

Introduction

Méthodologie

Résultats

Présentation du FG1

Prénom	Genre	Assos	Poste
Manuela	F	Renaloo	Chargée de mission
Valérie	F	Petits frères des pauvres	Médico social, prévention en santé
Nolwenn	F	AIDES	SHS
Christian	H	AFD IDF	Représentant
Adèle	F	AIDES	coordinatrice
Danielle	F	Planning familial	Gynécologue
Jacques	H	LCC	Vice-Président

Présentation du FG2

Prénom	Genre	Assos	Poste
Agnès	F	Ligue contre le cancer	Secrétaire générale comité val d'Oise ; ancienne ASS
Jackie	F	UDAF95/Famille de France	Trésorière
Margot	F	AFVS	Représentante
Thibaut	H	Les petits Bonheurs	Directeur
Mathé	F	AFVS	Présidente ; Ancienne Psychologie

Définition des ISS

Accès, compréhension, stigmatisation

Thibaut, FG 2

Verbatim (segmenté)	Interprétation
<i>Des inégalités d'accès au système de soins</i>	Constat d'une barrière structurelle : certaines populations rencontrent des difficultés physiques ou administratives pour accéder aux soins.
<i>Des inégalités en termes de compréhension du système de santé</i>	Il ne s'agit pas seulement d'accès, mais aussi de maîtrise cognitive : comprendre comment fonctionne le système est un facteur discriminant.
<i>Difficultés pour les familles ne maîtrisant pas la langue, avec peur d'aborder le système de santé</i>	La langue est un facteur clé d'exclusion ; elle génère de la méfiance et freine l'accès aux soins.
<i>Discrimination possible pour les bénéficiaires de la CMU dans l'accès aux soins</i>	Être sous le régime de la CMU (protection maladie universelle) est perçu comme un stigmate social qui réduit la qualité de prise en charge.
<i>Importance des déterminants sociaux comme l'éducation à la santé</i>	L' origine sociale influence le niveau de connaissance et d'appropriation des comportements de prévention et de soin.
<i>Selon l'origine sociale, il existe des différences dans l'apprentissage du soin de soi</i>	La manière d' apprendre à prendre soin de sa santé est socialement déterminée , contribuant aux inégalités.

Que retenir ?

Cette intervention de **Thibaut** (rapportant également les propos de **Jackie**) souligne que les **inégalités sociales de santé** ne se limitent pas à des **problèmes d'accès**, mais s'étendent à la **compréhension du système**, aux **barrières linguistiques**, au **stigmate social** lié à certaines aides, et au **rôle fondamental de l'éducation à la santé**. La **socialisation** autour du soin de soi varie selon l'**origine sociale**, renforçant ainsi les écarts de santé.

Barrière géographiques et transport

Thibaut, FG 2

Verbatim (segmenté)	Interprétation
<i>Il y a aussi une réalité physique et géographique, même en Île-de-France, sur la proximité des lieux de soins et la difficulté à trouver des spécialistes.</i>	Même dans une région densément peuplée comme l' Île-de-France , il existe des déserts médicaux locaux et une inégalité d'accès spatial aux soins spécialisés.
<i>On se rend compte beaucoup que la question des transports est cruciale, surtout pour des personnes vieillissantes ou en perte d'autonomie.</i>	La mobilité devient un facteur d'inégalité majeur pour les publics vulnérables, en particulier les personnes âgées et dépendantes.
<i>Qui n'ont pas forcément les moyens de se déplacer facilement.</i>	La précarité économique limite aussi l'accès matériel aux soins en rendant les déplacements difficiles.
<i>Avec le système de PAM qui ne fonctionne plus du tout en Île-de-France, c'est une catastrophe.</i>	L' effondrement du transport adapté (PAM) aggrave la fracture d'accès pour les personnes les plus dépendantes.

Que retenir ?

Dans cet extrait, **Thibaut** attire l'attention sur une dimension souvent sous-estimée des inégalités sociales de santé :

la géographie et la mobilité. Même en **Île-de-France**, **la proximité des soins et l'accès aux spécialistes** ne sont pas garantis, particulièrement pour les **personnes âgées** ou **en perte d'autonomie**. **La défaillance du système de transport adapté (PAM)** aggrave la situation, rendant les soins **physiquement inaccessibles** pour certains publics vulnérables.

Accès, compréhension, stigmatisation

Jackie, FG 2

Verbatim (segmenté)	Interprétation
<i>Voilà, en termes de parler de cette maladie (le VIH). (...)</i>	Mise en évidence du tabou autour du VIH , avec une hésitation sensible dans l'énonciation.
<i>Autant d'autres maladies, on peut les dire facilement. (...)</i>	Certaines maladies sont plus acceptables socialement , marquant une hiérarchie implicite .
<i>C'était difficile aussi de dire qu'elles avaient certaines maladies parce qu'elles avaient peur des conséquences d'absences fréquentes sur l'image professionnelle, ce qui accroît le peur d'être absentes assez souvent (...)</i>	Peur des conséquences d' absences fréquentes sur l'image professionnelle, ce qui accroît le silence autour de certaines pathologies.
<i>Elles avaient peur de perdre leur travail (...)</i>	La crainte de la perte d'emploi agit comme un facteur d'autocensure sur l'état de santé.

Que retenir ?

Dans cet extrait, **Jackie** souligne que certaines maladies, en particulier le **VIH**, restent fortement **stigmatisées** : il est **plus difficile d'en parler ouvertement** que d'autres affections. Elle évoque son **expérience professionnelle** auprès d'**assistantes maternelles**, où la **peur d'être perçue comme moins fiable au travail**, liée aux risques d'**absentéisme** et à la **crainte de perdre son emploi**, conduit souvent les personnes à **cacher leur état de santé**, renforçant ainsi les **inégalités sociales de santé**. En outre, **limiter l'absentéisme professionnel** pour éviter de perdre son emploi peut conduire à un **renoncement aux soins**, phénomène probablement **accentué par la précarité** propre au statut des **assistantes maternelles**.

Numérique et droits

Margot, FG 2

Verbatim (segmenté)	Interprétation
<i>Mathé c'est quelqu'un qui est engagé depuis très longtemps auprès de publics précaires et victimes de difficultés au niveau d'accessibilité à la santé</i>	Présentation de Mathé comme une actrice de terrain, engagée auprès des populations vulnérables , illustrant une expertise vécue des inégalités sociales de santé .
<i>On a parlé des difficultés d'accès au niveau numérique aujourd'hui, de tout ce qui était dématérialisé, numérisé</i>	Identification d'un nouvel obstacle majeur : la fracture numérique aggrave les inégalités d'accès aux droits et aux soins.
<i>Le problème d'analphabétisation et d'utilisation d'ordinateurs et de tout type d'outils</i>	Le poids de la littératie (savoir lire et écrire) et de la littératie numérique (maîtrise des outils numériques) devient un prérequis indispensable pour accéder aux soins, excluant ceux qui n'en disposent pas.
<i>Difficulté pour un public qui n'y est pas préparé</i>	Insistance sur l' injustice structurelle : les publics précaires ne sont souvent ni formés ni équipés , aggravant leur marginalisation .

Que retenir ?

Dans cet extrait, **Margot** rapporte l'expérience de **Mathé**, actrice de terrain engagée auprès des **publics précaires** confrontés aux **difficultés d'accès à la santé**.

La discussion révèle l'impact croissant de la **fracture numérique** sur l'**accessibilité aux soins** et aux **droits sociaux** (comme la **CSS**).

Le manque de **maîtrise des outils numériques** et l'**analphabétisation numérique** rendent l'ouverture des droits extrêmement difficile pour des publics **non préparés**, renforçant ainsi les **inégalités sociales de santé** contemporaines.

Numérique et droits

Mathé, FG 2

Verbatim (segmenté)	Interprétation
Elle a parlé également des médecins qui étaient quelquefois désesparés pour suivre certains patients .	Mise en évidence du désarroi médical face aux situations sociales complexes et qui dans une certaine mesure participent aux ISS.
Et qui préconisaient des médicaments hors tramadol , qui créaient des accoutumances .	Recours à des traitements favorisant des risques de dépendance médicamenteuse.
Et des dépendances .	Accentuation sur l' aggravation de la précarité par la dépendance .
On a aussi parlé de la difficulté pour les associations d'avoir des financements pérennes qui puissent nous permettre d'agir sur le long terme en toute sérénité .	Problème d' instabilité financière qui empêche une action continue contre les inégalités sociales de santé.
Voilà, donc les conditions de vie qui rendent malades et qui empêchent de se soigner , soit pour des problèmes administratifs , soit par peur , soit parce qu'on a tellement d'autres soucis qui passent avant la santé .	Impact direct de la précarité sociale : elle génère la maladie et retarde l'accès aux soins pour des raisons pratiques, de priorisation et psychologiques.

Que retenir ?

Dans cet extrait, **Mathé** rapporte les propos de **Luwang** en mettant en lumière :

- Le **désarroi médical** face aux patients précaires,
- L'usage de **médicaments à risques (hors tramadol)** menant à des **accoutumances**,
- La **difficulté financière** pour les **associations** à maintenir des actions durables,
- Les **conditions de vie précaires** qui non seulement **rendent malades**, mais **empêchent de se soigner**, en raison de **problèmes administratifs**, de **peurs**, ou de **priorités vitales supérieures à la santé**.

Numérique et droits

Agnès, FG 2

Verbatim (segmenté)	Interprétation
<i>Les personnes, on ne leur parle pas de la même façon. On ne leur propose pas les mêmes traitements.</i>	Constat d'une inégalité de communication selon le profil des patients. Existence d' inégalités thérapeutiques dans l'accès aux soins.
<i>Tout ce qui est accès aux essais thérapeutiques, c'est un peu gommé. Et on ne prend pas le temps d'expliquer.</i>	Invisibilisation des inégalités d'accès à l' innovation médicale ; certains patients sont privés d'information ou d'opportunité. Défaut général de communication pédagogique adaptée aux patients.
<i>Le médecin ne prend pas le temps d'expliquer aux personnes vraiment, en termes simples (...)</i>	Faible adaptation du discours médical , accentuant les incompréhensions.
<i>Le cancer c'est une maladie qui pauperise</i>	Le cancer , au-delà de sa dimension médicale, est identifié comme un facteur d'appauvrissement matériel et social.
<i>Donc qui ajoute des inégalités aux inégalités</i>	Le cancer renforce et aggrave les inégalités sociales existantes , créant un cercle vicieux santé-précarité .

Que retenir ?

Dans cet extrait, Agnès dénonce plusieurs **formes d'inégalités** dans la relation entre soignants et soignés :

- **Communication inégale** selon le profil des patients,
- **Moindre accès aux essais thérapeutiques**, avec une **invisibilisation** de ces écarts,
- **Manque de pédagogie** pour expliquer clairement les pathologies,
- **Méconnaissance des maladies** par les patients eux-mêmes, aggravant leur vulnérabilité face au système de santé.
- Les conséquences économiques et sociales de la maladie viennent **s'ajouter** aux **inégalités sociales préexistantes**, exacerbant ainsi les **inégalités sociales de santé**.

Ces pratiques contribuent à **accroître les inégalités sociales de santé**, en privant certaines personnes de l'information, de l'innovation, et de leur capacité à se soigner efficacement.

Inégalités genrées dans l'accès à la greffe

Camille, FG 1

Verbatim (segmenté)	Interprétation
<i>Et notamment, il y a des inégalités d'accès à la greffe très genrées que je ne connaissais pas du tout.</i>	Camille découvre l'existence d' inégalités médicales genrées concernant l'accès à certaines thérapeutiques lourdes.
<i>Qui étaient liées notamment à la production d'anticorps lors de grossesse.</i>	Le fait d'avoir porté un enfant induit une réponse immunitaire spécifique , qui peut compliquer les traitements médicaux lourds.
<i>Qui rend l'accès à une greffe de rein bien plus compliqué que pour les personnes qui ne portent pas d'enfant.</i>	Les femmes ayant eu des grossesses rencontrent plus de difficultés pour être greffées en raison des incompatibilités immunitaires.
<i>Et également des examens médicaux qui sont plus importants pour des personnes qui ont eu un utérus.</i>	La biologie féminine implique davantage de suivis médicaux , ce qui peut constituer une charge supplémentaire en matière de parcours de soin.

