exercice en premier recours, du moins pas directement.

Si le soin de premier recours peut permettre de faire le pont vers une action macroscopique, c'est peut-être par l'intégration dans ses modes de fonctionnement des dynamiques profondes à l'origine des causes sociales des problèmes de santé. L'ensemble de notre travail bibliographique, d'enquête de terrain, couplé à notre expérience pratique dans le domaine indiquent qu'une piste pour agir à la racine des déterminants sociaux de la santé se trouve dans l'intégration d'une dynamique communautaire. Celle-ci peut être un moyen de permettre aux usagères et usagers de se rapprocher des centres décisionnels, pour contribuer à façonner les systèmes de soin et de protection sociale adaptés aux enjeux contemporains. Cette dynamique s'applique également au sein du milieu soignant et du travail social.
Enfin, c'est également à cette échelle du soin de premier recours que pourrait s'opérer une réflexion collective sur le rapport au pouvoir et aux normes qui s'exercent sur notre vie, et finissent par impacter notre santé.

Annexes

Annexe 1 :
Chronologie des rapports étudiés

- 1970's : théories de McKeown

- 1973 : article de Laframboise *Health Policy : breaking the problem down into more manageable segments*

- 1974 : rapport Lalonde *A New Perspective on the Canadian Health*

- 1978 : Alma-Ata, conférence sur les soins de santé primaire

- 1980 : Black report *Inequalities in Health : Report of a Research working group*

- 1986 : charte d'Ottawa
1ère conférence internationale pour la promotion de la santé et l'action intersectorielle en santé

- 1988 : Conférence d'Adélaïde : Politiques Publiques saines
2e conférence internationale pour la promotion de la santé et l'action intersectorielle en santé

- 1991 : Conférence de Sundsvall : des environnements favorables à la Santé
3e conférence internationale pour la promotion de la santé et l'action intersectorielle en santé

- 1997 : Déclaration de Jakarta sur la promotion de la santé au XXIe siècle
4e conférence internationale pour la promotion de la santé et l'action intersectorielle en santé
« *tirer parti de toutes les ressources existantes pour agir sur les déterminants de la santé au XXIème siècle. Les déterminants de la santé : de nouveaux défis* »

- 1998 : Acheson report : *Independent Inquiry into Inequalities in Health Report*

- 2000 : Conférence de Mexico. Promotion de la Santé : Faire place à l'équité.
5e conférence internationale pour la promotion de la santé et l'action intersectorielle en santé
« *d'urgence s'attaquer aux déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé* »

- 2005 : Charte de Bangkok : promotion de la santé à l'heure de la mondialisation.
6e conférence internationale pour la promotion de la santé et l'action intersectorielle en santé
- Création de la Commission des Déterminants sociaux de la santé pour « *répondre aux inquiétudes grandissantes concernant la persistance et l'aggravation des inégalités »*

- 2007 : rapports du bureau européen de l'OMS *Concepts et principes pour lutter contre les inégalités sociales de santé* (Dahlgrën et Whitehead)

- 2008 : Rapport de la commission *Combler le fossé en une génération : Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux*

- 2009 : Conférence de Nairobi. Parle d'empowerment individuel et communautaire, de littéracie en santé et de comportements sains ; d'action intersectorielle en santé.
7e conférence internationale pour la promotion de la santé et l'action intersectorielle en santé
- Rapport du HCSP : *Les Inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité*, « *Le HCSP souligne le caractère social et pas seulement individuel des comportements de santé et du style de vie.* »

- 2010 : Conférence d'Adélaïde : « Intégration de la santé dans toutes les politiques publiques »
« *La santé dans toutes les politiques est une approche intersectorielle des politiques publiques qui tient compte systématiquement des conséquences sanitaires des décisions, qui recherche des synergies et qui évite les conséquences néfastes pour la santé afin d'améliorer la santé de la population et l'équité en santé.* »

- 2011 : Conférence mondiale sur les déterminants sociaux à Rio de Janeiro
Combler le fossé : de la politique à l'action sur les déterminants sociaux de la santé
- Les inégalités sociales de santé : déterminants sociaux et modèles d'action, rapport de l'IGAS

- 2013 : Déclaration d'Helsinki reprend la vision intersectorielle et l'idée de « *la Santé dans toutes les politiques* »
8e conférence internationale pour la promotion de la santé et l'action intersectorielle en santé

- 2016 : Déclaration de Shangai : la Promotion de la Santé dans le Programme du développement durable à l'horizon 2030.
9e conférence internationale pour la promotion de la santé et l'action intersectorielle en santé

<u>Annexe 2 :</u> Caractéristiques générales de la cohorte

dossier	Genre	âge Au 31/12/19	couverture maladie
A 2 74 01	F	45	ACS
A 2 84 02	F	35	CMUc
A 2 77 03	F	42	CMUc
A 2 77 04	F	42	Sécu base + ALD
A 2 91 05	F	28	Sécu + mutuelle
a 1 17 06	H	2	Sécu + mutuelle
A 2 88 07	F	31	AME
A 2 85 08	F	34	CMUc
A 2 89 09	F	30	CMUc
a 2 09 10	F	10	CMUc
a 1 13 11	H	6	CMUc
A 2 90 12	F	29	CMUc
A 2 74 13	F	45	CMUc
a 2 08 14	F	11	Sécu + mutuelle
A 2 87 15	F	32	Sécu + mutuelle
a 1 14 16	H	5	CMUc
A 2 76 17	F	43	Sécu base + ALD
A 2 76 18	F	43	AME
a 1 12 19	H	7	CMUc
A 2 92 20	F	27	AME
A 2 93 21	F	26	CMUc
A 2 01 22	F	18	aucune
A 1 83 23	H	36	CMUc
A 1 92 24	H	27	CMUc
a 2 14 25	F	5	AME
a 1 12 26	H	7	CMUc
A 2 79 27	F	40	CMUc
a 2 04 28	F	15	CMUc
A 2 80 29	F	39	CMUc
A 2 01 30	F	18	CMUc
a 1 06 31	H	13	CMUc
a 1 04 32	H	15	Sécu + mutuelle
A 2 85 33	F	34	Sécu + mutuelle
A 1 89 34	H	30	CMUc
a 2 04 35	F	15	CMUc
a 2 10 36	F	9	CMUc
A 1 35 37	H	84	Sécu + mutuelle
Total	F= 26 / H = 11		
Moyenne		**26,4**	

Annexe 3 :

Caractéristiques des accompagnements 1/2

dossier	Médiation	Interprétariat	interventions extérieures		Participation aux groupes	Suivi gynéco au centre
			nombre	*nature*		
A 2 74 01	Oui	Non	0			Oui
A 2 84 02	Non	Non	0			Oui
A 2 77 03	Oui	Non	5	VAD MG et AS		Oui
A 2 77 04	Non	Non	0			Oui
A 2 91 05	Oui	Non	0		Parents enfant	Non
a 1 17 06	Oui	Non	0		Parents enfant	♂
A 2 88 07	Oui	Oui	0			Oui
A 2 85 08	Non	Non	0		Préparation à la naissance	Oui
A 2 89 09	Oui	Non	0			Oui
a 2 09 10	Oui	Non	1	Orthophoniste à l'équipe éducative de l'école		< 19 ans
a 1 13 11	Oui	Oui	1	médiatrice chez le dentiste		♂
A 2 90 12	Non	Non	0			Non
A 2 74 13	Oui	Oui	1	par IDE à la PASS		Non
a 2 08 14	Oui	Non	1	Orthophoniste à l'équipe éducative de l'école		< 19 ans
A 2 87 15	Oui	Non	0			Oui
a 1 14 16	Non	Non	0		Parents enfant	♂
A 2 76 17	Non	Non	2	AS chez DRH MG à la commission médicale pour demande d'invalidité		Non
A 2 76 18	Oui	Oui	1	médiatrice à l'hôpital	Marche	Oui
a 1 12 19	Oui	Oui	1	médiateur à l'école		♂
A 2 92 20	Oui	Oui	0			Oui

Caractéristiques des accompagnements 2/2

dossier	Médiation	Interprétariat	interventions extérieures		Participation aux groupes	Suivi gynéco au centre
			nombre	*nature*		
A 2 93 21	Oui	Oui	3	par médiateur à SOS femme Avocat Commissariat		Oui
A 2 01 22	Non	Non	0			Oui
A 1 83 23	Non	Non	0			♂
A 1 92 24	Oui	Oui	0			♂
a 2 14 25	Non	Oui	0			< 19 ans
a 1 12 26	Non	Non	0			♂
A 2 79 27	Oui	Non	0			Oui
a 2 04 28	Oui	Non	0			< 19 ans
A 2 80 29	Oui	Oui	2	AS et médiatrice à la préfecture		Oui
A 2 01 30	Oui	Oui	0			< 19 ans
a 1 06 31	Non	Non	0			♂
a 1 04 32	Non	Non	0			♂
A 2 85 33	Non	Non	0			Oui
A 1 89 34	Non	Oui	0			♂
a 2 04 35	Oui	Non	0			< 19 ans
a 2 10 36	Oui	Non	0			< 19 ans
A 1 35 37	Non	Non	4	VAD MG et AS		♂
Moyenne			0,53			
Total concerné	22	12		11	5	15
% cohorte	59,5%	32,4%		29,7%	13,5%	83,3% des femmes >18 ans

Annexe 4 :
Statistiques des consultations

Dossier	RDV médicaux	RDV sociaux	RDV orthophonie	RDV IDE
A 2 74 01	22	1	0	1
A 2 84 02	13	1	0	1
A 2 77 03	33	14	0	23
A 2 77 04	18	1	0	2
A 2 91 05	2	0	0	0
a 1 17 06	2	0	0	0
A 2 88 07	16	9	0	2
A 2 85 08	19	19	0	0
A 2 89 09	16	2	0	9
a 2 09 10	3	2	76	0
a 1 13 11	14	21	0	3
A 2 90 12	6	0	0	0
A 2 74 13	4	3	0	1
a 2 08 14	14	13	9	1
A 2 87 15	17	13	0	0
a 1 14 16	2	0	77	0
A 2 76 17	53	5	0	0
A 2 76 18	15	2	0	9
a 1 12 19	10	1	27	5
A 2 92 20	11	5	0	1
A 2 93 21	19	8	0	0
A 2 01 22	14	2	0	0
A 1 83 23	6	0	0	0
A 1 92 24	5	0	0	0
a 2 14 25	4	4	41	0
a 1 12 26	1	0	20	0
A 2 79 27	14	7	0	1
a 2 04 28	7	3	0	0
A 2 80 29	8	18	0	1
A 2 01 30	13	18	0	5
a 1 06 31	11	4	0	0
a 1 04 32	4	3	0	0
A 2 85 33	28	3	0	0
A 1 89 34	11	0	0	0
a 2 04 35	5	0	0	0
a 2 10 36	1	2	0	0
A 1 35 37	12	4	4	0
Moyenne	12,2	5,1	39	2,8
		pour les parents chez les mineur.es	pour les dossiers concernés Soit 7 patients (19%)	pour les dossiers concernés Soit 23 patients (62%)

Annexe 5 :
Motif de RCP par dossier

	Problèmes lié à la parentalité ou une situation familiale complexe	Violence	Demande médicale complexe	Situation administrative et sociale complexe lié au droit de séjour	Besoin d'un évaluation globale devant une situation complexe chez un enfant suivi en orthophonie	Addictologie
Dossiers concernés	A 2 74 01 A 2 89 09 A 2 77 03 'a 1 13 11 A 2 91 05 A 2 87 15 'a 1 17 06 'a 2 10 36	A 2 84 02 A 2 79 27 A 2 77 04 'a 2 04 28 A 2 85 08 'a 1 04 32 A 2 93 21 A 2 85 33 A 2 01 22	A 2 90 12 A 2 76 18 A 2 01 30 'a 1 06 31 'a 2 04 35 A 1 35 37	A 2 88 07 A 2 74 13 A 2 92 20 A 1 92 24 A 2 80 29 A 1 89 34	'a 2 09 10 'a 2 08 14 'a 1 14 16 'a 1 12 19 'a 2 14 25 'a 1 12 26	A 2 76 17 A 1 83 23
Total	8	9	6	6	6	2
%	21,6%	24,3%	16,2%	16,2%	16,2%	5,4%

Annexe 6 :
Professionnels, institutions et partenaires intervenant dans les parcours de soin (par dossier) 1/3

dossiers	Professionnels intervenant dans le suivi		Institutions ou partenaires intervenant dans le suivi		Nb de catégories touchées
	Nb	Qualité	Nb	Qualité	
A 2 74 01	6	MG, AS, IDE, médiatrice, éducateur/trice, accueillant.e	4	Centrée sociaux, centre aéré, TISF, AEMO	5
A 2 84 02	7	MG, AS, IDE, médiatrice.teur, OPJ, vice-procureure, accueillant.e	5	SOS femme, parquet, commissariat, hôpital Nord, Unité Médico-judiciaire	4
A 2 77 03	17	SPIP, directeur de l'école, AS (centre de santé et MDS), IDE, MG, médiatrice, IDEL, diététicienne, psychiatre et psychologue EMLPP, orthophoniste (pour le fils), endocrinologue, obstétricien, sage-femme libérale et PMI (co-VAD), accueillant.e	14	MDS, MDPH pour fils de 10 ans, école, EMLPP, hôpital Nord (mater et endoc), AEMO +/- TISF, PMI, ASE, association mères de détenus, compagnons bâtisseurs, SMPR/UCSA pour le fils, AMPIL, CPAM	7
A 2 77 04	10	MG, IDE, AS, psychologues (du service d'addicto et de SOS femme), addictologue, pharmacien, accueillant.e, OPJ, AS du CHRS	5	SOS femme, commissariat, pharmacie, CHRS, pharmacie	6
A 2 91 05	5	Orthophoniste, MG, IDE, médiatrice, accueillant.e	1	lieux d'accueil parent – enfant	1
A 1 17 06	5		1		1
A 2 88 07	9	AS, MG, médecin hospitalier, juriste, OPJ, psychologue scolaire, IDE, médiateur interprète, accueillant.e	9	CTSH, PASS, AMPIL, Direction de la cohésion sociale, Marseille habitat, école, commissariat de police, CPAM, préfecture	5
A 2 85 08	8	EJE pour fille de 3 ans et SF pour suivi grossesse (PMI), psychologue, AS, médecin, IDE, médiatrice, accueillant.e	6	SOS femme, PMI, CMPP, CPAM, PASS, préfecture	5
A 2 89 09	6	IDE, médecin, AS, néphrologue, IDEL, accueillant.e	3	Hôpital public, Bailleur Unicil, CAF	3
a 2 09 10	9	école, instituteur, AVS, psychologue scolaire, orthophoniste, MG, AS pour la maman, médiatrice, accueillant.e	3	PMI, école, MDPH	4
a 1 13 11	7	Pour la maman CESF, MG, AS, médiatrice, IDE, médecin PASS, accueillant.e	6	PASS mère enfant, MDS, CAF,, Médiance 13, CPAM, préfecture	5
A 2 90 12	3	MG, médecin spécialiste, accueillant.e	1	Hôpital	1
A 2 74 13	7	MG, IDE, médiatrice, équipe pluridisciplinaire PASS (au moins AS et médecin), éducatrice TISF, accueillant.e	4	PASS hôpital, CLAT, MDS, CPAM	2

Professionnels, institutions et partenaires intervenant dans les parcours de soin (par dossier) 2/3

dossiers	Professionnels intervenant dans le suivi		Institutions ou partenaires intervenant dans le suivi		Nb de catégories touchées
	Nb	Qualité	Nb	Qualité	
A 2 87 15	6	Juriste, MG, AS, IDE, médiatrice, accueillant.e	6	ASMAJ pour droit du travail, CPAM, CeGIDD, CAF, MDS, MDPH	7
a 1 14 16	6	MG, ortho, psychologue scolaire, AVS, psycho CMPP, accueillant.e	3	École, CMPP, Association d'éducation populaire pour travailler le lien parent - enfant	3
A 2 76 17	12	MG, pharmacien, AS (château, MDS, hôpital), psychiatre, DRH, IDEL, juriste spécialisé droit au logement, psychologue de l'équipe (pour supervision), accueillant.e, OPJ	13	Employeur, CMP, clinique d'addictologie, pharmacien, MDS, IDEL, CNRACL, CGFPT (CDG 13), restos du cœur, commissariat, SOS femme, CHRS, association spécialisée dans les litiges autour du logement, CPAM	5
A 2 76 18	7	IDE, MG, médiatrice, diététicienne, AS, médecin spécialiste, accueillant.e	6	Santé croisée, hôpital Nord, CAF, Restos du cœur, préfecture, CPAM	6
a 1 12 19	11	Psychomotricienne, pédopsychiatre, psychologue, MG, médiateur, orthophoniste, directeur école, maîtresse, IDE, AVS, accueillant.e	6	CAMSP, MDPH, ULIS, CMP, AVS, IME/SESSAD, CPAM	2
A 2 92 20	5	MG, IDE, AS, médiatrice, accueillant.e	4	MDM, CeGIDD, CPAM, préfecture	5
A 2 93 21	10	Juriste, MG, IDE, médiateur, avocat, AS, psychologue et TS de SOS, JAF, accueillant.e	4	SOS femme, Commissariat, Aide juridictionnelle, employeur, CPAM	5
A 2 01 22	7	AS, MG, AS urgences, psychologue et AS IMAJE Santé, AS lycée, accueillant.e	5	IMAJE santé, urgences hôpital Nord, SOS femme, CPAM, Conseil général	4
A 1 83 23	4	MG, psychiatre, pharmacien, accueillant.e	4	Proposition CSAPA, coordination avec psychiatre, MG traitant, pharmacies	1
A 1 92 24	6	MG, psychiatre, AS, psychologue, interprète, accueillant.e	2	Osiris, TS CADA	2
a 2 14 25	7	éducatrice et médecin du CAMSP, orthophoniste, MG, AS, avocate, accueillant.e	2	ISM interprétariat, CAMSP	2

Professionnels, institutions et partenaires intervenant dans les parcours de soin (par dossier) 3/3

dossiers	Professionnels intervenant dans le suivi		Institutions ou partenaires intervenant dans le suivi		Nb de catégories touchées
	Nb	Qualité	Nb	Qualité	
a 1 12 26	10	psychomotricienne, AVS, dentiste, ophtalmo, MG, médecin traitant, orthopédiste, pédiatre, kinésithérapeute, accueillant.e	4	CAMSP, école, classe ULIS, associations de malades	2
A 2 79 27	6	cardiologue, MG, AS, médiatrice agent d'entretien, IDE, accueillant.e	1	MDS	4
a 2 04 28	6	psychologue, AS, MG, médiation avec agent d'entretien, psychologue pour la supervision, accueillant.e	1	consultation psy adolescent	2
A 2 80 29	5	AS, médiatrice, médecin, CESF, accueillant.e	7	CAF, MDS, Médiance 13, MDPH, IME, préfecture, CPAM	6
A 2 01 30	5	médiatrice, AS, MG, IDE, accueillant.e	4	MDPH, CAF, préfecture, IME	6
a 1 06 31	6	MG, pédopsychiatre, éducateur spécialisé, CPE, AS collège, accueillant.e	5	CMPP, équipe « PASAR », IMAJE santé, collège, CNED, CPAM	1
a 1 04 32	4	éducateurs, MG, AS, accueillant.e	2	ADDAP 13, AEMO	3
A 2 85 33	10	Éducateurs, AEMO, AS collège, UNICIL, MG, AS, IDE, psychologue scolaire (fils), diététicienne, accueillant.e	5	UNICIL, collège, Addap 13, AEMO, santé croisée	7
A 1 89 34	10	MG, AS, juristes, IDE (UHU, centre de santé), éducatrice spécialisée (CADA), médecin OFII, psychiatre (Osiris), psychologue (EMLPP), accueillant.e	11	Comede, Osiris, OFII, Al Mamba, UHU, LHSS, UHCD hôpital public, SAMU social, EMLPP, préfecture, CPAM	6
a 2 04 35	4	MG, IDE, médiateur, accueillant.e	0	x	1
a 2 10 36	6	MG, médiatrice, psychologue scolaire, institutrice, agent d'entretien, accueillant.e	3	école, PASS mère enfant, PMI, CPAM	3
A 1 35 37	6	AS, MG, orthophonie, infirmière coordinatrice (plate-forme territoriale d'appui), gériatre, accueillant.e	3	équipe mobile de gériatrie, Plate-forme territoriale d'appui (PTA), service hospitaliser de gériatrie	2
Moyenne	7,2		4,6		3,8
Total		73,0		77,0	

Annexe 7 :
Partenaires par thématique 1/2

Mode de vie et comportements	Alimentation et nutrition	Logement		Emploi, revenu et protection sociale	
Accueil et rencontre	MDS	Médiance 13	UHU	CAF	Employeur / DRH
Santé croisée	Restos du cœur	Préfecture	Ampil	Conseil Général	MDS
Pharmacies	Santé croisée	CAF	CTSH (formation)	Préfecture	MOVE
CSAPA	Asalée	conseillère santé habitat (APPA)	point d'appui juridique (centre social)	Pôle emploi	Administration fiscale
	Cantine scolaire	Bailleurs sociaux (dont Marseille habitat)	compagnons bâtisseurs	MDPH	Inspection du travail
	Mairie	propriétaire privé	CHU	Médiance 13	CNRACL
		Commissariat	SOS femme	Conseil Régional	CDG 13
		CADA	LHSS	RTM	
		ASMAJ			
4	6	16		15	

Éducation et conditions de vie pendant l'enfance		Étayage social, culturel et familial
MDPH	CAMSP	MDS
IME	CMPP	centre social
classes ULIS	école (primaire, collège)	Réseau mobile de gériatrie
Organisme de formation alphabétisation	équipe mobile de pédopsychiatrie « PASAR »	centre dentaire spécialisé
SESSAD	CNED	Aide juridictionnelle
PMI	IMAJE santé	Écoles
ADDAP 13		PMI
		CAF
		Centre aéré
13		8

Partenaires par thématique 2/2

Accès au soin, protection sociale et système de santé			**Sécurité, justice et accès au droit commun**		
CPAM	CAMSP	SSR	OFII	préfecture	MDS (AEMO)
MDM	MDPH	115 / Samu social	Point d'appui juridique (centre social)	Commissariat	ADDAP 13
service d'accueil des urgences	CMP	soignants libéraux	Osiris	Aide juridictionnelle	foyer d'urgence pour femme
PASS (mère enfant, adulte)	CMPP	hôpital	CRA	Parquet de justice	UMJ
CeGIDD	plate forme territoriale d'appui	EHPAD	Consultation psy pour adolescents	Service de gynécologie sociale (hôpital public)	Comede
Conseil Général	SOS femme	IMAJE santé	115 / Samu social	EMLPP	Cimade
Osiris	consultation psychiatrique pour adolescent (hôpital hors les murs)	Commissariat	Bailleurs sociaux (Marseille habitat, municipalités, autres)	hôpital psychiatrique	Al mamba
ISM interprétariat	parquet de justice	UHU	SOS femmes	CAF	CADA
Pharmacies	Réseau mobile de gériatrie	EMLPP	IMAJE Santé		
CSAPA	Écoles				

28	25

Annexe 8 :
Liste des professionnel.le.s intervenant dans les parcours de soin

- Accueillant.e

- Agent d'entretien

- Assistante sociale : au moins 7 différentes
Au centre de santé, à la MDS, au CHRS, à l'hôpital (PASS, urgences), à IMAJE Santé, au lycée, à SOS femme, au collège.

- Avocat.e : au moins 2 types
Pour les procédures de divorce, ou demande de titre de séjour.

- AVS : Auxiliaire de vie scolaire

- CESF : Conseillère en économie sociale et familiale

- CPE : Conseillier principal d'éducation

- Dentiste

- Diététicienne

- **Directeur de l'école**

- **DRH :** Directrice ou directeur de ressources humaines

- Éducateur/trice : au moins 3 types, en général de jeunes enfants (EJE)
Technicien.ne de l'intervention sociale et familiale (TISF) , Action éducative en milieu ouvert (AEMO) et du Centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP).

- Éducatrice spécialisée (ES) : au moins 3
Au Centre d'acceuil pour les demandeurs d'asile (CADA), et à IMAJE Santé.

- IDE : Infirmièr.e diplômé.e d'État, au moins 4
Du centre de santé, libérale, de l'Unité d'hébergement d'urgence (UHU), coordinatrice de la plate-forme territoriale d'appui (PTA)

- **Instituteur / trice :**
Des différentes écoles primaires du quartier

- Interprètes : au moins 3
Du centre de santé, d'Osiris, ou d'ISM interprétariat

- **JAF :** Juge des affaires familiales

- Juriste : au moins 3 différent.e.s
Spécialisé dans le droit des étrangers, le droit au logement, ou le droit du travail

- Kinésithérapeute

- Médecins : au moins 16 différent
Généraliste au centre et hors centre, endocrinologue, obstétricien, addictologue, néphrologue, de la PASS, neuropédiatre, pédopsychiatre, du CAMSP, ophtalmologue, orthopédiste, pédiatre, cardiologue, de l'OFII, gériatre, etc.

- Médiatrice et médiateur en santé du centre de santé.

- **OPJ** : Officier de police judiciaire
Reçoit les plaintes au commissariat et remet une réquisition pour le service de médecine légale.

- Orthophoniste du centre de santé

- SF : Sage-femme, au moins 2
Libérale et de la PMI.

- SPIP : Service pénitentiaire d'insertion et de probation
Travailleuses sociale de suivi des personnes incarcérées.

- Vice-procureure
Personne à qui a été signalé un cas de violence particulièrement inquiétant

- Pharmaciens

- Psychiatres : au moins 3 différents
De l'EMLPP (équipe mobile de liaison psychiatrie précarité), Osiris, CMP (centre médico-psychologique).

- Psychologue : au moins 8 différents
De l'EMLPP, du service d'addictologie, de SOS femme, psychologue scolaire, des CMP et CMPP, de la supervision pour l'équipe du centre, et d'IMAJE santé

- Psychomotricien.ne

Total = 73 professionnels différents

Ce total décompte pour chaque type de profession un professionnel différent par types de structure, estimant que même si la profession est la même, la compétence mise en jeu dans les parcours de soin est différente en fonction de ces structures.

Annexe 9 :
Glossaire des partenaires et institutions intervenant dans les parcours de soin

Accueil et Rencontre :
Association de quartier. Elle s'occupe de la gestion des parcelles de jardins partagés situés sur le terrain du centre de santé, et développent de nombreuses initiatives pour et par les habitants des quartiers alentours (jardinage, cuisine, informatique, cours de français, compostage…)

ADDAP 13 : Association départementale pour le développement des actions de prévention
Spécialisée dans la médiation, l'insertion, l'éducation et la cohésion sociale, elle intervient dans le quartier de notre étude notamment par les éducateurs de rue des quartiers alentour.

Administration fiscale :
On ne la présente pas. Pour de nombreuses démarches sous conditions de ressource un avis déclaration d'impôt est nécessaire. Obtenir ce papier est parfois une galère administrative de plus, notamment pour les personnes sans ressources ou non imposables.

Al Mamba :
C'est une association de soutien aux personnes en difficulté du fait de leur situation de migration. Elle propose une aide juridique, économique, sociale, psychologique et linguistique.

Alphabétisation (organisme de formation) :
Nous n'avons pas retrouvé le nom précis de l'organisation où a été orientée la patiente pour prendre des cours d'alphabétisation. Plusieurs existent, notamment dans les centres sociaux ou les associations de soutien aux migrants.

Ampil : Action méditerranéenne pour l'insertion sociale par le logement
Association d'aide et de médiation pour les personnes ayant des problèmes avec le logement.

Asalée : Action santé libérale en équipe
Système de coopération entre médecin et infirmier permettant de financer du temps de coordination médical et d'éducation thérapeutique au sein d'un équipe de soin.

ASMAJ : Association de soutien à la médiation et aux antennes juridiques
Informe les personnes sur leurs droits et propose une médiation pour résoudre divers conflits (famille, voisinage, employeur, administration).

Bailleurs sociaux (Marseille habitat, municipalités, autre) :
Ce sont les organismes de gestion de logements sociaux.

Bureau d'aide juridictionnelle :
C'est une aide financière que l'on demande au tribunal pour financer un avocat pour les personnes sans ressources.

CADA : Centre d'accueil des demandeurs d'asile
Ce sont des établissements sociaux

CAF : Caisse d'allocations familiales

CAMSP : Centre d'action médico-sociale précoce
Il a pour mission le dépistage, le diagnostic, le traitement, la rééducation et le suivi des enfants présentant un handicap avant leur scolarisation. Il prend en charge les enfants jusqu'à 6 ans révolus.

Cantine scolaire :
Service de restauration collective des écoles.

CDG 13 : Centre de gestion de la fonction publique territoriale des Bouches-du-Rhône.
Établissement public administratif en charge de la gestion des employés de la fonction publique. Il s'occupe des dossier d'invalidité pour les fonctionnaires qui en dépendent.

CeGIDD : Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic
Permet d'effectuer des dépistages anonymes et gratuit, notamment pour les IST, ce qui permet au personnes sans protection maladie d'y avoir accès.

Centre aéré :
Centre de vacance et de loisir pour les enfants. Les places sont parfois insuffisante, alors qu'ils sont des relais précieux pour les mères de famille surmenées par le travail domestique.

Centre dentaire spécialisé :
Lieu de soin qui a permis des soins dentaires spécialisés pour un enfant sans ressources financières grâce à des aides spéciales.

Centre social :
Un centre social est un équipement de quartier à vocation sociale globale, ouvert à l'ensemble de la population habitant à proximité, offrant accueil, animation, activités et services à finalité sociale. On y trouve des lieux d'aide pour les démarche administratives et juridiques, mais également des activités sociales et éducatives.

CHRS : Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
Établissement intervenant dans le domaine de l'accueil, de l'hébergement et de la réinsertion sociale et professionnelle des personnes en situation d'exclusion. Certains proposent des places d'hébergement d'urgence notamment pour les femmes victimes de violences.

Cimade :
Association de solidarité active et de soutien politique aux migrants, aux réfugiés et aux déplacés, aux demandeurs d'asiles et aux étrangers en situation irrégulière.

CMP : Centre médico-psychologique
Unité de coordination et d'accueil en milieu ouvert, organisant des actions de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires et d'interventions à domicile dans le champ de la santé mentale. Les CMP sont sectorisés.

CMPP : Centre médico-psychologique pédiatrique
Idem pour les enfants.

CNED : Centre national d'enseignement à distance
Établissement publique qui propose un enseignement à distance.

CNRACL : Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales
Il s'agit de la caisse de retraite des agents de la fonction publique locale.

Comede : Comité pour la santé des exilés
Association qui œuvre en faveur de la santé des exilés et pour défendre leurs droits.

Commissariat : de police municipale
Intervient dans les parcours de soin pour le dépôt de plainte.

Compagnons bâtisseurs :
Mouvement associatif qui œuvre pour l'amélioration de l'habitat, le développement de réseaux d'entraide de proximité, l'insertion par l'activité économique dans le secteur du bâtiment.
Ils proposent également des formations sur l'habitat, et le lien entre santé et habitats. Ils coordonnent le CTSH du quartier.

Conseillère santé habitat (APPA) : Association pour la prévention de la pollution atmosphérique
L'association propose les services d'un conseillère santé qui vient faire des évaluation des logements et limiter leur impact sur la santé des personnes.

Conseil Général :
Ici il s'agit du Conseil Départemental des Bouches-du-Rhône. Il intervient au titre d'une convention de financement avec le centre de santé, mais aussi en tant qu'organisme responsable des PMI et des MDS (voir plus loin).

Consultation psychiatrique pour adolescent (hôpital hors les murs) :
Dites consultation Rabelais. Il s'agit d'une équipe pluridisciplinaires de soignants et travailleurs sociaux spécialisé dans l'accompagnement des adolescents.

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

CRA : Centre de rétention administrative
Lieu de privation de liberté utilisé pour retenir les étrangers auxquels l'administration ne reconnaît pas le droit de séjourner sur le territoire français. Il cherche à procéder à leur expulsion forcée du territoire.

CSAPA : Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
Structure ayant pour mission d'assurer les actions de prévention et de soins aux personnes atteintes d'addiction à des produits ou des comportements.

CTSH : Comité technique de suivi habitat
Coordonné par le compagnons bâtisseurs, il vise à une auto-réhabilitation accompagnée des logements pour les personnes vivant en copropriétés dégradées. Ils proposent un diagnostic social et technique au sein des logements, et accompagnent des chantiers d'auto-réhabilitation ou de la médiation entre propriétaire et habitants.

Écoles (primaire, collège)

EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
Maison de retraite médicalisée.

EMLPP : Équipe mobile de liaison psychiatrie précarité
Dépendant de l'hôpital psychiatrique public du quartier, elle a pour mission la facilitation de l'accès au soin des publics en situation de précarité sociale par une rencontre de ces publics sur les lieux d'accueil social (selon la modalité de « l'aller-vers »).

Employeur / DRH : Directrice ou directeur des ressources humaines
Interlocuteurs pour les question en lien avec le droit du travail.

Gynécologie sociale :
Service de l'hôpital public dédié aux consultation pour les interruption volontaires de grossesses, notamment par méthode chirurgicale.

CHU : Centre hospitalo-universitaire
Il s'agit ici souvent de l'hôpital Nord, hôpital public le plus proche de notre terrain de recherche. Parfois d'autres établissement de l'Assistance publique des hôpitaux de Marseille.

Hôpital psychiatrique :
Il s'agit ici de l'hôpital psychiatrique Édouard Toulouse.

IMAJE santé : Information Marseille Accueil Jeune Écoute Santé
Association dont le but est d'accueillir, d'écouter, d'informer et d'accompagner les jeunes de 12 à 25 ans pour toutes les difficultés concernant leur santé, tant au plan médical, social que psychologique.

IME : Institut médico-éducatif
Établissements médico-éducatifs qui accueillent les enfants et adolescents ayant une déficience intellectuelle avec ou sans troubles associés.

Inspection du travail :
Service de contrôle chargé de veiller à la bonne application du droit du travail par les entreprises.

ISM interprétariat :
Association qui vise à permettre l'accès des étrangers à leurs droits et participer à la lutte contre le racisme et les discriminations, en facilitant la communication et la rencontre entre Français et étrangers de langues et de cultures différentes. Elle propose des services d'interprétariat, de traduction, d'écrivain public, d'informations juridiques, de formation et de sensibilisation.

