

COMPTE RENDU

Séminaire sur les inégalités sociales de santé (ISS) organisé par le comité d'appui scientifique de réduction des ISS

Vendredi 5 décembre 2025 (13h30-16h)
ASKORIA Rennes

En présence de :

Mme BARBIER-BOUVET Camille
Mme BENNOUF Norya
Mme BLOMART Astrid
Mme BOURGES Soazig
Mme BOURHIS Cathy
Mme BRIERO Lénaïc
M.COATARMANACH Antoine
Mme FELTESSE Marjorie
Mme GAUDEL Marion
Mme GUILLAUME Adèle

Mme GUILLAUME Typhaine
Mme HUREL Cynthia
Mme JAMOIS Aureline
Mme LARGET Amélie
M. LE BOT Anthony
Mme LE ROY Manon
Mme LE RU Aurélie
Mme LEMOINE Florence
M. MAHE Benoît
Mme MARIE Vanessa

Mme MASSOT Mireille
Mme MESLE Ludivine
Mme MUZELLEC KABOUCHÉ
Claire
Mme PARQUIC Laurence
Mme REY Émile
Mme TREGUER Carine
Mme VABRE Alice
Mme VASSALO Nathalie

PROPOS INTRODUCTIFS

Organisé dans la continuité de la matinée consacrée au comité d'appui scientifique réunissant la Grande École des Solidarités, l'ARS Bretagne et le Commissariat régional de lutte contre la pauvreté, le séminaire de l'après-midi vise à prolonger les réflexions sur les inégalités sociales de santé et à mettre en discussion les analyses produites par le consortium d'acteurs impliqués.

L'après-midi est structurée en deux séquences :

- une présentation du travail d'analyse réalisé à partir d'un questionnaire administré ces dernières semaines, permettant d'en préciser le cadre et les premiers enseignements ;
- une intervention en distanciel de la chercheuse Aurore LORETTI apportant un regard complémentaire sur les inégalités sociales de santé.

L'objectif général est de nourrir la réflexion collective autour des déterminants et mécanismes des inégalités sociales de santé.

Présentation des résultats du questionnaire sur les inégalités sociales de santé adressé aux membres de l'instance régionale de réduction des inégalités sociales de santé (Pierre-Antoine CHAUVIN)

- Conception du questionnaire et objectifs

Il est rappelé que le questionnaire présenté a été construit collectivement au printemps 2025, dans le cadre de la première année de fonctionnement du comité.

L'objectif est d'établir un premier état des lieux auprès des acteurs engagés sur les inégalités sociales de santé, d'identifier leurs usages conceptuels, les difficultés rencontrées et leur compréhension des enjeux, tout en amorçant la construction d'un futur plan de travail pour le mandat de quatre ans.

La conception du questionnaire repose sur cinq modules.

- Module 1 : fonctionnement de l'instance.
- Module 2 : les usages du terme gradient social de santé.
- Module 3 : les partenariats locaux, considérés comme un levier essentiel de réduction des ISS.
- Module 4 : les indicateurs territorialisés et la nécessité de repenser la cartographie des ISS comme outil d'aide à la décision pour différentes administrations.
- Module 5 : perspectives et contributions attendues des membres pour construire une politique publique dédiée à la réduction des ISS.

- Taux de réponse et limites méthodologiques

Le questionnaire comporte 20 questions. Parmi les 76 membres sollicités, 47 répondent, mais seuls 20 questionnaires sont complétés intégralement. Près de la moitié des répondants s'arrêtent à la deuxième page d'un document qui en compte sept. Ce faible taux de complétude constitue un point de vigilance et invite à repenser les modalités de consultation des membres afin de faciliter leur participation tout au long des quatre années du mandat. L'intervenant souligne que les données collectées ne permettent pas une lecture quantitative robuste. Le questionnaire n'offre donc pas de représentativité statistique et nécessite pour l'instant une interprétation strictement qualitative. Cette situation invite également à réfléchir à d'autres modalités de passation pour les consultations futures.

- Enseignements du module « gradient social de santé » et typologie des actions

L'analyse des cinq modules met en lumière plusieurs constats. Concernant le gradient social de santé, les répondants expriment une prise de conscience partagée de l'enjeu, mais une maîtrise inégale du vocabulaire : si la notion est globalement connue, elle demeure peu utilisée dans les pratiques professionnelles, et près de la moitié des répondants s'en déclarent peu familiers. Seules certaines disciplines, comme la santé dentaire en contexte universitaire, la mobilisent davantage.