Que retenir ?

Camille révèle des **inégalités de parcours de soins biologiques et organisationnelles**, contribuant aux **ISS genrées**.

Ce n'est pas évoqué, mais ces inégalités existent également dans la participation aux essais cliniques

Précarité et compréhension

Christian, FG 1

Verbatim (segmenté)	Interprétation
<i>Ce que lui évoquent les inégalités sociales de santé.</i>	Christian réfléchit à partir de son expérience des ISS dans le quotidien des personnes.
<i>C'est le parcours de certaines personnes qui, en tout cas, ne peuvent pas poursuivre leur parcours de soins.</i>	Les ISS se traduisent concrètement par des ruptures de parcours de soins .
<i>Pour des raisons financières ou par manque de compréhension.</i>	Le coût des soins et la faible littératie en santé sont identifiés comme principaux facteurs d'abandon des traitements.

Que retenir ?

Dans cet extrait, Christian pointe deux **mécanismes majeurs d'inégalités sociales de santé** :

- **Les difficultés financières** empêchent certaines personnes de poursuivre **leur parcours de soins**,
 - **Le manque de compréhension du système de santé** (littératie en santé insuffisante) conduit également à **des ruptures de parcours**,
- 👉 Les ISS se matérialisent par un abandon ou un échec du suivi médical, particulièrement chez les personnes vulnérables.

Individualisme

Danielle, FG 1

Verbatim (segmenté)	Interprétation
<i>La dégradation constante d'un positionnement de la France sur la mortalité infantile (...).</i>	Danielle déplore une aggravation des indicateurs de santé publique , ici sur la mortalité infantile .
<i>C'est vraiment dû à la précarité.</i>	Elle identifie la précarité sociale comme cause principale de cette mortalité.
<i>Un deuxième sujet (...) sur une remise en question des personnes et pas du tout sur les actions collectives.</i>	Elle critique le fait que la responsabilité est individualisée au lieu d'être traitée collectivement .
<i>La santé c'est un problème individuel, connu des périodes où c'était quand même plus pris en charge.</i>	Elle rappelle qu' historiquement , la santé était plus collectivement portée (ex : militantisme sanitaire).
<i>Il y a qu'à voir la façon collective ou militante.</i>	Elle appelle à réhabiliter une approche collective et militante de la santé publique.

Que retenir ?

Dans cet extrait, Danielle souligne deux dynamiques préoccupantes :

- **Dégénération des indicateurs de santé publique** (ex : mortalité infantile), directement liée à la **précarité**,
 - **Glisement idéologique** : la santé devient perçue comme **un problème individuel**, occultant **les dimensions collectives et systémiques** de la santé publique.
- 👉 Elle appelle à **réhabiliter une approche collective et militante** pour répondre efficacement aux inégalités sociales de santé.

Redonner une place aux femmes

Speaker 11, FG 1

Verbatim (segmenté)	Interprétation
Aujourd'hui, il y a une étude d'AXA qui a montré que 80% des femmes ont passé leur proche avant leur santé.	Les femmes privilégient la santé de leurs proches au détriment de leur propre santé, phénomène largement documenté.
(Parle de la différence de mortalité dans les urgences cardiaques).	Cette priorisation peut conduire à des retards de prise en charge, notamment en cas d'urgences vitales.
Donc, redonnons et puis redonnons une place naturelle à la santé pour les femmes. Je pense que c'est vraiment important.	Appel à revaloriser la santé des femmes comme priorité naturelle, et non secondaire. Insistance sur l'importance politique et sociale de ce changement de regard.

Que retenir ?

- La priorisation par les femmes de la santé des autres avant la leur, documentée par des études récentes,
 - Les conséquences graves, notamment en termes de mortalité différenciée dans les urgences cardiaques,
- 👉 Il appelle à redonner une place centrale à la santé des femmes, pour corriger une inégalité structurelle intériorisée.

Les hommes aussi sont concernés

Speaker 2, FG 1

Verbatim (segmenté)	Interprétation
<i>Les hommes ont leurs caractéristiques aussi.</i>	Reconnaissance que les inégalités de genre affectent aussi les hommes .
<i>Si on regarde le tabagisme à l'école, si on regarde la façon dont on fait la prévention, accès au dépistage.</i>	Les hommes montrent moins d'adhésion aux pratiques de prévention dès le plus jeune âge.
<i>Les hommes sont des scores les plus faibles.</i>	Les indicateurs de prévention sont plus mauvais pour les hommes .
<i>Dans la prise en charge des maladies comme le cancer, les hommes dans les soins de suite ne sont jamais présents.</i>	Les hommes participent moins aux parcours de soins de suivi , notamment en oncologie .
<i>Ils ne sont jamais dans la prévention secondaire et tertiaire.</i>	Faible engagement des hommes dans le suivi et la prévention des récidives.
<i>Ils sont à un degré beaucoup plus faible que les femmes.</i>	Inégalités inversées : faible mobilisation des hommes dans le système de santé.

Que retenir ?

Dans cet extrait, **le participant 2** met en lumière :

- **Des spécificités masculines face à la santé** : moins de recours à la prévention, moins de suivi post-soin,
- **Un décrochage des hommes** dès les premiers âges (ex : tabagisme, faible adhésion au dépistage),

👉 Il pointe un angle mort dans la lutte contre les ISS : l'**engagement très faible des hommes dans la prévention secondaire et tertiaire**, ce qui a un **impact majeur sur leur santé globale**.

Que retenir ?

3 grandes catégories d'ISS

Augmentent le risque de développer des maladies

Ce sont les **conditions sociales de vie** qui exposent les individus à un risque accru de maladie :

- **Conditions de vie précaires** : surcharge de travail, double charge domestique, logement, alimentation, stress chronique, etc.
- **Manque d'éducation à la santé** : faible accès aux connaissances élémentaires pour prévenir ou repérer les maladies.
- **Priorité donnée à d'autres urgences vitales** que la santé : santé reléguée derrière survie quotidienne.

Résumé : La **précarité sociale** est un **facteur causal majeur** dans l'apparition et l'aggravation de maladies chroniques.

ISS produites ou renforcées par le système de santé lui-même

Ce sont les **inégalités dans la prise en charge** :

- **Inégalités d'accès aux soins** selon le niveau linguistique, numérique ou socio-éducatif
- **Inégalités selon le genre pour les femmes ET les hommes** : parcours de soins
- **Inégalités économiques**.
- **Communication inégale médecin-patient** () : moindre explication aux patients vulnérables.
- **Inégalités d'accès aux innovations médicales**
- **Utilisation problématique de traitements générant dépendances**.
- **Les déserts médicaux** et les problèmes de **transport**.
- **L'individualisation du système**

Résumé : Le **système de santé**, malgré sa vocation universelle, **reproduit** et parfois **aggrave** les inégalités préexistantes.

ISS sur la trajectoire de maladie

Ce sont les **effets cumulatifs** une fois la maladie installée :

- **Stigmatisation liée à certaines** : isolement social, difficulté à conserver un emploi.
- **Renoncement aux soins** pour éviter l'absentéisme professionnel.
- **Paupérisation liée à la maladie** : appauvrissement qui entraîne lui-même plus de difficultés d'accès aux soins.

Résumé : Une maladie peut **entraîner** une **chute sociale** brutale, **accélérant** encore le cycle des inégalités.

Intérêt des Association pour les ISS



Ile-de-France



EXPERIENCES ET ATTENTES DE CHAQUE PATIENT

Thibaut, FG 2

Discrimination, refus de soins, administratif et ruptures

Verbatim (segmenté)	Interprétation
<p><i>C'est vrai que nous, on travaille autour d'une pathologie qui est déjà discriminante (...) Des faits avérés encore de refus de soins de certains professionnels sur des patients VIH. C'est notamment connu sur les dentistes, ce genre de profession (...)</i></p>	<p>Le VIH est une maladie stigmatisée, provoquant des refus de soins dans certaines professions (ex : dentistes), ce qui constitue une discrimination directe dans l'accès aux soins.</p>
<p><i>On se rend compte que de plus en plus de personnes que nous devons accompagner. Elles sont vulnérables vis-à-vis du système de santé parce qu'effectivement, il y a un problème d'accès au droit de manière... général (...)</i></p>	<p>La vulnérabilité des patients est aggravée par des obstacles administratifs et un accès compliqué aux droits sociaux, fragilisant leur accès effectif aux soins.</p>
<p><i>Souvent, quand on est dans des galères administratives et sociales, on n'a pas forcément le temps, l'énergie, et on ne priorise pas du tout sa santé.</i></p>	<p>La précarité sociale détourne l'attention et l'énergie des personnes de leur suivi médical, reléguant la santé au second plan dans leur vie quotidienne.</p>
<p><i>C'est des choses qu'on observe sur des ruptures. Rupture dans les parcours de soins de manière assez fréquente.</i></p>	<p>Les ruptures de parcours de soins sont une conséquence directe des difficultés sociales et administratives.</p>
<p><i>La réalité de notre association, c'est de remettre la santé au cœur de la vie et des préoccupations de ces personnes.</i></p>	<p>Le rôle des associations est de réinscrire la santé comme une priorité vitale pour des publics en situation de grande précarité.</p>

Que retenir ?

Dans cet extrait, Thibaut souligne que le **VIH** reste une pathologie **hautement discriminante**, entraînant parfois des **refus de soins** par certains professionnels de santé.

En parallèle, les **obstacles administratifs** et **sociaux** rendent de plus en plus de publics **vulnérables** et **déconnectés du système de soins**.

La **précarité administrative et sociale** absorbe tellement de ressources personnelles qu'elle **pousse les individus à délaisser leur santé**, menant à des **ruptures fréquentes dans les parcours de soins**.

Les associations ont pour mission de **réanimer la santé comme une préoccupation essentielle** dans des trajectoires de vie fragilisées.

Soigner le corps, mais pas le social

Agnès, FG 2

Verbatim (segmenté)	Interprétation
<i>Si elles n'ont pas de carte de sécu, c'est un peu compliqué au début parce qu'il faut financer, mais c'est la prise en charge qui se fait des malades.</i>	L' absence de droits sociaux (sécurité sociale) complique l' accès initial aux soins , mais une prise en charge médicale est souvent trouvée pour le traitement.
<i>Ensuite, il y a juste le traitement qui est mis en place, mais l'hébergement est absent.</i>	La réponse institutionnelle est médicale mais pas sociale : pas de solution d'hébergement pour accompagner le traitement.
<i>Aucune possibilité de trouver un logement ou un hébergement pendant et après le traitement.</i>	L' absence de logement fragilise gravement la continuité des soins et la récupération post-traitement .
<i>Des personnes, une fois soignées en France, ne veulent pas retourner dans leur pays, par peur d'une mauvaise prise en charge en cas de récidive.</i>	Le risque médical dans le pays d'origine pousse certains patients à rester sans solution d'hébergement en France après leur traitement.
<i>Ils sont là sans hébergement. Les foyers ne prennent pas les personnes en traitement.</i>	Exclusion des structures d'accueil (foyers) pour les personnes en soins actifs , laissant les malades dans une situation d'errance .

Que retenir ?

Dans cet extrait, Agnès met en lumière une **faille majeure** du système de santé et d'accompagnement social :

- L'accès aux **soins médicaux** pour les personnes **sans couverture sociale** reste **compliqué mais possible** en France, notamment pour des pathologies lourdes.
- Cependant, **aucune solution d'hébergement** n'est prévue pendant ou après les traitements : la réponse est **purement médicale**, sans accompagnement social.
- Les **foyers** refusent fréquemment d'accueillir les **personnes en cours de traitement**, ce qui **exclut** les malades du dispositif d'hébergement traditionnel.
- De nombreux patients **étrangers** soignés en France **refusent de retourner** dans leur pays d'origine, craignant une **mauvaise prise en charge** en cas de récidive.
- Cette situation **affaiblit la continuité des soins**, **expose à la rue** des malades en convalescence, et **accentue la précarisation sociale** de publics déjà vulnérables.