LHSS :
Dispositif d'accueil temporaire des personnes majeures sans domicile fixe ne pouvant être prises en charge par d'autres structures, et dont la pathologie ou l'état général, somatique ou psychique, ne nécessite pas une prise en charge hospitalière ou médico-sociale spécialisée mais est incompatible avec la vie à la rue.

Mairie :
Dans les parcours de soin la municipalité intervient pour les aides financière pour la cantine scolaire.

MDM : Médecin du monde
Propose entre autre un Centre d'accueil, de soins et d'orientation (CASO) à Marseille. Il permet un accès aux soins au personnes sans protection maladie, y compris des soins dentaires.

Médiance 13 :
Association intervenant auprès des habitants des quartiers relevant de la Politique de la Ville pour faciliter leur accès aux services publics, et améliorer leur vie quotidienne par un accompagnement de proximité dans la résolution des difficultés administratives et financières.

MOVE : Mobilisation orientation vers l'emploi
Service accompagnant les personnes en difficulté pour trouver de l'emploi. Ce sont des animatrices qui proposent des permanence, notamment au centre social du quartier.

MDPH : Maison départemental des personnes handicapées
Service qui gère notamment les demandes d'invalidité, d'allocation adulte ou enfant handicapé (AAH et AEH), d'auxiliaire de vie scolaire (AVS).

MDS : Maison des Solidarités
Service du département en charge notamment de la PMI, mais également de nombreux accompagnements sociaux ou éducatifs (TISF, AEMO). Il existe à Marseille une MDS par arrondissement.

OFII : Office français de l'immigration et de l'intégration
Établissement public chargé d'organiser l'accueil des demandeurs d'asile et des réfugiés.

Osiris :
Centre de soins spécialisé pour des personnes exilées victimes de torture et de violence politique. Ils proposent des accompagnements pluridisciplinaires pour les patients, ainsi qu'un service d'interprétariat avec présence physique d'interprètes pour les consultations.

Parquet de justice :
Pour une situation de violence particulièrement inquiétante, un signalement a été fait directement à la vice-procureure du parquet de justice.

PASAR : Plateforme d'Accès aux Soins pour Adolescents en Rupture
Équipe mobile de pédopsychiatrie, dépend du CMPP.

PASS (mère enfant, adulte) : Permanence d'accès aux soins de santé
Service de l'hôpital public dont la mission est d'accompagner les personnes ayant besoin de soins en situation de précarité dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits, notamment en matière de couverture sociale. Elle dispense également des soins aux personnes en attente d'ouverture de droit.

Pharmacies :
Interviennent notamment dans le parcours de soin en addictologie pour les traitements de substitution ou les addictions médicamenteuses.

PTA : Plate-forme territoriale d'appui
Mises en place par la région, elles a un rôle d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes.

PMI : Protection maternelle et infantile
Elle a pour missions de promouvoir la prévention médicales, psychologiques, sociales et d'éducation pour la santé en faveur des futurs parents et des enfants, ainsi que de proposer des actions d'aide aux familles.
Elle propose des actions de prévention et de dépistage des handicaps des enfants de moins de six ans ainsi que de conseil aux familles pour la prise en charge de ces handicaps. Elle intervient également dans les écoles primaires pour des missions de dépistage.
Il s'agit d'équipes pluridisciplinaires, sous la responsabilité des Conseils départementaux.

Point d'appui et d'accès au droit des étrangers :
Permanence d'une juriste spécialisée dans le droit des étrangers au centre social du quartier. Il en existe plusieurs à travers la ville.

Pôle emploi :
Établissement public chargé d'accompagner les personnes vers l'emploi et d'indemniser les chômeurs. Elle met en lien les demandeurs d'emploi et les entreprises, et propose également des formations.

Préfecture :
Ici en tant qu'interlocuteur pour les demandes de titre de séjour.

Propriétaire de logement privé :
Interlocuteurs dans les parcours de soin pour certaines personnes ayant de problèmes en lien avec leur logement.

Réseau mobile de gériatrie :
Équipe pluridisciplinaire dépendant du service de gériatrie de l'hôpital public. Elle a pour mission d'assurer un appui gériatrique et de dispenser une évaluation gérontologique standardisée ou un avis gériatriques pour optimiser le milieu de vie. Elle se déplace dans les différents établissements et service de soin, mais aussi au domicile des patients.

Restos du cœur :
Association qui œuvre pour apporter une assistance bénévole aux personnes démunies, notamment dans le domaine alimentaire par l'accès à des repas gratuits, et par la participation à leur insertion sociale et économique, ainsi qu'à toute l'action contre la pauvreté sous toutes ses formes.

RTM : Régie des transports marseillais
Service de transport en commun de la ville. Certaines personnes sont accompagnées pour faire une demande de carte de transport justifiant d'un tarif réduit.

Samu social / 115 :
Le 115 est le numéro national départementalisé d'urgence et d'accueil des personnes sans abri. Le Samu social gère l'orientation des demande de logement d'urgence pour les personnes sans chez-soi.

Santé croisée :
Réseau de professionnels de santé proposant un accompagnement global notamment sur le diabète. Proposent dans notre étude des consultation de diététique, ainsi qu'un activité physique adaptée pour les personnes visant à réduire le risque cardio-vasculaire.

Service d'accueil des urgences :
Service des urgence de l'hôpital Nord, CHU voisin.

SESSAD : Service d'éducation spéciale et de soin à domicile
Service de soins pouvant intervenir à domicile auprès de personnes en situation de handicap.

Soignants libéraux :
Présents dans plusieurs parcours de soin, ce sont principalement les IDE, médecins généralistes et spécialistes, kinésithérapeutes, psychomotriciennes, etc. Ils sont détaillés dans la liste des professionnels.

SOS femme :
Association qui propose des accompagnements pour les victimes et les professionnels sur la problématique des violences faites aux femmes. Intervient dans notre recherche dans ces deux missions.
SSR : Soins de suite et de réadaptation
Dispositif de soins qui a pour objet de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques ou sociales des déficiences et des limitations de capacité des patients et de promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion

UHU : Unité d'hébergement d'urgence
Dispositif d'accueil des personnes sans chez-soi. Propose un hébergement ainsi qu'un accompagnement médico-social.

ULIS (classe) : Unités localisées pour l'insertion scolaire
Dispositifs pour la scolarisation des élèves en situation de handicap dans le primaire et le secondaire.

UMJ : Unité médico-judiciaire
Service de médecine légale de l'hôpital public.

Total = 77

Bibliographie

1. Laframboise HL. Health policy : breaking the problem down into more manageable segments. CMA Journal. 3 févr 1973;

2. Lalonde M. A new perspective of the health of canadians a working document.pdf. Minister of National Health and Welfare; 1974 avr.

3. OMS. Alma-Ata 1978 - Les soins de santé primaire. OMS; 1978 sept.

4. Black D. Inequalities in Health : report of a research working group. 1980.

5. OMS. Charte d'Ottawa. 1986.

6. OMS. Adélaïde : Deuxième Conférence Internationale sur la Promotion de la Santé. 1988.

7. Des environnements favorables à la Santé : Déclaration de Sundsvall ; Troisième conférence mondiale sur la promotion de la santé. 1991.

8. OMS. Déclaration de Jakarta sur la Promotion de la Santé au XXIème Siècle. 1997;7.

9. OMS. Déclaration ministérielle de Mexico.pdf. 2000.

10. OMS. Charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation.pdf. 2005.

11. OMS. Combler le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé, rapport final. Genève: Organisation mondiale de la santé; 2008.

12. OMS. Déclaration d'Adélaïde sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques. 2010.

13. OMS. Combler le fossé : de la politique à l'action sur les déterminants sociaux de santé.pdf. 2011.

14. Whitehead M, Dahlgren G. Concepts and principles for tackling social inequities in health : Levelling up Part 1. OMS, Office Régional Européen; 2006 p. 45. (Studies on social and economic derminants of population health). Report No.: 2.

15. Whitehead M, Dahlgren G. European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2. :149.

16. Lang T, et al. Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité. Haut Conseil de Santé Publique; 2009 déc.

17. Moleux M, Schaetzel F, Scotton C. Les inégalités sociales de santé : Déterminants sociaux et modèles d'action. Inspection Générale des Affaires Sociales; 2011 mai.

18. DREES. Prise en charge des patients en situation de vulnérabilité sociale.pdf. 2018.

19. Paturel D, Ndiaye P. Démocratie alimentaire : de quoi parle-t-on ? [Internet]. 2019 [cité 24 mai 2020]. Disponible sur: http://www.chaireunesco-adm.com/Democratie-alimentaire-de-quoi-parle-t-on

20. Paturel D. Le droit à l'alimentation, un droit en friche [Internet]. Chaire UNESCO Alimentations du monde. 2019 [cité 8 mai 2020]. Disponible sur: https://www.chaireunesco-adm.com/Le-droit-a-l-alimentation-un-droit-en-friche

21. Ziegler J. Le droit à l'alimentation. Paris: Mille et Une Nuits; 2003. 236 p.

22. Bazin A, Bocquet É. Rapport d'information sur le financement de l'aide alimentaire. Sénat; 2018 oct.

23. Mouvement ATD Quart Monde. Se nourrir lorsqu'on est pauvre: analyse et ressenti de personnes en situation de précarité. Montreuil: ATD Quart monde; 2016.

24. Malassis L, Ghersi gérard. Sociétés et économie alimentaire. ecoru. 2000

25. ISF Agrista. Pour une sécurité sociale de l'alimentation. 2020.

26. Diez Roux AV. Estimating neighborhood health effects: the challenges of causal inference in a complex world. Social Science & Medicine. mai 2004 ;58(10):1953-60.

27. Duncan DT, Kawachi I. Neighborhoods and Health. Oxford University Press; 2018. 393 p.

28. Marseille : De la crise du logement à une crise humanitaire. Haut Comité pour le Logement des Personnes Défavorisées; 2019 nov.

29. Agence d'urbanisme de l'Agglomération Marseillaise. Atlas du Parc Locatif Social. Territoire Marseille Provence. 2017.

30. Wilkinson R, Marmot M. Les déterminants sociaux de la santé: les faits. Copenhague: Organisation mondiale de la santé, Bureau régional de l'Europe; 2004.

31. Meneton P, Kesse-Guyot E, Méjean C, Fezeu L, Galan P, Hercberg S, et al. Unemployment is associated with high cardiovascular event rate and increased all-cause mortality in middle-aged socially privileged individuals. International Archives of Occupational and Environmental Health [Internet]. août 2015;88(6):707-16.

32. Benach J, Vives A, Amable M, Vanroelen C, Tarafa G, Muntaner C. Precarious Employment: Understanding an Emerging Social Determinant of Health. Annu Rev Public Health. 18 mars 2014 ;35(1):229-53.

33. Wilkinson R, Pickett K. Pourquoi l'égalité est meilleure pour tous. Les petits matins; 2013.

34. Kuper H. Job strain, job demands, decision latitude, and risk of coronary heart disease within the Whitehall II study. Journal of Epidemiology & Community Health. 1 févr 2003;57(2):147-53.

35. Castel R. L'insécurité sociale: qu'est-ce qu'être protégé? Paris: Seuil; 2003. 95 p. (La république des idées).

36. Blane D, Netuveli G, Stone J. The development of life course epidemiology. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique. févr 2007 ;55(1):31-8.

37. . Delpierre C, Barbosa-Solis C, Torrisani J, Darnaudery M, Bartley M, Blane D, et al. Origins of heath inequalities: the case for Allostatic Load. LLCS. 28 janv 2016 ;7(1).

38. Barboza Solís C, Fantin R, Castagné R, Lang T, Delpierre C, Kelly-Irving M. Mediating pathways between parental socio-economic position and allostatic load in mid-life: Findings from the 1958 British birth cohort. Social Science & Medicine. sept 2016 ;165:19-27.

39. Barboza Solís C, Kelly-Irving M, Fantin R, Darnaudéry M, Torrisani J, Lang T, et al. Adverse childhood experiences and physiological wear-and-tear in midlife: Findings from the 1958 British birth cohort. Proc Natl Acad Sci USA. 17 févr 2015 ;112(7):E738-46.

40. Nieminen T, Martelin T, Koskinen S, Aro H, Alanen E, Hyyppä MT. Social capital as a determinant of self-rated health and psychological well-being. Int J Public Health. déc 2010 ;55(6):531-42.

41. Cohen S, Doyle WJ, Skoner DP, Rabin S, Gwaltney JM. Social Ties and Susceptibility to the Common Cold. JAMA. 1997;5.

42. Holt-Lunstad J, Smith TB, Baker M, Harris T, Stephenson D. Loneliness and Social Isolation as Risk Factors for Mortality: A Meta-Analytic Review. Perspectives on Psychological Science. mars 2015 ;10(2):227-37.

43. Ben Hammou K. Le patient précaire au cabinet de médecine générale: le point de vue des généralistes ayant une expérience de soins auprès des populations précaires. 2014.

44. Jakoubovitch S. Les emplois du temps des médecins généralistes. DRESS - Etudes et résultats. mars 2012;

45. Hanson J, Hair N, Shen D, Shi F, Gilmore J, Wolfe B, et al. Family Poverty Affects the Rate of Human Infant Brain Growth. PLoS ONE. déc 2013;8(12)(e80954).

46. Juven P-A, Pierru F, Vincent F. La casse du siècle. À propos des réformes de l'hôpital public. Raison d'agir. 2019.

47. Shahshahani L. Le service public de la petite enfance, une réussite française en danger. Le Monde diplomatique. 2020 [cité 8 mai 2020]. Disponible sur: https://www.monde-diplomatique.fr/2020/02/SHAHSHAHANI/61355

48. Rose G. Sick individuals and sick populations. 1985;6.

49. Le revenu salarial des femmes reste inférieur à celui des hommes - Insee Première - 1436 .. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/1280986

50. Le Groupe F [Internet]. Le Groupe F. [cité 11 mai 2020]. Disponible sur: https://legroupef.fr

51. Chappuis M, Clément M. Les discriminations dans l'accès au logement. In: Inégalité d'accès auc droits et discriminations en France : les analyses du Défenseur des droits Tome 2. La documentation française. 2019.

52. McMichael A, Daily G. Globalization and the Sustainability of Human Health. 1999;49(3):6.

53. Friel S, Marmot M, McMichael AJ, Kjellstrom T, Vågerö D. Global health equity and climate stabilisation: a common agenda. The Lancet. nov 2008 ;372(9650):1677-83.

54. Lang T, Kelly-Irving M, Delpierre C. Inégalités sociales de santé : du modèle épidémiologique à l'intervention. Enchaînements et accumulations au cours de la vie. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique. déc 2009 ;57(6):429-35.

55. Macron E. Adresse aux Français, 12 mars 2020 [Internet]. elysee.fr. [cité 16 mai 2020]. Disponible sur: https://www.elysee.fr/emmanuel-macron/2020/03/12/adresse-aux-francais

56. Duvoux N. Le nouvel âge de la solidarité: pauvreté, précarité et politiques publiques. [Paris]: Seuil : la République des idées; 2012.

57. Omran AR. The Epidemiologic Transition: A Theory of the Epidemiology of Population Change. 1971;27.

58. McKeown T, Brown RG, Record RG. An Interpretation of the Modern Rise of Population in Europe. Population Studies. nov 1972 ;26(3):345.

59. . Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé. Haute Autorité de Santé; 2017 oct p. 57.

60. La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins. Haute Autorité de Santé; 2017 oct p. 70.

61. Warin P. Le non-recours : définition et typologies. Odenore; 2010.

62. Warin P. Qu'est-ce que le non-recours aux droits sociaux ? laviedesidees.fr. juin 2010;12.

63. Warin P. Ce que demande la non-demande. Autour du non-recours aux aides sociales. laviedesidees.fr. oct 2018;10.

64. Okbani N. Les travailleurs pauvres face au RSA activité, un rendez-vous manqué ? Revue française des affaires sociales. 2013 ;1(4):34.

65. Revil H. Le non-recours aux soins de santé. laviedesidees.fr. 6 mai 2014;9.

66. Biémouret G, Costes J-L. Rapport d'information du comité d'évaluation des politiques publiques en faveur de l'accès aux droits sociaux. Assemblée Nationale; 2016 oct.

67. 10 milliards d'euros d'aides sociales gâchées par le non recours [Internet]. Aide-Sociale.fr. [cité 19 mai 2020]. Disponible sur: https://www.aide-sociale.fr/non-recours/

68. OECD. A Broken Social Elevator? How to Promote Social Mobility. OECD; 2018

69. Odenore, Fonds CMU. Le non-recours à la Couverture maladie universelle Complémentaire. 2016 p. 66.

70. Marmot MG. The Status Syndrome: How Social Standing Affects Our Health And Longevity. Reprint. New York, NY: St. Martin's Press; 2000. 336 p.

71. Foucault M. Un système fini face à une demande infinie. In: Dits et écrits II, 1976-1988. 1983. p. 1186-202. (Quatro Gallimard).

72. Monvoisin R, Pinsault N. La sécu, les vautours et moi. Les enjeux de la protection sociale. éditions du Détour; 2017.

73. Perret G. La sociale. Rouge Productions; 2016.

74. Vuattoux P (dir.), Fédération des maisons de santé comtoises (FéMaSac), Fédération française des maisons et pôles de santé (FFMPS). Petit guide de la participation en santé de proximité. 2015.

75. Fournier P, Potvin L. Participation communautaire et programmes de santé : les fondements du dogme. sosan. 1995 ;13(2):39-59.

76. Delest C. Création des centres de santé communautaire en France : Freins et leviers. Etude qualitative par focus group et entretiens semi-dirigés auprès de créateurs en France. Lyon 1; 2019.

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères et mes consœurs ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les femmes et les hommes, mes consœurs et confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

Mémoire de DES de Médecine Générale

Les Déterminants Sociaux de la Santé : une revue narrative de la littérature

Par Thomas Levaillant
thlevaillant@gmail.com

Sous la direction de Bénédicte Gaudillière

Soutenu le 5 mai 2020

Résumé

Le concept de déterminants sociaux de la santé est né face au besoin d'expliquer les inégalités de santé entre les classes sociales. Mais quels sont les mécanismes en jeu dans ce déterminisme ? Proposant une revue narrative transdisciplinaire de la littérature sur le sujet, le présent travail envisage certains éléments de réponse.
D'abord les différentes ères de l'épidémiologie racontent l'histoire des déterminants de la maladie jusqu'à la transition du siècle passé vers le paradigme des maladies chroniques. Celui-ci pointe les limites du modèle classique, et la nécessité d'intégrer la complexité des déterminants sociologiques et écologiques à ceux bien connus de la biologie. Les modèles de l'épidémiologie sociale sont l'occasion de revisiter les concepts physiologiques du stress, de l'inhibition de l'action, de l'homéostasie puis de l'allostasie, pour repenser le fonctionnement de la physiologie en situation sociale. Enfin l'épidémiologie biographique et l'épigénétique viennent ajouter à ces modèles la dimension temporelle, intégrant l'accumulation des déterminants de la santé au cours de la vie des individus et des générations, dans une perspective biographique et phylogénétique.
Poser la question des déterminants sociaux de la santé, c'est poser la question des déterminants de la santé humaine par le prisme du social. Mais c'est finalement la dichotomie entre le biologique et le social que nous venons questionner, et par là les fondements même de notre ontologie naturaliste. Reconnaissant la partialité et l'incomplétude de nos modèles, nous valorisons également leur utilité pour structurer notre action, afin de penser une médecine radicale et globale. Pour se faire, il faut agir non seulement au niveau individuel, mais encore de façon synchrone et diachrone sur tous les niveaux supra-individuels de structures. Pour faire de la santé cette capacité singulière à créer sa propre norme.

Mots-clés : Déterminants sociaux, santé globale, épidémiologie sociale, épidémiologie biographique, allostasie, interdisciplinarité.

Sommaire

Abréviations....4
Introduction....5
Matériel et méthode....7
Résultats....9
I) L'épidémiologie classique....9
Bref rappel chronologique....9
Les limites de l'approche classique en épidémiologie pour appréhender les déterminants sociaux de la santé....15
De l'épidémiologie classique à la modélisation des déterminants sociaux de la santé....18
II) Les modèles de l'épidémiologie sociale : une vision croisée entre biologie, sociologie et épidémiologie....24
1) La production sociale de maladies, ou économie politique de santé....24
2) Le modèle psycho-social....28
3) Le modèle éco-social....38
III) Intégrer la temporalité : l'épidémiologie biographique....43
1) L'épidémiologie biographique....43
2) La charge allostatique....46
Un mot de l'épigénétique....52
Discussion : une vision complexe des déterminants de la santé humaine pour une pratique plus globale de la médecine....54
Par-delà biologique et social : une question d'anthropologie contemporaine....54
Une brève synthèse de nos réflexions....56
Une grille d'analyse pour la pratique....57
Conclusion :....60
Bibliographie....62

Abréviations

ACTH : Adreno Corticotropic Hormone

ADN : Acide désoxyribonucléique

HCSP : Haut conseil de la Santé Publique

Iferiss : Institut fédératif d'études et de recherches interdisciplinaires Santé Société

IGAS : Inspection générale des affaires sociales

Inserm : Institut national de la santé et de la recherche médicale

OCDE : Organisation de coopération et de développement économique

OMS : Organisation mondiale de la santé

SAA : Système activateur de l'action

SGA : Syndrome général d'adaptation

SIA : Syndrome inhibiteur de l'action

TSH : Thyroid stimulating hormone

URSS : Union des républiques socialistes soviétiques

Introduction

«Au-delà du prodigieux développement que connaissaient ces techniques biochimiques, radiologiques, électrophysiologiques et autres pour le diagnostic et la thérapeutique, il est une réalité qui est tombée dans l'oubli : nous avons un peu perdu de vue que les instruments ne sont pas seulement d'ordre technique mais encore d'ordre conceptuel. Les conceptions et les modèles à l'aide desquels nous ordonnons, jugeons et interprétons ce que nous avons vu, entendu ou senti à la palpation sont également des instruments. Ainsi, par exemple, nos conceptions concernant l'étiologie et la pathogénie des maladies sont des instruments de la pensée médicale et sont sujettes à une évolution qui n'est pas moins prodigieuse que celle des instruments techniques. Là aussi le médecin ne saurait se contenter d'utiliser les acquisitions passées. Il doit sans cesse s'efforcer d'améliorer ces conceptions et ces modèles. Ainsi lorsque le médecin s'interroge sur ce qu'est son domaine, il ne doit pas s'en tenir à la seule technique et aux efforts accomplis pour l'améliorer. Il lui faut encore utiliser les instruments de la pensée médicale. Il lui appartient de réviser et de perfectionner sans cesse ces instruments aussi, et si besoin est, de les remplacer.»

Thure Von Uexküll, *La médecine psychosomatique* (introduction), 1966(1)

Le présent travail a été pour nous un travail de recherche au sens propre du terme, et non seulement au sens universitaire. Il représente une recherche de cohérence, ou plutôt une forme de réajustement entre les cadres théoriques étudiés dans la première partie de nos études, et l'apprentissage pratique du métier de médecin.

Il est d'usage de dire que la santé est conditionnée par le biologique, le psychologique et le social – le fameux « bio-psycho-social ». Pourtant, l'immense majorité de nos modèles de physiologie et de physiopathologie sont envisagés d'un point de vue biologique pur, et comme fonctionnant de façon relativement uniforme indépendamment du contexte. Nos connaissances en sémiologie ne portent que peu de réflexion sur l'ajustement de la clinique au contexte ou au malade, et notre nosologie est souvent figée alors que les cas rencontrés dans la pratique débordent largement les cadres théoriques. De plus, nos maigres connaissances en épidémiologie permettent de comprendre comment on construit un facteur de risque, mais peu la construction dynamique de la santé sur plusieurs niveaux de structure au sein du corps humain, et dans son rapport au milieu extérieur.

Si l'on considère que la formation initiale nous a apporté des connaissances solides en biologie humaine (physiologie, physiopathologie, nosologie…), le début de l'apprentissage pratique bute rapidement sur le besoin de moduler le fonctionnement de cette physiologie en situation sociale. Au cours de notre cursus universitaire, nous avons eu la chance d'être sensibilisé à l'impact des dynamiques sociales sur la santé grâce à de nombreux enseignements en sciences humaines et sociale, allant jusqu'à réaliser un master sur notre thématique présente.

Le cheminement sur la construction sociale de la santé débute souvent par le constat des inégalités sociales de santé – et comment ignorer leur impact quand on exerce la médecine dans une ville comme Marseille ? Si la santé est façonnée par l'organisation des classes sociales, c'est qu'il y a des déterminants qui débordent nos cadres nosologiques biomédicaux, et qui pourtant finissent pas se traduire dans les corps selon ce langage de la biomédecine qui nous est familier. C'est ce point de tension qui a été le départ de toutes nos recherches. Comment accueillir les personnes dans leur globalité, tout en expliquant leur souffrance par des mécanismes trop partiels, sans tomber dans une dissociation cognitive ingérable ?

Prendre le problème par le biais des inégalités sociales de santé nous a rapidement paru tourner en rond. De façon caricaturale, à part conclure que les inégalités sociales de santé sont le reflet des inégalités sociales « tout court » au niveau de la santé, nous ne trouvions pas grand-chose à ajouter. C'est pourquoi nous avons fini par nous poser la question autrement : comment expliquer que l'organisation sociale se reflète dans la santé des individus ? C'est alors que nous sommes arrivés sur ce que l'on appelle les « déterminants sociaux de la santé ». Cette formulation nous a plu car elle pose deux choses : la première que la santé est déterminée par certaines choses, et l'autre qu'il y a parmi ces déterminants certains qui relèvent du social (et par là-même d'autres non). Les déterminants sociaux viennent donc émerger en réponse à l'incomplétude des déterminants plus « classiques ». Elle ne les rejette pas, mais cherche à les enrichir pour retrouver un niveau de compréhension plus global de la santé humaine.

Nous avons alors cherché à étudier les travaux et modèles qui étudient et nous aident à comprendre le concept de déterminants sociaux de la santé. Depuis au moins les débuts de la modernité en occident, la discipline qui a fait son métier de ces questions est l'épidémiologie. Le Larousse la définie ainsi : « *science qui étudie, au sein de populations (humaines, animales, voire végétales), la fréquence et la répartition des problèmes de santé dans le temps et dans l'espace, ainsi que le rôle des facteurs qui les déterminent* ». En 2006, un groupe de travail de l'Académie des Sciences renouvelle la définition de la discipline tel que suit : « *L'épidémiologie étudie les variations de fréquence des maladies dans les groupes humains et recherche les déterminants de ces variations. Elle vise en particulier à la recherche des causes des maladies et à l'amélioration de leurs traitements et moyens de prévention.* » La question des déterminants sociaux peut donc être considérée de prime abord comme une question « épidémiologique ». Du moins par commodité proposons nous d'attraper ce fil-là, et de le suivre jusqu'à ce qu'il s'effiloche, en croise d'autre, se tisse en « réseau » puis raccroche un écosystème, tout un monde – notre monde – et nos divers façons de nous le représenter. Nous essayerons alors, pour ne pas nous embobiner dans un relativisme sans fin, de nous astreindre à trouver un modèle de représentation qui, bien que partiel et partial, puisse nous être d'un minimum d'aide pour comprendre et agir sur ces déterminants sociaux dans notre pratique médicale aujourd'hui.

Plus largement, cet élargissement dans la réflexion de ce qui façonne la santé, c'est reformuler la question de la cause du mal : qu'est-ce qui nous rend malade ? Construire une réponse ne peut se faire sans une réflexion philosophique et anthropologique sur notre époque et la socio-culture dans laquelle elle émerge, nous le discuterons un peu au fil du texte, puis en fin de travail.

Pour se faire, nous nous proposons de dérouler dans un premier temps un bref rappel des origines de l'épidémiologie classique. Nous y verrons comment la transition épidémiologique crée les conditions d'émergence de nos questionnements sur les déterminants sociaux, et les limites qu'ils amènent au modèle épidémiologie « classique ».

Dans un deuxième temps nous présenterons d'autres modèles qui se sont nourris notamment des sciences sociales pour dépasser ces limites, ceux de l'épidémiologie sociale, et pourquoi ils résonnent en cohérence avec une certaine lecture de la biologie humaine.

Dans un troisième temps nous essayerons d'exposer comment intégrer la notion temporelle dans la construction de la santé et de ses déterminants, toujours en mettant en parallèle les modèles épidémiologiques et les connaissances en biologie humaine.

Enfin, nous discuterons certaines considérations sur les origines et les mutations en cours au sein de notre socio-culture, et qui amènent à repenser notre conception des déterminants de la santé pour dépasser le clivage entre biologique et social. Nous discuterons enfin les implications possibles pour la pratique de médecine générale dans une optique de santé globale.

Nous nous sommes donné comme objectif d'atteindre un compromis entre un tour d'horizon systémique et pluridisciplinaire le plus large possible de notre thématique, au risque de s'y perdre en route, et un tri assez sélectif pour garder une cohérence globale qui réponde à notre question de recherche. Le moyen le plus sûr pour y parvenir restant de garder à l'esprit que cette réponse doit nous servir d'outil pour la pratique de la médecine et du soin en général.

Cette synthèse ne s'est pas fait sans certains compromis et abandons de champs de travail qui nous tenaient à cœur, mais qui n'ont pas trouvé ici leur place.

Enfin, lorsqu'on a passé autant de temps immergé dans un tel travail, il est difficile de juger si le résultat rempli son objectif. Nous avons appris énormément lors de nos recherches sur les déterminants de la santé humaine, à commencer par l'humilité de voir nos modèles comme partiels et partial. La lectrice et le lecteur seront seuls juges de notre capacité à retranscrire de manière cohérente un peu de cet apprentissage.

Matériel et méthode

Étant donné la transversalité du sujet qui a occupé nos lectures et nos pratiques pendant près de 5 ans, il nous est vite apparu l'impossibilité d'appliquer une méthodologie du type revue systématique de la littérature. Dans une approche disciplinaire de médecine générale et de santé globale, les champs à balayer sont trop vastes pour pouvoir se permettre d'être systématique. Se restreindre à prendre un seul champ du problème (épidémiologie, biologie…) pour en faire une revue systématique ne nous a pas semblé rendre suffisamment d'épaisseur à notre sujet pour le traiter correctement, nous le comprendrons au fil de ce travail. Nous avons donc pris le parti de suivre une approche systémique et pluridisciplinaire, et donc assumé de choisir ici une méthode de type revue narrative de la littérature. La revue narrative est la méthode traditionnelle de revue des écrits. Elle procède à un rappel des connaissances produites sur un sujet donné, recueillies à partir d'une littérature jugée pertinente par le chercheur sans processus méthodologique systématique. Il n'y a donc pas lieu d'y détailler les bases de données et méthodes de sélection des sources. Moins fréquemment employée, cette méthode est utile lorsque l'on cherche à faire des liens entre de nombreuses études, ainsi qu'une bibliographie plus large en terme de support (manuels scientifiques, essais, études scientifiques…) et de champs disciplinaires.

Le tableau suivant résume les principales différences entre une revue narrative et une revue systématique.

Table 1 - Main Differences Between Systematic Literature Review and Narrative Literature Review.

Features	Narrative Literature Review	Systematic Literature Review
Question	Broad	Specific
Source	Not usually specified, potentially biased	Comprehensive sources, explicit search approach
Selection	Not usually specified, potentially biased	Criterion-based selection, uniformly applied
Evaluation	Variable	Rigorous critical evaluation
Synthesis	Often Qualitative	Quantitative *
Inferences	Sometimes evidence-based	Usually evidence-based

* A quantitative synthesis that includes a statistical method is a meta-analysis (Cook, 1997).

Cook D J. et. al. Ann Intern Med 1997;126:376-380

Afin de caractériser un peu mieux notre méthode, nous nous sommes appuyés sur un article de Grant et Booth : *A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies (2)*. Notre méthode correspond à un revue narrative de type critical review. Elle propose une recherche extensive sur un sujet (pour nous la modélisation des déterminants sociaux de santé) afin d'en produire une analyse critique. Il s'agit d'une analyse poussée tant dans la critique des thématiques étudiées que dans la production conceptuelle en rapport avec le sujet. C'est une revue qui présente, analyse et synthétise un matériel issu de diverses sources, et permet de mieux circonscrire les problématiques liées au sujet plutôt que de répondre à une question. Le travail qui en résulte produit une synthèse des modèles existants, voire parfois en propose une interprétation nouvelle. Cette méthode est donc relativement large et pourrait s'avérer peu contraignante, laissant un biais énorme de subjectivité et d'incomplétude dans la méthode. Pour limiter ces biais nous avons employé plusieurs moyens.

D'abord un temps long : voici près de 5 ans que nous travaillons, étudions et réfléchissons à la problématique des déterminants sociaux de la santé et son implication pour la pratique en médecine générale. Nous avons donc lu et parcouru de nombreuses sources d'information. Que ce soit en

formation universitaire (internat de médecine générale, master de sciences humaines mention « santé, humanité, société »), dans nos lectures personnelles, en échangeant avec des collègues, amis, ou dans le cadre de notre recherche de mémoire.

Ensuite s'est dessiné un plan plus précis. Définir un plan nous a permis de circonscrire des domaines disciplinaires, ainsi que des champs thématiques et un espace-temps : la modélisation des déterminants sociaux de la santé dans les sociétés occidentales contemporaines. Nous avons donc pu procéder à une revue bibliographique sinon systématique, du moins approfondie.

Rapidement s'est développé l'axe chronologique des paradigmes de l'épidémiologie. Les contraintes que nous nous sommes imposées pour un minimum de rigueur scientifique ont été :

- Pour nos thématiques qualitatives (description des concepts d'épidémiologie classique, épidémiologie sociale, transition démographique…) : faire une revue de la littérature qui explorait les sources bibliographique de chacune des notions importantes de notre thématiques jusqu'à atteindre une forme de saturation des données. C'est-à-dire qu'au bout de plusieurs tours de bibliographie, nous avons commencé à retrouver de façon récurrente toujours les mêmes sources se citant l'une l'autre dans chacun des nouveaux articles étudiés sur ces questions.
Parmi nos sources, nous avons évidemment utilisé PubMed et googlescholar. Mais une autre ressource au moins aussi riche a été d'étudier la bibliographie utilisée citée ou partagée par des collègues – praticiens, enseignants, chercheurs – qui se penchent sur les mêmes thématiques. L'échange informel de bibliographie avec ces personnes nous a été précieux.