Les réponses révèlent également des régularités dans les actions menées : une forte prédominance d'interventions ciblées vers des publics vulnérables (mineurs en difficulté, familles exilées, femmes en situation de vulnérabilité, personnes en habitat indigne, allocataires RSA, enfants de l'ASE, personnes sans domicile, etc.), ce qui met en tension ciblage et universalisme proportionné. Parallèlement, des démarches universelles existent, notamment dans l'offre de soins, intégrant

une attention renforcée pour les publics vulnérables. Cette coexistence de logiques souligne la nécessité de clarifier les principes d'intervention.

- Dimension territoriale, partenariats et obstacles intersectoriels

La dimension territoriale apparaît peu dans les réponses : 60 % des acteurs ne ciblent aucun quartier ou sous-territoire. Le territoire reste donc une entrée marginale, malgré quelques références aux QPV ou zones isolées, et les questions de zonage compliquent la cohérence des actions.

De nouveaux métiers territorialisés émergent (accès aux droits, prévention, médiation), mobilisant l'« aller vers » de manière inégale. Certaines zones intermédiaires demeurent peu couvertes.

Les actions recensées vont des interventions ciblées aux démarches universelles proportionnées, en passant par le plaidoyer et divers dispositifs facilitant l'accès aux soins (« aller vers », équipes mobiles, médiation). Certaines portent directement sur les déterminants sociaux (logement, alimentation, énergie).

Des expérimentations comme « Territoires zéro non-recours » ou les territoires éducatifs ruraux illustrent ces approches, bien qu'elles soient peu citées.

Malgré le développement de l'« aller vers », plusieurs freins persistent : faible coopération intersectorielle, manque de médecins scolaires, cloisonnements social/sanitaire, difficultés d'accès aux soins. La médiation en santé constitue un levier important.

Enfin, la faible présence des CLS dans les réponses interroge leur mobilisation, pourtant centrale dans la mise en œuvre territoriale.

- Indicateurs territorialisés : besoins, limites et perspectives

Les échanges sur les indicateurs territorialisés confirment la nécessité d'outils d'aide à la décision adaptés aux territoires, en particulier pour soutenir les CLS dans l'élaboration de portraits territoriaux. Les attentes portent sur le choix d'une échelle pertinente, l'accès à des données fiables et l'appui technique de l'ARS ou de l'ORS.

La dispersion des données (habitat, mobilité, CAF, bailleurs sociaux, santé, etc.) conduit plusieurs acteurs à envisager des plateformes d'agrégation, nécessitant une coopération renforcée entre producteurs de données. Les limites identifiées concernent l'actualisation insuffisante des indicateurs, l'absence de moyens pérennes et la faible valorisation des approches qualitatives, pourtant utiles pour analyser les freins d'accès aux soins.

Les participants expriment un besoin d'indicateurs plus fins et plus opérationnels, y compris par problématique de santé, afin d'éviter des approches trop globales et de dépasser l'assimilation habituelle ISS/précariété. Le choix d'un zonage pertinent demeure un enjeu majeur, compte tenu de la coexistence de multiples périmètres (QPV, territoires de santé, CLS).

Plusieurs ressources sont évoquées : études territorialisées (notamment en santé mentale), indicateurs existants en addictologie, mais inégalement diffusés, et données macro utiles comme base commune. Le coût de l'inaction en prévention est cité comme levier de mobilisation des élus.

Les analyses territorialisées permettent également de pallier l'absence de données exploitables par catégories socioprofessionnelles. Leur routinisation, leur actualisation régulière et leur articulation avec les CLS sont essentielles pour disposer d'indicateurs standardisés et utilisables localement.

Les besoins prioritaires portent sur : des indicateurs liés aux actions de santé publique (vaccination, santé psychique des élèves), une meilleure mesure des discriminations et du refus de soins, ainsi que des portraits territoriaux synthétiques et comparables.

Le rapprochement avec les documents de planification urbaine est également identifié comme un axe majeur pour intégrer les déterminants de santé dans l'action territoriale.

Enfin, plusieurs pistes techniques sont mentionnées : utilisation du SNDS pour produire des données à l'échelle des QPV, cartographies de délais d'attente, et outils centrés sur les parcours afin d'objectiver les contraintes d'accès aux soins.

- Approche par parcours, accès aux données et conclusion générale

L'approche par parcours est présentée comme un outil utile pour repérer les ruptures d'accès aux droits et aux soins, notamment lors de moments de vie fragilisants.

Les organismes de protection sociale travaillent ainsi sur des profils de population et croisent leurs données pour identifier les situations de non-recours, par exemple chez les familles monoparentales.

Cette démarche est jugée chronophage, mais essentielle pour comprendre les régularités des parcours et cibler les moments où agir en prévention. Plusieurs indicateurs jugés nécessaires existent déjà (ALD sans médecin traitant, arrêts maladie, santé mentale, mortalité prématuée), mais restent peu diffusés à des échelles territoriales fines faute d'outils d'information adaptés.