Accès au dépistage

Agnès, FG 2

Verbatim (segmenté)	Interprétation
<i>L'accès au dépistage, s'il est possible pour toute personne, n'est pas si facile pour les populations en difficulté, sociales ou de langage.</i>	En théorie universel , l'accès au dépistage est en pratique freiné pour les populations précaires ou ayant des barrières linguistiques .
<i>Même dans la prévention, on rencontre les inégalités sociales qui empêchent de se soigner.</i>	Les inégalités sociales s'exercent en amont du soin, dès la phase de prévention , rendant l'accès au dépistage inégalitaire .
<i>De prendre conscience de sa santé.</i>	Ces barrières retardent la prise de conscience sanitaire essentielle à une démarche de soin précoce.

Que retenir ?

Dans cet extrait, Agnès met en lumière une **dimension clé des inégalités sociales de santé** :

- **L'accès théorique au dépistage ne garantit pas son effectivité pour les populations en situation de précarité ou en difficulté linguistique,**
- **Les inégalités sociales ne commencent pas seulement avec l'accès au soin : elles sont déjà présentes en amont, dans la prévention et le dépistage,**
- **Ces obstacles empêchent de prendre conscience de sa santé à temps, et donc d'engager une démarche de soin adaptée.**

La **prévention** est donc elle-même **marquée par des inégalités sociales**, renforçant ainsi les **écart de santé** entre groupes sociaux.

Quand le diagnostic empêche de répondre aux besoins de logement

Mathé, FG 2

Verbatim (segmenté)	Interprétation
<i>Nous luttons contre le saturnisme depuis le siècle dernier. Et c'est une maladie qui provient essentiellement des logements insalubres. (...)</i>	Le saturnisme , maladie ancienne liée au plomb, reste lié aux mauvaises conditions de logement , signe de précarité urbaine persistante .
<i>On se demandait comment les gens venaient à nous. Et en fait, ils viennent pour un problème de logement : logement trop petit, absence de logement, humidité, rats et souris. (...)</i>	Les demanded initiales des publics sont motivées par des difficultés matérielles de logement , avant même d'être conscientes des problèmes de santé associés au plomb.
<i>Nous faisons une visite à domicile, et là, nous nous apercevons qu'il y a du plomb dans le logement. (...)</i>	L'évaluation terrain révèle des risques sanitaires cachés liés aux logements insalubres , en l'occurrence du plomb .
<i>Et là, on dévoile ce souci de santé. Et pour faire le diagnostic de saturnisme, il faut faire une prise de sang, une plombémie.</i>	Le diagnostic médical nécessite une procédure spécifique (plombémie), révélant un problème sanitaire jusque-là non identifié par les familles.
<i>On s'aperçoit que les familles sont réticentes à faire cet examen parce que ça ne va pas leur permettre d'avoir un logement.</i>	Les familles voient le diagnostic de saturnisme comme susceptible d'accroître leur problème de logement , créant un blocage au dépistage sanitaire .

Que retenir ?

Le **saturnisme** persiste aujourd'hui, étroitement lié à des **conditions de logement insalubres** (humidité, nuisibles, surpeuplement).

Les **familles vulnérables** s'adressent d'abord aux associations pour des **problèmes matériels de logement, sans conscience immédiate** du risque sanitaire associé à l'utilisation du plomb.

Lors des **visites à domicile**, les associations détectent la présence de **plomb** dans les habitations, révélant des **problèmes de santé cachés**.

Toutefois, les **familles sont réticentes** à accepter un **diagnostic formel de saturnisme** : elles savent que cela **risque d'empirer** leur **situation de logement**, ce qui les pousse à éviter le **dépistage**.

Santé des femmes

Mathé, FG 2

Verbatim (segmenté)	Interprétation
<p>À cette occasion-là, on s'aperçoit que les carnets de santé ne sont pas bien suivis, que les femmes n'ont pas un suivi gynécologique.</p>	<p>Le suivi médical préventif (carnet de santé, gynécologie) est négligé pour les femmes, souvent par manque de temps ou de priorité donnée à leur propre santé.</p>
<p>Les soucis des femmes, de la mère de famille, passent après tout le reste.</p>	<p>La santé des femmes, en particulier des mères, est sacrifiée au profit des responsabilités domestiques et familiales.</p>
<p>Il faut d'abord éponger, nettoyer la maison.</p>	<p>Les tâches domestiques sont vues comme prioritaires par rapport au suivi médical personnel, traduisant une invisibilisation de la santé des femmes dans les familles précaires.</p>

Que retenir ?

Dans cet extrait, Mathé montre comment, dans les familles précaires :

- Le **suivi médical des femmes** (notamment gynécologique) est souvent **négligé**,
- La **charge domestique** (ménage, entretien du foyer) est **priorisée** au détriment de la santé personnelle,
- Les **femmes**, particulièrement les **mères**, voient leurs **besoins de santé relégués** derrière ceux de la famille et du quotidien,
- Cette situation participe à une **forme d'inégalité de genre** spécifique dans l'accès à la prévention et au soin.

Santé et écoute

Jackie, FG 2

Verbatim (segmenté)	Interprétation
<i>L'écoute a beaucoup d'importance pour toutes ces personnes-là (mères en situation de précarité).</i>	L' écoute empathique est un besoin fondamental pour les publics précaires, souvent invisibilisés par leurs conditions de vie.
<i>C'est un travail à moitié fait. (...)</i>	Sans écoute active , l' accompagnement reste incomplet : les besoins profonds ne sont pas réellement pris en compte.
<i>Il y a du mal à trouver aujourd'hui un médecin traitant. Il y a une pénurie au niveau médical.</i>	Difficulté d'accès aux soins primaires : rareté des médecins traitants disponible pour assurer un suivi de qualité.
<i>Les médecins sont tellement débordés que l'écoute est moins importante.</i>	La pression sur le corps médical réduit le temps d'écoute , aggravant le sentiment d'abandon des patients précaires.

Que retenir ?

- Pour les **personnes précaires**, et notamment pour les **mères**, l'**écoute est un élément clé** de l'accompagnement en santé,
- Pourtant, l'**écoute est souvent négligée** dans la relation de soin, ce qui rend l'**accompagnement incomplet**,
- La **pénurie de médecins traitants** et leur **surcharge de travail** rendent encore plus difficile l'établissement d'une **relation de soin basée sur l'écoute et la confiance**,
- Ce déficit d'écoute contribue à **renforcer les inégalités sociales de santé**, en empêchant une **prise en charge globale et respectueuse des besoins exprimés**.

Perte de documents et ruptures de soins

Mathé, FG 2

Verbatim (segmenté)	Interprétation
On reçoit maintenant les enfants qu'on a suivis au début et qui sont devenus adultes .	Suivi sur le long terme : les enfants des familles accompagnées reviennent à l' âge adulte en quête d'informations perdues.
Ils viennent nous demander : « Tous nos documents ont été perdus et vous, qu'avez-vous comme traces de notre enfance et des maladies que nous avions pendant l'enfance ? »	La précarité du logement (déménagements fréquents, insalubrité) entraîne la perte des documents médicaux essentiels, créant des ruptures graves dans la continuité des soins .

Que retenir ?

Dans cet extrait, **Mathé** décrit comment la **précarité du logement** impacte fortement la **trajectoire de santé** :

- Les **enfants issus de familles précaires**, une fois devenus **adultes**, se retrouvent **sans trace médicale** de leur enfance,
- **La perte de documents** (carnets de santé, dossiers médicaux) est une **conséquence directe** des conditions de vie instables et insalubres (déménagements, expulsions, logements temporaires),
- Cette situation **entrave gravement la continuité des soins**, en empêchant les professionnels de santé d'avoir **l'historique nécessaire** pour un bon suivi médical,
- Les associations deviennent parfois **les seuls conservateurs** de ces traces de parcours de vie et de santé.

Manque de travailleurs sociaux dans les hôpitaux

Thibaut, FG 2

Verbatim (segmenté)	Interprétation
<i>On travaille avec des hôpitaux et des services où il est censé y avoir des assistantes sociales (...).</i>	Présence théorique d'un accompagnement social intégré au sein des structures hospitalières.
<i>La plupart de ces postes sont non pourvus, il y a un très fort turnover, ou ce sont des professionnels complètement débordés (...).</i>	Manque de ressources humaines : absence, instabilité ou surcharge des assistantes sociales, empêchant un soutien social efficace.
<i>Ça a créé beaucoup de freins sur la gestion des situations et sur le suivi des parcours de soins.</i>	L'absence de relais social freine la continuité du parcours de soins , aggrave la vulnérabilité des patients , et compromet l' accompagnement global .

Que retenir ?

Dans cet extrait, Thibaut souligne un **déficit critique** dans le système hospitalier :

- Les postes d'**assistantes sociales** dans les hôpitaux sont souvent **vacants, instables, ou surchargés**,
- Cette situation **limite fortement la capacité d'accompagnement social** des patients les plus fragiles,
- Cela génère des **freins majeurs à la gestion administrative et sociale** des situations complexes,
- Et contribue directement à des **ruptures dans les parcours de soins**, notamment pour les personnes en situation de précarité.

Le manque d'accompagnement social dans les établissements hospitaliers constitue donc un **facteur systémique d'inégalités sociales de santé**, en interrompant l'accès aux droits et la prise en charge coordonnée des patients.

Thibaut, FG 2

Manque de travailleurs sociaux dans les hôpitaux

Verbatim (segmenté)	Interprétation
<i>On travaille avec des hôpitaux et des services où il est censé y avoir des assistantes sociales (...).</i>	Présence théorique d'un accompagnement social intégré au sein des structures hospitalières.
<i>La plupart de ces postes sont non pourvus, il y a un très fort turnover, ou ce sont des professionnels complètement débordés (...).</i>	Manque de ressources humaines : absence, instabilité ou surcharge des assistantes sociales, empêchant un soutien social efficace.
<i>Ça a créé beaucoup de freins sur la gestion des situations et sur le suivi des parcours de soins.</i>	L'absence de relais social freine la continuité du parcours de soins , aggrave la vulnérabilité des patients , et compromet l' accompagnement global .

Que retenir ?

Dans cet extrait, Thibaut souligne un **déficit critique** dans le système hospitalier :

- Les postes d'**assistantes sociales** dans les hôpitaux sont souvent **vacants, instables, ou surchargés**,
- Cette situation **limite fortement la capacité d'accompagnement social** des patients les plus fragiles,
- Cela génère des **freins majeurs à la gestion administrative et sociale** des situations complexes,
- Et contribue directement à des **ruptures dans les parcours de soins**, notamment pour les personnes en situation de précarité.

Le manque d'accompagnement social dans les établissements hospitaliers constitue donc un **facteur systémique d'inégalités sociales de santé**, en interrompant l'accès aux droits et la prise en charge coordonnée des patients.

Thibaut, FG 2

Isolement

Verbatim (segmenté)	Interprétation
La grosse réalité aussi, c'est qu'on accompagne des personnes très isolées .	L' isolement social est identifié comme un facteur majeur d'exclusion du parcours de soins.
C'est un gros frein dans l'accès aux soins de ne pas être entouré (...)	Le manque de support social réduit l' accès effectif aux soins : sans réseau, il est plus difficile de prendre et de suivre des décisions médicales.
Ne pas avoir quelqu'un pour parler de sa santé , de ce que le médecin a dit , des choses non comprises , etc.	L'absence d' intermédiaires sociaux affaiblit la littératie en santé : comprendre, se souvenir, interpréter et appliquer les consignes médicales nécessite souvent un appui relationnel .

Que retenir ?

Dans cet extrait, **Thibaut** insiste sur le rôle crucial du **support social** dans le parcours de santé :

- L'**isolement des personnes précaires** constitue un **frein direct à l'accès aux soins**,
- **Être entouré** permet non seulement d'accéder physiquement aux soins, mais aussi de **mieux comprendre** ce qui est dit lors des consultations médicales,
- **La littératie en santé** — c'est-à-dire la capacité à comprendre, utiliser et appliquer des informations médicales — **repose souvent sur des relais sociaux** : famille, amis, travailleurs sociaux,
- En situation d'**isolement**, la **compréhension médicale est affaiblie**, les **erreurs d'interprétation** sont plus fréquentes, ce qui **fragilise la continuité des soins**.
- Le **support social** est donc un **déterminant essentiel de l'égalité d'accès aux soins**, en particulier pour les publics précaires.