- Lorsqu'il était fait référence à des travaux plus quantitatifs, notamment les travaux épidémiologiques de Michael Marmot ou Richard Wilkinson, il nous a fallu nous appuyer sur des sources plus approfondies. Nous avons donc épluché les ouvrages entiers tel que *The Status Syndrom(3)* ou *Pourquoi l'égalité est-elle meilleure pour tous(4),* en plus des articles et rapports (5–11).

- Dans chacune des thématiques, il est fait allusion à des travaux de biologie qui sous-tendent et expliquent ces modèles. Il s'est avéré que ce sont les mêmes sur lesquels s'appuient les modèles de l'épidémiologie sociale. Nous avons donc décidé d'explorer le versant biologique d'une question pourtant à l'origine sociale, jusqu'à retrouver une cohérence entre ces deux approches.

Pour l'étude des travaux de biologie humaine, nous avons basé notre recherche à la fois sur notre culture médicale personnelle, et sur les sources cités dans les travaux précédents. Il nous a suffi de remonter l'histoire de médecine contemporaine jusqu'à certaines de ses sources, Claude Bernard puis Walter Cannon notamment. Là, nous avons découvert en route ou approfondi toute une culture de la physiologie du XXe siècle négligée pendant nos études, et encore très peu enseignée : les travaux sur le concept biologique de stress, la neurobiologie laborienne, puis enfin les concepts d'allostasie et de charge allostatique. Pour chacun de ces travaux, nous avons puisé aux sources soit par des ouvrages (lus en partie ou en totalité), soit par des articles en fonction du temps et des besoins. Chacun des concepts décrit dans notre recherche a été étudié et sourcé comme une pièce d'un puzzle qui a pris forme au fil de l'eau.

- Pour finir, une connaissance partielle de quelques penseurs en sciences humaines et sociales dont les travaux sont en lien direct avec nos thématiques est venue apporter un éclairage utile pour une plus grande profondeur de champ. Les sciences sociales nous ont apporté des outils (méthodes et concepts) complémentaires et nécessaires pour notre thématique des déterminants sociaux. Elles nous rappellent aussi que la place de la médecine au sein des sciences du vivant est toujours un peu hybride et problématique, et ne saurait vivre sans se nourrir de toutes les disciplines qui touchent à l'humain et au vivant.

Résultats

I) L'épidémiologie classique

Bref rappel chronologique

Depuis le XVIIe siècle et les travaux de Ramazzini sur les maladies et la mortalité liées au risque professionnel, ou les premières études épidémiologiques de Lind au milieu du XVIII[e], on trouve ponctuellement des travaux à vocation épidémiologique. Mais c'est vers les années 1800 qu'émerge et se structure la discipline scientifique que nous connaissons, et qui sera le terrain d'expérimentation pour les premières théories qui étudient l'impact de la biologie et du social sur la santé humaine.

L'ère des miasmes

Dans la première moitié du XIX[e], à l'époque des débuts de l'épidémiologie la cause des maladies est plutôt vue comme environnementale. Le paradigme explicatif dominant, hérité de la médecine hippocratique, est celui des miasmes. Ce qui cause les maladies est véhiculé dans l'air, l'eau, et l'environnement au sens large, combiné au manque d'hygiène. C'est l'époque qui donnera naissance à « l'hygiénisme », qui promeut les installations sanitaires notamment urbaines (égouts, drainage…). On commence également à produire des données chiffrées de la mortalité des populations en fonction de caractéristiques sociales : c'est l'ère des premières statistiques sanitaires. L'époque de Farr et des débuts de la surveillance épidémiologique, de Villermé et de ses études sur l'état de santé des ouvriers(12).

Pour exemple le tableau ci-dessous représente les premières études statistiques qui étudient l'espérance de vie en fonction de la profession. On y voit l'espérance de vie à la naissance, puis jusqu'à 30 ans, pour chacune des professions citées à gauche.

Il est souvent considéré comme la première objectivation chiffrée des inégalités sociales de santé.

Tableau de l'état physique et moral des ouvriers, Villermé, 1840

	A LA NAISSANCE.	A 1 AN.	A 4 ANS.	A 10 ANS.	A 20 ANS.	A 30 ANS.
Dans la classe des manufacturiers, fabricans, directeurs d'usine, négocians, drapiers, etc.	ans. 28	ans. 43	ans. 46	ans. 42	ans. 34	ans. 30
— domestiques (93 observat.).	21	37	35	32	23	18
— ouv. de fabriques, sans indication du métier.	18	20	21	28	33	30
— boulangers et meuniers.	12	39	43	40	34	26
— tailleurs d'habits.	12	36	39	40	32	28
— simples imprim. d'indiennes.	10	40	47	45	38	31
— journaliers et manœuvres.	9	20	33	34	32	26
— maçons	4	29	37	35	29	22
— charpentiers	4	28	24	30	24	25
— cordonniers.	3	31	40	38	31	24
— graveurs.	3	28	39	35	27	21
— menuisiers.	3	20	39	38	29	25
— contre-maîtres de manufact. (80 observat. seulement).	2 1/2	27	35	36	28	23
— serruriers.	1 3/4	14	23	22	17	13
— simples tisserands	1 1/2	19	28	26	20	17
— simples ouvriers des filatures.	1 1/4	11	18	17	15	13
Lorsque c'est pour :						
La population générale de la ville.	7 1/2	30	40	38	32	26 1/2
Et le département entier (1814-1833).	13 1/2	39	46 1/2	45 1/2	38	31

L'ère des maladies infectieuses

Au milieu du XIX^{e} siècle, l'idée de particules transmissibles responsables des maladies fait son chemin avec entre autres les travaux de Snow sur le choléra, de Semmelweiss sur la fièvre puerpérale. Puis c'est à partir de 1880 que la théorie des germes, ou théorie microbienne, s'impose avec les postulats de Koch et les travaux de Pasteur. D'autres causes spécifiques de maladie comme les carences en micronutriment viennent s'ajouter aux germes.

C'est également l'époque des premiers travaux de la génétique moderne, des lois de Mendel, et des premières théories sur les déterminants génétiques des maladies.

C'est ainsi qu'au début du XX^{e} siècle la maladie s'explique par les germes, certaines carences (vitaminiques), et dans une moindre mesure par des facteurs génétiques. Au-delà de la notion de germe, il faut comprendre que ce paradigme épidémiologique se caractérise par une causalité linéaire qui se veut d'un déterminisme absolu : un agent (germe, carence, gène) spécifique cause une maladie donnée.

Les moyens d'agir sur la maladie sont donc centrés sur le traitement direct de l'agent responsable : interruption de la transmission (isolement et vaccination), antibiotiques, traitement des carences.

La transition épidémiologique

Le passage de l'ère des maladies infectieuses à l'ère des maladies chroniques constitue ce qu'Omran théorisera comme la « transition épidémiologique »(13). Cette transition « *décrit les changements dans les modèles sanitaires et nosologiques, et les interactions entre ces modèles et leurs déterminants démographiques, économiques et sociologiques et leurs conséquences.* »

Le passage de la prédominance de maladies infectieuses à celle de « *maladies dégénératives et créées par l'homme* » est complexe. Il l'explique par trois principaux facteurs :

1) Les déterminants éco-biologiques :

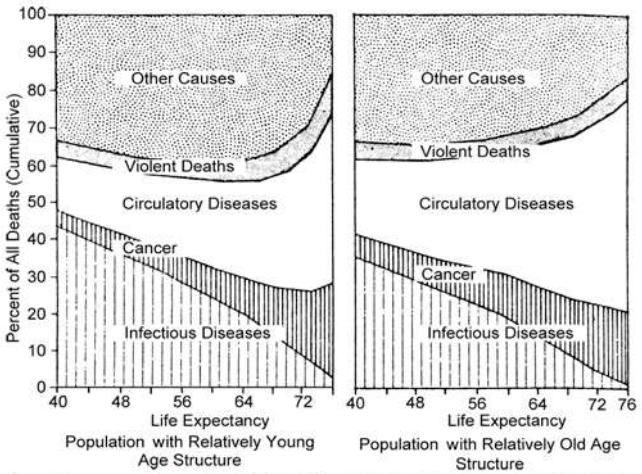
Ils reflètent un équilibre complexe entre un agent infectieux, le niveau d'hostilité de l'environnement, et la résistance de l'hôte au germe. La variation de cet équilibre en faveur de la diminution des maladies infectieuses, à l'exception de la variole, est finalement peu due aux progrès de la médecine moderne. C'est surtout l'amélioration des conditions de vie (hygiène, alimentation…) qui améliore la santé.

2) Les déterminants socio-économiques, politiques et culturels

Si la dynamique débute dès le XIXe siècle avec le début de l'ère industrielle, c'est surtout pendant l'entre-deux guerres et après que le niveau de vie et de revenu, les habitudes sanitaires, l'hygiène et la nutrition s'améliorent de façon significative.

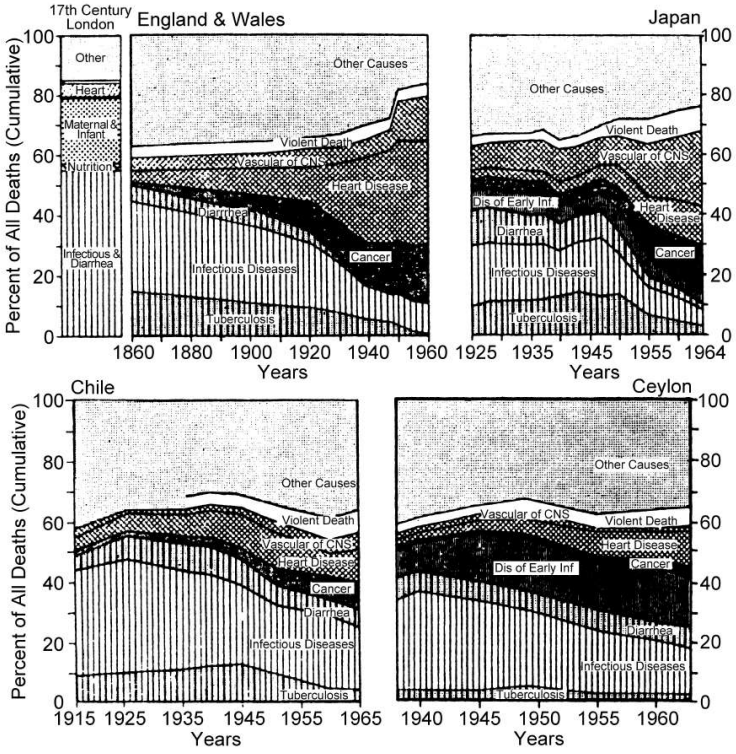
3) Les déterminants médicaux et de santé publique

Ce sont les mesures préventives et curatives spécifiquement dirigées pour combattre les maladies. Ils comportent l'amélioration du système sanitaire public, l'immunité (vaccination) et le développement de thérapies spécifiques (antibiotiques). Elles rentrent en jeu tardivement dans la transition épidémiologique des pays occidentaux.



Source: Department of Economic and Social Affairs. 1962. *Population Bulletin of the United Nations* 6, 110–12.

Evolution des causes de mortalité en fonction de l'espérance de vie. Omran, 1971



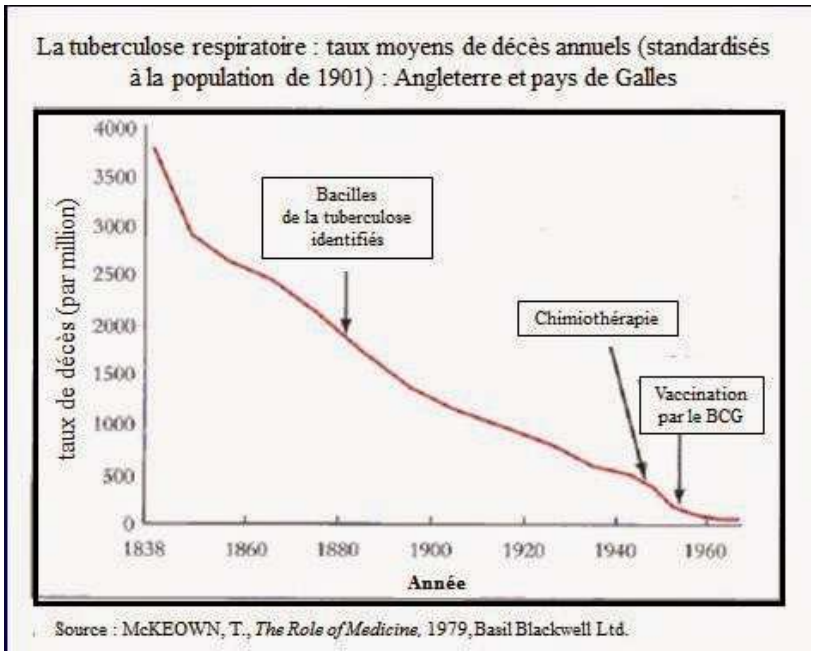
Evolution des causes de mortalité dans différents pays entre 1860 à 1960. Omran, 1971

Dans les deux séries de schémas ci-dessus, on peut voir la diminution radicale du taux de mortalité lié aux maladies infectieuses et à la mortalité maternelle et infantile. Les premiers montrent que plus la population vieillit, plus les maladies chroniques deviennent la cause de mortalité dominante. Le deuxième schéma illustre quant à lui la transition épidémiologique dans plusieurs pays du monde. Elle est particulièrement marquée en Angleterre où l'on voit en l'espace d'un siècle l'effondrement de la mortalité par tuberculose et autre maladie infectieuse en parallèle de l'explosion de la mortalité cardio-vasculaire par exemple.

D'autre part, les changements dans la morbi-mortalité avec le plus fort impact sur l'espérance de vie des populations interviennent chez les nouveau-nés et les femmes en âge de procréer. C'est en diminuant les complications de la grossesse et de l'accouchement, mais également en améliorant l'accès à l'alimentation, et en améliorant les déterminants dits plus haut éco-biologiques, que l'on diminue la sensibilité aux infections et la mortalité en couche. La transition épidémiologique s'accompagne d'un croisement des courbes d'espérance de vie chez les hommes et les femmes.

On constate donc sur ces données que ce sont les déterminants dits éco-biologiques et socio-économiques qui contribuent le plus à la baisse de mortalité au XIX^{e} siècle, et même dans la première partie du XX^{e}, les déterminants médicaux n'intervenant qu'une fois que les pandémies et maladies infectieuses ont déjà beaucoup décliné. C'est alors que deviennent majoritaires des maladies qu'Omran appellera « dégénératives et créées par l'homme ».

Le graphique ci-dessous repris de McKeown(14) montre la diminution de la mortalité par tuberculose, l'une des principales causes de mortalité de l'époque, au cours du temps. Les sanatoriums ont commencé à se répandre vers 1900. On voit bien qu'au moment où arrivent les antibiotiques et la vaccination, la mortalité a déjà drastiquement diminué, probablement en lien avec les raisons évoquées plus haut. Les progrès techniques propres à la médecine ont donc un rôle tout à fait relatif.



Dans les années 80, McKeown poursuit les réflexions d'Omran afin de chercher à affiner les catégories de ces pathologies nouvellement dominantes. Pour lui la société industrielle a certes amené un déclin des maladies infectieuses et une augmentation des maladies non transmissibles grâce à une meilleure alimentation et des conditions d'hygiène meilleures, mais elle a dans le même temps produit une exposition à des conditions pour lesquels nous sommes génétiquement peu adaptés (alimentation transformée, cigarettes, sédentarité, toxiques industriels…), et qui produisent de nouvelles pathologies. Ce qu'Illich appelle la « iatrogénie sociale » (15).

Il classe alors les maladies humaines en 3 catégories :

- les maladies prénatales : déterminées par la fécondation et la gestation

- les maladies de la pauvreté : liées aux carences et risques de l'environnement

- les maladies de l'abondance : liées à l'inadaptation du mode de vie industriel

Il nous amène à penser la genèse des maladies dans le fait de priver le corps de besoins biologiques de base, ou en l'exposant à un niveau de substance, de risque et de condition que n'a pas anticipé la sélection naturelle.

Ainsi, à partir des années 50, les épidémiologistes se retrouvent face à une diversité de maladies dont l'explication linéaire « un facteur causal agit sur un individu et cause une maladie » ne suffit plus à modéliser la complexité. Là où on était à l'ère des maladies infectieuses dans une modèle déterministe linéaire et monofactoriel, les maladies non transmissibles s'inscrivent dans un modèle probabiliste multifactoriel. Il faut donc trouver de nouveaux modèles pour schématiser les liens entre causes et survenue d'un événement.

L'ère des maladies chroniques

L'épidémiologie se classe en fonction de son objectif en plusieurs branches. Il y a l'épidémiologie observationnelle, qui peut être soit descriptive soit analytique, et qui vise à mettre en relation des causes potentielles et des effets. C'est cette épidémiologie qui nous intéresse ici en tant qu'elle crée des hypothèses sur ce qui détermine la survenue de maladies. Ensuite l'épidémiologie expérimentale, qui principalement étudie l'efficacité des protocoles de soin, aide à confirmer ou infirmer les hypothèses.

La recherche classique en épidémiologie observationnelle consiste à faire des études de cohorte dites cas-témoin. Schématiquement, on compare deux groupes pour lesquels diffère idéalement un seul paramètre, que l'on suppose comme étant un facteur provoquant une pathologie. S'il ressort une différence significative, toute chose étant égal par ailleurs entre les deux groupes, on considérera ce facteur comme étant un facteur de risque de la pathologie. Austin Bradford Hill proposera ensuite toute une série de critères pour établir qu'un facteur de risque est un facteur causal.

Comment, dès lors, modéliser ces facteurs de risques dans une relation non linéaire, puisque nous avons vu que la relation linéaire un agent = une maladie ne suffit plus à expliquer la complexité des facteurs en cause ?

En 1960, MacMahon, Pugh, et Ipsen(16) proposent la notion de « réseau de cause », telle qu'illustrée dans cet exemple qui montre le lien entre syphilis et ictère.

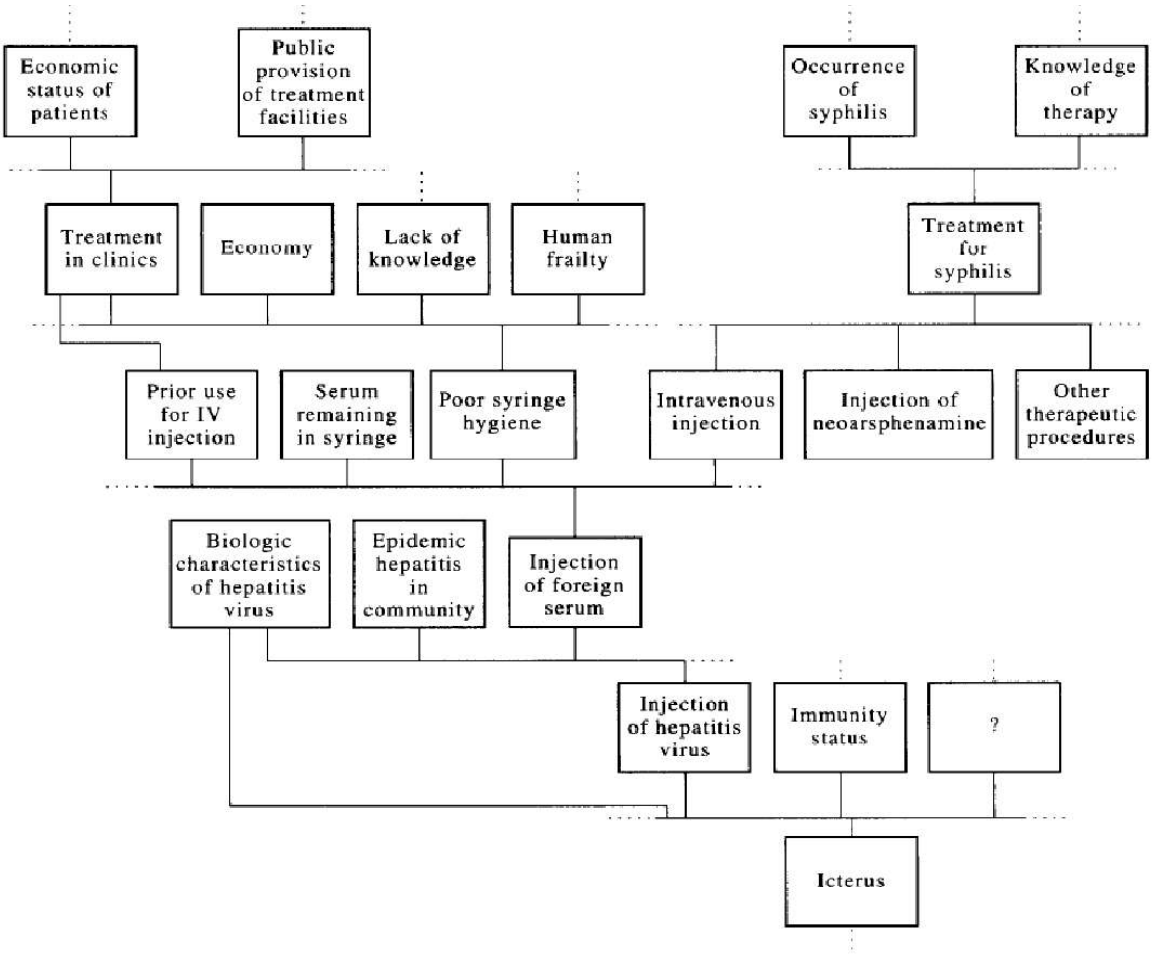


Illustration d'un "réseau de cause" avec l'exemple de l'ictère. MacMahon et al, 1960

Dans cette modélisation, on a d'un côté les déterminants économiques, humains, liés au système de soin, de l'autre l'influence de connaissances médicales, l'incidence de la maladie, les modalités de transmission. Ces facteurs s'entrecroisent, et c'est leur agencement particulier qui va concourir à l'occurrence de la maladie à un moment donné chez un patient donné. On voit bien que ça n'est pas un agent spécifique, mais bien l'enchaînement de ces facteurs qui entraînent un dérèglement physiologique, voire une pathologie. On entre alors dans une modélisation où il y a trop de variables pour qu'elles soient toutes connues et maîtrisées, avec pour corollaire que « *pour mettre en place des mesures de prévention effectives il n'est pas nécessaire de comprendre l'ensemble des mécanismes causaux* ». La connaissance de certains composants suffirait pour pouvoir agir car peu importe où le réseau de causalité est brisé, la maladie peut être prévenue. Ce modèle prévoit que l'altération d'une seule cause peut avoir des effets multiples, dont certains non attendus. Tout l'enjeu est alors de rendre ces effets secondaires « acceptables ».

Le modèle du « réseau de causes » acte l'impossibilité de comprendre l'ensemble des facteurs entrant dans la genèse d'un phénomène. L'épidémiologie sort de l'illusion déterministe « une cause = une conséquence » et replonge dans une approche empirique avec le paradigme de la « boîte noire »(17) : on prouve une corrélation entre une exposition à un agent, ou facteur, et une maladie pour établir des facteurs de risque. C'est-à-dire un risque statistique d'occurrence d'un événement chez un sujet exposé à ce ou ces facteurs, qui peuvent être multiples, et dont on sait qu'il existe des facteurs de confusions probables dont certains sont connus et d'autres non.

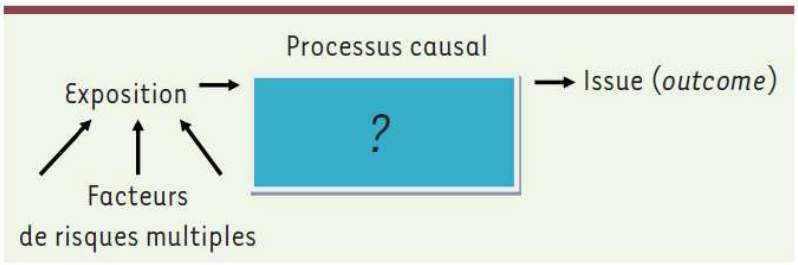


Illustration de la "boîte noire". Bizouarn, 2016(59)

Cette multiplicité de facteurs modélisés par le modèle en réseau, on le voit dans le schéma proposé par MacMahon et al., permet de remonter dans des liens plus distants que la simple matérialité biologie sur le corps de l'individu malade, et de rassembler en quelque sorte les anciennes approches hygiénistes de l'époque des miasmes, où les causes des maladies sont du domaine de l'organisation sociale, avec l'approche moderne de l'époque des germes, voire des gènes. On commence à parler de facteurs proximaux et de facteurs distaux. Reste alors à savoir comment modéliser et pondérer tous ces facteurs, et de comprendre à quel niveau ils impactent la survenue des maladies : individu ou société ?

Les limites de l'approche classique en épidémiologie pour appréhender les déterminants sociaux de la santé

« epidemiolgy has largely ceased to function as part of a multdisciplinary approch to understanding the causation of disease in populations and has become a set of generic methods for measuring associations of exposure and disease in individuals » McMichael, 1999(18)

« *En bref, nous soutenons que, malgré diverses tentatives de chercheurs très minoritaires, l'épidémiologie lorsqu'elle est appliquée à l'étude des déterminants sociaux, est une discipline essentiellement au service de politiques de santé publique, elles-mêmes centrées sur l'intervention auprès des individus, ne cherchant pas à comprendre ce que signifient les phénomènes qu'elle observe »* Goldberg, 2002(19)

En remettant de la complexité dans l'enchaînement des causes, donnant à voir les différents niveaux de facteurs qui influencent la survenu d'une pathologie, émergent les principales limites du modèle épidémiologique classique(20). Les épidémiologistes réalisent que les modèles qui leurs sont familiers, c'est à dire les modèles biomédicaux façonnés dans des liens de causalité linéaire et binaire, ne sont pas opérants pour modéliser les déterminants sociaux de la santé.

Dans le modèle en réseau comme dans les théories de McKeown, sont mis sur le même plan le niveau clinique et le niveau économique par exemple. En ne se préoccupant que du facteur proximal spécifique, on ne tient pas compte du contexte social ou économique et on passe à côté de surdéterminations populationnelles dont les dynamiques échappent à l'analyse individuelle : contexte épidémiologique ou politique, sous-culture, pression des pairs, publicité, statut social… On est de plus dans une démarche aveugle, la « boîte noire », dans laquelle on ne sait expliquer les mécanismes pathogènes qui relient le facteur de risque à la survenue de la pathologie.

Si on se concentre sur les facteurs sociétaux, les méthodes statistiques qui intègrent essentiellement des paramètres individuels ne permettent pas de donner des liens causaux. De plus, il est impensable en l'état de produire des analyses expérimentales à ces échelles.

C'est ainsi que l'on finit par se concentrer sur des facteurs de risque sur lesquels on sait organiser une action de santé publique, c'est à dire plutôt les facteurs proximaux. On accorde un poids beaucoup trop important aux facteurs individuels, que ce soit les déterminants biologiques ou le mode de vie, qui sont plus faciles à atteindre par une intervention médicale ou une recommandation aux individus sur leur mode de vie.

Cette stratégie a le double travers d'aboutir d'un côté à la stigmatisation des individus et des groupes sociaux tenus pour seuls responsables de la survenue de maladies, et de l'autre de ne pas régler les causes sociétales à l'origine de ces expositions individuelles. Et, nous l'avons vu avec la transition épidémiologique, ce ne sont pas toujours les facteurs individuels qui sont les plus importants pour la santé des populations.

En 1985, l'épidémiologiste Geoffrey Rose propose une analyse intéressante de ce problème dans un article qu'il intitule *Sick individuals and sick populations(21).* Il reprend à Acheson (le même qui écrira le rapport de 1998) la question fatidique de l'épidémiologie de cette seconde moitié du XXe siècle : « Pourquoi *ce* patient a *cette* maladie à *ce* moment-là ? ».

La cause des cas, et la cause de l'incidence

Les outils dont dispose l'épidémiologie sont à ce moment-là, nous l'avons vu, les études de cohorte, qui permettent d'identifier un facteur de risque. Dans le cas des études cas-témoin, on essaye de faire ressortir ce qui diffère entre les personnes atteintes par une maladie et celles qui ne le sont pas. On est dans un modèle où un facteur étiologique correspond à un risque statistique relatif : un sujet exposé a relativement plus de risque d'être malade qu'un sujet non exposé par exemple.

Ce qui pose problème dans ce modèle, c'est que le risque individuel ne ressort que s'il diffère de la moyenne de ses contemporains. Autrement dit, faire ressortir un facteur de risque de maladie au sein d'une population où tout le monde est exposé est impossible. Par exemple, si toute une population fume, il est impossible de faire ressortir le tabac comme étant un facteur de risque dans

la mesure où il n'y a aucun des témoins qui ne soient pas exposé : le risque relatif serait de 1 toute chose égale par ailleurs.

Ceci pose donc un problème méthodologique : les facteurs les plus difficiles à faire ressortir sont les facteurs universels, ceux auxquels tout le monde est exposé, puisqu'ils ne ressortent pas de façon relative. La seule façon de les identifier est de comparer deux populations différentes sur ces facteurs – encore faut-il penser qu'il peut être en cause et trouver un groupe témoin qui ne soit pas exposé. C'est ce qui fait la faiblesse de cette méthode pour étudier les déterminants collectifs dans une population homogène.

Rose distingue donc deux questions :

- pourquoi certains individus ont une pathologie ? : causalité d'un cas ;

- pourquoi certaines populations sont plus touchées par une pathologie que d'autres ? : causalité de l'incidence.

Nous avons vu qu'au cours des décennies et siècles passés, ce sont souvent les causes de l'incidence qui se sont révélées les plus à même d'améliorer la santé des populations : hygiène, alimentation saine, optimisation de l'immunité collective, diminution des agents infectieux dans l'environnement…

Cette dichotomie de la question de la cause (cas ou incidence) a également des conséquences en termes de politique de prévention. Soit on cherche à prévenir l'incidence d'un cas, et on va plutôt essayer d'agir sur les comportements des individus à haut risque, soit on cherche une stratégie qui s'adresse à la population, et on va vouloir agir sur les déterminants de l'incidence.

Rose décrit alors deux stratégies :

- *la stratégie du « haut-risque » :*

C'est l'approche médicale classique, on cherche à diminuer le niveau de risque chez les individus concernés. Elle présente l'avantage de proposer une intervention appropriée à l'individu, qui est alors motivé, par un praticien qui l'est lui aussi car il peut constater un bénéfice direct en cas de réussite. Le rapport coût-efficience est élevé, et le bénéfice hautement probable par rapport au risque potentiel d'une intervention.

Les inconvénients principaux sont de faire un traitement palliatif et temporaire : on ne s'attaque pas à ce qui fait que les individus sont à haut risque, on n'agit pas de façon radicale. L'incidence du risque dans la population peut donc se perpétuer dans le temps. Au vue de la faible prédictibilité de nos modèles, beaucoup de sujets à risque resteront en bonne santé, alors que d'autre sans facteur de risque vont tomber malade.

D'un point de vue comportemental, cette stratégie est également peu adaptée, car les facteurs de risque liés au mode de vie sont déterminés de façon collective et sociétale, alors que la prévention du haut risque est basée sur des actions individuelles. Si changer son comportement nous met en marge de la norme sociale, alors les stratégies sont souvent inopérantes.

Enfin, il constate que la principale cause de mortalité d'un individu à faible risque cardio-vasculaire est… une maladie cardio-vasculaire ! Du fait de l'incidence massive de ces maladies dans la population.

Autrement dit, la somme des petits risques cause plus de maladies que les hauts risques. Ce qui est encore renforcé quand on fait de la prévention sur le haut risque…

- *la stratégie populationnelle :*

C'est essayer d'agir sur les déterminants de l'incidence, pour diminuer le niveau moyen des facteurs de risque, pour agir sur l'exposition de manière globale.

Les inconvénients sont que les actions entreprises ont un bénéfice individuel modeste, vu qu'elles touchent essentiellement des sujets à bas risques qui n'auraient eu aucun problème pendant très longtemps. C'est le « paradoxe de la prévention » : une mesure de prévention qui apporte un grand

bénéfice à une population en offre peu à chacun des individus (notamment à court terme). Il est donc difficile de motiver les individus comme les praticiens, qui sont plus facilement mobilisés sur des bénéfices visibles à court terme.

Les avantages sont pourtant de s'attaquer à la cause de ce qui fait l'incidence de la maladie, à un niveau d'action plus radical. Le potentiel d'action est important à grande échelle.

D'un point de vue comportemental elle est plus cohérente, puisque les normes de comportement se changent plutôt au niveau collectif qu'individuel.

Illustrons ça d'un exemple. Si le fait de manger gras, sucré et d'avoir un mode de vie sédentaire met un sujet à risque de développer des pathologies, les campagnes de prévention dans une stratégie du haut risque seront ciblées sur les comportements individuels de celles et ceux qui mangent gras et sucrés. La question de l'accès à une alimentation alternative, des pratiques alimentaires collectives, de la publicité sur les produit de l'agro-industrie, et du faible coût relatif de produits transformés gras et sucrés par rapport à d'autres plus sains n'entre pas du tout en compte dans cette stratégie.

À l'inverse, une stratégie populationnelle s'attaquerait à l'offre alimentaire au niveau de la population, à la régulation des produits commercialisés par exemple, ou encore à une limitation de la publicité sur certains produits considérés comme toxiques (comme c'est le cas pour le tabac, et l'alcool dans une moindre mesure).

Les études épidémiologiques en infectiologie montrent bien que les niveaux de risques individuels reflètent les caractéristiques de comportement d'une population. Par exemple le risque de transmission sexuelle est lié aux pratiques sexuelles au sein d'un groupe de population plus qu'à celles d'un individu. Celles-ci étant elles même le reflet d'un niveau économique, de mobilité démographiques, et de traditions culturelles. Les individus ont des pratiques sexuelles, les populations ont des schémas de pratiques sexuelles. Les deux sont des facteurs de risque, mais à différents niveaux.

La conclusion de Rose est que la prévention individuelle centrée sur le haut-risque est malheureusement trop majoritaire, et souvent insuffisante. Il faut remonter aux causes populationnelles de l'incidence pour avoir un impact plus important et plus durable. De façon réaliste de nombreuses pathologies vont nécessiter les deux approches, et la concurrence entre elles n'est pas nécessaire. Ceci étant dit, il convient tout de même de toujours chercher à agir de façon privilégiée sur la cause des incidences.