Certains territoires, comme la région PACA, disposent de systèmes plus avancés. L'accès limité à des indicateurs clés, notamment en santé mentale ou concernant le suicide, constitue un frein majeur pour les acteurs locaux. Les données sur le suicide restent très limitées en Bretagne, alors qu'elles constituent un indicateur essentiel, à la fois sanitaire et social. Une amélioration de l'accès et de la production de ces données est jugée nécessaire.

En conclusion, les acteurs montrent une réelle prise de conscience des ISS, mais des pratiques très variables selon les structures.

Les priorités identifiées portent sur une meilleure évaluation des actions, le recours à des mesures universelles proportionnées et la routinisation de la collecte de données sociales dans tous les secteurs afin de mieux documenter les déterminants des ISS.

Inégalité de classe et de genre en santé (Aurore LORETTI – MCF – Centre d'éthique médicale et laboratoire ETHICS – Université catholique de Lille)

L'intervenante, sociologue, travaille sur les inégalités sociales et de genre en santé dans une approche intersectionnelle. Son propos vise à comprendre comment ces inégalités se construisent, avant d'en illustrer les mécanismes à partir du cancer et de l'infarctus.

Elle rappelle que les individus ne sont pas égaux face à la maladie ni à la mortalité. En France, les écarts d'espérance de vie restent importants : plus de cinq ans entre cadres et ouvriers masculins, treize ans entre les 5 % les plus riches et les 5 % les plus pauvres. Ces inégalités apparaissent dès la naissance, s'accentuent durant l'enfance et conduisent à une fréquence plus élevée de pathologies dans les milieux populaires.

Deux groupes de maladies expliquent l'essentiel de ces écarts sociaux : les cancers, première cause de décès, et les maladies cardiovasculaires, première cause de mortalité féminine. Ensemble, ils concentrent près de 60 % des différences sociales d'espérance de vie.

- Un avantage féminin à relativiser

L'intervenante aborde ensuite les inégalités de genre en santé. Les femmes présentent globalement une situation plus favorable que les hommes – espérance de vie plus longue et risque de décès plus faible – malgré une position sociale plus précaire.

Cet avantage est toutefois nuancé. Le « paradoxe de la surmortalité féminine » montre qu'elles se déclarent en plus mauvaise santé, phénomène lié surtout à des différences de perception et de socialisation au corps. Elles vivent aussi plus longtemps avec des incapacités, mais celles-ci apparaissent à un âge dépassant la durée de vie moyenne masculine.

L'écart d'espérance de vie diminue progressivement (8,2 ans en 1994 contre 5,3 ans en 2024), sous l'effet d'évolutions comportementales chez les hommes comme chez les femmes.

Enfin, les comparaisons par pathologie révèlent des situations contrastées : retard de diagnostic et pronostic moins favorable pour les femmes en cardiologie, mais sous-diagnostic de certaines affections chez les hommes. Les effets du genre varient donc selon les contextes cliniques.

- Des écarts contrastés entre infarctus et cancers

L'intervenante illustre les mécanismes d'inégalités à partir de deux contextes : l'infarctus et les cancers.

L'infarctus constitue un cas où les femmes sont défavorisées : diagnostic plus tardif, prise en charge moins optimale, mortalité plus élevée et séquelles plus fréquentes. À l'inverse, en cancérologie, elles apparaissent globalement avantagées : elles sont moins touchées et présentent de meilleurs taux de survie pour la plupart des localisations.

Ces contrastes renvoient à des déterminants sociaux et médicaux différenciés, les milieux populaires restant, dans tous les cas, plus exposés, moins bien pris en charge et davantage susceptibles de conserver des séquelles.

L'intervenante rappelle aussi que le gradient social de santé est habituellement plus marqué chez les hommes que chez les femmes. Toutefois, l'infarctus fait exception : dans ce contexte, les femmes cumulent un pronostic plus défavorable et un gradient social plus accentué.

- Temporalité du diagnostic et spécificités des parcours féminins

L'intervenante décrit les différences de temporalité diagnostique entre cancers et infarctus. En cancérologie, les femmes sont généralement diagnostiquées plus tôt que les hommes, alors que pour l'infarctus, elles le sont plus tard. Les personnes des milieux populaires, quant à elles, accusent systématiquement un retard de diagnostic par rapport aux groupes favorisés.