Les hommes aussi sont concernés

Speaker 5, FG 1

Verbatim (segmenté)	Interprétation
<i>Les personnes âgées (...) C'est vrai que très souvent, c'est un problème de budget, de financement, dentiste. Donc, ils ne vont pas se soigner.</i>	Les obstacles financiers limitent l'accès aux soins de base chez les personnes âgées, avec un fort renoncement aux soins .
<i>Santé mentale aussi qui est pas du tout du tout interrogé chez la personne âgée. Et les déplacements très très difficiles physiquement, donc besoin d'être accompagné aussi quand ils ont rendez-vous chez le médecin.</i>	La santé mentale des seniors est largement ignorée , contribuant à leur vulnérabilité. Les difficultés de mobilité compliquent encore plus l' accès aux soins , nécessitant un accompagnement physique .
<i>Ils vont que chez les généralistes, ils ne vont jamais chez les spécialistes parce qu'ils ont un peu plus de 1000 euros par mois les personnes qu'on accompagne, donc c'est vraiment ça leur quotidien.</i>	Avec des revenus très faibles , les seniors se limitent aux consultations généralistes , n'accédant presque jamais aux soins spécialisés .
<i>Et puis parfois ils ne comprennent pas tout ce que dit le médecin.</i>	La faible littératie en santé aggrave les inégalités de prise en charge .

Que retenir ?

Dans cet extrait, **Speaker 5** dresse un tableau très complet des **barrières cumulées** rencontrées par les personnes âgées précaires :

- **Obstacles financiers et renoncement aux soins** (ex : soins dentaires),
- **Santé mentale non prise en compte**,
- **Mobilité réduite nécessitant un accompagnement pour les soins**,
- **Accès aux soins spécialisés limité par le faible revenu**,
- **Difficultés de compréhension des informations médicales**, nécessitant un accompagnement pour de la médiation en santé

Interprétariat et violences conjugales

Speaker 7, FG 1

Verbatim (segmenté)	Interprétation
Pour les femmes migrantes , il y a le problème de l' interprétariat qui est payant , sans budget prévu.	L' absence d'interprétariat gratuit constitue une barrière d'accès aux soins pour les femmes migrantes.
Difficulté des femmes victimes de violences intra-familiales à se déplacer pour consulter, car leur téléphone et sorties sont surveillés .	Les violences conjugales créent un enfermement physique et numérique , empêchant l'accès aux soins.

Que retenir ?

Dans cet extrait, **Speaker 7** met en lumière deux obstacles majeurs aux soins pour les femmes précaires :

- **Le coût de l'interprétariat comme frein majeur** pour les femmes migrantes,
- **L'enfermement domestique** des femmes victimes de violences, empêchant **leur mobilité et leur accès aux consultations**,

👉 Ces deux réalités aggravent profondément **les inégalités d'accès aux soins** pour les femmes déjà vulnérables.

Les droits

Speaker 7, FG 1

Verbatim (segmenté)	Interprétation
<i>Des femmes ayant des droits ouverts en régime général n'ont pas de renouvellement de titre de séjour à temps.</i>	Lien direct entre statut administratif et accès aux soins.
<i>Elles voient leur droit au régime général interrompu à cause des délais administratifs.</i> Rupture administrative induisant une perte de protection sociale.	
<i>Elles n'ont pas suffisamment de temps sans couverture pour accéder aux aides.</i>	Temps d'attente trop court pour rebasculer vers un autre dispositif de santé.
<i>Elles vivent 6 mois à 1 an de rupture de droit.</i>	Périodes longues sans couverture santé, aggravant les risques pour la santé.

Que retenir ?

Dans cet extrait, **Speaker 7** expose un mécanisme clair d'**aggravation des ISS** pour les femmes migrantes :

- **Délais administratifs → Rupture de droits sociaux,**
- **Incapacité d'accéder aux dispositifs de secours à cause des règles et délais,**

👉 Cette situation entraîne de longs mois sans couverture santé, exposant à des risques sanitaires majeurs.

La charge des femmes

Speaker 6, FG 1

Verbatim (segmenté)	Interprétation
<i>Certaines femmes ne peuvent pas aller voir des praticiens parce qu'ils refusent de prendre les enfants.</i>	Charge familiale non reconnue par le système de soins, créant des obstacles d'accès aux soins pour les mères seules.
<i>Elles ne peuvent pas faire garder les enfants à charge par d'autres.</i>	Absence de solutions de garde aggravant le renoncement aux soins.
<i>Elles ont vécu des violences et des traumatismes qui ne sont pas entendus dans les services de soins.</i>	Violences subies non prises en compte par les structures de soins, retardant la reconnaissance et la prise en charge.

Que retenir ?

Dans cet extrait, Speaker 6 met en évidence :

- **La non-prise en compte de la charge familiale** comme facteur majeur de **renoncement aux soins**,
- **Le silence autour des violences subies** par les femmes dans les parcours de santé,
- 👉 Un cumul de **violences structurelles** (invisibilisation + obstacles organisationnels) qui **renforcent les ISS de genre**.

La santé a un prix

Speaker 11, FG 1

Verbatim (segmenté)	Interprétation
<i>On vous dit, nous, notre carnet de rendez-vous, il est plein.</i>	Pratique d' éviction des patients en journée pour réguler la demande .
<i>Et si vous venez à partir de 18h, on peut vous prendre.</i>	Accès aux soins conditionné à un horaire décalé.
<i>Ça coûtera un peu plus cher, mais on pourra vous prendre.</i>	Mise en place d' un surcoût pour bénéficier de soins.
<i>Comme ce sont des personnes un peu âgées qui ne savent pas trop, on y va.</i>	Exploitation de la vulnérabilité des personnes âgées face au système de soins.
<i>Je trouve que là, c'est une abomination.</i>	Indignation forte face à cette pratique abusive .
<i>L'abomination à l'état pur.</i>	Denonciation sans nuance de l' injustice subie par les patients .
<i>Parce que c'est user du droit de soigner par rapport à la vie des gens.</i>	Instrumentalisation du soin à des fins commerciales au détriment de la santé publique.
<i>C'est quelque chose qu'on ne peut pas accepter.</i>	Appel à refuser collectivement de telles pratiques discriminatoires.

Que retenir ?

Dans cet extrait, **Speaker 11** dénonce une **pratique discriminatoire dans l'accès aux soins** :

- **Surtarification** pour un rendez-vous en dehors des horaires habituels, permis par le manque de disponibilité
 - **Exploitation de la vulnérabilité des personnes âgées**,
 - **Atteinte au principe éthique de l'égal accès aux soins**.
- 👉 Ce type de fonctionnement contribue directement à **renforcer les inégalités sociales de santé**, en créant des **barrières financières insidieuses**.

Des priorités dans la santé

Speaker 4, FG 1

Verbatim (segmenté)	Interprétation
<i>Il y a des personnes qui peuvent rester sans lunettes ou avec des lunettes qui ne sont plus adaptées pendant des années parce que ça coûte très cher et que c'est vraiment pas la priorité par rapport peut-être à d'autres problèmes de santé.</i>	Le coût élevé des équipements de santé de base (lunettes) conduit au renoncement aux soins pour des populations précaires, considérant ces besoins comme non prioritaires face à d'autres urgences sanitaires.
<i>Pareil pour les dents. Les appareils auditifs.</i>	Le dentaire et l'auditif sont également des secteurs où l'accès est limité par le coût élevé, aggravant les inégalités.
<i>Il y a des choses, c'est vraiment un privilège de pouvoir y avoir accès.</i>	L'accès à certains soins est perçu comme un privilège social, non comme un droit universel.

Que retenir ?

Dans cet extrait, Speaker 4 met en évidence :

- **Le renoncement aux soins optiques, dentaires et auditifs** à cause de leur **coût élevé**,
- **La hiérarchisation forcée des soins** par les personnes précaires (priorité aux urgences vitales),
 Cette situation transforme **des soins fondamentaux** en **privilégiés réservés aux plus aisés**, accentuant durablement les inégalités sociales de santé.

Que retenir ?

Intrications entre déterminants sociaux, discriminations et santé

Isolement

- Certaines pathologies, comme le **VIH**, sont encore **hautement stigmatisées** par les professionnels et la société.
 - Cette **stigmatisation** entraîne une **peur d'être jugé** et pousse les personnes à **cacher leur état de santé**.
 - Cela conduit à de l'**isolement social** : retrait des démarches médicales, évitement des soins.
 - L'isolement affaiblit la **capacité à suivre son parcours de santé** : moins de consultations, traitements interrompus.
 - Diminution du support social qui participe à la littératie en santé
- **Chaîne d'aggravation** : maladie → **stigmatisation** → **isolement** → **rupture de soins** → **dégradation de la santé**.

Logement

- **Mauvais logements** (humidité, plomb, surpeuplement) exposent les habitants à des **risques sanitaires majeurs** : **saturnisme, maladies respiratoires, aggravation de pathologies chroniques**.
 - Pour limiter l'**impact sur la santé**, il faudrait **changer de logement ou améliorer les conditions de vie**.
 - Mais l'**absence d'alternatives résidentielles** bloque toute solution : face à la rareté et au coût du logement, les familles **priorisent le maintien d'un toit**, même insalubre, **au détriment de leur santé**.
- **Chaîne d'aggravation** : **risques sanitaires** → **priorité donnée au logement** → **santé négligée** → **maladies non traitées**.

Instabilité résidentielle

- Les familles précaires subissent de nombreux **déplacements forcés** (expulsions, hébergements temporaires).
 - Cette instabilité entraîne la **perte fréquente de documents médicaux** (carnets de santé, dossiers hospitaliers).
 - L'absence d'historique médical complique le **diagnostic et la continuité des soins**, surtout pour les enfants.
- **Chaîne d'aggravation** : **instabilité** → **perte de documents** → **ruptures de soins** → **vulnérabilité renforcée**.

Que retenir ?

Intrications entre déterminants sociaux, discriminations et santé

Communication

- Un **faible niveau de littératie** rend difficile l'expression de ses symptômes ou de ses besoins médicaux.
- Or, les médecins sont aujourd'hui **surchargés** : **moins de temps d'écoute, moins d'explications données**.
- Cela crée **des incompréhensions, des non-suivis de traitements**, et accentue les **ruptures de parcours de soins**.

→ Chaîne d'aggravation : littératie faible + moins de médecins → moindre écoute → suivi médical dégradé → ISS renforcées.

Femmes et santé

- **Les femmes précaires**, particulièrement **les mères**, sacrifient leur **propre santé** pour répondre aux **besoins familiaux** (logement, alimentation, éducation).
- **Le suivi** ou la prévention personnelle est **souvent négligé** au profit des responsabilités familiales.
- Les femmes ont souvent **la charge des enfants** et certains spécialistes les refusent.
- Cette répartition inégale **aggrave l'invisibilisation de la santé féminine** et contribue à **accroître les inégalités de genre en santé**.
- **Violence intrafamiliale** qui empêche le parcours de soins.

Chaîne d'aggravation : Femmes précaires → Charge domestique prioritaire □ Négligence de la santé personnelle → Renforcement des inégalités de genre en santé.

Un système centré sur le corps

- Le **système de santé** traite les **corps** mais **ignore les déterminants sociaux** (logement, isolement, pauvreté).
- **Manque de travailleurs sociaux** → absence de prise en charge globale → aggravation des parcours discontinus.

Chaîne d'aggravation : Approche biomédicale centrée sur le corps → Sous-financement de l'accompagnement social → Absence de réponse aux causes sociales → Fragmentation des soins → Exacerbation des ISS.

Que retenir ?