Nous avons compris qu'il existe dès lors deux échelles de travail : la comparaison de cohortes d'individus qui produit des facteurs de risque individuels, et la comparaison de groupes sociaux, qui produit des déterminants sociaux de l'incidence de pathologies.

A partir de cette deuxième échelle de travail vont être produit un grand nombre d'études qui retrouvent notamment une corrélation entre appartenance à une classe sociale et état de santé. Ce que l'on appellera les déterminants sociaux de la santé.

De l'épidémiologie classique à la modélisation des déterminants sociaux de la santé

Entre l'analyse des causes de la transition épidémiologique (éco-biologiques, socio-économiques), le constat de dynamiques collectives dans l'incidence des pathologies, l'épidémiologie se met à observer et analyser à la fois les facteurs de risques individuels et les dynamiques collectives qui impactent la santé des populations.
Nous l'avons vu plus haut, pour faire ressortir une différence statistiquement significative dans l'incidence des maladies, il faut comparer deux groupes de populations qui diffèrent sur certains critères. À l'échelle de la population d'un pays, les groupes qu'il est facile de constituer de façon différentielle afin de les comparer sont les différentes classes sociales. C'est ainsi que l'épidémiologie s'est mise à objectiver des inégalités de santé superposables aux inégalités sociales.

On observe de plus en plus d'analyses qui montrent l'impact de l'environnement social, notamment la catégorie socio-professionnelle ou le niveau de revenu, sur la santé. Depuis Villermé et son fameux tableau vu plus haut, toutes les études confirment ce gradient de santé au sein des classes sociales.

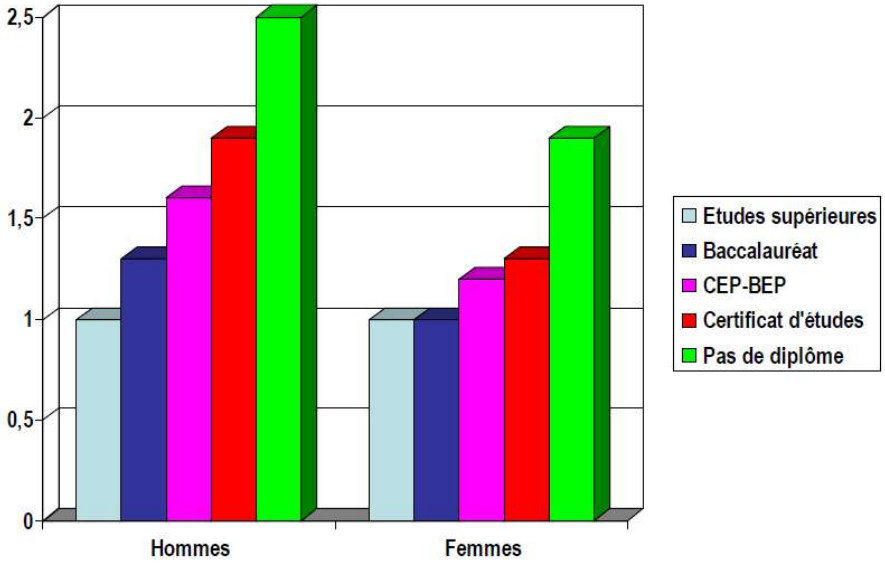
Le sujet de notre travail n'est pas de décrire les inégalités sociales de santé, mais plus largement de voir qu'il existe des déterminants de la santé qui relève d'une régulation sociale. Ce qui nous intéresse est de comprendre les mécanismes à l'œuvre pour imprimer les dynamiques sociales dans les corps. Il n'empêche, cette empreinte est largement visible dans sa façon dont les inégalités sociales se traduisent sur la santé. La problématique des inégalités sociales de santé nous intéresse donc ici en tant qu'elle révèle que la santé est une construction sociale, qu'elle se fabrique, se détermine et se conditionne. Pour autant, c'est l'étude des dynamiques à l'œuvre dans la construction de la santé qui nous intéresse.

Face au constat de ces inégalités, les politiques de santé publique ont tenté d'agir en ciblant les comportements individuels à risque, mais sans parvenir à réduire le gradient social de santé. Pour les raisons évoquées dans l'article de Rose notamment, la stratégie du haut risque tend à stigmatiser les personnes pour leur comportement individuel. De plus, on observe que les campagnes de prévention ciblées sur les comportements individuels peuvent parfois renforcer les inégalités.
Par exemple pour le tabac, on observe que les publics les plus précaires ont un rapport à l'addiction qui structure leur vie en sorte que c'est à la fois un problème sanitaire et à la fois un mécanisme d'adaptation opérant et nécessaire.(22) Il en résulte que les campagnes diminuent le tabagisme et la morbi-mortalité chez les classes hautes et moyennes, celle qui ont le plus de ressource pour sortir de l'addiction en quelques sorte, tandis que les plus précaires gardent un fort taux de consommation de tabac, avec les maladies qui l'accompagnent. Il en résulte une aggravation du gradient de santé lié à ce facteur tabac. La même dynamique se retrouve sur d'autres types de comportement. On constate que malgré des tentatives de corriger les facteurs individuels qui diffèrent entre les populations on ne corrige pas le gradient de santé. C'est ce qui justifiera la nécessité de mieux comprendre les mécanismes à l'œuvre pour pouvoir agir dessus.

Sans balayer le sujet de comment sont observées et analysées ces inégalités sociales de santé, nous pensons qu'il est important de produire ici quelques graphiques et données chiffrées pour avoir à l'esprit l'ampleur de ce phénomène.

On parle souvent de gradient de santé entre les classes sociales. La définition de celles-ci est souvent complexe et il en existe de nombreuses variantes. Nous proposons ici un simple aperçu par un exemple :

Figure 2 - Mortalité relative pour la période de 1990-96 en France, pour les hommes et les femmes âgés entre 35 et 64 ans en 1990, selon le plus haut diplôme déclaré.

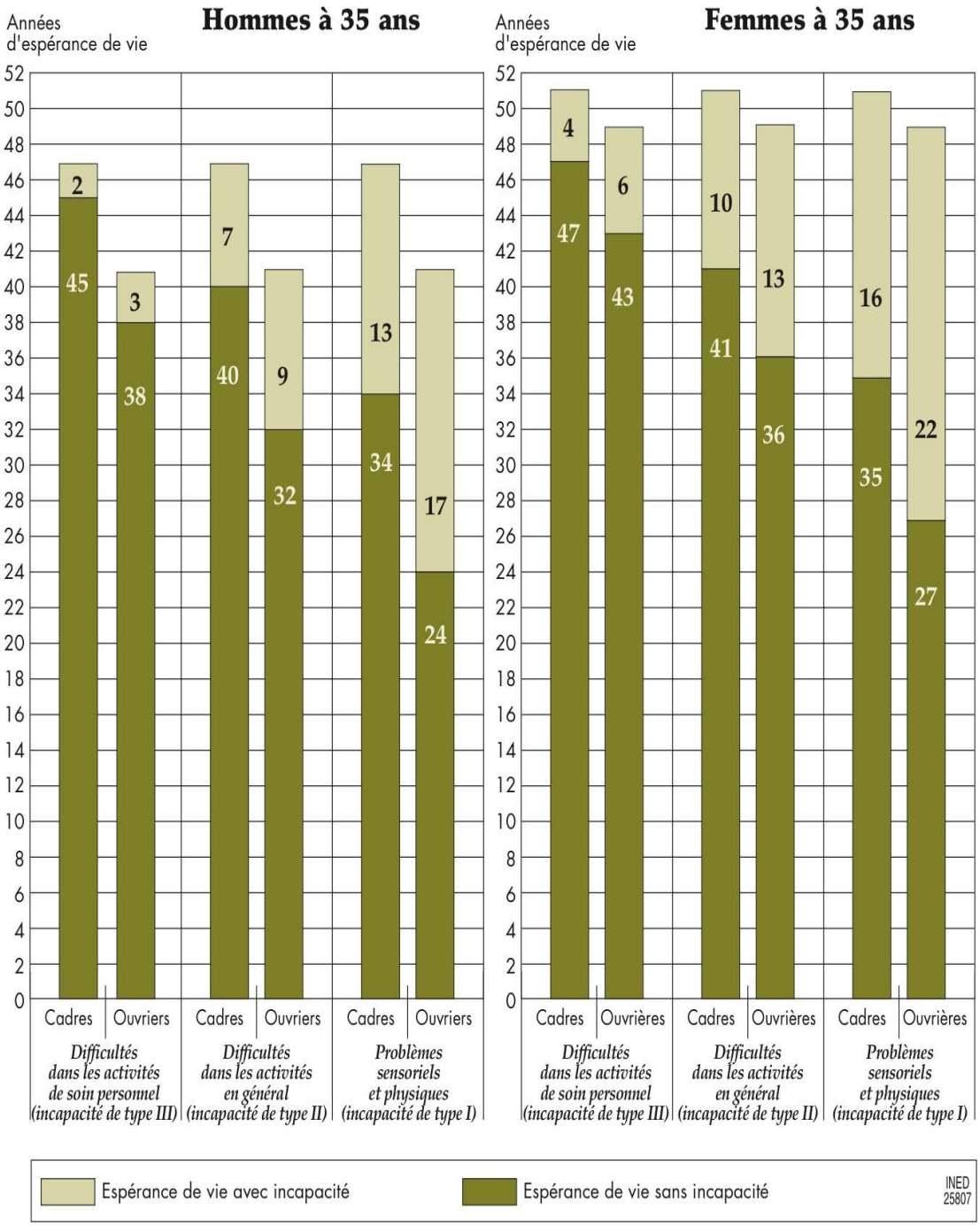


HCSP, rapport sur les inégalités sociales de santé, 2009

Portrait des classes sociales		
	Cadres supérieurs	Ouvriers
Revenus		
Salaire net mensuel moyen (Insee, données 2013)	4 072 euros	1 686 euros
Chômage		
Taux (Insee, données 2014)	4 %	19,9 % (2)
Patrimoine		
Patrimoine nets (1) médian (Insee, données 2010)	214 500 euros	5 500 euros (2)
Education		
Obtention du bac général (ministère de l'Education, données 2014)	76 %	32 %
Conditions de travail		
Respirer des fumées ou des poussières sur leur lieu de travail (ministère de l'Emploi, données 2013)	11 %	66 %
Santé		
Espérance de vie à 35 ans chez les hommes (Ined, données 2008)	47,2 ans	40,9 ans
Logement		
Qui vit dans un logement inconfortable ? (Insee, données 2006)	8 %	20 %
Culture		
N'a lu aucun livre dans l'année (Insee, données 2012)	20 %	69 %
Loisirs		
Taux de départ en vacances (Crédoc, juin 2014)	82 %	47 %
Homogamie		
Qui se marie avec qui ? (calculs de Milan Bouchet-Valat d'après l'Insee, données 2011)	3,4 % sont mariés à une ouvrière	2,2 % sont mariés à une cadre supérieure
(1) Une fois les dettes déduites. (2) Ouvrier non qualifié.		

Observatoire des inégalités, 2015

Figure 1 - Espérance de vie à 35 ans avec et sans incapacité chez les cadres supérieurs et les ouvriers, pour différents indicateurs d'incapacité. Hommes et femmes, France, 2003

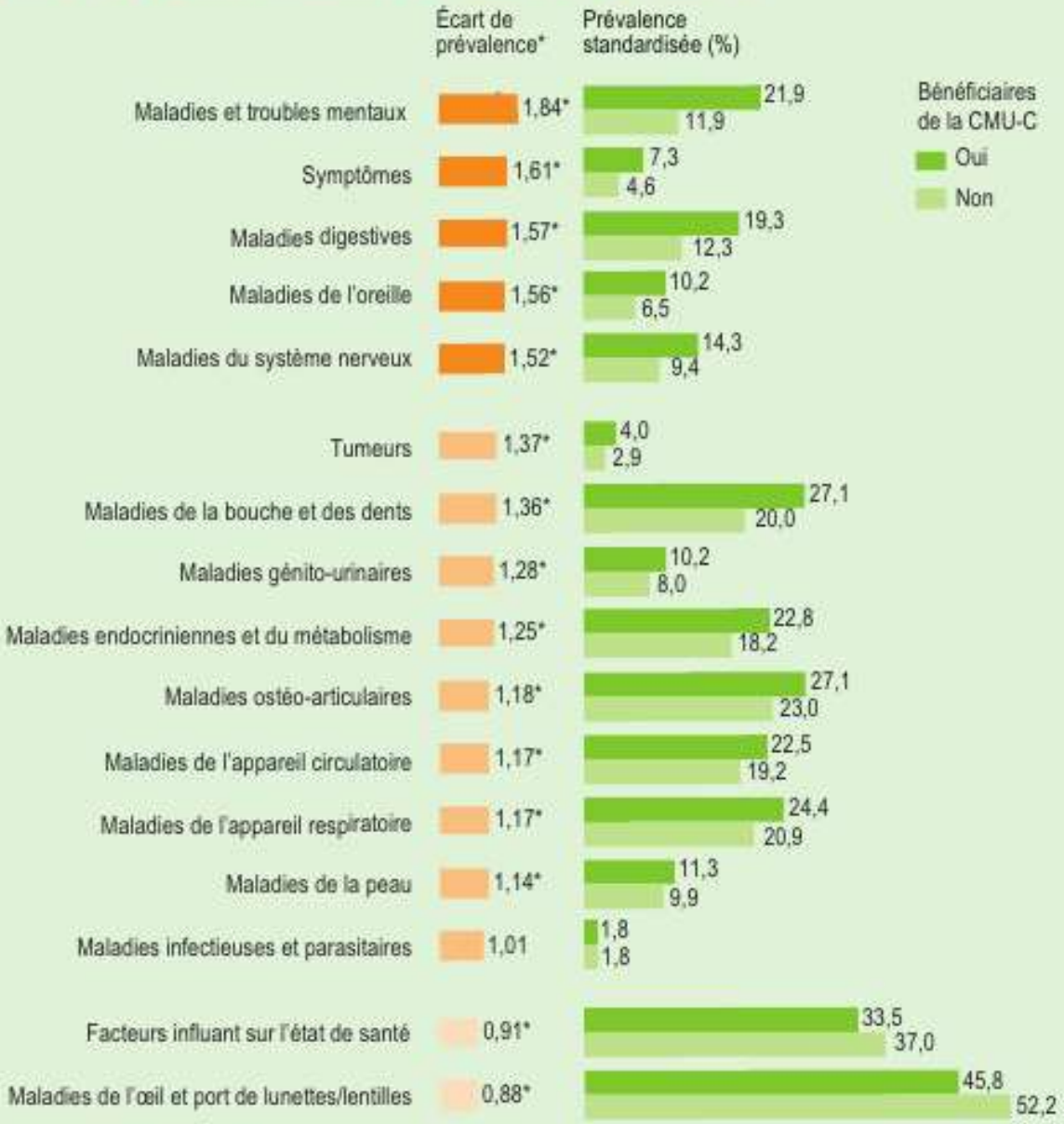


Champ : France métropolitaine.

(E. Cambois, C. Laborde, J.-M. Robine, *Population & Sociétés*, n° 441, Ined, janvier 2008)

Source : Calculs des auteurs d'après les données de l'Échantillon démographique permanent (décès survenus entre 1999 et 2003) et de l'enquête de l'Insee sur la santé et les soins médicaux de 2002-2003.

Écarts de prévalence par grands groupes de pathologies pour les bénéficiaires ou non de la CMU-C



1. *Standardized morbidity ratio* (SMR).
*Écarts significatifs.

Guide de lecture • En ce qui concerne les maladies de l'œil et ports de lunettes ou de lentilles, le rapport entre les bénéficiaires de la CMUC et les autres assurés est de 0,88 (46/52). En effet, à âge et sexe comparable au reste de la population, 46 % des bénéficiaires de la CMU-C déclarent au moins une maladie de l'œil ou le port de lunettes et de lentilles, versus 52 %, l'écart étant significatif.

Champ • Personnes de moins de 65 ans.

Sources • ESPS 2006-2008, Irdes.

Étudier les déterminants sociaux de la santé, c'est donc partir du constat initial d'une distribution socialement stratifiée des problèmes de santé au sein des populations, et tenter de comprendre ce qui conditionne cette distribution. Pour Goldberg « *le but de l'étude des déterminants sociaux de la santé est d'essayer de mieux comprendre comment et pourquoi il existe une telle différenciation sociale des problèmes de santé, et d'envisager les origines de ce phénomène et les mécanismes qui le rendent possible* »(19)

Nous avons vu plus haut que les facteurs de risque individuels expliquent la santé des individus, mais très peu les différences sociales des maladies. L'article de Rose cite de nombreuses études à l'appui que l'on retrouve facilement dans sa bibliographie.

On se met alors à chercher une nouvelle stratégie : rechercher de nouveaux facteurs de risque d'origine socio-économique, et leurs mécanismes d'action. Pour se faire deux hypothèses :

- Soit il existe des facteurs de risque qui prennent leur origine dans le contexte de l'environnement social. Ils agissent sur la santé en tant qu'ils ont un effet propre sur l'organisme, directement, ou en modifiant la susceptibilité de l'organisme aux facteurs de risque classiques. Ce sont de nouveaux facteurs « proximaux » classiques à dimension sociale.

- Soit ils n'ont pas un effet direct sur la santé mais s'inscrivent plus en amont dans une chaîne de causalité qui peut aboutir à modifier les conditions d'exposition aux facteurs ayant un rôle direct, ce sont les facteurs sociaux distaux.

Comme les modèles existant en épidémiologie classique ne parviennent pas à modéliser ces deux hypothèses, il faudra se tourner vers d'autres disciplines pour s'enrichir de travaux capables de pallier ces limites dans la modélisation des dimensions collectives des déterminants de la santé humaine.

Et notamment vers la sociologie, qui s'est penché sur cette question dès la fin du XIX^{e} siècle. Durkheim le premier a montré que les caractéristiques d'une société affectent la survenue d'événements relatifs à la santé. Son étude sur le suicide(23) montre que le taux de suicide au sein d'un groupe social n'est pas simplement l'agrégat des propensions individuelles. Les causalités individuelles ne sont pas performantes pour l'expliquer, alors que les valeurs sociales, les modèles de relation et les valeurs morales qui sont attachés à l'acte de se suicider le sont bien plus.

On voit également apparaître des études dites « écologiques », où les données analysées concernent une population et non plus des individus. Elles cherchent à détecter ou identifier des variations de l'occurrence d'une maladie dans l'espace ou dans le temps, et à relier ces variations à des facteurs environnementaux ou sociaux. Ce sont des études qui prennent en compte des critères populationnels et non plus individuels, ce qui permet de faire ressortir des facteurs de risques universels au sein d'un groupe homogène en le comparant à un autre. Par exemple, si l'on veut faire ressortir que des différences de santé sont liées à une caractéristique d'un groupe social, et non d'un individu, il faut comparer une population qui a le critère et une qui ne l'a pas.

On se retrouve donc, comme tout à l'heure avec Rose, sur plusieurs échelles de travail. Il s'agit alors de savoir si les causes distales font partie d'une même chaîne de causalité dans laquelle l'épidémiologiste traite le facteur de risque individuel et le sociologue le facteur populationnel, ou si l'on voit un système basé sur un réseau de causalité, pas forcément linéaires, mais pouvant inclure des interactions et feedback, avec une pondération différente de l'impact des facteurs sociaux et biologiques.

C'est le pari de l'épidémiologie sociale. Née d'une tentative de modéliser d'abord l'effet des facteurs sociaux sur les pathologies, nous verrons qu'elle produit finalement des grilles de lectures qui tentent d'intégrer les modèles de l'épidémiologie classique avec des facteurs biomédicaux à l'échelle de l'individu, dans une grille plus complète et plus complexe proche des modèles écologiques, en passant par le niveau des groupes sociaux.

II) Les modèles de l'épidémiologie sociale : une vision croisée entre biologie, sociologie et épidémiologie

L'épidémiologie sociale émerge dans les années 50. Elle est définie en 1969 au congrès américain de sociologie comme étant « *l'étude du rôle des facteurs sociaux dans l'étiologie des maladies* », et cherche à associer les schémas et outils de la sociologie aux enquêtes épidémiologiques.(24)

Notre étude de ces théories s'est faite sur plusieurs fronts à la fois, que nous tentons ici de tisser en une seule et même trame pour lire cette question des déterminants sociaux.

Dans un premier temps nous avons étudié les principaux articles proposant les trois principales théories qui se revendiquent de l'épidémiologie sociale. Chacune de ces théorie s'appuie à la fois sur des travaux de biologie et d'épidémiologie, mais utilise également des concepts issus de la sociologie.

Nous avons donc pris le parti d'étudier les notions de biologie et de physiologie humaine auxquels font référence ces théories, ainsi que certains travaux d'épidémiologie complémentaires qui illustrent le mieux chacune des théories, et de les intégrer de façon plus ou moins synthétique dans la description de chacun des modèles. Lors de nos recherches, nous n'avons trouvé aucun travail ayant proposé une telle synthèse. D'après nous elle apporte une plus grande complexité et une plus grande cohérence à la compréhension de notre question de recherche initiale sur les déterminants sociaux de la santé humaine. Elle constitue également un outil utile pour sortir de la dichotomie biologique/social, montrant qu'on peut l'envisager comme un continuum où toute tentative de poser une frontière est dès lors arbitraire.

Au cours de cet exposé, nous avons essayé d'inclure quelques notions de sciences humaines qui nous semblent pertinentes, voir indispensables pour comprendre la complexité de ces modèles. Pour plus de clarté nous voulions les développer à part dans un second temps. Mais au fil de la rédaction il nous a paru nécessaire de les amener au moment le plus opportun, au fil de l'exposé. Nous pensons gagner en cohérence ce que peut être nous perdons en clarté en chargeant un peu plus l'exposé.

Nous avons retenu trois théories principales revendiquées par l'épidémiologie sociale : la production sociales de maladie ou économie politique de santé, la théorie psycho-sociale, et la théorie éco-sociale. Elles visent à expliquer les inégalités sociales de santé et la distribution sociale des maladies, apportant des hypothèses sur les mécanismes supra-individuels déterminant la santé.

1) La production sociale de maladies, ou économie politique de santé

Renvoyant aux thèses hygiénistes du XIX^{e} siècle, et fortement influencée par les théories de McKeown, elle part du principe que les pathologies modernes sont liées à l'organisation de la société, et reposent sur la matérialité des conditions de vie. Le gradient de santé s'explique par les inégalités de condition de vie et de travail : exposition à des substances toxiques, risques professionnels, mauvaise alimentation, logements insalubres, événements de vie éprouvants et isolement social…

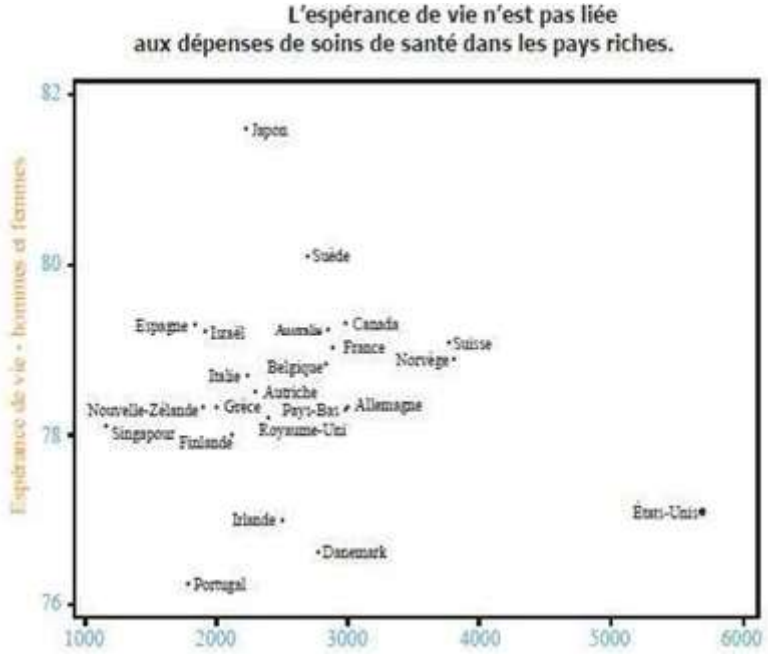
Cette théorie affiche une volonté de sortir de la culpabilisation qui « *blâme la victime pour son mode de vie* » en mettant l'accent sur la responsabilité individuelle. Elle rejette la prétendue capacité des individus à choisir un « *mode de vie sain* » et à « *gérer son stress* » indépendamment des contraintes de son milieu. On y voit plutôt les déterminants politiques et sociaux de la santé et des maladies par la question des barrières structurelles qui empêche les gens d'adopter de comportements sains. Ce modèle est largement inspiré de la sociologie classique (Marx, Durkheim, Bourdieu).

On sait qu'il y a une corrélation entre le contexte social des individus et leur espérance de vie : plus on est pauvre, isolé, en situation de précarité, plus on meurt jeune. Pendant longtemps on a considéré que le mécanisme est celui du manque matériel lié à la pauvreté. Pourtant ce modèle présente une limite importante, c'est de ne pas expliquer pourquoi à condition de richesse égale, la

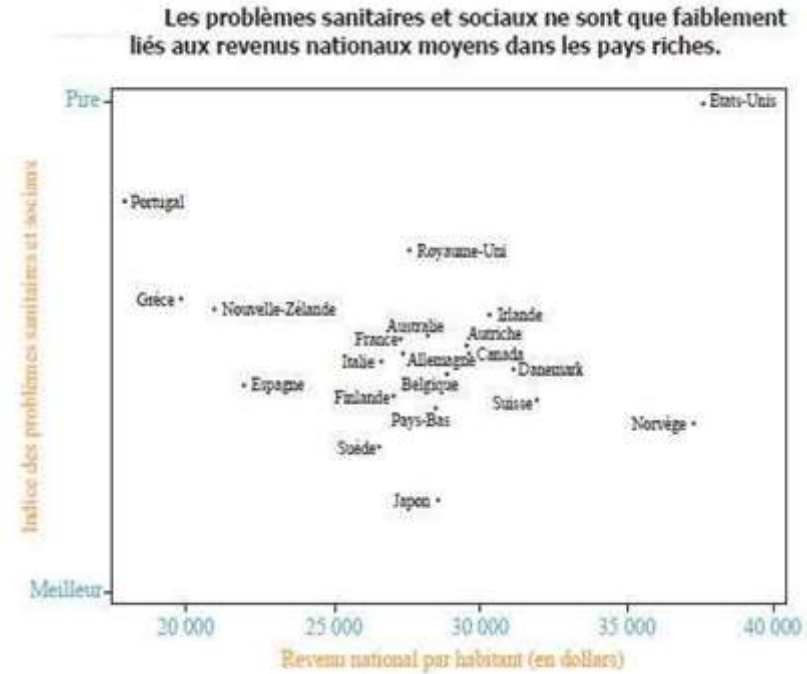
santé des individus peut être extrêmement différente d'un groupe social à l'autre. En d'autres termes, pourquoi certaines personnes, ou groupes de personnes, vivant dans les même conditions matérielles (revenu, logement, travail) ont une espérance de vie qui peut être très différente.

C'est pour tenter d'expliquer cela que de nombreux travaux en épidémiologie se sont penchés sur l'impact au niveau macro-social de la répartition des revenus dans nos sociétés d'abondance. Notamment sur l'incidence des pathologies, mais sur de nombreux autres indicateurs comme le niveau d'éducation, de violence, de troubles psychiques, etc.

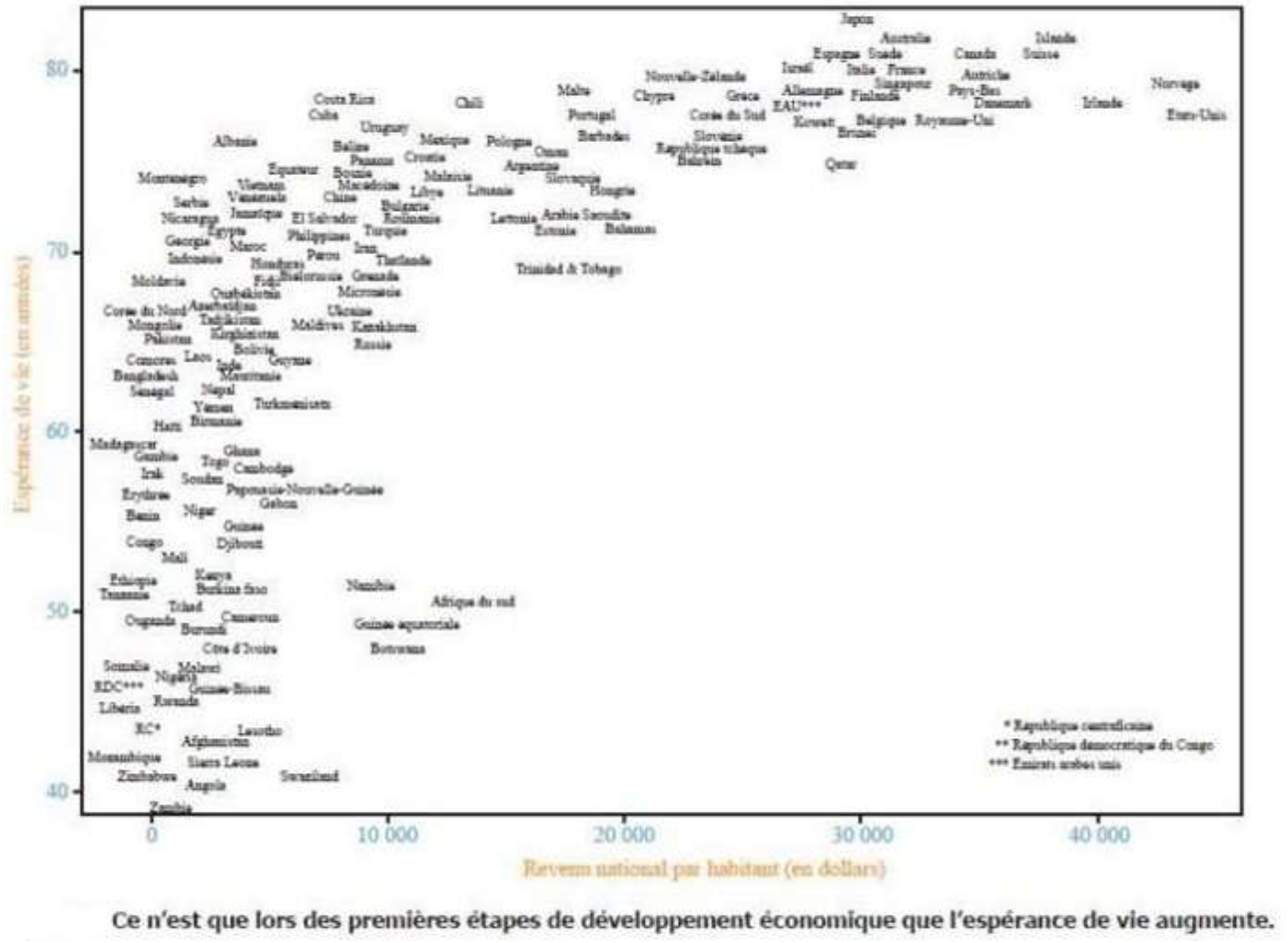
Richard Wilkinson et Kate Pickett, entre autres, ont observé que dans les pays ayant atteint un certain niveau de richesse – donc ayant effectué leur transition épidémiologique – il n'y a plus de corrélation entre le niveau de richesse, le niveau de dépense de santé, et l'amélioration des indicateurs sociaux et sanitaires.(4,5,25)



d'après Wilkinson et Pickett,2013



d'après Wilkinson et Pickett,2013



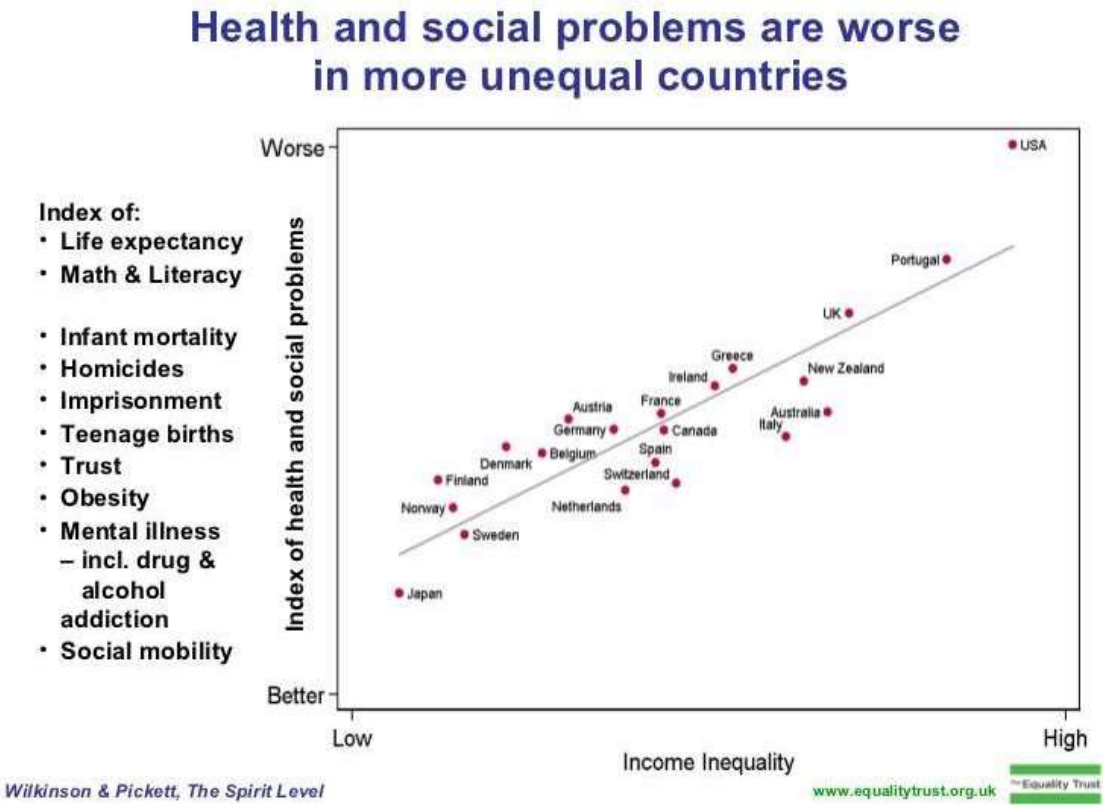
d'après Wilkinson et Pickett,2013

Les premiers graphiques montrent qu'il y a peu de corrélation entre le niveau de dépense de santé des pays cités et l'espérance de vie. Le second que le niveau de richesse par habitant d'un pays n'est pas bien corrélé aux résultats sociaux ou sanitaires (les indicateurs sont définis en détails dans les travaux de Wilkinson et Pickett cités).