Ces écarts tiennent notamment à des comportements différenciés face à la santé : les femmes reconnaissent plus facilement leurs symptômes, consultent plus tôt et bénéficient d'un suivi médical plus régulier au cours de la vie, renforcé par leur rôle dans la gestion de la santé familiale. En cancérologie, cette vigilance favorise un diagnostic précoce ; en cardiologie, en revanche, elles présentent des trajectoires moins favorables, liées à des prises en charge tardives et à une sous-évaluation de leur risque d'infarctus.

Les actions de prévention se concentrent aujourd'hui sur l'information des femmes concernant leurs symptômes. L'intervenante souligne toutefois que cette approche repose surtout sur une responsabilisation individuelle, qui mérite d'être questionnée.

- Défaire les idées reçues : rôle du savoir et de l'entourage

Les études récentes montrent que les symptômes d'infarctus diffèrent peu entre hommes et femmes : la majorité présente des douleurs thoraciques, les femmes décrivant simplement plus de signes associés. Les entretiens indiquent par ailleurs que les hommes ne sont pas mieux informés ni plus attentifs à leurs symptômes que les femmes.

Le retard de diagnostic féminin ne semble donc pas tenir à une méconnaissance ou à des symptômes « atypiques », mais plutôt au rôle de l'entourage. Chez les hommes, les conjointes alertent rapidement ou prennent elles-mêmes l'initiative d'appeler les secours. Chez les femmes, au contraire, les plaintes sont souvent minimisées, retardant l'alerte. Les témoignages montrent ainsi que les hommes sont généralement poussés à consulter, tandis que les femmes doivent souvent insister.

Quelques exemples l'illustrent :

- Liliane voit ses symptômes minimisés ;
- Antoinette diagnostique l'infarctus de son conjoint ;
- La femme de Ludovic prend les devants ;
- Marilène ou Véronique doivent appeler seules le SAMU.

Ces décalages montrent que la temporalité du diagnostic dépend fortement des dynamiques relationnelles, favorisant les hommes et pénalisant les femmes.

- Des plaintes féminines fréquemment minimisées

L'enquête montre que les femmes repèrent plus souvent les signes avant-coureurs et consultent davantage avant l'infarctus, contrairement aux hommes. Mais ces consultations aboutissent fréquemment à une psychologisation des symptômes : plaintes minimisées, attribuées au stress ou à la fatigue. Katia ou Christiane en sont des exemples typiques.

Cette dévalorisation s'explique aussi par la nature moins visible des symptômes cardiaques et par des ECG parfois non concluants, ce qui exige une confiance clinique qui n'est pas toujours accordée aux patientes.

Les femmes ne tardent donc pas à s'alerter : elles reconnaissent les signes et cherchent de l'aide, mais perdent du temps à chaque étape – lors des consultations préalables, auprès d'un entourage qui minimise, puis dans le diagnostic lui-même. Une étude montre qu'un même tableau clinique est jugé urgent dans 62 % des cas pour un homme, mais seulement 49 % pour une femme.

Ces mécanismes éclairent pourquoi les inégalités sociales sont plus marquées chez les femmes en cardiologie : les plus précaires disposent de moins de ressources pour contester, insister ou accélérer leur prise en charge.

- Inégalités de classe : temporalités de recours et ressources inégales

L'intervenante rappelle que les inégalités sociales influencent fortement les parcours de santé. En cancérologie, les retards diagnostiques touchent davantage les milieux populaires, surtout les hommes.

Les patients modestes consultent plus tard, après avoir tenté de gérer seuls leurs symptômes, pratique fréquente dans les milieux où l'on réserve le recours médical aux situations jugées graves. S'ajoutent des écarts d'information, de compréhension du système de soins et de capacité à mobiliser des ressources, qui conditionnent la rapidité de la prise en charge.

Enfin, les contraintes de vie quotidienne (enfants, isolement, charges familiales) pèsent sur les décisions de soin et peuvent retarder des interventions pourtant nécessaires.

- Temps d'échange avec les participants

Une participante souligne l'importance de l'éducation à la santé et du développement des compétences. L'intervenante rappelle que les mécanismes des inégalités diffèrent selon les contextes pathologiques et que les actions doivent être adaptées. Pour l'infarctus, le problème tient moins à la méconnaissance des femmes qu'à l'écoute insuffisante de leurs symptômes ; les pistes d'action visent donc surtout la sensibilisation des généralistes et des services d'urgence.

Plusieurs membres remercient l'intervenante pour la clarté de son exposé, insistant sur l'intérêt de cette approche scientifique pour éclairer les ISS et soulignant la dimension sociale des représentations qui pénalisent les femmes.

L'intervenante conclut en rappelant que certains contextes pénalisent aussi les hommes, notamment en cancérologie dans les milieux populaires, et appelle à poursuivre les travaux sur la psychologisation des symptômes féminins et les mécanismes sociaux qui façonnent les parcours de soins.