Intrications entre déterminants sociaux, discriminations et santé

Dépistage

Situation :

Personnes précaires plus exposées aux maladies chroniques. Même si **en théorie le dépistage** (VIH, cancers, maladies chroniques) est **gratuit et accessible à tous**, **en pratique**, les populations précaires rencontrent **des freins majeurs** :

- Difficultés linguistiques (non-maîtrise du français),
- Manque de connaissances sur les droits et les offres de dépistage,
- Méfiance envers les institutions de santé,
- Priorité donnée aux urgences sociales (logement, alimentation) avant la santé.

Problème :

Amener ces publics au dépistage suppose un **travail d'accompagnement personnalisé** (explication, réassurance, médiation), qui manque cruellement de moyens.

Conséquences :

- Retard dans le diagnostic des maladies,
- Prise en charge tardive, souvent à des stades plus avancés,
- Aggravation des ISS par **non-accès aux parcours de prévention**,
- Perte d'opportunités de traitement précoce.

→ **Chaîne d'aggravation** : Précarité → Risques sanitaires accrus → Difficulté d'accès au dépistage → Besoin d'accompagnement spécifique → Absence d'accompagnement → Retard de diagnostic → Aggravation des pathologies.

Migration

Situation :

Forte précarité chez les personnes migrantes.

Problèmes :

- **Barrière de la langue** → absence d'**interprétariat gratuit** dans les services de santé.
- **Délais administratifs** → **ruptures de droits** (AME, Sécurité Sociale) entre deux titres de séjour.
- **Modifications restrictives de l'AME** → limitation de l'accès aux soins.
- **Conditions de logement dégradées** → aggravation des risques sanitaires.
- **Violences intra-familiales** → entravent l'accès autonome aux soins (surveillance, isolement).

Conséquences :

- **Non-prise en charge médicale** en temps voulu.
- **Renoncement aux soins** par découragement ou impossibilité logistique.
- **Manque de prévention et de dépistage** → aggravation des pathologies non prises en charge.

→ **Chaîne d'aggravation** : Précarité migratoire → barrières linguistiques et administratives → ruptures de soins → détérioration de l'état de santé → ISS renforcées.

Que retenir ?

Intrications entre déterminants sociaux, discriminations et santé

Dépistage

Situation :

Personnes précaires plus exposées aux maladies chroniques. Même si **en théorie le dépistage (VIH, cancers, maladies chroniques) est gratuit et accessible à tous, en pratique**, les populations précaires rencontrent **des freins majeurs** :

- Difficultés linguistiques (non-maîtrise du français),
- Manque de connaissances sur les droits et les offres de dépistage,
- Méfiance envers les institutions de santé,
- Priorité donnée aux urgences sociales (logement, alimentation) avant la santé.

Problème :

Amener ces publics au dépistage suppose un **travail d'accompagnement personnalisé** (explication, réassurance, médiation), qui manque cruellement de moyens.

Conséquences :

- Retard dans le diagnostic des maladies,
- Prise en charge tardive, souvent à des stades plus avancés,
- Aggravation des ISS par **non-accès aux parcours de prévention**,
- Perte d'opportunités de traitement précoce.

→ **Chaîne d'aggravation** : Précarité → Risques sanitaires accrus → Difficulté d'accès au dépistage → Besoin d'accompagnement spécifique → Absence d'accompagnement → Retard de diagnostic → Aggravation des pathologies.

Problèmes économiques

Situation :

Faibles revenus chez les personnes précaires.

Problème :

Libéralisation progressive de la médecine :

- Offre médicale **plus rare**,
- **Coûts supplémentaires** pour accéder aux soins (ex : rendez-vous hors horaires standards).
- **Dépassements d'honoraires** et **coûts des examens de suivi** (ex : greffes).
- **Matériel médical onéreux** (lunettes, soins dentaires, appareils auditifs).

Conséquences :

Hiérarchisation implicite des soins :

- Les soins dits "de confort" deviennent **inaccessibles pour les plus précaires**.
- Certains traitements lourds sont **financièrement sélectifs**.
- **Disparités renforcées** dans l'accès à la santé selon les ressources.

→ **Chaine d'aggravation** : Précarité □ Libéralisation de la médecine → Coûts supplémentaires → Renoncement aux soins → **ISS renforcées**.

Que retenir ?

Spécifiques

VIH et refus de soins

Situation : Des patients séropositifs continuent à subir des **refus de soins**, notamment chez certains **dentistes** ou spécialistes.

Origine : Ces refus reposent sur une **peur irrationnelle** du risque de contamination par le sang, malgré les protocoles existants.

Conséquences :

- Difficulté d'accès à certains soins courants (exactions dentaires, soins prothétiques),
- Ruptures de suivi médical,
- Aggravation du sentiment d'exclusion et d'isolement,
- Renforcement de la stigmatisation autour du VIH,
- Dégradation globale de l'état de santé.

Focal sur les 2 groupes sur le problème de manque de travailleurs sociaux, problèmes spécifiques à l'AME (dont les revenus)

Cancer et Accès inégal aux essais thérapeutiques

Situation : Le **cancer** bénéficie d'un **nombre élevé d'essais cliniques** et de traitements innovants (au regard d'autres pathologies).

Problème : L'accès à ces essais est souvent **réservé** aux patients ayant :

- Un médecin traitant actif,
- Une bonne compréhension du système,
- Un statut social plus élevé.
- Les personnes précaires **ne sont pas systématiquement informées ou ne peuvent pas suivre les démarches complexes nécessaires.**

Conséquences :

- Inégalités d'accès aux traitements de dernière génération,
- Espérance de vie potentiellement réduite pour les patients précaires,
- Renforcement des écarts de pronostic et de qualité de vie.

Saturnisme et diagnostic

Situation : Le **saturnisme** (intoxication au plomb) est lié aux **logements insalubres** (vieux bâtiments, peintures anciennes).

Problème : Les familles sont **réticentes à demander un diagnostic** car :

- Elles savent que l'identification d'un saturnisme **n'améliore pas leur accès au logement**,
- Elles craignent que cela **complique leur situation sociale** (signalement, démarches longues, risques d'expulsion).

Conséquences :

- Sous-diagnostic du saturnisme,
- Maintien des enfants et des familles dans des logements toxiques,
- Effets neurologiques irréversibles non traités,
- Cumul de précarités (logement + santé dégradée).

Pratiques et actions menées

Les ISS ne sont pas théorisées, mais appliquées

Thibaut, FG 2

Verbatim (segmenté)	Interprétation
<i>La mission de notre association, c'est de lutter contre les inégalités en santé, même si on ne le théorise pas.</i>	L'association agit de fait pour réduire les inégalités de santé, même sans l'exprimer en termes théoriques.
<i>On défend une vision holistique de la santé, une vision globale à 360 degrés qui intègre les déterminants sociaux.</i>	La santé est envisagée dans une approche globale , incluant logement, éducation, situation économique .
<i>Ce sont les professionnels de santé qui orientent leurs patients vers notre association.</i>	Reconnaissance institutionnelle : l'association est un relais pour accompagner les patients en grande précarité .
<i>Nous sommes identifiés comme l'association qui accompagne les personnes les plus fragilisées.</i>	L'association a pour cœur de mission l'accompagnement social et sanitaire des publics les plus vulnérables .

Que retenir ?

Dans cet extrait, **Thibaut** rappelle que l'association œuvre pour **réduire les inégalités sociales de santé à travers :**

- **Une vision holistique de la santé** : intégrant **les déterminants sociaux** (**logement, précarité, environnement**) dans l'accès et le parcours de soins,
- **Un accompagnement renforcé des personnes les plus fragilisées**, souvent adressées par les **professionnels de santé eux-mêmes**,

👉 Même sans théoriser explicitement les ISS, l'association agit **concrètement pour les réduire**, en lien étroit avec le système de santé. Néanmoins, cela peut participer à leur invisibilisation théorique

Renforcer la prévention et l'accompagnement

Agnès, FG 2

Verbatim (segmenté)	Interprétation
<i>Au niveau de l'accès au dépistage et de l'accès en prévention des maladies.</i>	Positionnement stratégique sur deux axes : prévention et dépistage pour réduire les ISS.
<i>On a des chargés de prévention qui vont intervenir sur les communes où il y a... Précarité. (...)</i>	Ciblage des zones précaires via des interventions locales , adaptées aux besoins du terrain.
<i>D'avoir des actions spécifiques qui sont en direction de ces publics, de façon à pouvoir les amener à une démarche de prévention.</i>	Stratégie d' adaptation des actions pour favoriser l' entrée dans la prévention des publics éloignés.
<i>Et pour l'accompagnement des personnes malades.</i>	L'association ne se limite pas à la prévention mais agit aussi en aval , auprès des personnes déjà malades .
<i>On a chance d'avoir une assistante sociale à la retraite qui fait un accompagnement dans des situations complexes pour essayer de dénouer et de faire avancer les choses.</i>	Utilisation de ressources bénévoles expérimentées pour assurer un soutien social complexe malgré le manque de moyens institutionnels.

Que retenir ?

Dans cet extrait, Agnès expose une double action de l'association :

1. Prévention ciblée :

1. Intervention de **chargés de prévention** sur les **communes précaires**,
2. **Actions spécifiques** dans les **écoles** (prévention primaire),
3. **Promotion du dépistage** (prévention secondaire).

2. Accompagnement social des malades :

1. Recours à une **assistante sociale retraitée** pour traiter les **situations complexes**,
2. Volonté d'être **présente sur le terrain** malgré des moyens limités.

👉 Une stratégie **double** (agir avant et après l'apparition des problèmes de santé) mais reposant encore **largement sur des ressources bénévoles**, révélant la **fragilité structurelle** de l'accompagnement social.

Soins de support

Agnès, FG 2

Verbatim (segmenté)	Interprétation
<i>On propose aussi des soins de support, ce qu'on appelle.</i>	Mise en place de soins de support pour accompagner le parcours thérapeutique .
<i>Ce qui va accompagner en fait les traitements et permettre aux personnes de pouvoir à la fois mieux supporter les effets des traitements.</i>	Objectif : réduire les effets secondaires des traitements lourds (cancer, maladies chroniques).
<i>Mais aussi échanger avec d'autres, faire du lien social.</i>	Les soins de support visent aussi à rompre l'isolement et à renforcer le soutien social .
<i>Ce n'est pas des grosses actions, mais en fait.</i>	Actions modestes en taille mais essentielles pour le bien-être global des patients.

Que retenir ?

ans cet extrait, Agnès met en avant l'importance des **soins de support** :

- Ils permettent aux patients de **mieux tolérer les traitements lourds** en agissant sur les **effets secondaires**,
- Ils offrent aussi une **dimension sociale** : créer du **lien**, éviter l'**isolement**, favoriser le **partage d'expériences**,
- Même s'ils sont **modestes**, ces soins répondent à des **besoins réels** négligés par le système classique.

👉 Les **soins de support** font partie des **restes à charge invisibles** :

Ils ne sont **pas ou peu pris en charge par l'assurance maladie**, et leur financement repose souvent sur **les associations ou les patients eux-mêmes**.

👉 Cela accentue les **inégalités sociales de santé**, car **tous les patients n'ont pas accès à ces aides pourtant essentielles**.

👉 Il existe donc aussi des **inégalités dans la qualité de vie associée à la maladie**, en plus des inégalités dans l'accès aux soins eux-mêmes.

Toucher le public grâce à d'autres associations

Mathé, FG 2

Verbatim (segmenté)	Interprétation
<i>Notre souci, c'est de rencontrer les personnes qui sont en risque de traitement de cette pathologie, de cette intoxication.</i>	L'action vise la détection proactive des publics à risque de saturnisme avant que le diagnostic ne soit posé.
<i>Nous faisons des permanences physiques.</i>	Mise en place de points d'accueil physiques pour créer un lien direct avec les familles vulnérables.
<i>Les échanges par téléphone, par mail, par SMS, par WhatsApp, sur le marché de la tech.</i>	Utilisation de moyens multicanaux pour réduire les barrières d'accès et adapter la communication aux réalités des publics précaires.
<i>On fait de la formation d'associations qui sont susceptibles de rencontrer ces personnes mal logées.</i>	Renforcement du maillage associatif pour multiplier les relais de détection auprès des populations difficiles à atteindre.

Que retenir ?