Le dernier montre qu'il existe effectivement, jusqu'à un certain seuil de richesse, une corrélation entre développement économique d'un pays et espérance de vie. Mais passé un certain seuil qu'on atteint les pays dits riches (mettons ceux de l'OCDE pour faire simple), il n'y a plus de corrélation entre l'enrichissement du pays et l'amélioration de l'espérance de vie.

Les travaux auxquels nous faisons référence ici montrent par contre que passé ce cap de richesse, c'est la répartition égalitaire des ressources et des richesses dans la société qui conditionne l'amélioration des indicateurs socio-sanitaires.

Dans le détail ils montrent que l'organisation sociale, et notamment la répartition égalitaire ou non des richesses et donc l'écart entre les classes sociales, conditionne la confiance des gens entre eux, le niveau d'anxiété, le niveau de violence, d'éducation, etc.



Ils concluent que l'écart entre riches et pauvres affecte l'organisation de la société et résulte une perte de « capital social » qui peut affecter la santé des populations.

Issu de la sociologie, ce concept est repris et hybridé en épidémiologie, Fassin(26) analyse cette « *migration transdisciplinaire* » en rappelant la triple signification de ce concept en sociologie, et l'acception dans laquelle on l'emploi dans les modèles de l'épidémiologie sociale. Bourdieu d'abord analyse comment à ressources économiques égales la trajectoire de vie peut être très différente en fonction de son réseau de relation qui conditionne le statut social et le parcours de vie dans une classe ou dans une autre. C'est encore une façon de montrer que les parcours individuels sont interdépendants de caractéristiques plus collectives.
Une autre définition qui nous intéresse moins voit ce capital culturel comme une économie des relations sociales.
C'est surtout la définition en sociologie politique de Putnam dans les années 90 qui intéressera le plus les épidémiologistes. Dans ses travaux, il prend en considération des données collectives reflétant l'investissement des individus dans les institutions sociales, leur participation et leur intérêt pour à la vie de la communauté (par exemple nombre d'associations, de clubs, taux de lecture de journaux, taux de participation aux élections…). Il y analyse également les performances institutionnelles à l'échelle collective toujours (la production de lois, le développement industriel, agricole, les politiques de santé et de logement…). Il y ajoute enfin le ressenti des individus comme le niveau de satisfaction générale, la confiance envers autrui, le sentiment d'impuissance. Il arrive alors à montrer qu'avec ces données reflétant des dynamiques collectives seulement, il peut prédire, sans aucune donnée individuelle du type résultat des votes individuels, le résultat des élections. C'est en reprenant ces méthodes d'analyse que des épidémiologistes comme Wilkinson montreront que tous ces critères sont fortement corrélés de façon statistiquement significative à la performance des indicateurs sociaux et sanitaires comme ceux cités dans le graphiques ci-dessous. En d'autres terme, l'organisation des groupes et classes sociales est un facteur prédictif, indépendamment des dynamiques individuelles, de ce que la société produit, et notamment en termes de santé.

La principale limite de ce modèle est de ne pas expliquer la façon dont ces paramètres mesurés à l'échelle macroscopique déterminent la santé au niveau des individus. D'autre part ces études

s'exposent à ce qu'on appelle le biais écologique, c'est-à-dire le fait de transférer la conclusion d'une étude écologique (faite sur des groupes) sur des dynamiques individuelles.

C'est en allant chercher des réponses dans le modèle suivant que l'épidémiologie sociale tentera de dépasser ces limites pour modéliser les déterminants sociaux de la santé dans nos sociétés contemporaine.

2) Le modèle psycho-social

Il naît de l'incapacité du modèle précédent à expliquer par exemple le lien causal entre déterminants biologiques et organisation sociale. On a vu que des données macroscopiques comme le niveau de richesse relatif, le niveau de confiance entre les individus ou de participation à la vie sociale impactent l'espérance de vie par exemple. Mais on ne sait pas dire par quel mécanisme ces liens se font.
Après avoir reproché au paradigme de la « boîte noire » de ne pas se pencher sur les mécanismes étiologiques qui lient un facteur de risque à une maladie, il ne suffit pas de constater un impact de l'organisation sociale sur la santé des individus, il faut encore l'étayer, et expliquer comment le social « *passe sous la peau* ». Nous souhaiterions retracer brièvement quelques-uns des plus importants concepts de physiologie humaine qui selon nous viennent construire et étayer depuis plus d'un siècle ce modèle bio-psycho-social.

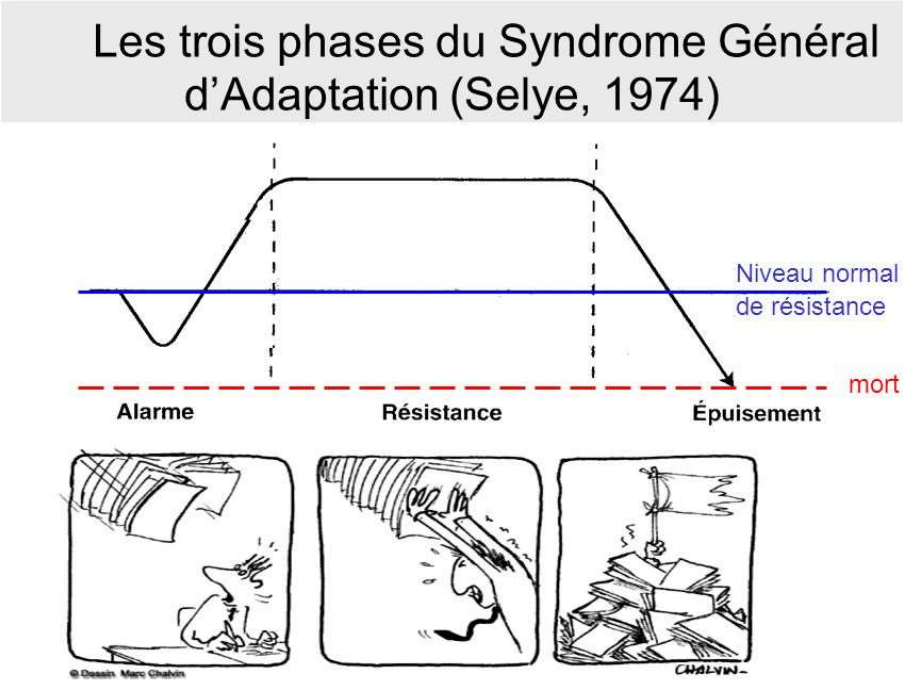
L'homéostasie et le syndrome général d'adaptation

Le concept d'homéostasie a été défini par Cannon(27) dans les années 30 à partir des travaux de Claude Bernard sur le milieu intérieur. Ce dernier voit le but de la science moderne comme l'étude des phénomènes qui se passent à l'intérieur du corps en tant qu'ils sont le vrai déterminisme de la physiologie humaine. Cannon nomme « homéostasie » la capacité du milieu intérieur à s'autoréguler pour se maintenir dans un état d'équilibre, c'est-à-dire au sein d'une norme biologique idéale pour la survie. Il fonctionne sur le modèle du thermostat : quand un paramètre dévie de sa norme le système de régulation s'active ou s'inhibe pour le ramener à la valeur souhaitée.

Entre les années 30 et 50, Selye développera le concept biologique de « stress »(28). Il le définit comme étant la partie aspécifique de la réponse d'un organisme face à une agression, un « stresseur ». Il découvre que cette réaction de stress est un mécanisme d'adaptation général des mammifères qui permet, face à une menace pour l'organisme, d'activer les ressources nécessaires pour rétablir son équilibre, c'est-à-dire son homéostasie. C'est une réaction physiologique stéréotypée, toujours la même, constituée de toutes les réactions non spécialisées de l'organisme, et qui répond à un stimulus aspécifique. C'est-à-dire que n'importe quel « stresseur », qu'il soit chimique, physique, psychologique ou social déclenche cette réaction, qui est médiée entre autre par le système endocrinien, et notamment le cortisol – hormone qu'il découvre à l'occasion de ses travaux. Cette réaction de stress, lorsqu'elle se chronicise, par exemple si l'organisme n'arrive pas à se soustraire au stresseur, entraîne un ensemble de désordres hormonaux, métaboliques et immunitaire à l'origine de nombreux mécanismes pathologiques. Ce sont des voies physiopathologiques que l'on retrouve dans l'hypertension artérielle, les maladies cardio-vasculaires, rénales, inflammatoires, immunitaires, allergie et hypersensibilité, troubles digestifs comme l'ulcère de l'estomac. Les désordres métaboliques et endocrinologiques favorisent les infections par diminution de l'immunité et hyper-inflammation chronique, ainsi que l'oncogenèse. L'activation inappropriée du Syndrome Général d'Adaptation (SGA), notamment s'il devient chronique, donne lieu à ce que Selye appelle les maladies de l'adaptation.

Il modélise cette réaction en 3 phases : la phase initiale d'alarme où face à un stress le corps mobilise des ressources. Ce stress aigu est considéré comme sain pour l'organisme lorsqu'il permet de mobiliser les ressources suffisantes pour s'extraire du stresseur et retrouver son homéostasie. Si le stress perdure, on entre alors dans la phase de résistance, où les mécanismes en jeu vont avoir un effet délétère qui fatigue l'organisme et favorise le développement des pathologies de l'adaptation.

À terme, lorsque les mécanismes sont saturés puis épuisés, le système en jeu, voire l'ensemble de l'organisme entre dans une phase d'épuisement qui peut conduire jusqu'à la mort. C'est le principe de la défaillance multi-viscérale chez les patients en réanimation.



C'est l'un des premiers modèles de la médecine occidentale qui explique par des mécanismes physiologiques (dont les médiateurs hormonaux, inflammatoires et neuro-végétatifs sont explicités), comment des facteurs sociaux ou psycho-affectifs vont pouvoir moduler la réponse biologique en cause dans la genèse des maladies.

L'inhibition de l'action et le « syndrome du statut »

Dans la continuité de ces travaux, Henri Laborit étudie la neurobiologie des comportements, notamment la réaction du système nerveux face à un stress, ou agression. Au cours de l'évolution notre système nerveux s'est organisé de façon agir et à optimiser notre adaptation au milieu environnant. Ce que Laborit découvre, c'est qu'il existe au niveau du système nerveux central un Système Activateur de l'Action (SAA) qui, face à une agression ou événement menaçant notre structure, nous permet de fuir ou de lutter et ainsi de maintenir notre équilibre. Mais lorsque la fuite ou la lutte ne sont pas possibles, il découvre l'existence d'un autre système d'adaptation qui fonctionne en parallèle, le Système Inhibiteur de l'Action (SIA), qui permet de maintenir une forme de statut quo qu'il nomme « *inhibition de l'action* »(29). Ce système pourrait s'illustrer par l'image de l'animal qui fait le mort pour échapper à une agression contre laquelle il ne peut pas lutter. Il est, tout comme la phase d'alarme du syndrome général d'adaptation, efficace sur le court terme, le temps de trouver une façon d'agir et de revenir dans la boucle du SAA. Mais lorsqu'il se chronicise, tout comme la phase de résistance du SGA, il entraîne des désordres physiologiques. Laborit montre que le SIA est médié par les hormones et neuromédiateurs du stress (corticostéroïdes, catécholamines), les mêmes décrites par Selye et responsables des pathologies de l'adaptation. Il y a donc une médiation neurologique centrale qui correspond aux systèmes du stress chronique, notamment dans sa phase de résistance. Là encore cette réaction est aspécifique, et survient notamment lorsque l'agression est psychologique ou sociale. Laborit parle lui de pathologies de l'inhibition comportementale.

Il continuera de nombreux travaux dans ce sens, et modélisera comment la situation de domination sociale conduit à l'activation du système d'inhibition de l'action. C'est-à-dire comment cette domination sociale produit un stress physiologique médié par le système nerveux central.

Par exemple le stress lié à une situation de domination au travail (délégation de tâches difficiles, manque de reconnaissance, manque d'autonomie dans son activité, oppression, humiliation), ou encore une situation conjugale humiliante ou violente, sans possibilité de sortir de cette relation de domination, conduira à l'activation des circuits de l'inhibition de l'action. La corrélation avec la physiopathologie des maladies contemporaines est assez troublante, et sera encore affinée par la suite. Ce modèle donne un écho intéressant aux travaux de Wilkinson sur l'impact de l'écart entre les classes sociales sur la santé.

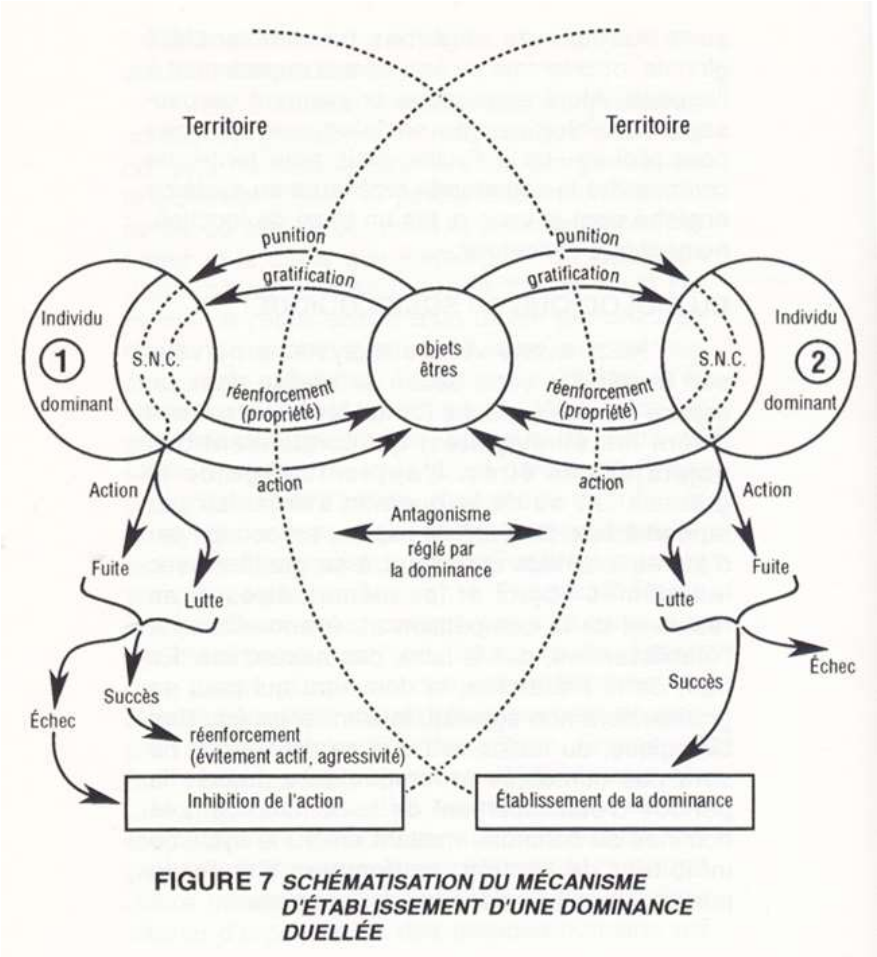


FIGURE 7 ***SCHÉMATISATION DU MÉCANISME D'ÉTABLISSEMENT D'UNE DOMINANCE DUELLÉE***

H. Laborit, L'inhibition de l'action, 1980

Du côté des épidémiologistes on voit apparaître dans les années 70 des études de cohorte qui étudient l'impact de la hiérarchie sociale sur la survenue de pathologie. La plus célèbre est probablement la première cohorte de Whitehall (1967- 1977)(30). Dans ces études, Michael Marmot suit sur 10 ans des fonctionnaires de l'administration britannique à Londres. L'avantage de cet échantillon est qu'il représente des milliers de personnes, qui sont dans une hiérarchie professionnelle bien marquées, et très stable. En tant que fonctionnaire ils ont une vie stable sur de nombreuses années, il y a donc peu de perdu de vue. La cohorte a donc permis d'analyser la survenue de maladies coronariennes en fonction de la place dans la hiérarchie professionnelle et des différents facteurs de risque cardio-vasculaires connus. Les conclusions sont éloquentes : il existe un gradient linéaire où l'incidence des maladies coronariennes est corrélée à la place dans la hiérarchie, et que les facteurs de risque classiques (tabac, hypertension, cholestérol, diabète), ne suffisent pas à expliquer.

Le risque relatif des employés en bas de la hiérarchie professionnelle est de 4 par rapport à ceux en haut, et reste de 2,6 si on exclue l'influence des facteurs de risque cardio-vasculaire classiques. Si on résume, on peut considérer dans les résultats de cette étude qu'il existe des facteurs de risque de maladie coronarienne présents en bas de la hiérarchie qui sont inexpliqués et dont l'impact est presque 2 fois plus important que ceux des facteurs connus.

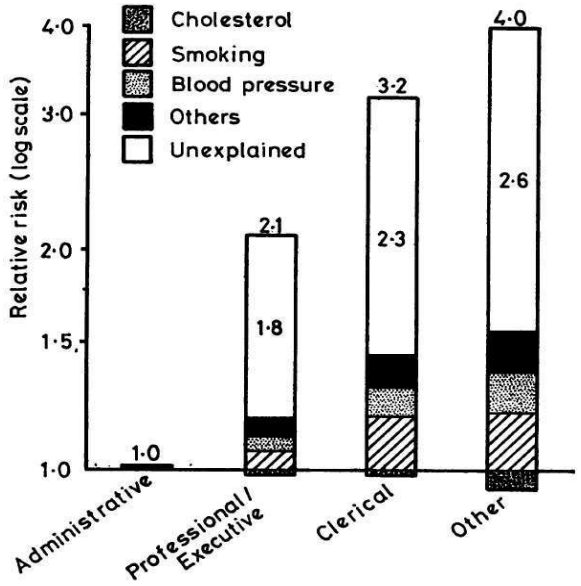


Fig. 3 ***Relative risk of CHD death in different grades 'explained' by risk factors (age-standardised).***

Marmot et al, 1978

Michael Marmot consacre ainsi des années à l'étude de ce phénomène qu'il baptisera le « Syndrome du Statut »(3,6). Les explications physiopathologiques des mécanismes en jeu s'appuient sur les systèmes neuroendocriniens décrits par Selye et Laborit. Le fait de se retrouver en position de dominé au sein d'une hiérarchie professionnelle, sans marge d'action et qui potentiellement nous oppresse activant les mécanismes du stress chronique et de l'inhibition de l'action.

De l'homéostasie à l'allostasie

« *S'agissant des normes humaines, on reconnaît ici qu'elles sont déterminées comme possibilités d'un organisme en situation social d'agir plutôt que comme fonctions d'un organisme envisagé comme mécanisme couplé avec le milieu physique.* » G. Canguilhem, *Le normal et le pathologique,* 1963(31)

Nous ne serons pas surpris qu'en 1988 ce soit la collaboration entre un neurobiologiste et un épidémiologiste, Sterling et Eyer, qui donne naissance à ce qui nous semble le concept biologique le plus pertinent pour sortir la physiologie humaine de son caractère normatif et individuel(32–34).

Ils partent du constat de la corrélation entre le taux de mortalité et le nombre d'interactions sociales proches. De plus en plus d'études (voir leur bibliographie) montrent à leur époque que plus nos interactions sociales sont pauvres, plus la mortalité augmente. De même que les taux de mortalité sont majorés par les deuils, divorces, migrations forcées et surmenages…

Dans la littérature anglo-saxonne, et notamment chez Krieger, on retrouve souvent la référence à Cassel qui pose que pour expliquer la distribution sociale des maladies, il faut se poser la question des facteurs qui modulent la susceptibilité à celles-ci. Dans son article intitulé *La contribution de l'environnement social à la résistance de l'hôte(35)*, il pose la question : « *Y a-t-il des catégories ou des classes de facteurs environnementaux qui soient capables de changer la résistance humaine de façon significative, de sorte à rendre des groupes plus ou moins susceptibles aux agents qui nous entourent* ? »

Réaffirmant le fait que l'alimentation et les conditions de travail sont des facteurs majeurs, il y ajoutait déjà à l'époque l'impact de l'environnement psychoaffectif. Les facteurs qu'il retient sont : hiérarchies de domination, désorganisation sociale, changement social rapide, statut marginal dans la société, isolement social, deuil.

Sterling et Eyer de leur côté cherchent à élucider les mécanismes physiologiques qui sous-tendent le lien entre interactions sociales et pathogenèse. Ils étudient le lien entre certains paramètres

physiologiques comme la tension artérielle ou la modulation de la réponse immunitaire et les stimuli socio-environnementaux.

Le graphique ci-dessous montre les variations de pression artérielle chez un sujet considéré comme sain, et puis chez un sujet hypertendu. On voit qu'il existe dans les deux cas des variations importantes au cours de la journée. Ces variations dans un empan assez large montrent l'impossibilité de définir la notion d'hypertension pathologique uniquement par la mesure d'une valeur quantitative, mais qu'elle dépend plus d'une dérégulation des mécanismes d'adaptation quantitative, qualitative et s'inscrivant sur la durée.

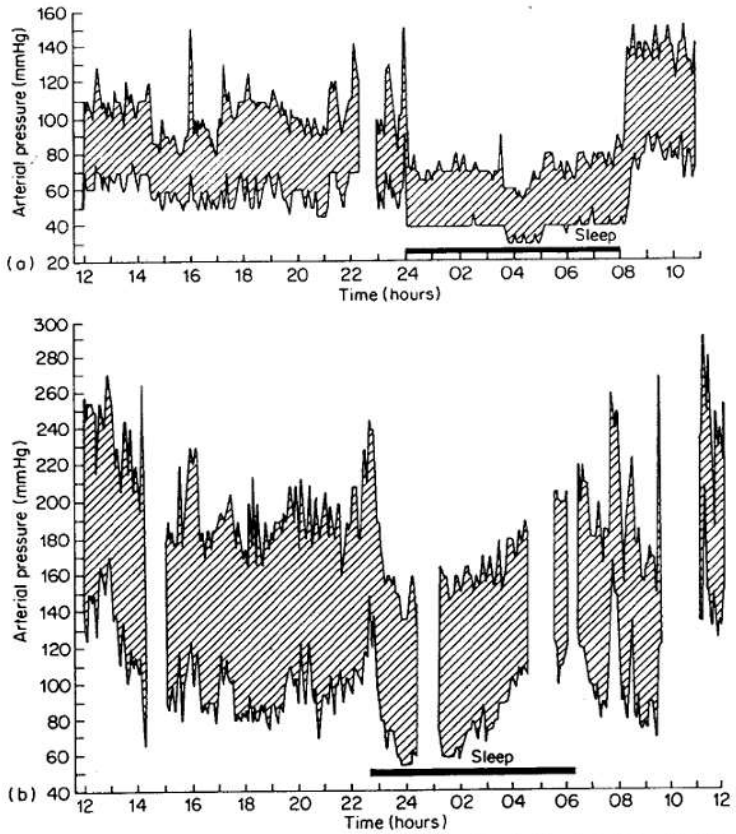


FIG. 34.2 (a) Arterial pressure from a normal subject plotted at 5-minute intervals. (b) Arterial pressure from a hypertensive subject. (Redrawn from Bevan *et al.*, 1969.)

Sterling et Eyer, 1988

Dans les modèles animaux et humains, on sait depuis au moins Selye, puis d'autres par la suite, que des perturbations dans les relations sociales, ou la chronicisation d'un agent stresseur environnemental, élèvent la tension artérielle de façon durable.

D'autres paramètres que la pression artérielle sont modifiés : mobilisation métabolique pour augmenter la production d'énergie, dégradation des stocks de sucre et de graisse, tandis que d'autres systèmes physiologiques sont minimisés : défense immunitaire notamment, systèmes de cicatrisation, croissance, digestion… L'ensemble des systèmes endocriniens sont modulés par des changements comportementaux et/ou d'état psychologique.

Cette régulation du milieu intérieur à l'organisme comme un système ouvert en lien avec les variations du milieu extérieur est rendue possible grâce notamment à l'interface que constitue le système nerveux. Il est à la fois récepteur en tant qu'il reçoit les signaux et variations du monde extérieur, et effecteur en tant qu'il est relié à l'ensemble des glandes, vaisseaux et systèmes de communication internes au corps humain, qu'il module par des influx électriques et la libération de neuromédiateurs. Il existe ensuite un rétrocontrôle interne sur ces systèmes.
Le schéma qui suit illustre quelques-unes des voies physiologiques régulées par le système nerveux permettant d'impacter la tension artérielle.

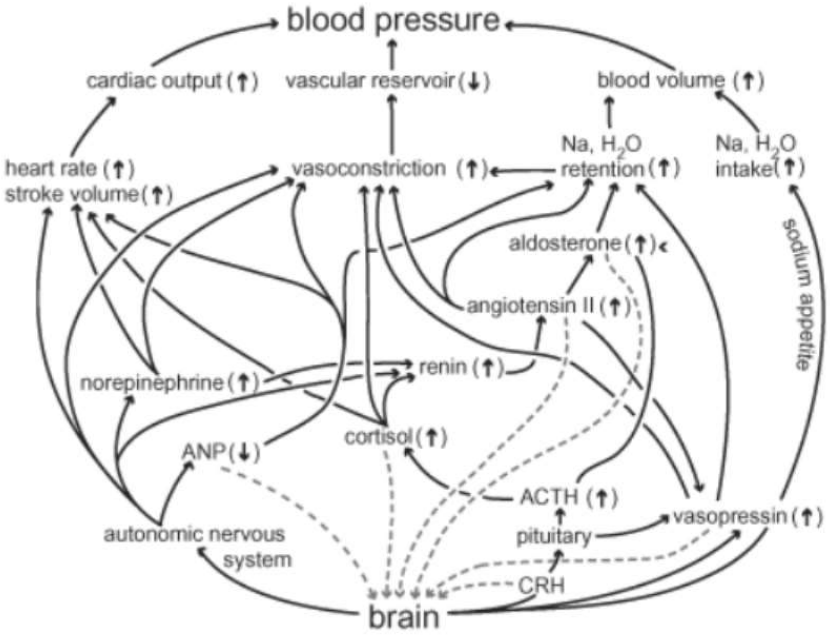


Figure 4. The brain sets blood pressure via multiple, mutually reinforcing mechanisms. Negative feedback mechanisms are acutely overridden. When demand persists, all mechanisms are reset to operate at the new level. Most hormones illustrated here are also sensed by brain (dashed arrows) in specific regions that control behaviors that support increased pressure. Thus, aldosterone and angiotensin II are sensed by brain regions that enhance salt appetite and drive salt-seeking behavior. Abbreviations: CRH, corticotrophic releasing hormone; ACTH, adrenal corticotrophic hormone; ANP, atrio-natiuretic peptide. Modified from Sterling and Eyer, 1988.

Les auteurs proposent ensuite la notion d' « arousal », c'est à dire l'activation physiologique en réponse à un stimulus de l'environnement, et notamment une émotion. L'objectif de cet arousal étant de permettre à l'organisme de « gérer » physiologiquement, comportementalement et émotionnellement une demande d'adaptation à l'environnement. Ils reprennent schématiquement les voies par lesquelles cette modulation émotionnelle peut influencer des paramètres physiologiques.

L'état de stress favorise les voies métaboliques du catabolisme, tandis que l'état de relaxation favorise des voies de l'anabolisme.

Le tableau suivant permet de comprendre, avec quelques connaissances basiques de la physiologie humaine, à quel point ces systèmes impactent l'ensemble de l'organisme, et de projeter les pathologies qui pourraient émerger si de tels systèmes sont hyper stimulés.

Table 34.2 Hormonal pattern during arousal

Catabolic hormones increase	Anabolic hormones decrease
Cortisol (glucocorticoids)	Insulin
Epinephrine	Calcitonin
Norepinephrine	Testosterone
Glucagon	Estrogen
Growth hormone	Prolactin
Antidiuretic hormone (vasopressin)	Luteininzing hormone
Renin	Follicle-stimulating hormone
Angiotensin	Gonadotrophin-releasing hormone (GnRH)
Aldosterone (mineralocorticoids)	Prolactin-releasing hormone (PRH)
Erythropoietin	Atriopeptin
Thyroxin	Thymosins
Parathormone	Lymphokines
Melatonin	Cytokines
Thyroid-releasing hormone (TRH)	
Adrenocorticotrophic hormone (ACTH)	
Enkephalin, Dynorphin, Endorphin } opiates	

Sterling et Eyer, 1988

Une fois la demande satisfaite, le niveau d'activation des mécanismes physiologiques devraient redescendre. Si la demande persiste dans le temps, c'est à dire par exemple un stress social ou émotionnel, les mécanismes se chronicisent. On arrive alors dans une phase de résistance, voire si les mécanismes de régulation sont saturés à une phase d'épuisement similaire aux modélisations du stress par Selye.

On note également que des mécanismes allostatiques sur-stimulés de façon chronique finissent par s'autonomiser de leurs mécanismes de rétrocontrôle et finissent par ne plus redescendre à un niveau d'activité basale lorsque le stimulus, ou arousal, s'arrête. Ce mécanisme est bien connu dans de nombreuses maladies métaboliques : hyperparathyroïdie tertiaire de l'insuffisant rénal chronique, diabète de type 2 en partie(36), et probablement de même pour l'hypertension artérielle chronique.

Le fait que la régulation allostatique soit médiée en partie par les voies neurologiques a une autre conséquence qui la différencie de la régulation homéostatique. Le système nerveux, tout comme le système immunitaire, a une mémoire. Il peut donc mémoriser les mécanismes de régulation en réponse à un certain type d'arousal, dans son niveau le plus adapté et efficace. Ainsi, on observe que plus une situation est familière, c'est-à-dire plus elle est connue de l'organisme et anticipable, plus la réponse sera adaptée et optimal.

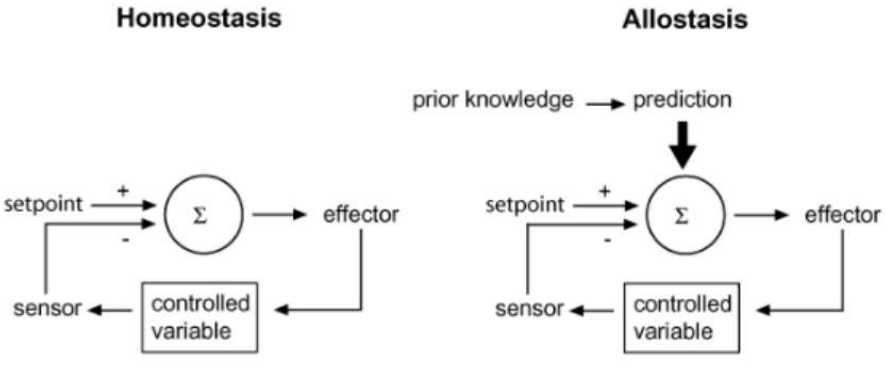


Figure 1. Alternative models of regulation. *Homeostasis* describes mechanisms that *hold constant* a controlled variable by sensing its deviation from a "setpoint" and feeding back to correct the error. *Allostasis* describes mechanisms that *change* the controlled variable by predicting what level will be needed and overriding local feedback to meet anticipated demand.

Sterling, 2004(33)

Si Claude Bernard reprocha à la médecine de s'être trop concentrée sur la variation du milieu extérieur, le concept d'homéostasie du milieu intérieur a été pensé comme un système de régulation interne à l'organisme uniquement. Sterling et Eyer proposent avec l'idée d'allostasie de réaffirmer l'interdépendance des milieux intérieur et extérieur comme un des principes fondamental de la physiologie : pour se maintenir un niveau de stabilité, un organisme *doit* varier tous les paramètres de son milieu intérieur et les adapter aux besoins de son environnement.
C'est donc ça l'allostasie : la stabilité dans le changement.

Cette notion en apparence évidente a pourtant des conséquences thérapeutiques et épistémologiques majeures. Dans son rapport à la thérapeutique d'abord, puis dans sa capacité à s'émanciper d'une médecine normative.

Dans le modèle homéostatique, l'état de santé se défini comme un état où tous les paramètres physiologiques tendent vers des valeurs normales. Une valeur hors des normes est donc considérée comme pathologique et nécessitant un traitement. Souvent ce sera un médicament qui va inhiber ou compenser le mécanisme déficient qui contrôle le paramètre le plus directement, de façon disons proximale.

Par exemple, pour réguler la tension artérielle, il existe 4 voies d'action : les diurétiques, les vasodilatateurs calciques, les bétabloquants et les bloqueurs du système rénine-angiotensine-aldostérone. Lorsqu'on agit sur l'une des voies de régulation on normalise le paramètre tension, mais on induit également des effets secondaires : dyskaliémie, hypotension, œdèmes, inadaptation à l'effort, dégradation de la fonction rénale… On devra potentiellement introduire de nouvelles molécules pour compenser ces effets secondaires, ce qui entraîne une spirale de sur-prescription et de iatrogénie. Par ailleurs, si le stimulus extérieur qui cause l'hypertension n'est pas traité, et à la longue, les voies alternatives de régulation de la tension artérielle finiront par se dérégler aussi, et on devra introduire une bi voire une trithérapie pour les bloquer toutes si l'on veut maintenir la tension basse, ce qui maximise les complications iatrogènes.

Le modèle allostatique quant à lui définit la santé comme une capacité d'adaptation, de réactivité. Un paramètre dont les valeurs sont hors de la norme n'est pas vu comme inapproprié, car chaque

paramètre est contrôlé par une multitude de signaux qui interagissent. Si un paramètre a une valeur au-dessus ou en-dessous de la norme, il y a forcément des mécanismes de régulation qui l'y ont mené, très probablement contrôlés au bout de la chaîne par le système nerveux, et potentiellement en lien avec des stimuli du milieu extérieur. Dans ce modèle, un niveau élevé de pression artérielle est considéré comme approprié, mais la question devient de savoir « approprié à quoi ? ». Il peut être approprié aux conditions de vie moderne, ou aux stimulations de son milieu à un instant donné, sans pour autant que ce soit bon à long terme pour l'organisme.

Le modèle thérapeutique suggéré par le modèle allostatique est de diminuer l'arousal. Les pistes envisagées alors à l'époque pour y parvenir sont d'améliorer le ratio entre travail coûteux en énergie et en stress (catabolisme) par rapport au temps de repos et de détente (anabolisme), augmenter la capacité d'anticipation et le contrôle de sa vie professionnelle et personnelle. Autant de paramètres déjà présent chez Cassel en 76, et qui se confirmeront comme étant décisifs dans les travaux de Wilkinson, Marmot, et d'autres pour expliquer le gradient social de santé.

Il est intéressant de noter que souvent la prédictibilité des événements de vie ressort comme un facteur déterminant dans la genèse et la gestion du stress au niveau physiologique. L'idée de diminuer l'arousal par une diminution de la consommation d'énergie, notamment catabolique, nécessaire pour gérer son stress dans l'environnement est complètement concordante avec la dernière théorie en neuroscience : le principe de l'énergie libre. Développée par Karl Fritson, elle explique le fonctionnement du cerveau comme étant un « moteur d'inférence », c'est à dire qu'il produit des prédictions du monde qui l'entoure à partir des données qu'il en a perçu et mémorisé. La réadaptation permanente pour réduire la différence entre l'évolution du monde autour de lui et la façon dont il le projetait a un coût énergétique, l'énergie libre, que l'organisme tente naturellement de minimiser. Une stratégie de diminution de l'arousal correspond donc bien à ce besoin physiologique de diminuer l'énergie libre, et au fait que l'augmenter a un coût pour l'organisme.

Contrairement aux voies pharmacologiques, la diminution de l'arousal réduirait la pression par l'action concertée de plusieurs mécanismes agissant à la racine des causes. Mais la complexité des régulations macro-sociales et politiques en jeu dans la prévention et le traitement aux niveaux psycho-social, en fait une stratégie difficile à mettre en place. Trop de paramètres entrent en jeu pour établir des liens de causalité directs, et des essais thérapeutiques évalués sur des indicateurs mesurables facilement sont inenvisageables en l'état. En balance, il est bien plus facile de prescrire des traitements médicamenteux à action directe, contrôlés par des essais aux paramètres proximaux objectivables – et dont le développement et la recherche s'avèrent extrêmement lucratifs.

Notons quand même que ce modèle allostatique commence à faire son chemin dans les recommandations. Aujourd'hui l'hypertension artérielle se diagnostique dans un contexte précis : au repos, voire en auto-mesure en condition de vie à domicile, et sur plusieurs mesures. Le traitement de première intention comprend l'activité physique, d'adaptation du régime alimentaire et dans une certaine mesure la diminution du stress, avant d'introduire une thérapie médicamenteuse. Malheureusement, la médecine est limitée dans son intervention, dans sa capacité à diminuer l'arousal, par le fait qu'elle intervient trop tard, quand cette stratégie n'est plus opérante. La régulation allostatique est alors bien moins efficace, et à ce stade l'introduction d'une molécule médicamenteuse est plus opérante. Du moins si l'on cherche un effet rapide et sur un individu.

Le concept d'allostasie et les voies de régulation qu'il met en avant nous aident à mieux comprendre comment l'environnement social d'un individu module son corps et sa santé. Les voies de communication entre le système nerveux, endocrinien, immunitaire permettent de modéliser la physiologie humaine dans un système ouvert, cohérent avec les modèles en épidémiologie sociale et avec des mécanismes physiopathologiques pouvant les expliquer.

Ces travaux aident à dépasser une vision souvent binaire entre soma/psyché et social/biologique. Ils donneront naissance à des disciplines transversales tel que la neuro-immuno-psychologie, et donnent pour nous une cohérence au concept de santé globale.

Enfin, il est intéressant de noter que les maladies liées à un « arousal » dans les systèmes de régulation allostatiques qui se chronicisent sont nombreuses et constituent les maladies les plus

répandues depuis la transition épidémiologique. Ce sont les mêmes que Selye nomme pathologie de l'adaptation, et Laborit les pathologies de l'inhibition comportementale : hypertension et maladies cardio-vasculaires, maladies métaboliques, auto-immunes, cancer…

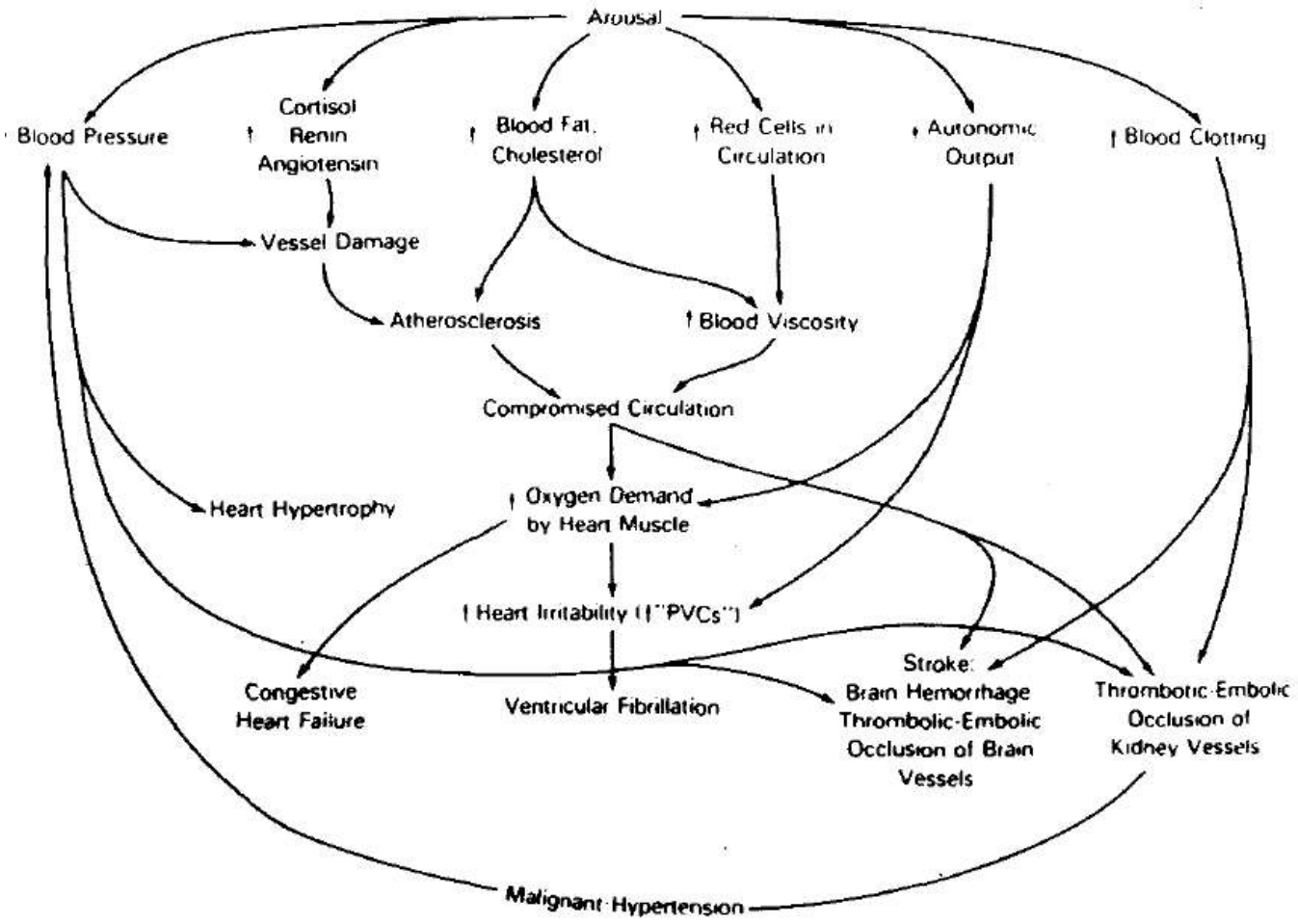


FIG. 34.5 Multiple mechanisms for renal, cerebral and cardiovascular pathology from chronic arousal. (Reprinted from Sterling and Eyer, 1981.)

De l'anormal à l'anomal

Le passage de l'homéostasie au concept d'allostasie vient également faire écho aux réflexions de Georges Canguilhem sur le normal et le pathologique(31). Cannon dans sa notion d'homéostasie envisage la régulation du milieu intérieur pour maintenir les paramètres biologiques dans un certain niveau de norme. Cette norme est quantitative et statistiquement construite. Pourtant on peut lire déjà dans l'œuvre de Bernard un rejet de cette normalité par des moyennes statistiques qui « *conduisent pour ainsi dire nécessairement à l'erreur. […] le plus grand écueil de l'application du calcul aux phénomènes physiologiques est toujours au fond leur trop grande complexité qui les empêche d'être définis et suffisamment comparables entre eux. L'emploi des* moyennes *en physiologie et en médecine ne donne le plus souvent qu'une fausse précision aux résultats en détruisant le caractère biologique des phénomènes.* »(37) La moyenne des paramètres physiologiques observées, ou la présentation clinique moyenne d'une maladie produira une « *description qui ne se trouvera jamais dans la nature* ».

En sommes, nous avons déjà ici les jalons de l'allostasie, la notion selon laquelle un paramètre n'est pas normal ou anormal, mais plutôt une réaction à un contexte qu'il s'agit de comprendre.

Cette distinction entre norme statistique et adaptation à une situation singulière est au cœur de la pensée de Canguilhem. Dans son célèbre essai sur *Le normal et le pathologique(31),* il refuse à la notion de norme statistique la capacité de déterminer à elle seule ce qui relève du normal et ce qui relève du pathologique. La vision allostatique s'inscrit dans cette même dynamique.

Canguilhem propose alors l'adjectif « anomal », c'est à dire une déviation à la moyenne statistique sans jugement de valeur positif ou négatif, une irrégularité au sens premier. Ainsi une valeur anomale peut être une réponse tout à fait adaptée à une situation donnée (exemple de l'élévation du pouls et la pression artérielle lors d'un effort), comme elle peut être pathologique dans un autre contexte, ou une autre temporalité. En cela une vision allostatique de la médecine nous aide à sortir d'une médecine normative, et en ce sens représente bien la pensée de Canguilhem où la santé « *n'est pas autre chose que l'indétermination initiale de la capacité d'institution de nouvelles normes biologiques* ». Cette capacité de créer sa propre norme, propre au vivant, nous permettra de faire le pont plus tard, dans un autre travail, avec une vision de la santé comme capabilité au sens où l'a défini Amartya Sen. Ce concept développé par l'économiste et philosophe indien représente la possibilité pour un individu de choisir le mode de fonctionnement qui lui correspond le plus, et de se donner les moyens de l'atteindre effectivement.

Canguilhem de conclure : « *La maladie est encore une norme de vie, mais c'est une norme inférieure en ce sens qu'elle ne tolère aucun écart des conditions dans lesquelles elle vaut, incapable qu'elle est de se changer en une autre norme.* »(31) Elle est part d'un processus d'adaptation à un élément anomal qui fait irruption, une « *expérience d'innovation positive du vivant et non plus seulement un fait diminutif ou multiplicatif. […] une nouvelle dimension de la vie.* »(31) Jusqu'à un niveau critique ou les contraintes des perturbations du milieu épuisent les mécanismes d'adaptation, c'est à dire jusqu'à la mort.

Pour conclure sur le modèle psycho-social, montrons qu'il présente certaines limites.
La principale étant l'opposé de celle du modèle matérialiste de la production sociale des maladies. Là où le modèle précédent était limité par ce qu'on appelle l'erreur écologique, nous sommes ici limités par ce qu'on appelle le biais atomiste, celui qui consiste à extrapoler des mécanismes individuels à un niveau collectif. Ici nous avons développé les mécanismes influencés par le milieu extérieur qui sont en jeu au niveau des individus, mais on accorde peu d'importance à qui et quoi génère le stress psycho-social, et comment la distribution de ces facteurs peut être modulée par des politiques économiques, sociales.

C'est pour tenter une synthèse de ces différents niveaux d'analyse (biologique au niveau de l'individu, social au niveau du groupe) que les épidémiologistes proposeront dès 1994 un modèle intégratif inspiré de l'écologie : le modèle éco-social.

3) Le modèle éco-social

Nous avons vu dans un premier temps une modélisation de l'épidémiologie sociale qui intègre les déterminants sociaux à un niveau disons économico-politique, le modèle de la production sociale de maladies. Nous avons ensuite vu que pour comprendre comment cette organisation macro-sociale affecte les individus dans leur chair il faut un modèle que l'on a appelé psycho-social, c'est à dire qui modélise comment l'environnement affecte des niveaux de régulation internes à l'organisme qui s'avèrent pathogènes, et dans des voies physiologiques concordantes avec l'épidémiologie des pathologies contemporaines. On peut donc retrouver un lien tangible entre l'organisation sociale et la façon dont elle détermine la santé des groupes sociaux et des individus, que ce soit dans l'incidence des maladies modernes ou dans le gradient de répartition de ces maladies au sein de classes sociales.

Il s'agit maintenant d'imaginer un modèle qui puisse intégrer ces deux niveaux, mais surtout acter pour de bon une continuité entre le biologique, le social, et l'environnement de vie au sens large. C'est à dire qui ne s'arrête pas à l'organisation des sociétés humaines.

Là encore l'épidémiologie va se nourrir de concepts hors de son champ de discipline pour compléter ses modèles. Si on considère l'étude du vivant dans ses divers niveaux d'organisation, à chaque niveau correspond une discipline : biologie moléculaire, cellulaire, tissulaire, physiologie, sociologie, éthologie… La discipline du vivant qui étudie le plus large niveau d'organisation est donc bien l'écologie, que son fondateur Haeckel définit comme « *la science des relations des organismes avec le monde environnant, c'est-à-dire, dans un sens large, la science des conditions d'existence* ».

Proposer une épidémiologie éco-sociale, c'est donc réaffirmer l'inscription des sociétés humaines dans la biosphère, c'est-à-dire l'écosystème de la planète Terre.

Krieger parle de comprendre comment « *les individus incorporent divers aspects de leur contexte de vie et de travail, avec des effets directs et synergiques entre expositions, susceptibilité et résistance à la maladie* ».(24) Pour Susser ce modèle est « *écologique au sens biologique original d'organismes en interaction sur des niveaux multiples au sein d'un environnement* »(38). Fruits de la maturation des travaux précédents, l'épidémiologie éco-sociale intègrent dans des modèles multi-niveaux à la fois les facteurs individuels, de l'environnement social proche, et du contexte socio-politique large, insistant sur l'interdépendance des individus à divers niveaux entre eux et avec leur environnement.

Pour McMichael(18,39), il faut « *penser le risque sanitaire dans une perspective de changement global* ». La croissance de l'activité humaine et de son impact sur l'écosystème terrestre change les conditions de vie sur Terre, et affectera les schémas de la santé humaine et des maladies. Nos modèles épidémiologiques depuis deux siècles sont pensés pour un écosystème relativement stable, ce qui ne semble plus devoir durer. Il faut donc penser la soutenabilité de la santé des populations et des individus dans un environnement écologique qui se dégrade. On connaît bien l'accumulation des gaz à effet de serre et son impact sur la couche d'ozone. Des scientifiques ont modélisé l'impact de ces changements sur la santé humaine, mais ce n'est qu'une petite partie des changements globaux dans notre environnement. La perte de la biodiversité, la baisse de l'approvisionnement en eau potable, la dégradation des systèmes de production alimentaires sur terre et en mer, et la dissémination mondialisée de substances chimiques toxiques représentent également un risque important pour la santé humaine.

De la même façon que des changements dans l'organisation politique d'une société impactent la santé des individus, nous l'avons longuement vu, des changements dans l'équilibre des écosystèmes l'impactent donc doublement. D'abord par l'impact sur l'équilibre économique et politique (dérèglement de la production alimentaire, migrations climatiques, réorientation du modèle économique par les contraintes écologiques…), et plus directement en augmentant la vulnérabilité individuelle (catastrophes climatiques, dérèglement de l'environnement habitable, stress environnemental, pollution, condition d'émergence d'épidémies…). Ainsi, la modélisation des

déterminants socio-politiques humains n'est plus l'horizon le plus large à intégrer dans nos modèles.

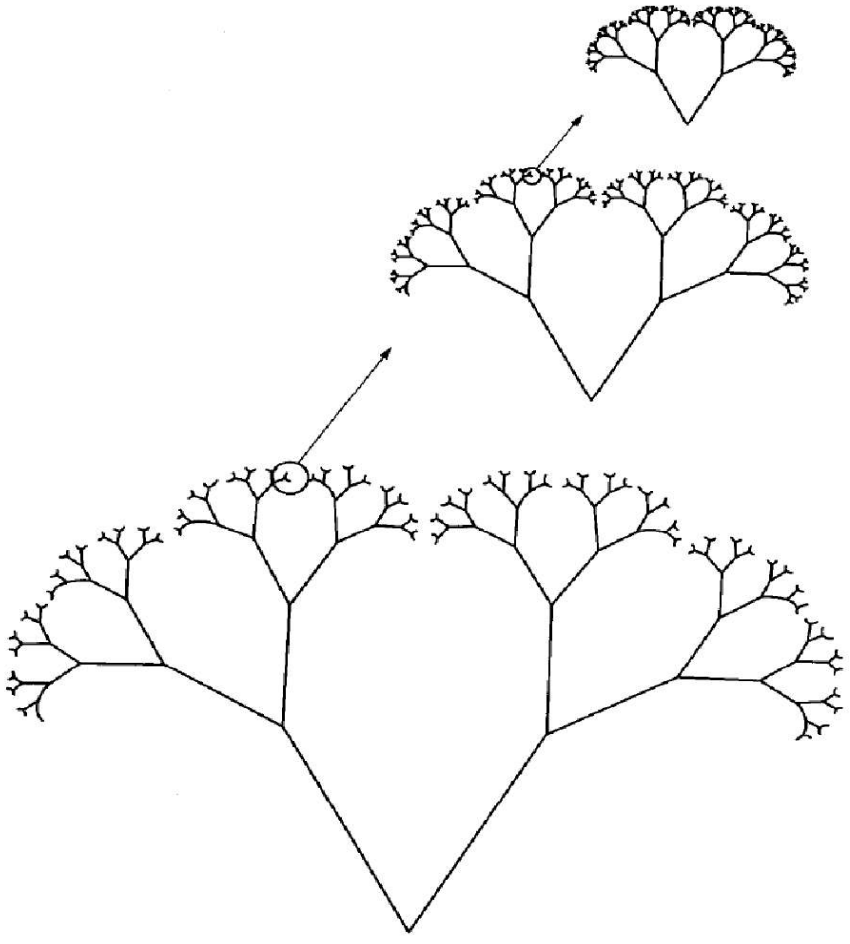
Un des rares exemples d'effondrement brutal d'un système social à grande échelle documenté dans son impact sur la santé est la chute de l'URSS. Il a été observé une augmentation nette et rapide de la morbi-mortalité dans les anciens pays communistes, tant par l'augmentation des comportements à risque que des pathologies en tout genre, et notamment celles qui sont impactées par les mécanismes de stress décrits plus haut. Un effondrement systémique à plus large échelle comme l'envisagent de nombreux scientifiques aujourd'hui produirait très probablement un impact majeur sur la santé des populations humaines qu'il nous est difficile de prévoir.

Pour ce modèle on trouve dans la littérature 3 théories :

a) La théorie éco-sociale :

Proposée par Krieger en 1994(40), elle est basée sur l'image d'une fractal. C'est un motif dont chaque partie, si l'on zoom dessus, se compose du même motif que l'ensemble. C'est-à-dire que du niveau micro au niveau macro on trouve des boucles de régulation correspondant à chacun des niveaux de structure intégrés l'un dans l'autre. Le niveau individuel n'est donc plus séparable de la société en tant qu'il en est une branche. On peut voir chacune de ces branches comme un profil épidémiologique possible produit à un moment particulier par la combinaison de structures sociales, de normes culturelles, d'une écologie du milieu, d'une caractéristique biologique individuelle.

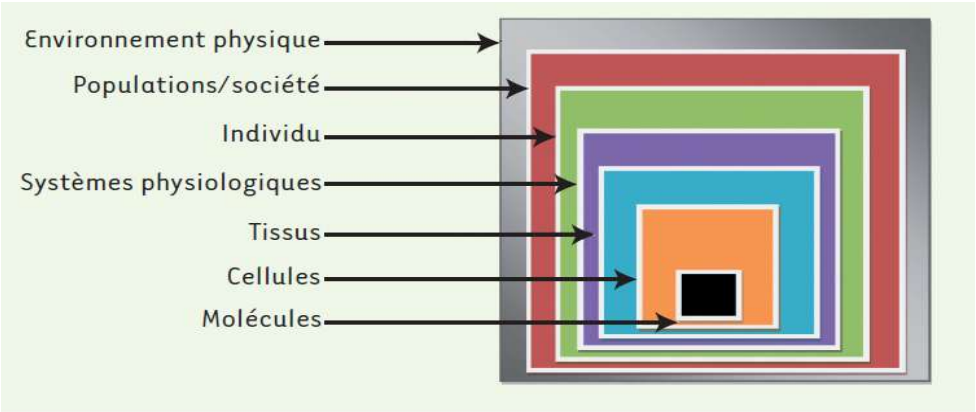
Pour comprendre un niveau de structure, il est donc nécessaire de le considérer comme imbriqué dans des niveaux multiples qui influencent par des régulations sus et sous-jacentes.



Krieger,1994

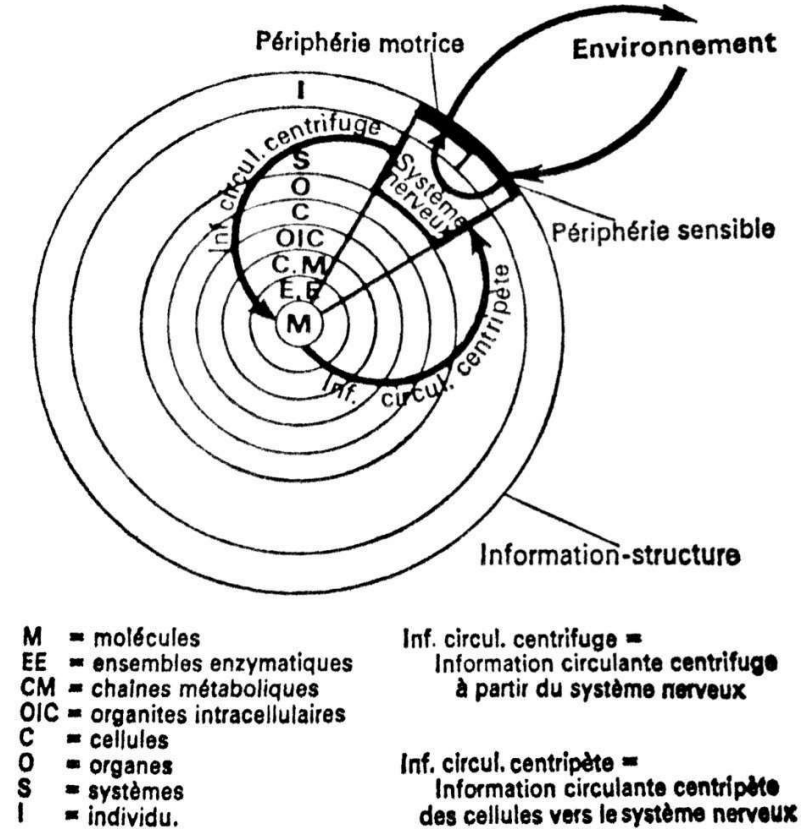
b) L'éco-épidémiologie :

Proposée par Susser en 1996(38), il est basé sur le modèle des « boîtes chinoises ». Il s'agit d'une modélisation où les niveaux de structure s'imbriquent les uns dans les autres, du niveau moléculaire à l'environnement global. On peut imaginer de l'étendre jusqu'à l'écosystème planétaire, et même au-delà.



d'après Susser, 1996(38), (Bizouarn, 2016)

Il fait écho à une modélisation tout à fait similaire, et même plus complexe, que l'on pouvait déjà trouver plus de vingt ans auparavant. Dans son essai *La nouvelle grille(41)*, Henri Laborit proposait en 1974 le schéma suivant :



H. Laborit, dans la Nouvelle grille, 1974

Il nous paraît reprendre d'un côté l'idée des boîtes chinoises, modélisée ici dans les niveaux de structure internes à l'organisme, puis ouvert sur l'environnement, et de l'autre l'idée d'un modèle fractal. En effet, on voit qu'à chaque échelle de structure circule une information qui le régule, et s'échange avec les niveaux sus et sous-jacents. C'est ce que l'on appelle en cybernétique un servomécanisme. Il explique pourquoi agir à un niveau de structure a des répercussions sur les niveaux sus et sous-jacents. Ce fonctionnement est bien connu dans les modélisations de la physiologie endocrinienne par exemple (régulation des sécrétions glandulaires par des médiateurs

cérébraux comme la TSH pour la thyroïde, ou l'ACTH pour le cortisol...), avec le principe du couplage dans une boucle de rétrocontrôle négatif. Il se trouvait déjà chez Selye. Laborit modélise ici la circulation de l'information, qu'elle soit centrifuge ou centripète, par le biais du système nerveux. Nous avons vu qu'elle est également médiée par les systèmes endocriniens et immunitaires, et quantité d'autres supports de l'information bien connus maintenant en biologie cellulaire et moléculaire.

c) Le système social-écologique :

Proposé par McMichael en 1999(18), c'est un modèle en 4 dimensions qui intègre la dimension temporelle. Dans son article, il explique que d'après lui l'épidémiologie est « prisonnière du proximal », c'est à dire qu'elle n'envisage que les déterminants pris à l'échelle de cube figurant une petite cage ci-dessous du côté proximal des 3 axes qu'il propose.

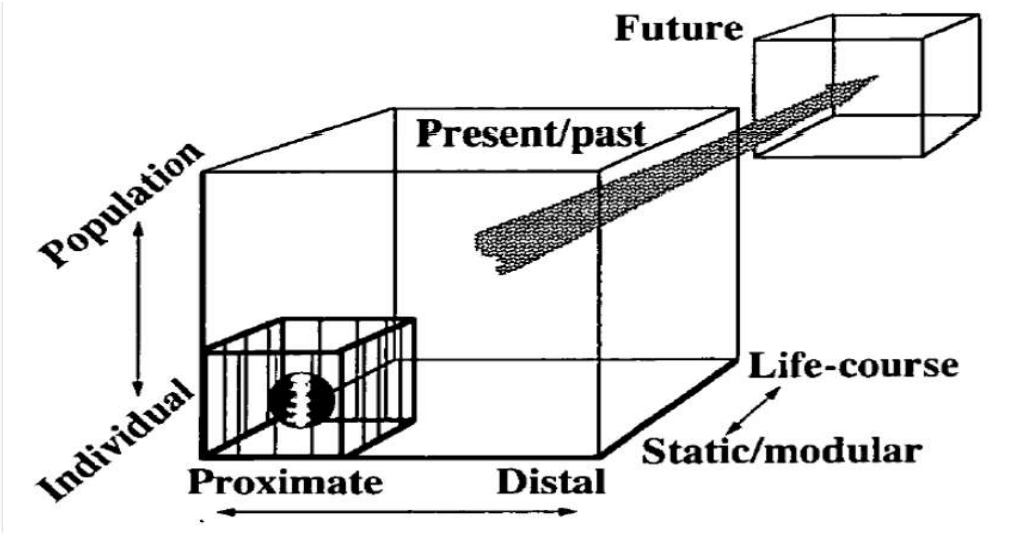


FIGURE 2. Epidemiology as "prisoner of the proximate": schematic representation of the four axes, along each of which much of modern epidemiology is constrained by its current concepts and methods.

McMichael, 1999

Dans sa présentation, les 3 axes modélisant les déterminants de la santé sont :

- L'axe individu-population : il renvoi au travail de Rose, et au fait que les dynamiques des maladies individuelles sont modulées par le groupe social où l'on se situe.

- L'axe proximal-distal : renvoie au réseau de cause de MacMahon, dans lequel ça n'est pas le facteur impactant directement sur l'individu qui est la cause de façon binaire, mais que la survenue d'une pathologie résulte d'un enchaînement complexe et multiple de facteurs en réseau.

- L'axe statique-modulaire au cours de la vie : l'impact des facteurs de risque des pathologies évolue dans le temps d'un individu. Les expositions s'accumulent dans le corps jusqu'à un niveau critique où peut se décompenser une pathologie, nous le verrons juste après.

S'y ajoute une grande flèche passé/présent ⇒ futur qui inscrit ces 3 axes dans une perspective temporelle plus longue. Car les conditions de vie, les systèmes macro-politiques, économiques, et les écosystèmes évoluent dans le temps. Les déterminants de la santé des individus ne sont pas les mêmes au début de notre ère ou actuellement, pas plus qu'entre les îles Kerguelen et le Sahara Occidental.

Cette modélisation présent/futur peut s'illustrer par le concept de pathocénose de l'historien de la médecine Mirko Grmek. La pathocénose signifie une « communauté de maladie », soit l'ensemble des états pathologiques présents au sein d'une population déterminée à un moment donné. Elles évoluent de façon interdépendantes et en fonction des changements socio-historiques. La transition épidémiologique est un bon exemple de changement dans la pathocénose.

Si Krieger défend le modèle éco-social, il nous semble que ces 3 modèles sont tout à fait compatibles. En effet, il s'agit avant tout de modéliser les régulations microscopiques et biophysiologiques du modèle psycho-social au sein d'un ensemble plus large prenant en compte les mécanismes de production sociale des pathologies, c'est à dire une économie politique de la santé.

L'apport supplémentaire de ces modèles est d'inclure le modèle écologique. Sa caractéristique est de modéliser des systèmes vivants complexes, imbriqués sur plusieurs niveaux d'échelle dans un état dynamique. Il vient rappeler que l'état de santé de l'humanité est corrélé à la viabilité du reste de la biosphère.

Au vu de tous ces éléments, l'organisation en niveaux de structure s'impactant et se régulant les uns les autres, nous pouvons mieux comprendre la survenue d'une pathologie chez un individus à la fois par les mécanismes populationnels de la santé, des maladies et du bien-être, tout en comprenant qu'elles sont médiées par des voies de régulation qui s'inscrivent dans un corps singulier. On envisage la façon dont les relations sociales influencent notre compréhension de la biologie la plus basique, en d'autres termes le fonctionnement de l'individu en situation sociale. Ces individus doivent être pensés à la fois comme des êtres sociaux, mais également comme membres d'une espèce intégrée dans un écosystème dont dépend leur survie.

Maintenant que ces différents niveaux de régulations nous sont plus faciles à représenter à un instant donné, nous souhaitons en étudier l'évolution dans le temps.

III) Intégrer la temporalité : l'épidémiologie biographique

Dans les modélisations précédentes, on a vu s'affiner les systèmes de communication entre chacun des niveaux de structure depuis la biologie cellulaire, passant par l'organisme humain et son adaptation aux interactions sociales. Les modèles qui représentent l'influence des déterminants sociaux et biologiques intégrés se retrouvent tous organisés sur plusieurs niveau de structures, imbriquées les unes dans les autres (ce qu'on appelle le modèle des « boîtes chinoises »). Mais ces schémas évoluent au cours de la vie, et le corps, à plus d'un niveau, garde une mémoire et une trace de son vécu tant biologique que social. La modélisation de cette évolution au cours du temps, elle, est plus récente.

L'arrivée de la temporalité dans la réflexion sur les déterminants sociaux correspond au moment de l'émergence du concept d'épidémiologie biographique, que nous développerons d'après un article de Blane et al : *The development of life course epidemiology(42)*.

1) L'épidémiologie biographique

L'épidémiologie biographique née simultanément dans 3 champs de la recherche : à la fois le domaine de la « *programmation biologique* », le suivi des cohortes depuis la naissance, et les études sur les inégalités de santé.

- D'un côté dans le champ de la « *programmation biologique* », on montre que les conditions de développement des organes in utero influencent leur fonctionnalité tout au long de la vie. En d'autres termes, la capacité maximum dont il dispose l'organe pour fonctionner dépend du bon déroulement de l'embryogénèse. De nombreux marqueurs sont étudiés pour étayer ce constat, le plus fréquent étant le poids à la naissance.
- Le deuxième champ est celui des cohortes de naissance, c'est à dire des cohortes de personnes suivies sur toute la durée de leur vie depuis leur naissance. La première étant débutée en 1946, les adultes arrivent en âge de développer des pathologies chroniques cliniquement décelables dans les années 90. On observe alors que la capacité respiratoire notamment est corrélée à l'accumulation de facteurs tout au long de la vie : nombre d'infections, qualité de l'habitat (pauvre, surpeuplé) pendant la petite enfance et l'enfance tardive, le niveau de pollution atmosphérique, tabagisme… On intégrera donc la notion de cumule dans le temps au cours de la vie pour les facteurs déterminants la santé et les maladies.
- Le troisième champ où émerge à peu près simultanément l'épidémiologie biographique est dans le champ des recherches sur les inégalités sociales de santé. On y observe de façon récurrente l'impact du milieu social précoce sur la santé au cours de la vie : naître dans un milieu précaire est un facteur prédictif d'une morbi-mortalité plus importante et plus précoce.

Dans l'épidémiologie classique, le modèle d'étude « sujet exposé vs non exposé » ne permet pas de prendre en compte qu'au cours de la vie les risques de maladie évoluent, par des mécanismes cumulatifs et interactifs.

Par exemple une étude en Gambie montre une différence d'espérance de vie marquée entre les enfants nés à la saison des moissons par rapport ceux qui ne le sont pas. Aucune différence ne s'exprime avant l'âge de 15 ans, mais l'espérance de vie varie de 45 à 65 % au-delà de cet âge entre les deux groupes. Une étude épidémiologique classant les sujet selon les paramètres habituels sexe, âge, expositions aux facteurs de risques individuels connus ne peut arriver à démontrer l'impact du contexte à la naissance.

De la même façon pour une maladie comme l'asthme, l'exposition immédiate à des irritants respiratoires explique la décompensation chez les sujets à risque, mais pas la sur-incidence croissante de sujets susceptibles de développer un asthme depuis quelques décennies.

Il s'agit donc de modèles causaux dynamiques et complexes, qui varient entre l'importance de la petite enfance et des facteurs de risque de la vie adulte.

On retrouve dans l'épidémiologie biographique 3 modèles :

1. *Le modèle des périodes critiques :*
Il reprend l'idée de programmation biologique, et l'étend au développement des nourrissons et enfants pour qu'il puisse décrire à la fois le développement in utero et des premières années de la vie. Elle s'étend également au développement social, dans le sens où il y a des phases de transition clé dans la vie sociale pour le développement. On parle pour l'acquisition de fonction motrices, verbales, comportementales de « fenêtres d'apprentissage » ou « fenêtres d'opportunité ». C'est à partir de cette idée que s'organisent le travail de profession comme l'orthophonie et la kinésithérapie. Il explique l'importance d'une rééducation précoce pour minimiser l'impact des retards dans les apprentissages tout au long de la vie.