Dans cet extrait, Mathé explique les stratégies mises en œuvre pour **repérer et accompagner les personnes à risque de saturnisme** :

- **Approche multicanale** : accueil en **permanences physiques**, mais aussi par **téléphone**, **SMS**, **mail** et **WhatsApp**, pour **adapter la communication aux habitudes des familles précaires**,
 - **Renforcement des relais associatifs** : formation d'**associations partenaires** pour qu'elles soient capables d'**identifier et d'orienter** les publics concernés,
 - L'objectif est **d'intervenir en amont, avant l'aggravation de l'intoxication**, pour **réduire les effets durables du saturnisme**,
- 👉 Cela souligne l'importance d'**aller vers** les publics vulnérables et de **diversifier les canaux** pour ne laisser personne de côté.

Toucher le public grâce à d'autres associations

Mathé, FG 2

Verbatim (segmenté)	Interprétation
<i>Donc là, on va entreprendre des actions auprès des professionnels de santé pour qu'ils fassent des enquêtes environnementales.</i>	Volonté de mobiliser les professionnels de santé pour qu'ils intègrent la dimension environnementale dans leurs consultations.
<i>Qu'ils prennent un petit peu plus de temps pour demander dans quelles conditions les gens vivent et ce que ça peut entraîner pour leur santé.</i>	Objectif d'intégrer les déterminants sociaux et environnementaux dans la pratique médicale quotidienne.
<i>Jusqu'à présent, ils nous ont tous dit qu'on n'avait pas le temps, mais il va falloir que ça change.</i>	Constat d'un frein organisationnel majeur (manque de temps) et affirmation de la nécessité d'un changement de pratiques.

Que retenir ?

Dans cet extrait, Mathé expose une démarche visant à **sensibiliser les professionnels de santé** pour les **impliquer dans des recherches environnementales** :

- **Organisation d'actions ciblées** pour encourager les soignants à **documenter les conditions de vie** des publics précaires,
- **Finalité** : produire des **enquêtes environnementales** permettant de **montrer les impacts du logement et de l'environnement** sur la santé,
- **Frein reconnu** : **manque de temps des professionnels** pour s'impliquer dans ce type de recherche,
- 👉 **Volonté de changer les pratiques** pour que la **dimension sociale et environnementale de la santé** soit **mieux prise en compte dans les travaux scientifiques**.

Médiation, aller-vers et plaisir de vivre

Thibaut, FG 2

Verbatim (segmenté)	Interprétation
<p><i>Et moi, je dirais que nos trois principaux leviers (...) Le premier, c'est clairement la question de la médiation en santé. Il y a pas mal de choses qui se font en ce moment de plaidoyer, la reconnaissance du métier de médiation en santé.</i></p>	<p>Mise en avant de la médiation en santé comme levier stratégique pour agir sur les ISS, dans un contexte de plaidoyer national pour sa reconnaissance professionnelle.</p>
<p><i>Nous, on a deux médiatrices en santé dans notre équipe. Ils font du lien entre les professionnels de santé, les professionnels du champ social et les personnes.</i></p>	<p>Déploiement concret d'une équipe de médiatrices chargée de relier les professionnels aux publics vulnérables.</p>
<p><i>Le deuxième levier, je dirais que c'est vraiment la question de l'aller vers, parce que je parlais beaucoup d'isolement.</i></p>	<p>Développement de l'aller-vers pour lutter contre l'isolement et rétablir l'accès aux soins pour les publics invisibilisés.</p>
<p><i>Le troisième levier (...) on essaie de travailler au maximum sur la notion d'envie et de plaisir des gens. Parce que l'idée, c'est avant toute chose de pouvoir proposer des moments de petit bonheur (...) qu'ils soient individuels ou collectifs, pour la resocialisation, etc. Pour donner l'envie de prendre soin d'eux.</i></p>	<p>Utilisation d'une approche positive basée sur le plaisir, les petits bonheurs quotidiens, pour favoriser la resocialisation et réactiver l'envie de prendre soin de soi.</p>

Que retenir ?

Thibaut décrit trois leviers d'action utilisés par son association pour réduire les inégalités sociales de santé :

1. Médiation en santé :

1. Construction d'un métier reconnu,
2. Lien entre champs médicaux, sociaux et les publics en situation de vulnérabilité.

2. Aller-vers :

1. Aller au-devant des publics isolés,
2. Réduire les barrières d'accès aux soins.

3. Mobiliser l'envie et le plaisir :

1. Création de **moments de bien-être** pour redonner **motivation et envie de santé**,
2. Favoriser **la resocialisation**.

👉 Cette approche montre qu'au-delà de l'intervention médicale ou sociale classique, **le lien émotionnel et la construction du plaisir** sont **des leviers puissants** contre les ISS.

Sensibiliser les PDS

Speaker 5, FG 1

Verbatim (segmenté)	Interprétation
<i>L'association a un gros service plaidoyer et un objectif de transformation sociale.</i>	L'association agit politiquement pour faire évoluer le système en profondeur.
<i>Elle veut s'emparer de sujets comme les inégalités de santé pour faire changer certaines choses.</i>	Les ISS sont identifiées comme des thèmes prioritaires de plaidoyer.
<i>Elle propose de la sensibilisation auprès des personnels de santé, notamment des pharmaciens.</i>	Formation et sensibilisation de proximité pour améliorer l'accueil et l'orientation des patients.
<i>Les pharmaciens sont des contacts privilégiés et de proximité.</i>	Les professionnels de santé de proximité sont vus comme leviers d'action importants .

Que retenir ?

Dans cet extrait, **Speaker 4** met en avant deux axes d'action majeurs de l'association :

- **Plaidoyer structuré** pour **transformer les systèmes** en agissant sur les causes des inégalités sociales de santé,
- **Actions de sensibilisation ciblées** auprès des **professionnels de santé de première ligne** (ex : pharmaciens) pour **améliorer l'accès et l'orientation** des publics précaires.

Sensibiliser les PDS

Speaker 4, FG 2

Verbatim (segmenté)	Interprétation
<i>On s'est porté volontaire pour former des étudiants en médecine, donc le service sanitaire.</i>	Engagement associatif pour former les futurs professionnels de santé à la prévention et à l'action de terrain.
<i>Coupler des actions dans les pharmacies avec les services sanitaires formés.</i>	Articulation entre la formation des étudiants et les actions de prévention locales en pharmacie.
<i>Être médecin, ce n'est pas seulement être derrière un bureau, mais aussi aller sur le terrain.</i>	Réorientation des représentations du métier médical vers une approche active et communautaire.
<i>Présenter les actions dans les quartiers.</i>	Immersion des étudiants dans les réalités sociales locales, pour mieux comprendre les ISS.

Que retenir ?

Dans cet extrait, Speaker met en lumière un levier fondamental :

- **Former les futurs médecins** dès leurs études au **travail de terrain** et à l'aller-vers,
- **Associer les actions de prévention concrètes** (pharmacies, quartiers) aux **enseignements théoriques**,

👉 Une transformation culturelle du métier médical pour mieux intégrer la réalité des ISS et réduire les inégalités d'accès aux soins, a fortiori dans un milieu fortement marqué par la reproduction sociale.

Que retenir ?

Approche globale et intégrée de la santé

- Même si toutes les associations **ne semblent pas toujours théoriser explicitement** leur action contre les ISS, elles **adoptent une approche holistique de la santé**, en **intégrant systématiquement les déterminants sociaux** (logement, isolement, précarité) dans leur manière d'accompagner.
- Elles sont souvent **identifiées par les professionnels de santé comme relais privilégiés** pour orienter **les publics les plus fragilisés**.

Que retenir ?

Agir en prévention et aller au-devant des publics

Actions de prévention ciblées sur les publics précaires :

- Interventions dans les écoles (prévention primaire)
- Incitation au dépistage (prévention secondaire)

Aller-vers :

- Mise en œuvre active d'**actions de proximité** (permanences physiques, WhatsApp, SMS),
- **Interventions sur le terrain** pour rompre l'isolement social et faciliter l'accès aux soins.

Renforcer le lien social et la resocialisation

Organisation de réunions régulières entre familles :

- Espaces de parole et d'échange,
- **Soutien mutuel** entre publics concernés.

Création de "moments de petit bonheur", mieux vivre avec la maladie et ses traitements :

- Activités individuelles et collectives visant à réactiver l'envie de prendre soin de soi,
- **Mobilisation du plaisir** comme levier de reconstruction sociale et sanitaire.

Développer la médiation en santé

Les associations peuvent employer des médiateurs et médiatrices en santé pour :

- **Relier les professionnels de santé et du social aux patients,**
- **Accompagner les démarches de soins,**
- **Renforcer la compréhension du système de santé** chez les publics vulnérables.

Mieux intégrer les dimensions sociales dans la recherche

Actions de sensibilisation auprès des professionnels de santé :

- Encouragement à réaliser des **enquêtes environnementales** sur les conditions de vie,
- Demande d'une meilleure **prise en compte des facteurs sociaux** dans les travaux de recherche,
- Constat d'une résistance actuelle due au **manque de temps et pression organisationnelle**.

Soutenir l'accompagnement social

Accompagnement administratif personnalisé :

- Explication des démarches de logement,
- Travail sur les **alternatives possibles** (travaux, relogement),

Préparation au temps long des démarches sociales.

Soutien juridique et empowerment :

- Aide pour **défendre les droits sociaux**,
- **Autonomisation** des familles dans leur parcours administratif.

Sensibiliser les PDS

Sensibilisation des étudiants en médecine et pharmacie :

- Intégrer la dimension **inégalités sociales de santé** dans les cursus de formation initiale.

Rencontres directes avec les pharmaciens :

- Renforcer leur rôle de **contact de proximité et de relais d'orientation**.
- **Campagnes de communication :**
- Informer et mobiliser l'ensemble des **PDS** autour des enjeux **d'accès équitable aux soins**.

Difficultés rencontrées

Le temps du financeur n'est pas le temps des ISS

Thibaut, FG 2

Verbatim (segmenté)	Interprétation
Des financeurs qui nous demandent, qui ne nous laissent pas le temps , parce qu'ils nous demandent tous les six mois de justifier notre impact . L'impact de nos actions , etc.	Les financeurs imposent des exigences de résultats rapides , sans respecter les temporalités longues des actions sociales. Les associations doivent quantifier des résultats souvent immatériels ou longs à émerger .
Pour lutter contre les inégalités en santé , c'est des choses qui prennent du temps .	La réduction des ISS nécessite un temps long , incompatible avec des évaluations semestrielles .
Les parcours des personnes qu'on accompagne, tout ne se résout pas en trois mois.	Les changements de situation sociale et de santé sont progressifs, non immédiats . Certaines transformations sociales sont qualitatives, complexes et difficiles à chiffrer dans des délais courts.
On ne peut pas mesurer les choses .	

Que retenir ?

Dans cet extrait, **Thibaut** dénonce une **pression administrative incompatible** avec les réalités du terrain :

- Les **financeurs exigent des preuves d'impact** tous les six mois,
- Cette **culture de l'évaluation rapide** nie le fait que :
 - **Lutter contre les inégalités sociales de santé nécessite des années**,
 - **Les parcours d'accompagnement sont longs, irréguliers et ne produisent pas des "résultats" mesurables à court terme**,
- 👉 Cette logique de résultats immédiats **met en péril les démarches de fond et fragilise l'action sociale réelle**.

Le temps pour l'argent

Mathé, FG 2

Verbatim (segmenté)	Interprétation
Toute cette partie chronophage de trouver de l' argent pour pouvoir fonctionner.	La recherche de financement est extrêmement chronophage, détournant les associations de leur cœur de mission sociale.
Des financements donnés à petites gouttes pour une année et puis on recommence l'année suivante après avoir fait un bilan.	Les modalités précaires et discontinues de financement empêchent la stabilité des projets et imposent un cycle d'insécurité permanente.
La multiplicité des bureaux auxquels on peut s'adresser, dans une ville ce ne sont pas les mêmes démarches que dans une autre.	Complexité administrative qui use les ressources humaines et ralentit les actions.

Que retenir ?