2. *Le modèle d'accumulation des risques :*
L'accumulation croisée ou transversale : imaginons quelqu'un qui a un travail exempt d'aléa (de revenu, de risque d'accident, de stress ou d'oppression). Il aura certainement une plus grande probabilité d'avoir un logement sain, dans un quartier paisible et sécure, une alimentation de bonne qualité, de bonnes relations sociales et une bonne santé que quelqu'un qui a un revenu précaire ou des risques de contracter un problème de santé lié à son travail.
De façon longitudinale, un enfant né de parents qui vivent dans la première situation, la plus favorable à son bon développement, aura de meilleurs chances d'avoir une éducation de qualité, et donc un meilleur accès à un emploi stable et sécurisant, et tout ce qui s'en suit. Cette accumulation des risques dans la vie d'un individu se perpétue de génération en génération.
Dans un rapport de 2018, l'OCDE estime qu'il faut en moyenne en France 6 générations pour sortir de la pauvreté.(43)

3. *Le modèle des trajectoires de vie :*
Proche du modèle d'accumulation des risques, il diffère dans la temporalité de l'étiologie. C'est l'exposition précoce à un facteur de risque ou un événement de vie défavorable qui inscrit l'individu dans une trajectoire, et qui l'entraîne à s'exposer à un facteur tardif qui sera alors retenu comme l'étiologie principale. En d'autre terme, dans la petite enfance les facteurs de vulnérabilité nous conduisent à un parcours de vie qui augmente le risque de s'exposer à des facteurs pathogènes.

Les auteurs du papier considèrent le modèle cumulatif comme le modèle fondamental parmi les 3 présentés, en tant que les deux autres sont de variantes possibles en son sein. Le modèle des périodes critiques est une façon de voir comment les inégalités socio-économiques s'accumulent et se reproduisent au cours des générations. Le modèle cumulatif a plusieurs avantages :

- D'abord il a une capacité prédictive, et peut montrer un lien causal entre une exposition antérieure, ou l'accumulation d'expositions, et la survenue d'une maladie.
- Ensuite il apporte des éléments pour expliquer les causes de mortalité différentes au sein de classes sociales relativement homogènes. En effet, nous avons vu que la morbi-mortalité est corrélée à la classe sociale. Pourtant, les personnes d'un groupe social homogène ont des causes de mortalité différentes. C'est à dire que les riches ne meurent pas tous de la même maladie au même âge, pas plus que les pauvres. Pendant longtemps, on parlait de « susceptibilité individuelle » pour expliquer ce phénomène. Le modèle cumulatif permet aujourd'hui d'expliquer ce phénomène plutôt par l'accumulation antérieure de facteurs de susceptibilités. En d'autre terme, l'appartenance à une classe sociale détermine le risque en termes de mortalité (espérance de vie, espérance de vie en bonne santé), alors que la trajectoire individuelle dans le temps détermine le risque spécifique dans la cause du décès.
- Il permet également de trancher la question de l'impact de la mobilité sociale sur le gradient social de santé. Longtemps s'est posée la question de savoir si ce gradient ne s'expliquait pas, au moins en partie, par le fait que les personnes en mauvaises santé avaient tendance à descendre dans la hiérarchie des classes, car du fait d'être malades elles perdent en revenu,

sécurité matérielle, etc., ce qui tend à renforcer les inégalités sociales de santé. Question que l'on peut formuler plus trivialement : est-ce la pauvreté qui rend malade, ou la maladie qui rend pauvre ?

L'épidémiologie biographique montre que la mortalité individuelle est, du fait de la mobilité sociale et son étude dans le temps, le produit de la classe d'origine et de celle d'arrivée. C'est-à-dire qu'en montant de classe social on améliore son espérance de vie, et de vie en bonne santé. Dans ce sens, la mobilité sociale tend donc à réduire les écarts de santé, et non les augmenter. D'autant plus si elle est appuyée par un système de protection sociale des plus démunis. Ça n'est donc pas tant le fait d'être malade qui rendrait pauvre, mais plutôt l'inverse.

En terme de politique publique, ce modèle montre qu'il vaut mieux développer des politiques pour aider les personnes à prendre un bon départ dans la vie, que de compenser les conséquences de risques accumulés par une situation défavorable. C'est-à-dire qu'il y a un intérêt à développer des actions de prévention et à étoffer un système de protection social efficace pour les plus démunis autant que pour le reste de la société, et ce dès le plus jeune âge.
Ceci n'étant pas exclusif d'un système de soin également performant pour soulager les maladies et souffrance des personnes à tout moment de la vie.

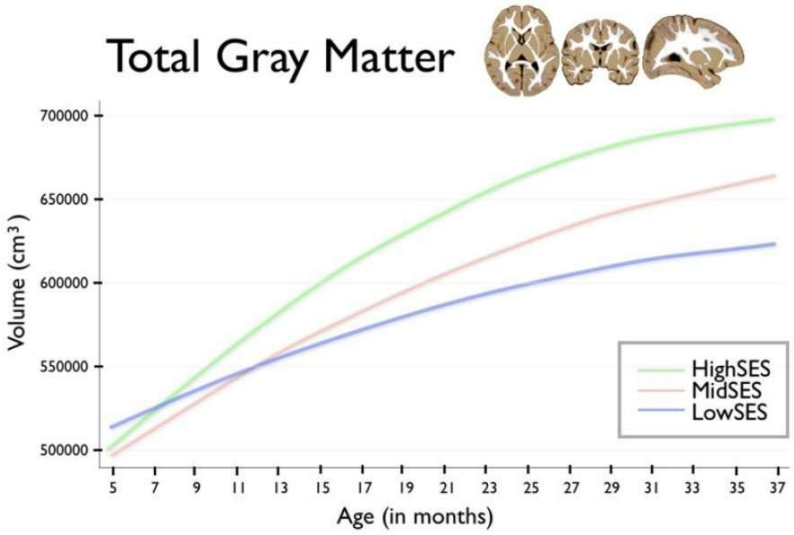
Il existe plusieurs limites dans ces modèles de l'épidémiologie biographique, qui n'explique pas certaines complexité de l'accumulation au cours de la vie des facteurs de risque ou vulnérabilités pouvant impacter la morbi-mortalité. Pour faire simple disons qu'il est peu prédictible pour la mortalité chez les personnes âgées, ou lorsqu'ont lieu d'importants changements sociétaux.
On peut donner l'exemple de l'impact de l'effondrement de l'URSS sur la morbi-mortalité. Lorsqu'un événement d'une telle ampleur dans les systèmes macro-sociaux survient, son impact prend le pas sur les risques accumulés au cours de trajectoires de vie plus homogène.

En résumé, disons simplement que l'épidémiologie biographique n'est qu'une des approches, complémentaire des modèles de l'épidémiologie sociale et des modélisations physiologiques proposées plus haut, et de bien d'autres. C'est ce que concluront Blane et al., posant « *l'épidémiologie biographique demande une plausibilité à la fois biologique et sociologique* », et constitue une collaboration entre les sciences sociales et les sciences naturelles.

Nous souhaitons maintenant, comme nous l'avons fait plus haut pour l'épidémiologie sociale, proposer un étayage de l'épidémiologie biographique par les concepts de plusieurs disciplines.

D'abord le modèle cumulatif renvoie à de nombreux travaux de sociologie. En premier lieu de Marx sur la notion de classe sociale et de capital, puis ceux de Bourdieu sur les différents types de capital (économique, social, culturel et symbolique), et les dynamiques sociales de transmission de ces capitaux dans la reproduction des classes sociales. Les récents chiffres publiés par l'OCDE le confirment encore aujourd'hui.

D'autres travaux en épidémiologie viennent étayer ces hypothèses, notamment sur l'impact de la pauvreté sur le développement chez les enfants, et leur impact à l'âge adulte. Le but n'étant pas de les passer en revue, nous proposons simplement un exemple visuellement parlant : une étude montrant l'impact de la pauvreté des familles sur le développement du cortex cérébral infantile :(44)



Cette figure montre le volume total de matière grise par groupe en fonction de l'âge.

L'âge est déroulé en mois sur l'axe horizontal, de 5 à 37 mois
Le volume total de matière grise est inscrit sur l'axe vertical en cm³
Les 3 courbes montrent ensuite les 3 groupes d'enfants répartis par classe économico-sociale :
basse en bleue, moyenne en rose et haute en vert

Dans ce schéma, on peut observer une corrélation entre le volume de matière grise cérébrale et le milieu socio-économique dans lequel se développent des enfants de 0 à 3 ans.

2) La charge allostatique

En biologie, McEwen et d'autres ont prolongé le travail de Sterling et Eyer sur le concept d'allostasie et proposé un modèle pour évaluer son impact dans le temps : celui de la charge allostatique (45–49).

C'est certainement dans ce concept de charge allostatique que le modèle cumulatif trouve une matérialité biologique cohérente. Si l'allostasie modélise les voies physiologiques de régulation en jeu dans la genèse de certaines pathologies, elle ne permet pas de prendre en compte les effets à long terme de stress répétés et l'usure qui en découle pour l'organisme. La contrainte exercée sur l'organisme par des adaptations répétées à l'environnement, les changements métaboliques et l'usure cumulée de nombreux tissus et organes prédisposent l'organisme à certaines maladies. On définit cet état d'usure de l'organisme à un instant donné comme la *charge allostatique*. Elle représente la conséquence des déséquilibres accumulés dans les systèmes d'adaptation – qui peut résulter d'une répétition trop fréquente des situations de stress.

Elle peut également se traduire par le dérèglement de systèmes adaptatifs qui sont saturés, s'épuisent, ou qui ne se rétro-régulent plus.

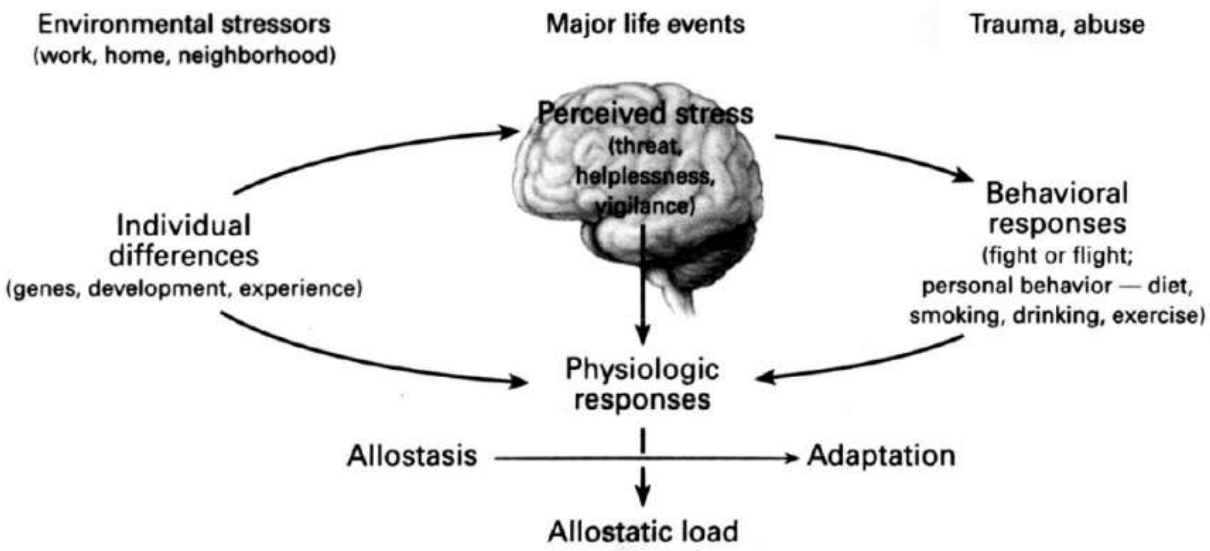


FIGURE 1. The stress response and development of allostatic load. Perception of stress is influenced by one's experiences, genetics, and behavior. When the brain perceives an experience as stressful, physiologic and behavioral responses are initiated leading to allostasis and adaptation. Over time, allostatic load can accumulate, and the overexposure to neural, endocrine, and immune stress mediators can have adverse effects on various organ systems, leading to disease.

McEwen, 1998

Ce qui est intéressant dans le concept de McEwen, c'est qu'il met en parallèle la régulation à un stimulus sur deux niveaux interdépendants : le niveau biologique et le niveau comportemental. Il le modélise comme suit (voir schéma de la page suivante) :

1) La réaction est conditionnée par le contexte social et son statut social ;

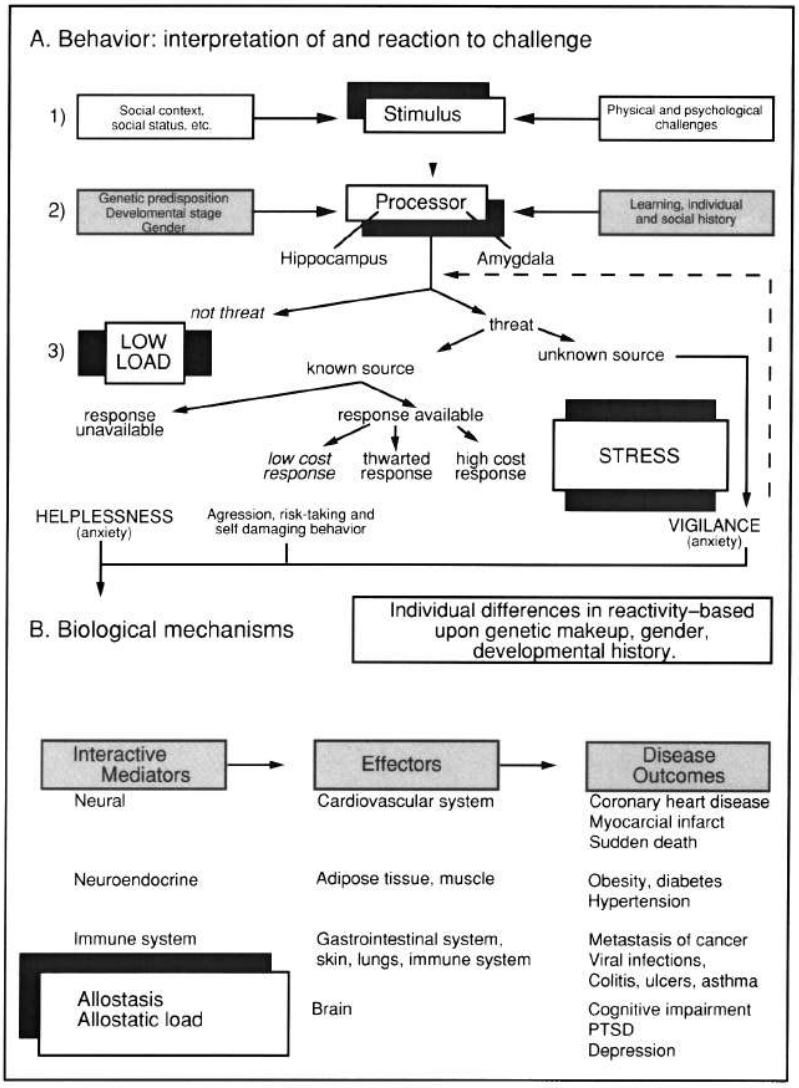
2) Elle est ensuite modulée par la prédisposition génétiques, le stade de développement biologique, les expériences passées et l'histoire sociale de l'individu ;

3) À ce stade, le stimulus est perçu comme une menace ou non. Si c'est une menace il faut savoir si elle est connue ou non. Si elle n'est pas connue le niveau de vigilance est alors élevé jusqu'à ce qu'on sache si c'est une menace ou non.

Il s'agit alors de voir s'il existe une réponse adaptative connue et efficace ou non. Si oui, et qu'elle a un faible coût, alors on sort de la situation de stress. Ces options ne sont pas sans rappeler la modélisation de Laborit où le système d'activation de l'action oriente vers la fuite ou la lutte pour sortir efficacement de l'agression, ce qui est peu délétère pour l'organisme.

Si elle a un fort coût, alors il peut y avoir des séquelles physiques ou psychologiques. Par exemple le fait de fumer ou de boire sont des régulations allostatiques comportementales qui ont un coût physiologique relativement élevé (du moins à long terme).

La réponse peut parfois être empêchée par le contexte, ce que Laborit a appelé l'inhibition de l'action. On ne peut donc s'émanciper du stress et on entre dans les mécanismes allostatiques du stress chronique par le système inhibiteur de l'action.



Modélisation de la réponse allostatique au niveau comportemental (A) et biologique (B). McEwen, 1993

Si McEwen a raison d'analyser la réponse sur les deux niveaux biologiques et comportementaux, il ne décrit que les mécanismes de régulation du niveau biologique dans ses travaux. C'est donc ceux-ci que nous allons proposer ici.

La partie biologique de la réponse est médiée par le système nerveux et neuro-endocrine, avec un effet sur les systèmes immunitaire, cardio-vasculaire et les tissus adipeux et musculaires, ce qui conduit à favoriser ou provoquer les maladies en rapport avec ces tissus. La réponse la plus classique implique l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien et le système nerveux sympathique. Il en résulte une activation de l'axe corticotrope et des catécholamines.

Le stress chronique entretien des voies métaboliques allostatiques qui au cours du temps augmentent l'usure des tissus de l'organisme, c'est à dire la charge allostatique. Par exemple un taux de pression artérielle élevé de façon chronique favorise l'usure des tissus du système cardio-vasculaire. Par la suite, des événements ou stress aigus peuvent être les déclencheurs de pathologies, comme par exemple un infarctus ou un AVC.

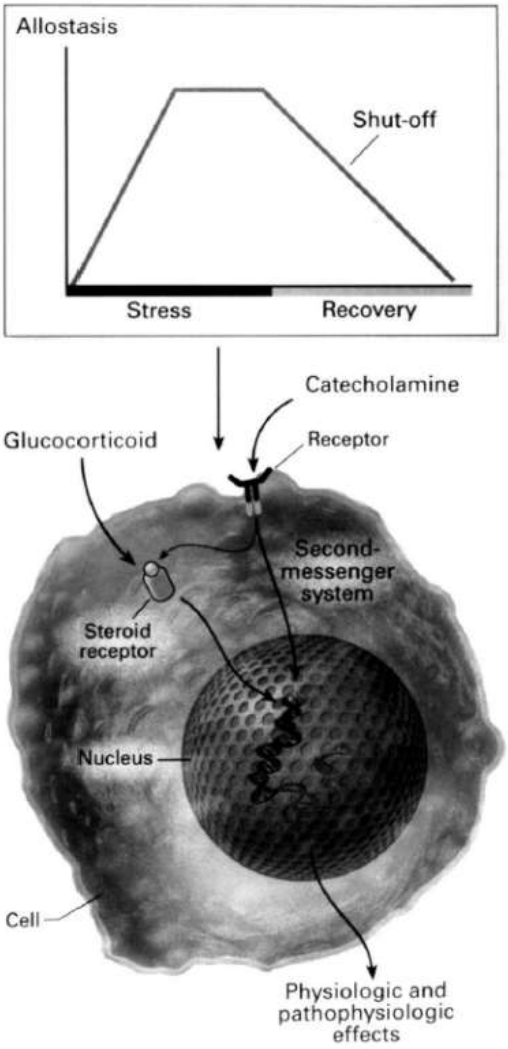


FIGURE 2. Allostasis in the autonomic nervous system and the hypothalamic–pituitary–adrenal axis. Allostatic systems respond to stress (*upper panel*) by initiating the adaptive response, sustaining it until the stress ceases, and then shutting it off (recovery). Allostatic responses are initiated (*lower panel*) by an increase in circulating catecholamines from the autonomic nervous system and glucocorticoids from the adrenal cortex. This sets into motion adaptive processes that alter the structure and function of a variety of cells and tissues. These processes are initiated via intracellular receptors for steroid hormones, plasma membrane receptors, and second messenger systems for catecholamines. Cross-talk between catecholamines and glucocorticoid receptor signaling systems can occur (see text).

McEwen, 1998

La charge allostatique a des conséquences au niveau cardio-vasculaire et métabolique que l'on peut corréler directement à des indicateurs biologiques : tension artérielle systolique, cortisol libre urinaire, catécholamines excrétées, tour de taille, HbA1c, LDL cholestérol, HDL et DHEA. Dans les études dites de MacArthur, on montre que le quartile qui a la charge allostatique la plus élevée a une morbi-mortalité cardio-vasculaire plus élevée.(50)

Elle a également des conséquences au niveau de l'hippocampe, région du système nerveux central qui contient de nombreux récepteurs du cortisol. Le stress chronique peut donc entraîner une atrophie de l'hippocampe. Cette région étant impliquée dans la mémorisation des événements et du contexte, son dysfonctionnement diminue la capacité de mémoriser les réponses face aux situations de stress et majore la charge allostatique à terme.

La modulation du système immunitaire par la charge allostatique est complexe. On observe globalement un renforcement de la réponse immunitaire à court terme qui est bénéfique si elle est dirigée contre un agent pathogène, mais une diminution de la réponse immunitaire retardée lorsque le stress perdure. C'est-à-dire qu'une charge allostatique élevée entraîne une immunodépression au moins relative. C'est également ce qui explique d'un stress aigu peut décompenser une pathologie auto-immune par hyper-activation aiguës de certains mécanismes immunitaires.

Snyder-Mackler et al. ont montré dans une étude de 2016 comment la position dans la hiérarchie sociale module la réponse immunitaire et la sensibilité aux infections chez des macaques. (51)

McEwen propose plusieurs schémas pour expliquer l'accumulation de la charge allostatique au cours de la vie, en réponse à un stress :

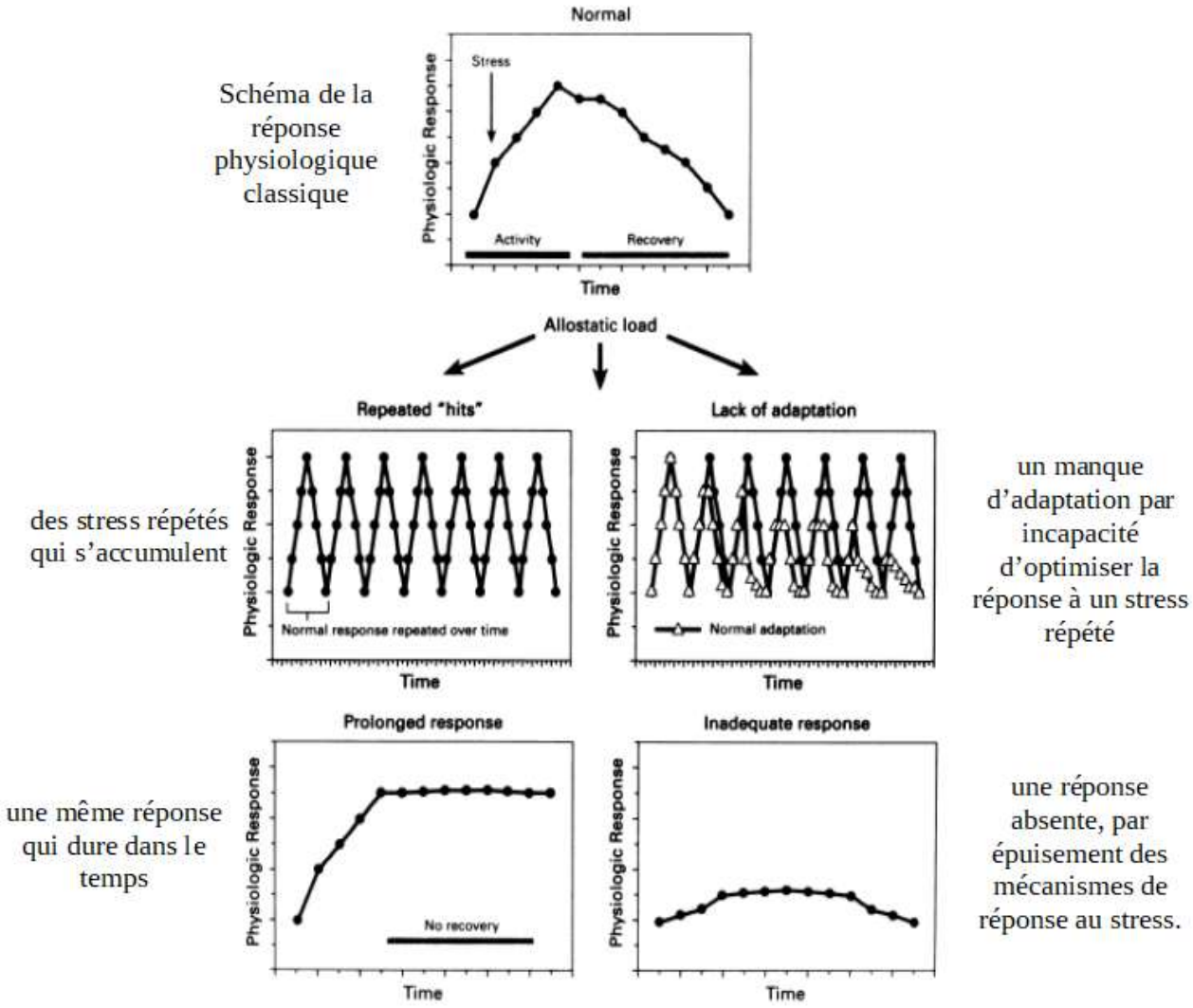


FIGURE 3. Four types of allostatic load.

McEwen, 1998

Les trois premiers niveaux renvoient à la phase de plateau de la réaction de stress décrite par Selye. Le 4e renvoie à la phase d'épuisement. Lorsqu'il y a épuisement d'un mécanisme physiologique, il est compensé par une sur-activation des autres voies, jusqu'à potentiellement l'épuisement de l'ensemble de l'organisme.

Nous avons vu à plusieurs reprises et dans plusieurs travaux que la prédictibilité des événements de vie, c'est à dire la capacité d'un individu de planifier et donc de se préparer au mieux aux événements à venir, est un facteur plutôt favorable à la santé. La capacité à anticiper le stress conditionne la réponse et les voies médiées, leur temporalité, etc. On peut avoir un stress par anticipation, ce qui augmente la charge allostatique, ou améliorer sa réponse au stress par le fait d'être en capacité d'anticiper les événements de vie pour s'y préparer, ce qui diminue la charge allostatique.

Nous avons vu également que l'impact de l'incertitude sociale et comportementale sur la physiologie et la physiopathologie trouve un nouvel écho dans le principe de l'énergie libre. Peters, McEwen et Fritson le modélisent dans un article de 2017 intitulé *Uncertainty and stress : Why it causes diseases and how it is mastered by the brain(52)*, comme illustré dans ce schéma.

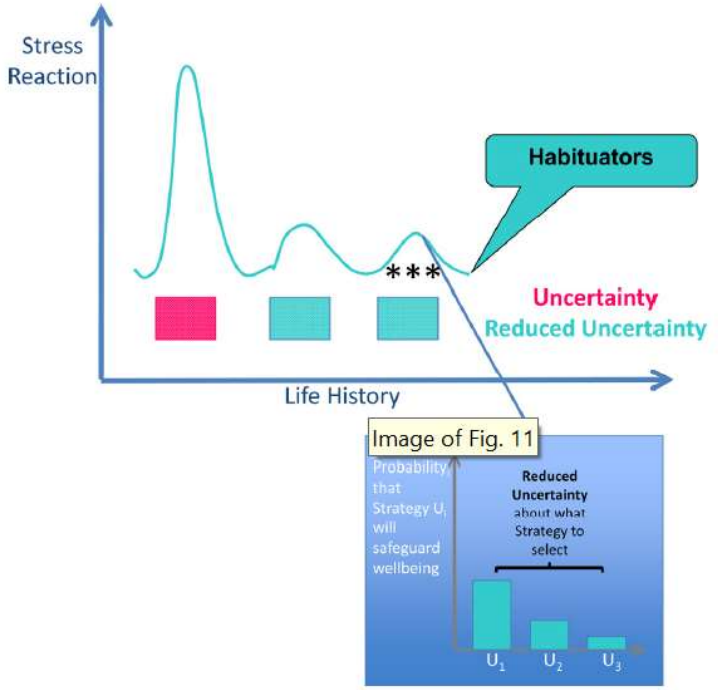


Fig. 11. Stress habituation. We define habituators as those who show repetition-induced-response attenuation (neuroenergetic, neuroendocrine, emotional and cardiovascular), when being chronically exposed to an inhospitable environment. When habituators are repeatedly exposed to the same homotypic stressor, they can reduce their uncertainty about which strategy they should select by redefining their goal states (***).

Peters, McEwen, Fritson, 2017

Ce schéma nous montre que la répétition de situations de stress permet un apprentissage afin de redéfinir la stratégie d'adaptation vers la moins coûteuse pour l'organisme. Il schématise une équivalence neurobiologique à un fonctionnement observable au niveau social et comportemental.

Un mot de l'épigénétique

Dans un article de 2016, Thierry Lang et son équipe de l'Iferiss posent la question du rapport entre les déterminants biologiques et les déterminants sociaux à travers la question de la génétique : « *Construction de la santé et des inégalités sociales de santé : les gènes contre les déterminants sociaux ?* »(53). L'épigénétique est définie par l'Inserm comme la discipline de la biologique qui « *étudie la nature des mécanismes modifiant de manière réversible, transmissible (lors des divisions cellulaires) et adaptative l'expression des gènes sans en changer la séquence nucléotidique* ». Il s'agit là encore de montrer que les récents progrès de la biologie humaine nous poussent à dépasser le clivage entre biologique et sociale.

Nous avons longuement vu comment le social s'incorpore par des mécanismes de régulation physiologiques qui sont modulés par l'ouverture de l'organisme sur son environnement. Il en est de même pour le génome. Pensé depuis sa découverte comme le patrimoine biologique le plus personnel et le plus déterministe pour la trajectoire de vie d'un individu, les connaissances récentes en épigénétique viennent complexifier ce déterminisme biologique interne à l'organisme par une régulation extérieure. Si l'information structurante que représente le patrimoine génétique est propre à chaque individu et relativement stable, la modulation de son expression est extrêmement dépendante de l'interaction du sujet avec son environnement y compris social. De la même façon qu'un sujet incorpore dans ses systèmes nerveux, endocriniens, immunitaires son expérience de vie en rapport avec le reste du monde, le génome interagit avec le milieu en modulant son expression

du niveau moléculaire puis, par son impact sur les différents niveaux de structures imbriqués les uns dans les autres, impacte le sujet et son environnement en retour.

De plus en plus d'études montrent un lien entre environnement social et méthylation de l'ADN, mécanisme chimique qui module l'expression d'un gène. Lang et al. citent alors plusieurs études montrant un lien entre classe social ou niveau de revenu et expression de certains gènes via leur hypo ou hyperméthylation, et notamment pendant l'enfance.

Une autre étude de 2019 par Snyder-Mackler et al. montre chez des macaques une influence du statut social sur l'expression des gènes régulant la réponse aux glucocorticoïdes, dont on sait maintenant la contribution dans les mécanismes d'adaptation à l'environnement et la potentiel pathogénie.(54)

L'épigénétique nous apprend que certaines des marques chimiques imprimées sur la chromatine par l'environnement de vie peuvent se transmettre au cours de la reproduction cellulaire, puis se transmettre à la descendance sur plusieurs générations, et ce toujours par des mécanismes de méthylation de l'ADN. Il y a donc, contre tout déterminisme génétique figé comme on l'a longtemps cru suite à la découverte de l'ADN, possibilité de transmission de caractères acquis en lien avec l'environnement, et ce sur le support biologique de la méthylation de l'ADN. En d'autres termes l'expérience sociale des individus modifie leur adaptation biologique de façon durable à l'échelle d'une vie, et sur plusieurs générations.

Ces découvertes, bien qu'encore en cours de défrichage chez l'humain, viennent inscrire les déterminants de la santé dans une échelle temporelle encore plus large que celle envisagée dans les modèles de l'épidémiologie biographique, celui de la phylogénèse, ou histoire évolutive de l'espèce. On voit qu'il y a transmission au sein de l'espèce des caractéristiques biologiques acquise au cours de la vie, et qui est l'un des moteurs de la co-évolution de l'espèce en rapport avec son environnement. De même que le modèle éco-social replace les déterminants de la santé humaine en lien avec l'ensemble du vivant (la biosphère) sur un instant donné, la phylogénétique apporte un niveau temporel plus grand dans la modélisation des déterminants de la biologie et de la santé.

Discussion :

une vision complexe des déterminants de la santé humaine pour une pratique plus globale de la médecine

Par-delà biologique et social : une question d'anthropologie contemporaine

« *Or, Merleau-Ponty [...] disait une chose qui, je crois, est très juste : ce ne sont pas les révolutions scientifiques qui ont changé l'idée de nature, c'est le changement de l'idée de nature qui a permis les révolutions scientifiques.* »

P. Descola, 2006

Au terme de notre exposé, nous souhaiterions amener une réflexion sur les mutations actuelles de notre socio-culture qui rendent possible le dépassement de ce vieux clivage entre biologique et social. Le fait de voir émerger une cohérence entre les divers travaux proposés jusqu'à maintenant n'est pas propre à notre travail. Ce sont plutôt nos réflexions sur une pratique plus globale du soin qui émergent à un certain moment, et s'inscrivent en quelque sorte dans l'esprit du temps.

Dans l'article cité précédemment, Thierry Lang et ses collègues inscrivent notre sujet dans un questionnement anthropologique plus large : celui de l'ontologie occidentale. C'est-à-dire celui de la façon dont on conçoit notre rapport au monde qui nous entoure, et que l'anthropologue Philippe Descola analyse comme naturaliste.

Il pose que les êtres se distingue sur deux plans :

- celui de l'intériorité, ce qui pourrait d'apparenter à l'âme, ou la conscience. La partie qui si elle s'inscrit dans une matérialité physique ne peut être accessible que par les effets qu'elle produit sur le monde ;

- celui de la physicalité, la partie tangible, liées à des mécaniques physique que l'on peut observer et mettre en action dans un rapport physique.