Dans cet extrait, **Mathé** met en lumière plusieurs **difficultés structurelles majeures** rencontrées par les associations :

1. Recherche de financements chronophage :

1. Temps considérable consacré à **trouver des financements** précaires,
2. **Projets fragilisés** par le financement à **court terme** (une année renouvelable sur dossier).

2. Complexité administrative :

1. **Multiplication des interlocuteurs** selon les villes,
2. Nécessité de **réapprendre des démarches** locales à chaque fois.

Les bénévoles

Jackie, FG 2

Verbatim (segmenté)	Interprétation
<i>On a du mal à trouver des personnes bénévoles et puis on est une population vieillissante en tant que bénévole.</i>	Difficulté de recrutement de nouveaux bénévoles, avec un vieillissement progressif des équipes.
<i>On a du mal à faire adhérer des familles puisqu'elles ont leurs préoccupations, travail, enfants.</i>	Les jeunes adultes et parents sont peu disponibles pour s'engager bénévolement, en raison des contraintes professionnelles et familiales.
<i>C'est souvent des gens vieillissants.</i>	Le tissu bénévole est essentiellement composé de seniors, posant des défis de pérennité et de renouvellement des actions associatives.

Que retenir ?

Dans cet extrait, Jackie expose une problématique classique mais cruciale du monde associatif :

- Difficulté de recrutement de nouveaux bénévoles,
- Vieillissement progressif des équipes bénévoles existantes,
- Faible disponibilité des personnes plus jeunes, occupées par le travail et les responsabilités familiales,

👉 Ce déficit de renouvellement fragilise la capacité d'action des associations à moyen et long terme, et pose la question de la transmission des savoirs et des projets.

Les bénévoles

Agnès, FG 2

Verbatim (segmenté)	Interprétation
<i>Il y a un problème de communication à faire que les personnes les plus défavorisées nous contactent et nous rejoignent.</i>	Difficulté à atteindre les publics les plus précaires, malgré les efforts de communication.
<i>Même si sur le département, on travaille bien en réseau avec les autres associations.</i>	Bonne coordination inter-associative au niveau local, mais insuffisante pour atteindre tous les publics.
<i>Il y a une difficulté par rapport aux lieux de soins.</i>	Les établissements de santé jouent un rôle essentiel dans l'orientation, mais sont parfois un maillon défaillant.
<i>Malgré le fait qu'on communique auprès d'eux, ils n'orientent pas obligatoirement les personnes sur l'association.</i>	Même en cas d'information transmise, les professionnels de santé n'orientent pas systématiquement les personnes vers les structures associatives adaptées.

Que retenir ?

Agnès souligne plusieurs **freins majeurs** à l'accès des publics aux associations :

- **Problème de communication** pour atteindre directement **les publics les plus défavorisés**,
 - **Bon travail en réseau** avec les autres associations, mais **manque de relais du côté des établissements de santé**,
 - **Professionnels de santé parfois peu mobilisés** pour orienter les patients vers le tissu associatif,
- 👉 Cette défaillance d'orientation **limite l'accès des publics vulnérables aux dispositifs de soutien**, et **ralentit l'accompagnement global** que les associations pourraient offrir.

Le cloisonnement

Thibaut, FG 2

Verbatim (segmenté)	Interprétation
<p>Il y a un dysfonctionnement dans la lutte contre les inégalités en santé, c'est l'organisation de nos institutions en santé.</p> <p>Je ne comprends pas que cette chose soit autant cloisonnée.</p>	<p>Les institutions de santé sont mal organisées, ce qui freine l'efficacité de la lutte contre les ISS.</p> <p>Les cloisonnements institutionnels empêchent une prise en charge globale et coordonnée des patients.</p>

Que retenir ?

Thibaut met en lumière une **critique structurelle** importante :

- **Les institutions de santé fonctionnent en silos**, sans coordination suffisante,
 - Ce **cloisonnement** entre services, acteurs et dispositifs nuit à **l'efficacité des politiques de réduction des inégalités sociales de santé**,
- 👉 Pour agir efficacement contre les ISS, il serait nécessaire de **décloisonner les acteurs, articuler les soins médicaux, l'accompagnement social et la prévention**.

Sensibiliser les PDS

Speaker 5, FG 1

Verbatim (segmenté)	Interprétation
<i>Ce qui est fondamental, c'est l'engagement des maires.</i>	Le volontarisme politique local est un levier déterminant pour les actions de santé publique.
<i>S'il s'engage sur la santé, il n'y a pas de problème.</i>	Soutien politique local = facilitation de projets et d'actions de prévention ou d'accès aux soins.
<i>Si le maire freine des quatre pieds pour ne pas s'engager dans la santé, il y en a, oui.</i>	Résistances politiques locales = obstacle majeur à la mise en œuvre d'actions sur les ISS.

Que retenir ?

Dans cet extrait, Speaker 11 rappelle que :

- L'**engagement des maires** est **fondamental** pour le succès ou l'échec des initiatives en santé publique,
- **Sans soutien politique local**, il devient **très difficile de porter efficacement des projets** contre les ISS,
- 👉 La **volonté politique locale** est donc un **frein ou un moteur majeur** dans la lutte contre les inégalités sociales de santé.

Que retenir ?

Une précarisation des moyens d'action

Recherche de financements chronophage :

Les associations passent un **temps considérable** à trouver des financements **ponctuels et instables**, ce qui **détourne des ressources** humaines et organisationnelles de l'action sociale directe.

Augmentation des charges et réduction des aides :

En parallèle, **les charges augmentent**, tandis que **les subventions diminuent**,

Une administration inadaptée

Évaluations d'impact trop rapides :

Les financeurs exigent des **justifications rapides** sur l'impact, alors que **lutter contre les ISS** nécessite **un temps long**,

Fragmentation des dispositifs :

Le **cloisonnement des institutions de santé** empêche une **prise en charge globale et coordonnée**,

Manque de relais dans les parcours de santé

Problème de communication vers les publics :

Les **plus précaires** sont difficiles à atteindre directement, malgré les efforts de communication.

Défaillance d'orientation depuis les établissements de santé :

les professionnels de santé n'orientent pas systématiquement les publics vers les associations, coupant ainsi un relais essentiel d'accès aux droits et aux soins.

Fragilité du tissu associatif

Difficulté de renouvellement du bénévolat :

Les équipes de bénévoles sont **vieillissantes** et **peinent à se renouveler**

Épuisement des forces vives :

Le **manque de temps** et l'**accroissement des charges administratives** usent progressivement les équipes, limitant leur capacité à se projeter dans l'avenir.

Que retenir ?

Freins

Les associations se heurtent à une **combinaison de difficultés systémiques** :

1. Une précarisation des moyens d'action
2. Une administration inadaptée
3. Fragilité du tissu associatif
4. Manque de relais dans les parcours de santé
5. L'engagement municipal

👉 Malgré leur engagement, elles doivent **naviguer dans un environnement défavorable** qui **ralentit et fragilise** leur action contre les inégalités sociales de santé.

Améliorations possibles

Les bénévoles

Jackie, FG 2

Verbatim (segmenté)	Interprétation
<i>Déjà de nous permettre de se rencontrer, je trouve que c'est très bien, parce que l'union fait la force.</i>	Se rencontrer entre associations est vu comme un levier fondamental pour renforcer l'efficacité collective .
<i>C'est par méconnaissance qu'on ne s'adresse pas à ces associations qui méritent d'être connues.</i>	La méconnaissance mutuelle limite les possibilités d' orientation et d'entraide .
<i>Cette réunion va nous permettre peut-être de mieux travailler ensemble.</i>	Les rencontres créent des synergies favorables à une meilleure coordination d'actions.
<i>En travaillant en commun, on va peut-être avancer, puisqu'on va pouvoir orienter des personnes différentes.</i>	La coopération permettrait d'élargir les relais pour mieux orienter les publics vers les structures adaptées à leurs besoins.

Que retenir ?

Dans cet extrait, **Jackie** identifie une piste essentielle d'amélioration :

Favoriser les rencontres entre associations pour :

- **Briser la méconnaissance** entre structures,
- **Mieux orienter** les publics vulnérables selon leurs besoins spécifiques,
- **Renforcer les complémentarités** plutôt que de fonctionner en silos.

👉 **L'union et le travail en commun** sont vus comme **des leviers majeurs** pour **avancer ensemble** dans la lutte contre les inégalités sociales de santé.

Les bénévoles

Agnès, FG 2

Verbatim (segmenté)	Interprétation
<i>Le rôle peut-être de France Assos Santé, c'est justement de fédérer toutes les associations.</i>	France Assos Santé devrait jouer un rôle moteur pour rassembler et coordonner les associations.
<i>D'entendre les difficultés.</i>	France Assos Santé doit être un espace d'écoute des problématiques de terrain.
<i>De pouvoir porter la parole des associations pour faire changer les choses, pour faire évoluer.</i>	L'organisation a vocation à représenter collectivement les associations pour influencer les p

Que retenir ?

Dans cet extrait, Agnès souligne que France Assos Santé pourrait jouer un **rôle stratégique clé** :

- **Fédérer les associations** du champ de la santé pour éviter leur isolement,
 - **Écouter et centraliser les difficultés** rencontrées par les structures de terrain,
 - **Porter une parole unifiée** auprès des décideurs pour **influer sur les politiques publiques et faire évoluer les pratiques institutionnelles**.
- 👉 Une dynamique de **regroupement, écoute active et représentation politique collective** est vue comme essentielle pour **amplifier la voix du terrain et agir efficacement contre les ISS**.

Les bénévoles

Thibaut, FG 2

Verbatim (segmenté)	Interprétation
<i>Oui il y a une nécessité de plaidoyer.</i>	Besoin urgent de structurer un plaidoyer collectif pour valoriser l'action associative dans la santé.
<i>C'est effectivement l'expertise de cette association, de taille d'association, etc. dans le champ de la santé.</i>	Mettre en avant l'expertise spécifique des associations, y compris des petites dans le champ sanitaire comme argument central.
<i>Il faut que ce plaidoyer soit construit avec des professionnels de santé, qui reconnaissent aussi l'expertise de ces associations et l'importance du travail en coopération sur tous les territoires.</i>	Co-construire le plaidoyer avec des professionnels pour gagner en crédibilité et affirmer la coopération santé-social comme une nécessité territoriale.
<i>Il faut aussi un peu jouer le jeu de l'État, qui veut qu'on mesure d'impact.</i>	Adapter partiellement le plaidoyer aux exigences institutionnelles , notamment la demande de preuves chiffrées .
<i>Idéalement, il faudrait chiffrer financièrement l'impact de notre association.</i>	Valoriser économiquement l'action associative pour démontrer son efficacité sociale et économique .

Que retenir ?

Dans cet extrait, Thibaut propose une **stratégie de plaidoyer articulée** autour de plusieurs axes :

- **Valoriser l'expertise spécifique** des associations de santé,
- **S'allier avec les professionnels de santé** pour renforcer **la reconnaissance institutionnelle**,
- **Construire un discours adapté** aux attentes de l'État, notamment **en matière de mesure d'impact**,
- **Chiffrer financièrement l'impact social** des associations pour montrer que leur action génère aussi des **économies publiques** (par ex. en évitant des hospitalisations, en améliorant la santé publique).
- **Élément supplémentaire important : La taille des associations influence leur reconnaissance**
 - **Les petites associations** possèdent une **forte expertise de terrain**, mais peu de **légitimité institutionnelle**,
 - **Les grandes associations** ont davantage de **visibilité et d'écoute**, mais parfois une **moindre proximité avec le terrain**.

👉 Le plaidoyer doit donc **s'appuyer sur les forces des deux types d'associations**, en valorisant **à la fois l'expertise de terrain et la capacité d'influence**.