L'ontologie naturaliste est basée sur une continuité des physicalité, toute la matière qu'elle soit vivante ou non, humaine ou non, est régie par les même lois, mais une discontinuité des intériorités. Il y a chez l'humain un principe intérieur qui serait différent du reste du monde. C'est l'opposition entre Nature, le versant biologique de notre problématique, et Culture, le versant social.(55)

De la même façon que l'épidémiologie propose de parler de modèle éco-social, Lang et al. proposent de parler d'épigénétique sociale pour réconcilier l'opposition entre les deux versants biologiques et sociaux qui détermineraient la santé. Il y a donc une tentative de trouver des modèles qui dépasse cette opposition entre les deux pour les réconcilier dans un continuum.

Formuler la question de déterminants « sociaux » de la santé, est une façon d'essayer de dépasser ce clivage, mais aussi contribuer à l'entretenir. Puisqu'il y a déterminants sociaux, il y a déterminants non-sociaux, c'est-à-dire soit individuel (par opposition à collectif), soit biologique (c'est-à-dire interne à l'individu), ce qui finit par revenir au même dans notre paradigme médical actuel. Pourtant, il y a interdépendance de ces deux niveaux.

Pour nous aider à mieux comprendre l'origine de cette opposition dans notre médecine occidentale moderne, nous proposons de remontrer un instant à l'une de ses sources fondatrice : l'*Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*. C'est Claude Bernard qui, en bon héritier des fondateurs de la médecine anatomo-clinique, tracera la ligne de front entre milieu intérieur et milieu extérieur comme structurant notre modèle médical moderne.(37) Cette structure est profondément inscrite dans l'ontologie naturaliste.

Il affirme d'abord que la matière vivante est régie par les mêmes lois physiques et chimiques que la matière inanimée. Ce que Descola appelle la continuité des physicalités. Mais pour Bernard il existe dans la matière vivante un principe vital créateur qui dépasse la simple matière inerte. C'est la différence d'intériorité que notre culture occidentale pose entre les humains et les non-humains, à l'origine du clivage entre Nature et Culture, et que nous retrouvons chez Claude Bernard dans la frontière entre milieu intérieur et milieu extérieur. Elle se traduit dans l'illusion d'une autonomie et

d'une indépendance de l'individu vis-à-vis de son environnement. Elle est pour nous un des fondements du clivage entre les déterminants biologiques et sociaux de la santé.

Il ne s'agit pas ici de dévaloriser la pensée de Bernard, qui est extrêmement conscient que la physiologie humaine et les processus biologiques sont le fruit de l'interaction entre milieu extérieur et milieu intérieur. Pour lui *« la vie est le résultat du contact de l'organisme et du milieu ; nous ne pouvons pas la comprendre avec l'organisme seul, pas plus qu'avec le milieu seul. C'est donc également une abstraction, c'est-à-dire une force qui nous apparaît comme étant en dehors de la matière. »(37)*

C'est qu'en reprochant à la médecine occidentale de s'être trop longtemps préoccupé du seul milieu extérieur (car seul accessible à l'étude), il va, comme un effet de balancier, poser la supériorité du milieu intérieur dans sa capacité à déterminer le fonctionnement de l'organisme. Si lui ne pose pas une frontière ontologique entre humains et non-humain, il la pose au sein de la matière vivante. Entre le soi et le non-soi, entre les régulations internes à l'organisme et les régulations externes ; bref, entre le biologique et le social :

« *Les conditions de notre milieu cosmique règlent en général les phénomènes minéraux qui se passent à la surface de la terre ; mais les êtres organisés renferment en eux les conditions particulières de leurs manifestations vitales, et, à mesure que l'organisme, c'est-à-dire la machine vivante, se perfectionne, ses éléments organisés devenant plus délicats, elle crée les conditions spéciales d'un milieu organique qui s'isole de plus en plus du milieu cosmique. Nous retombons ainsi dans la distinction que j'ai établie depuis longtemps et que je crois très féconde, à savoir, qu'il y a en physiologie deux milieux à considérer : le milieu* macrocosmique*, général, et le milieu* microcosmique*, particulier à l'être vivant ; le dernier se trouve plus ou moins indépendant du premier suivant le degré de perfectionnement de l'organisme.* […]

En résumé, si nous voulons atteindre les conditions exactes des manifestations vitales chez l'homme et chez les animaux supérieurs, ce n'est point réellement dans le milieu cosmique extérieur qu'il faut chercher, mais bien dans le milieu organique intérieur. C'est, en effet, dans l'étude de ces conditions organiques intérieures, ainsi que nous l'avons dit souvent, que se trouve l'explication directe et vraie des phénomènes de la vie, de la santé, de la maladie et de la mort de l'organisme. […] ce qui distinguera la médecine expérimentale moderne*, ce sera d'être fondée surtout sur la connaissance du milieu intérieur dans lequel viennent agir les influences normales et morbides ainsi que les influences médicamenteuses. […]*

En résumé, c'est seulement dans les conditions physico-chimiques du milieu intérieur que nous trouverons le déterminisme des phénomènes extérieurs de la vie. »(37)

Si cette préséance de la biologie intérieure sur les déterminants du milieu extérieur nous paraît réductrice, au vu des éléments présentés tout au long de ce travail, n'oublions pas que la pensée et l'œuvre de Claude Bernard nous ont permis de nombreuses recherches expérimentales riches et fécondes. C'est grâce aux découvertes de la physiologie sur le milieu intérieur que nous pouvons aujourd'hui la ré-envisager dans une interaction ouverte et réciproque avec le milieu extérieur.

Le présent travail essaye d'amener quelques arguments pour montrer comment ce milieu intérieur est complètement façonné, depuis l'origine phylogénétique de son fonctionnement jusqu'à la régulation instantanée de ses systèmes allostatiques, par l'interaction avec l'extérieur.

Une brève synthèse de nos réflexions

« Le problème des structures et des comportements pathologiques chez l'homme est immense. Un pied-bot congénital, un inverti sexuel, un diabétique, un schizophrène posent des questions innombrables qui renvoient finalement à l'ensemble des recherches anatomiques, embryologiques, physiologiques, psychologiques. Notre opinion est cependant que ce problème ne doit pas être divisé et que les chances de l'éclairer sont plus grandes si on le prend en bloc que si on le découpe en questions de détail. » G. Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, introduction, 1943

Nous voilà presque au bout de notre cheminement. Partis succinctement des origines de l'épidémiologie, nous avons retracé progressivement comment se sont complexifiés les modélisations des déterminants de la santé et de la maladie. Nous avons observé que l'approche classique de la discipline ne parvenait pas à intégrer une composante sociale et collective qui est pourtant déterminante qualitativement et quantitativement sur la santé, à la fois des individus et des populations. Nous l'avons vu par exemple pour la transition épidémiologique, qui résulte de la concordance de nombreux facteurs collectifs.

Par la suite, nous avons proposé des modèles alternatifs qui tentent de dépasser ces limites. Le premier analyse des dynamiques de production sociales des maladies. Puis le second en complément se penche sur les modalités d'intégration de ces dynamiques collectives par les individus. Ils permettent par des approches transdisciplinaires entre des sciences humaines et des sciences biologiques de dégager une cohérence globale. Enfin, les modèles éco-sociaux tentent une unification de ces deux précédents qui finit par remettre en question la frontière symbolique entre biologie du milieu intérieur et sociologie du milieu extérieur.

En somme, poser la question des déterminants sociaux de la santé, c'est poser la question des déterminants de la santé par le prisme du social. Le besoin de prendre le problème par le versant social s'explique par la difficulté de la biomédecine, comme de l'épidémiologie classique, à expliquer l'impact des niveaux de structure supra-individuels dans la pathogenèse. Nous avons montré qu'il y a pourtant depuis au moins Selye une somme importante de travaux cohérents pour montrer au sein des modèles de la biologie humaine le fonctionnement physiologique et physiopathologique en situation sociale, dans ses déterminants collectifs. Il n'existe pas à notre sens de déterminant de la santé qui se puisse déconnecter des niveaux individuels, ou biologiques, pas plus que du niveau social. Ils sont les deux faces d'une même pièce.

Enfin, à cet emboîtement structurel complexe et ouvert sur le reste de l'écosystème s'est ajoutée la dimension temporelle. Dimension qui concerne l'individu dans son ontologie, mais qui le replace également dans la chaîne phylogénétique du vivant.

Limiter l'un de ces horizons dans la réflexion sur la santé humaine aurait été, à notre sens, ignorer la complexité singulière du vivant, d'où elle provient et donc comment la mieux comprendre. Pour autant, nous n'oublions pas notre objectif annoncé en introduction d'en produire une finalité qui nous aide pour la pratique.

À ce stade se présentent deux directions. Soit envisager plus avant les outils qui permettent de modéliser des systèmes complexes (études multi-niveau, paysages d'attracteur et landscape epidemiology), soit redescendre à l'échelle d'une pratique clinique. La deuxième hypothèse nous paraît évidemment la bonne. Si nous trouvons qu'émerge aujourd'hui une cohérence de plus en plus évidente entre les modélisations systémiques de nombreuses disciplines, travailler à un modèle synthétiques, modulé de façon fractal à chaque niveau d'échelle structurelle et temporelle est largement hors de nos champs de compétence et de pratique.

Terminons simplement en proposant de méditer une des sagesses de Laborit. Si l'on considère une structure comme l'ensemble des relations qui existent entre les éléments d'un ensemble, il faut garder à l'esprit que cet ensemble des relations est strictement impossible à connaître. On ne peut connaître qu'une abstraction que l'on en fait, partielle et incertaine. Penser qu'un sous-ensemble que l'on extrait d'une structure constitue et résume l'ensemble de la structure relève de l'idéologie, avec toutes les conséquences que l'on peut imaginer.

Une grille d'analyse pour la pratique

« *L'homme* peut donc plus qu'il ne sait*, et la vraie science expérimentale ne lui donne la puissance qu'en lui montrant qu'il ignore. Peu importe au savant d'avoir la vérité absolue, pourvu qu'il ait la certitude des relations des phénomènes entre eux. Notre esprit est, en effet, tellement borné, que nous ne pouvons connaître ni le commencement ni la fin des choses ; mais nous pouvons saisir le milieu, c'est-à-dire ce qui nous entoure immédiatement. »*

C. Bernard, *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, 1865(37)

« *C'est sans doute au besoin thérapeutique qu'il faut attribuer l'initiative de toute théorie ontologique de la maladie.* »
G.Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, 1943(31)

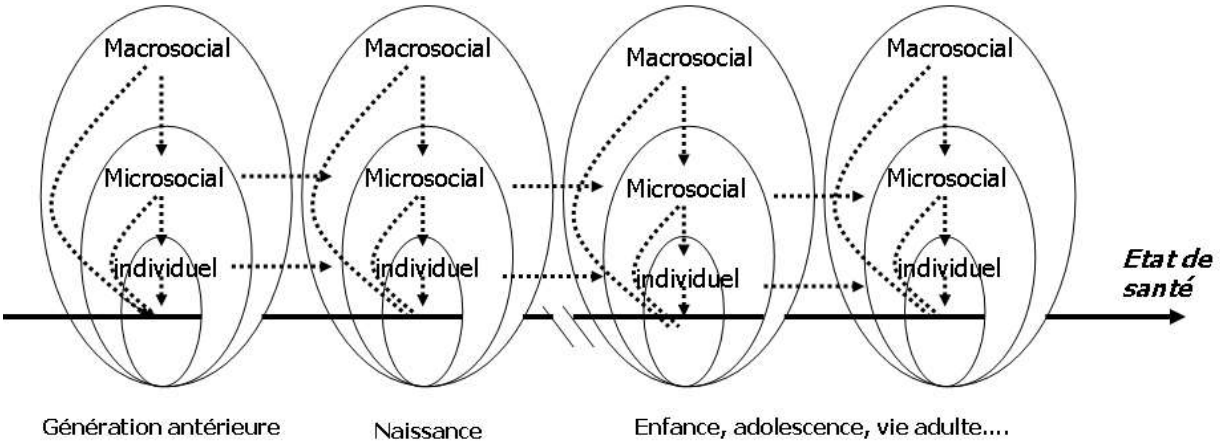
« L'idée de cause a perdu toute autre signification que celle de la désignation pragmatique du point dans la chaîne des événements auquel une intervention serait la plus pratique »
Helman et al, *Ecological effects in multi-level studies*, 2000 (cité par T. Lang et al)(53)

Dire qu'on ne peut connaître l'ensemble des facteurs déterminant la santé dans toute sa complexité ne doit pas nous empêcher d'agir. Au contraire, rester conscient de la partialité de nos schémas explicatifs est certainement la meilleure façon de continuer à les compléter, et de les améliorer.

Tout l'enjeu pour la médecine est d'identifier à quel niveau de structure se situe son champ d'action, pour savoir quel niveau d'action relève de ses compétences, et penser une action au plus juste. Prendre conscience de la limite de ses compétences, limite que déborde très largement la complexité de ce qui détermine la santé, c'est aussi une leçon d'humilité bienvenue face à un pouvoir médical souvent surévalué par ses acteurs même. Elle vient rappeler la nécessité de collaborer avec un nombre aussi important d'acteurs qu'il y a de niveaux de régulation de la santé humaine.

Il s'agit donc de nous concentrer maintenant sur une modélisation complexe des déterminants de la santé telle que nous l'avons envisagé, mais centrée à l'échelle de la pratique de la médecine générale. Le schéma ci-dessous, issu du rapport du HCSP de 2009(56) sur les inégalités sociales de santé (et probablement des travaux de Thierry Lang et al) le résume bien :

Environnements et comportements au cours de la vie.
Liens avec l'état de santé.



On y retrouve l'échelle individuelle en lien avec l'environnement proche, puis le contexte plus large, avec interaction de chacun des niveaux entre eux ; puis l'évolution temporelle au cours de la vie, voire des générations.

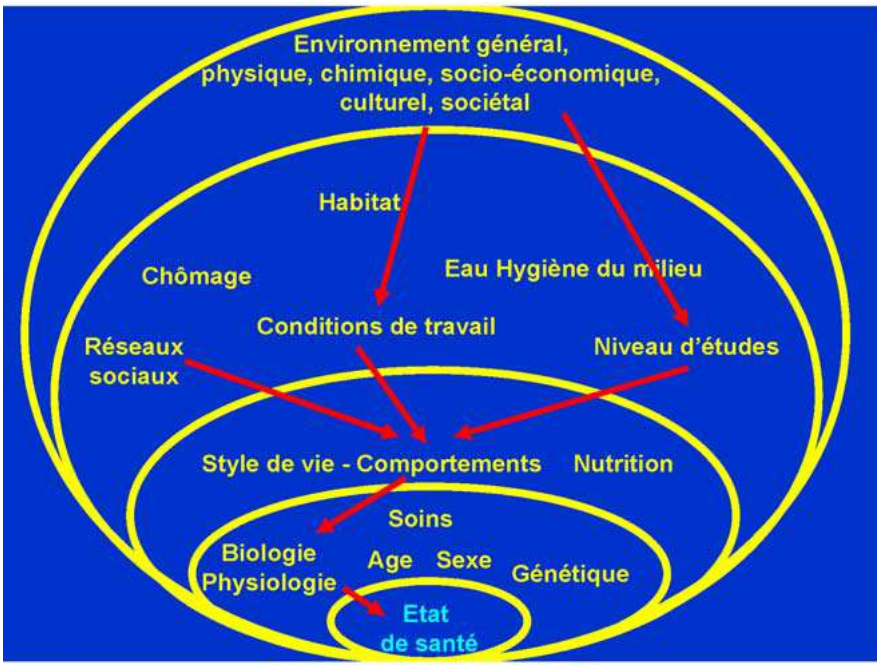
Dans un autre article de 2009, *Inégalités sociales de santé : du modèle épidémiologique à l'intervention(57),* Lang et al analysent trois type d'intervention possible que nous déroulerons ici. Au-delà de la question des inégalités de santé, elle est pour le soin de façon globale.

1) *Les facteurs individuels*
Dans un premier temps il y a l'action que nous considérons comme classique, c'est-à-dire centrée

sur les facteurs de risque individuels. Nous en avons souligné les limites, mais elle reste pertinente, et d'autant plus si elle est associées aux actions qui suivent.

2) *L'action synchrone*

Il parle ensuite d'action synchrone, c'est-à-dire une action qui à un instant donné agisse sur les causes structurelles : l'environnement physique, social et économique. C'est une action considérée comme agissant en synergie sur un maximum des niveaux de structure agissant sur la santé d'un individu tels qu'envisagés avant.



Déterminants de la santé : chaînes de causalité transversales. (Lang et al, 2009)

Classiquement, la pratique en médecine générale travaille plus ou moins sur les 3 premiers niveaux de structure proposés dans ce schéma. Trouver des leviers d'action sur les niveaux sus-jacents suppose donc d'élargir la pratique à d'autres compétences et d'autres formes de soin.

Une action synchrone s'évalue donc dans sa capacité à créer des ponts au sein d'un même parcours de soin entre les déterminants de chacun des niveaux de structure, en remontant au niveau le plus large et le plus radical possible, dans chacun des champs impactant la santé des individus et des communautés. Elle déborde le champ d'action de la médecine générale, mais s'articule avec, et lui propose de s'inscrire dans une pratique intersectorielle pluridisciplinaire.

3) *L'action diachrone*

Pour ce qui est d'agir sur un niveau temporel, ils parlent d'action diachrone. C'est-à-dire qui agisse sur les causes fondamentales en amont d'un événement pathologique, la « cause des causes ». C'est le principe de la médecine préventive. L'épidémiologie biographique et le concept de charge allostatique nous aident à le comprendre l'intérêt d'une telle approche. Ici, une attention particulière est portée aux actions ciblées sur la petite enfance et sur les politiques de santé préventive. La difficulté est souvent que les bénéfices sont difficiles à objectiver à court terme car l'impact se fait sur un temps plus long, et dans la non survenue d'un événement. C'est le « paradoxe de la prévention » que nous avons vu plus haut avec Rose.

L'évaluation d'un tel type d'action peut s'envisager dans la façon dont les pratiques de soin intègrent de façon structurelle et systémique des dynamiques visant à réduire les inégalités et les rapports sociaux de domination d'un côté, et des politiques d'action préventives sur des problématiques en lien avec la santé des populations. Enfin, intégrer un versant d'éducation et de promotion de la santé, pour améliorer la littéracie et dans une politique d'empowerment est également un levier diachrone reconnu, nous le verrons dans un autre travail.

Au terme de notre revue, nous avons construit un aperçu global des mécanismes qui agissent sur la santé humaine, à la fois dans ses dynamiques sociales, et dans certains des mécanismes physiopathologiques qui lui sont liés.

Ces travaux sont connus de nombreux experts dans le domaine de la santé. La majorité s'accorde sur la nécessité d'intégrer les déterminants sociaux dans l'organisation de la structuration de l'offre de soin. Les voies possibles sont une coordination intersectorielle entre système de protection sociale et offre de soin, et l'intégration des compétences des populations concernées par ces politiques de santé. Cette dynamique renvoie au concept de santé communautaire.

Nous nous proposons dans un prochain travail de mettre en perspective les recommandations des institutions de référence sur cette question des déterminants sociaux, que nous comprendrons mieux maintenant que nous avons envisagé les bases théoriques sur lesquelles elles s'appuient, et une expérience pratique qui tente de les mettre en œuvre. Cette analyse de la pratique nous permettra d'analyser les conditions de faisabilité, et l'impact concret de la vision complexe du soin que nous avons tenté de construire ici.

Conclusion :

Le présent travail représente le fruit de 5 années de recherche pour une plus grande cohérence entre nos connaissances théoriques et une réalité de la pratique globale de la médecine générale qui considère le sujet dans son environnement social.

Comme nous l'avons expliqué en introduction, la question des déterminants sociaux de la santé a été un point de départ fécond. Pourtant, nous butions en permanence sur l'incapacité de définir et circonscrire ce concept. Nous avons d'abord tenté une étude systématique des recommandations et rapports publié par l'OMS, le divers ministère de la santé et institutions sanitaires pour en établir une liste exhaustive. Celle-ci s'est avérée autant impossible à boucler qu'arbitraire. À chaque fois la question tournait en rond, puisque la liste varie selon par quel bout on prend le problème. Car le social peut se définir à plusieurs niveaux de structure, notamment spatiale et temporelle.

C'est en abordant la question de façon systémique, avec les modèles de l'épidémiologie sociale que nous avons compris qu'il valait mieux en rendre la complexité dans un organisation de type « boîte chinoise » plutôt qu'une liste de course interminable et qui se mordait la queue (le lieu de vie conditionne le travail, qui conditionne le revenu, qui condition le lieu de vie… etc.)

La meilleure façon de définir et modéliser les déterminants sociaux de la santé, c'est donc de les intégrer dans un modèle qui parle de déterminants de la santé « tout court » ; de la même façon que les inégalités sociales de santé sont la traduction dans le corps des individus et des classes sociales des inégalités sociales « tout court ».

À travers notre question de recherche, nous avons tenté de montrer qu'il n'y a pas de rupture entre le monde social et le fonctionnement de la physiologie humaine. Ou plutôt que s'il y a une rupture, elle est construite par nos modèles scientifiques, reflets de notre socio-culture.

Nous pensions en début de recherche que notre incapacité à nuancer nos modèles biomédicaux par le contexte dans lequel se rencontre le sujet malade venait d'une vision « trop » biologique, et que ces nuances naîtraient dans l'étude de discipline plus proches des sciences sociales. Il s'est avéré en cours de route que le problème n'est pas vraiment quantitatif, mais surtout qualitatif. C'est notre lecture même du corpus biomédical et de la physiologie dominante qui bute sur ces limites.

Nous avons ici tenté de valoriser l'existence au sein du corpus de notre médecine occidentale moderne d'une médecine globale, sociale, écologique, inclusive et complexe qui ne soit pas opposée à l'intelligence et à la rigueur scientifique. La question de modéliser comment le social affecte la santé est un continuum avec l'approche biologique, psychologique, sociologique, écologique, et bien d'autres sciences du vivant. Il nous faut donc adopter une pensée complexe, au sens où aucune discipline à elle seule ne suffit à comprendre l'immensité des paramètres qui rentrent en jeu dans le fonctionnement du vivant et de la santé humaine. À chacun des niveaux de structure envisagé correspondent des mécanismes de régulation dont une discipline s'est faite la spécialité (chimie, biologie, physiologie, éthologie, sociologie, écologie, physique du niveau quantique au niveau astronomique…).

De ce fait, que faire de l'affirmation de Claude Bernard pour qui « *les circonstances variées qui produisent une même maladie doivent répondre toutes à une action pathogénique, unique et déterminée. En un mot, le déterminisme, qui veut l'identité d'effet liée à l'identité de la cause, est un axiome scientifique qui ne saurait être violé pas plus dans les sciences de la vie que dans les sciences des corps bruts.* » ? De prime abord, elle nous semble irréaliste au vue du nombre infini de facteurs qui rentrent en cause dans la pathogénie. Puis à y mieux regarder, nous convenons que cet axiome scientifique est probablement indépassable. C'est ce qui nous pousse à rejoindre Canguilhem dans sa définition de la médecine comme « *technique ou art au carrefour de plusieurs sciences, plutôt que comme une science proprement dite.* » Car la singularité du vivant, le fait que chaque individu soit unique dans sa trajectoire de vie et ses déterminants à tout niveau de structure, vient nous rappeler que ce déterminisme échappe, et échappera toujours à la médecine. À moins

qu'une idéologie, au sens où nous l'avons définie plus haut, ne vienne standardiser le vivant dans un rapport normatif qui le rendrait déterminé.

Au-delà de la question scientifique, nous partageons le point de vue de l'IGAS qui, dans son rapport sur les déterminants sociaux et modèles d'action (53), affirme que « *si l'identification des déterminants de la santé est un objet de recherche scientifique, elle renvoie également à des interprétations politiques. Les différents modèles explicatifs proposés pour comprendre les déterminants sociaux de la santé confirment ce constat.* »

En effet, on pourrait grossièrement dessiner la chose ainsi : la vision des facteurs de risque individuels correspond à la philosophie libérale dominante, le modèle de la production sociale des maladies s'inscrit dans la pensée matérialiste marxiste, tandis que les modèles de l'épidémiologie éco-sociale seraient plus compatibles avec des théories de l'écologie politique. Ce constat mériterait un travail de recherche en philosophie politique à part entière, dans la lignée des travaux de Foucault sur la biopolitique. Il nous aideraient probablement à comprendre pourquoi l'enseignement de travaux aussi importants que les modèles biologiques envisagés dans le modèle psycho-social et d'autres tels que ceux de Richard Wilkinson ou Michael Marmot ne sont pas plus enseignés et utilisés dans un monde où le courant politique dominant est celui de l'individualisme néolibéral.

Enfin, et pour ne pas laisser l'impression que la complexité des facteurs agissant sur la santé humaine rend toute notion de causalité relative au point de ne plus savoir agir, nous voulions montrer en quoi au contraire elle nous paraît nécessaire pour mieux agir. La notion de causalité, si elle est relative, est surtout mouvante – comme la vie elle-même. Ce qui compte c'est qu'elle soit opérante, c'est à dire adaptée en un moment et un endroit donné. Un déterminant nous semble représenter une cause acceptable lorsqu'il est en concordance avec les données de la science du moment, mais également les codes sociaux, les modèles culturels et spirituels, et en concordance avec les moyens d'agir disponibles. En somme, nous pensons que la notion de cause est pertinente lorsqu'elle est en harmonie avec le maximum de niveau de structure dans lequel s'inscrit l'individu, son groupe social, ainsi que celui des personnes qui le soignent. C'est là qu'elle sera le plus acceptable, donc le plus opérant.

La médecine, si elle veut s'ouvrir un champ d'action global et respectueux de l'humain dans ce qu'il a de singulier et de créatif, doit donc œuvrer de concert avec la complexité des sciences de la vie autant que les sujets soignés, en harmonie avec tous leurs aspects, et les accompagner dans la création de leur propre norme, que ce soit au niveau des individus ou de la communauté dans laquelle ils s'inscrivent.

Bibliographie

1. Von Uexküll T. La médecine psychosomatique. Idees/Nrf/Poche; 1966.
2. Grant MJ, Booth A. A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies: A typology of reviews, *Maria J. Grant & Andrew Booth*. Health Information & Libraries Journal. juin 200926(2):91-108.
3. Marmot MG. The Status Syndrome: How Social Standing Affects Our Health And Longevity. Reprint. New York, NY: St. Martin's Press; 2000. 336 p.
4. Wilkinson R, Pickett K. Pourquoi l'égalité est meilleure pour tous. Les petits matins; 2013. 512 p.
5. Wilkinson R, Marmot M. Les déterminants sociaux de la santé: les faits. Copenhague: Organisation mondiale de la santé, Bureau régional de l'Europe; 2004.
6. Marmot MG. Status Syndrome: A Challenge to Medicine. JAMA. 15 mars 2006 ;295(11):1304.
7. Marmot M. Social determinants of health inequalities. Public Health. 2005;365:6.
8. Marmot M. Fair Society, Healthy Lives. 2010 févr p. 34.
9. Marmot M, Bell R, Goldblatt P. Action on the social determinants of health. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique. août 2013;61:S127-32.
10. Wilkinson R. L'inégalité nuit gravement à la santé. Hiérarchie, santé et évolution. Paris: Cassini; 2002. (Le sel et le fer).
11. Wilkinson R, Merckaert J. « Les inégalités nous rendent malades ». Projet. 2014 341(4):52.
12. Villermé. Tableau de l'état physique et moral des ouvriers employés dans les manufactures de coton, de laine et de soie. 1840.
13. Omran AR. The Epidemiologic Transition: A Theory of the Epidemiology of Population Change. 1971;27.
14. McKeown T. The role of medicine. Dream, mirage or nemesis ? Nuffield Provincial Hospitals Trust; 1976.
15. Illich I. Némésis médicale. L'expropriation de la santé. Paris: Éditions du Seuil; 1975.
16. MacMahon B, Pugh T, Ipsen J. Epidemiologic methods. Litte Brown. 1960.
17. Susser M, Susser E. Choosing a Future for Epidemiology: I. Eras and Paradigms. 1996;86(5):6.
18. McMichael AJ. Prisoners of the Proximate : Looseing the Constraints on Epidemiology in an Age of Change. American Journal of Epidemiology. 15 mai 1999;149(10).
19. Goldberg M, Melchior M, Leclerc A, Lert F. Les déterminants sociaux de la santé : apports récents de l'épidémiologie sociale et des sciences sociales de la santé. sosan. 2002;20(4):75-128.
20. Goldberg M. Cet obscur objet de l'épidémiologie. sosan. 1982;1(1):55-110.
21. Rose G. Sick individuals and sick populations. 1985;6.
22. Constance J, Peretti-Watel P. La cigarette du pauvre. Ethnologie française. 2010 ;40(3):535-42.
23. Durkheim É. Le Suicide. Étude de sociologie. 1897.
24. Krieger N. Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. International Journal of Epidemiology. août 2001;30(4):668-77.
25. Wilkinson R. L'inégalité nuit gravement à la santé. Cassini. 2002.

26. Fassin D. Le capital social, de la sociologie à l'épidémiologie. :19.
27. Cannon WB. The Wisdom of the Body. Rev. and Enl. Ed. New York: W. W. Norton & Company; 1932. 340 p.
28. Selye H. The Stress of Life. 2e éd. Schaum's Outlines; 1956. 516 p.
29. Laborit H. L'inhibition de l'action. Biologie, physiologie, psychologie, sociologie. Masson. 1980.
30. Marmot MG, Rose G, Shipley M, Hamilton PJ. Employment grade and coronary heart disease in British civil servants. Journal of Epidemiology & Community Health. 1 déc 1978 ;32(4):244-9.
31. Canguilhem G. Le normal et le pathologique. 11e édition. Paris: Presses Universitaires de France - PUF; 2009. 240 p.
32. Sterling P, Eyer J. Allostasis : A New Paradigm to Explain Arousal Pathology. In: Handbook of Life Stress, Cognition and Health. S. Fisher and J. Reason. 1988.
33. Sterling P. Principles of Allostasis: Optimal Design, Predictive Regulation, Pathophysiology, and Rational Therapeutics. In: Schulkin J, éditeur. Allostasis, Homeostasis, and the Costs of Physiological Adaptation. 1re éd. Cambridge University Press; 2004. p. 17-64.
34. Sterling P. Allostasis: A model of predictive regulation. Physiology & Behavior. avr 2012;106(1):5-15.
35. Cassel J. The contribution of the social environnement to host resistance. American Journal of Epidemiology. août 1976;104(2):107-23.
36. Gastaldi G, Ruiz J. Dysfonction métabolique et stress chronique : un nouveau regard sur la pandémie de «diabésité» ? Revue Médicale Suisse. 2009;5.
37. Bernard C. Introduction à l'étude de la médecine expérimentale. Paris: Flammarion; 2010. 304 p.
38. Susser M, Susser E. Choosing a Future for Epidemiology: II. From Black Box to Chinese Boxes and Eco-Epidemiology. 1996;86(5):4.
39. McMichael A, Daily G. Globalization and the Sustainability of Human Health. 1999;49(3):6.
40. Krieger N. Epidemiology and the web of causation: Has anyone seen the spider? Social Science & Medicine. Oct 1994;39(7):887-903.
41. Laborit H. La nouvelle grille. Paris; 1974.
42. Blane D, Netuveli G, Stone J. The development of life course epidemiology. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique. févr 2007;55(1):31-8.
43. OCDE. A Brocken Social Elevator ? How to Promote Social Mobility. Editions OCDE. Paris; 2018.
44. Hanson J, Hair N, Shen D, Shi F, Gilmore J, Wolfe B, et al. Family Poverty Affects the Rate of Human Infant Brain Growth. PLoS ONE. déc 2013;8(12)(e80954).
45. McEwen BS. Stress, Adaptation, and Disease: Allostasis and Allostatic Load. Annals of the New York Academy of Sciences. mai 1998 ;840(1):33-44.
46. Mcewen BS. Protective and Damaging Effects of Stress Mediators. The New England Journal of Medicine. 1998;9.
47. Mcewen BS. Protection and Damage from Acute and Chronic Stress: Allostasis and Allostatic Overload and Relevance to the Pathophysiology of Psychiatric Disorders. Annals of the New York Academy of Sciences. déc 2004 ;1032(1):1-7.

48. McEwen BS, Seeman T. Protective and Damaging Effects of Mediators of Stress: Elaborating and Testing the Concepts of Allostasis and Allostatic Load. Annals of the New York Academy of Sciences. déc 1999 ;896(1):30-47.

49. Lupien SJ, McEwen BS, Gunnar MR, Heim C. Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behaviour and cognition. Nat Rev Neurosci. juin 2009 ;10(6):434-45.

50. Seeman TE, McEwen BS, Rowe JW, Singer BH. Allostatic load as a marker of cumulative biological risk: MacArthur studies of successful aging. Proceedings of the National Academy of Sciences. 10 avr 2001;98(8):4770-5.

51. Snyder-Mackler N, Sanz J, Kohn JN, Brinkworth JF, Morrow S, Shaver AO, et al. Social status alters immune regulation and response to infection in macaques. nov 2016;6.

52. Peters A, McEwen BS, Friston K. Uncertainty and stress: Why it causes diseases and how it is mastered by the brain. Progress in Neurobiology. sept 2017 ;156:164-88.

53. Lang T, Kelly-Irving M, Lamy S, Lepage B, Delpierre C. Construction de la santé et des inégalités sociales de santé?: les gènes contre les déterminants sociaux?? Santé Publique. 2016 ;28(2):169.

54. Snyder-Mackler N, Sanz J, Kohn JN, Voyles T, Pique-Regi R, Wilson ME, et al. Social status alters chromatin accessibility and the gene regulatory response to glucocorticoid stimulation in rhesus macaques. Proceedings of the National Academy of Sciences. 22 janv 2019;116(4):1219-28.

55. Descola P. Par-delà nature et culture. Bibliothèque des Sciences humaines-Gallimard. 2005.

56. Lang T, et al. Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité. Haut Conseil de Santé Publique; 2009 déc.

57. Lang T, Kelly-Irving M, Delpierre C. Inégalités sociales de santé : du modèle épidémiologique à l'intervention. Enchaînements et accumulations au cours de la vie. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique. déc 2009 ;57(6):429-35.

58. Moleux M, Schaetzel F, Scotton C. Les inégalités sociales de santé : Déterminants sociaux et modèles d'action. Inspection Générale des Affaires Sociales; 2011 mai.

59. Bizouarn P. L'éco-épidémiologie: Vers une épidémiologie de la complexité. Med Sci (Paris). mai 2016 ;32(5):500-5.