Les bénévoles

Thibaut, FG 2

Verbatim (segmenté)	Interprétation
<i>Je parlais du cloisonnement parfois des institutions.</i>	Reconnaissance que les institutions fonctionnent en silos , nuisant à la compréhension globale des enjeux de terrain.
<i>Nous, maintenant, on invite nos partenaires, notamment financiers, des institutions à venir sur nos événements pour qu'ils rencontrent les gens qu'on accompagne aussi.</i>	Stratégie d' ouverture : créer des occasions concrètes pour que les partenaires voient directement la réalité du terrain .
<i>On le fait maintenant de manière assez régulière, tous les six mois.</i>	Institutionnalisation d'une pratique de rencontres régulières pour entretenir des relations .
<i>Pour aussi avoir un peu des alliés dans nos institutions, même si ce sont des techniciens.</i>	Recherche de soutiens internes parmi les agents institutionnels , pour renforcer l'influence de l'association.
<i>Il faudrait peut-être qu'on le fasse avec des décideurs, des gens qui ont des responsabilités stratégiques et politiques.</i>	Nécessité de viser plus haut : impliquer directement les décideurs pour influencer les politiques publiques .

Que retenir ?

Dans cet extrait, Thibaut propose une piste d'action concrète pour **mieux décloisonner les institutions et renforcer le plaidoyer associatif** :

- **Inviter les partenaires institutionnels aux événements** pour qu'ils **rencontrent directement les bénéficiaires**,
- **Créer du lien humain** entre institutions et publics accompagnés pour **sensibiliser au réel**,
- **Établir des alliances internes** avec les **agents de terrain** ("techniciens"),
- **Élargir la stratégie** en visant **les décideurs politiques**, afin de **peser sur les orientations stratégiques**.

👉 Cette stratégie combine **relation de proximité** et **logique d'influence politique**, essentielle pour **faire évoluer les pratiques et les financements** en faveur de la lutte contre les ISS.

Les bénévoles

Mathé, FG 2

Verbatim (segmenté)	Interprétation
<i>On pourrait peut-être demander à des étudiants de faire des études sur ces éléments qui nous manquent.</i>	Mobiliser la recherche étudiante pour documenter scientifiquement les inégalités sociales de santé.
<i>Nous, ce qu'on a choisi de faire aussi, c'est de publier, de rendre visible.</i>	Visibiliser les situations sociales invisibilisées par la publication de témoignages et de faits réels.
<i>Faire témoigner les familles.</i>	Utiliser le témoignage direct pour lutter contre l'invisibilité sociale et donner la parole aux premiers concernés.
<i>Il faut être reconnu comme des victimes, comme des gens qui font ce qu'ils peuvent, mais qui se heurtent à des tas de difficultés.</i>	Refuser l'injonction à l'empowerment individuel : reconnaître que les difficultés sont systémiques, non dues à un manque d'effort person

Que retenir ?

Dans cet extrait, **Mathé** propose deux grandes pistes d'amélioration :

Produire de la preuve :

- Mobiliser les étudiants et la recherche pour documenter les ISS de manière rigoureuse,
- Produire des études permettant de nourrir le plaidoyer avec des données solides.

Rendre visible les réalités sociales :

- Publier des témoignages,
- Faire entendre la voix des familles concernées,

Gagner en crédibilité avec le temps

Mathé, FG 2

Verbatim (segmenté)	Interprétation
<i>Le fait qu'on a travaillé depuis longtemps et qu'on est reconnus.</i>	Reconnaissance progressive de l'expertise par les institutions grâce à l'ancienneté et au travail constant.
<i>Les institutions nous prennent maintenant au sérieux.</i>	Changement de regard institutionnel : passage de la marginalisation à la légitimité.
<i>On nous disait « Vous êtes trop petits. Êtes-vous avec d'autres ? »</i>	Difficulté historique liée à la taille de l'association, souvent perçue comme un obstacle à la crédibilité.
<i>Les autres ne fonctionnaient pas comme nous, ils n'avaient pas les mêmes priorités que nous.</i>	Hétérogénéité associative : difficulté de regrouper différentes associations ayant des priorités divergentes.
<i>Se sentir épaulé, sentir un même combat et unir nos forces.</i>	Nécessité d'unir les forces associatives pour renforcer la capacité d'action et d'influence.
<i>Nous essayons de faire un peu plus de lobby, on n'est pas spécialisés, mais on se forme davantage.</i>	Montée en compétences sur le plaidoyer, même pour des associations peu expérimentées dans ce domaine.

Que retenir ?

Dans cet extrait, Mathé met en avant plusieurs pistes pour renforcer l'action associative :

- **Capitaliser sur la reconnaissance institutionnelle** acquise avec le temps et le travail de terrain,
- **Surmonter l'obstacle de la taille en construisant des alliances basées sur des priorités communes,**
- **Mutualiser les forces** pour peser davantage politiquement,
- **Se former au plaidoyer et au lobbying** pour améliorer l'influence stratégique auprès des décideurs.

👉 L'évolution passe autant par le renforcement interne (formations, alliances) que par l'adaptation aux codes institutionnels pour mieux défendre les causes portées par les associations.

Donner une place aux RU et aux associations

Speaker 3, FG 1

Verbatim (segmenté)	Interprétation
<i>Qu'on a besoin d'une place dans le monde des médecins.</i>	Les représentants d'usagers souhaitent être reconnus et intégrés dans les instances médicales.
<i>Qui commence avec les RU, la Résolution des Règles, qui doit avoir vraiment une place acceptée.</i>	La légitimation des RU passe par une acceptation claire de leur rôle institutionnel.
<i>Dans le monde des médecins, peu importe lesquels, mais qu'ils s'écoutent.</i>	Appel à une reconnaissance transversale par tous les professionnels de santé, sans exclusion.
<i>Voilà, on est là, on est invité et on peut être écouté.</i>	Revendication du droit à la présence et à l'écoute dans les processus décisionnels en santé.

Que retenir ?

Le besoin d'une **reconnaissance institutionnelle forte** pour les représentants d'usagers (RU),
L'importance d'être invité, présent et réellement écouté dans les décisions de santé,

L'intégration systématique des RU est vue comme un **levier majeur** pour **réduire les inégalités sociales de santé**.

Les CPTS

Speaker 7, FG 1

Verbatim (segmenté)	Interprétation
Les CPTS, effectivement, c'est une nouvelle forme de pratique médicale en libéral, qui est pluridisciplinaire, sur un projet, et financée sur ces projets.	Les Communautés professionnelles territoriales de santé représentent un nouveau modèle de coordination libérale financé autour de projets collectifs.
Certaines CPTS ont une orientation périnatalité ou gériatrie, mais elles font aussi des actions d'animation.	Les CPTS peuvent être orientées vers des publics spécifiques, tout en assurant un rôle de prévention et de lien social.
Un territoire qui rassemble intervenants médicaux, paramédicaux et sociaux.	Les CPTS favorisent une approche interprofessionnelle, facilitant l'accès global aux soins.
Pour les personnes, c'est plus facile d'aller dans un endroit où il y a une multitude de choses.	Le regroupement des acteurs de santé dans un même lieu simplifie l'accès pour les usagers, en particulier les publics éloignés.

Que retenir ?

Dans cet extrait, **Speaker 7** valorise les **CPTS** comme un levier d'action efficace :

- **Dispositif de coordination territoriale** rassemblant médecins, paramédicaux et acteurs sociaux,
 - **Capacité d'adaptation** à des publics spécifiques (ex : périnatalité, gériatrie),
 - **Simplification du parcours de soin** grâce à une offre **centralisée et lisible** pour les usagers.
- 👉 Les **CPTS** permettent de rapprocher les soins des besoins locaux, en particulier pour les publics vulnérables.

Que retenir ?

Renforcer la coopération inter-associative

- **Faciliter les rencontres régulières** entre associations pour **mieux se connaître, mieux orienter les publics et mutualiser les ressources.**
 - **Dépasser la méconnaissance mutuelle** pour **créer des synergies** et optimiser l'**accompagnement** des personnes précaires.
- 👉 **L'union fait la force** : mieux travailler ensemble pour renforcer l'impact global.

Sensibiliser et ouvrir les institutions

- **Inviter régulièrement les partenaires institutionnels** (et idéalement les **décideurs**) à venir **rencontrer les publics** accompagnés.
- **Créer des liens humains directs** pour briser le **cloisonnement institutionnel** et **changer les représentations**.

Structurer un plaidoyer stratégique

- **Valoriser l'expertise spécifique des associations**, notamment leur **proximité avec le terrain**.
- **Construire des alliances avec les professionnels de santé** pour crédibiliser le plaidoyer.
- **Adapter le plaidoyer aux attentes institutionnelles**, notamment en **mesurant l'impact** lorsque c'est possible.

Prendre en compte les différences de taille d'association :

- Les **petites associations** ont l'**expertise de terrain** mais moins de reconnaissance,
- Les **grandes associations** sont plus **écoutées** mais parfois moins proches des **réalités sociales**.

Fédérer et représenter collectivement

France Assos Santé doit jouer un rôle fort pour :

- **Fédérer les associations**,
- **Écouter les difficultés** du terrain,
- **Porter une parole commune** auprès des institutions.

Produire de la preuve sociale

- **Mobiliser des étudiants** pour **réaliser des études** sur les **inégalités sociales de santé** encore peu documentées.
- **Publier et rendre visible** les témoignages des familles pour **montrer la réalité sociale**.

Se former au plaidoyer

- **Monter en compétences** sur le **lobbying** et le **plaidoyer**,
- Même pour des associations peu habituées, il devient essentiel de **se professionnaliser** sur ces terrains pour **gagner en influence**.

Que retenir ?

Les CPTS

Les CPTS et, plus largement, l'exercice coordonné entre professionnels de santé, acteurs paramédicaux et sociaux, apparaissent comme des leviers efficaces pour :

- **Faciliter l'accès aux soins** pour les publics éloignés,
- **Structurer des parcours de santé territoriaux** adaptés aux besoins,
- **Décloisonner les pratiques** médico-sociales,
- **Mieux intégrer la prévention** dans les territoires.

Ecouter les Usager

la reconnaissance et l'écoute de la parole des usagers, et plus spécifiquement des Représentants d'Usagers (RU), sont apparues comme des leviers essentiels pour :

- **Faire entendre les besoins réels** des personnes vulnérables,
- **Légitimer les expériences vécues** dans l'organisation des soins,
- **Renforcer la démocratie sanitaire** à tous les niveaux,
- **Co-construire des politiques de santé** mieux adaptées.

Que retenir ?

Leviers

Les associations identifient **plusieurs leviers pour renforcer leur action :**

- **Travailler ensemble,**
- **Structurer un plaidoyer stratégique,**
- **Produire et visibiliser la preuve sociale,**
- **Créer des ponts directs avec les institutions,**
- **Fédérer pour mieux peser,**
- **Se former pour gagner en capacité d'influence.**
- **L'exercice coordonné**
- **Valoriser la parole des usagers**

👉 Ces pistes ne visent pas seulement à mieux lutter contre les ISS, mais aussi à **renforcer l'autonomie politique et stratégique du monde associatif.**

Discussion

Théoriser les ISS

Comment structurer un plaidoyer sur les ISS si les associations n'ont pas théorisé explicitement leur action ?

→ **Constat :**

- Les associations agissent **de fait** contre les inégalités sociales de santé,
- Mais **sans théorisation explicite**, sans **cadrage commun** (définition claire des ISS, objectifs partagés, etc.).

→ **Enjeu :**

- Sans cadre théorique, le **discours est plus fragile face aux décideurs**,
- Difficile de **construire des revendications communes** ou d'exiger des politiques publiques adaptées.

→ **Discussion possible :**

- Faut-il **former les acteurs associatifs à la notion d'ISS** ?
- Peut-on construire un **socle commun minimal** (définition, objectifs partagés) pour **structurer le plaidoyer** sans "intellectualiser" à outrance ?
- **Exemples inspirants** : charte commune, manifeste associatif, définition collective en atelier.

Le modèle Bio-Psycho-Social

Pourquoi personne ne parle de remettre au centre le modèle bio-psychosocial ?

→ Constat :

- Tout le monde dénonce que le "social" est relégué au second plan,
- Mais personne ne propose explicitement de revenir à un modèle bio-psychosocial, alors qu'il est théorisé depuis les années 1970 et qu'il est intégré à la définition de la santé de l'OMS...

→ Enjeu :

- Le modèle biomédical actuel réduit la santé à des dimensions purement biologiques,
- Oublie les dimensions sociales et psychologiques,
- Ce qui renforce les inégalités.

→ Discussion possible :

- Faut-il revendiquer clairement un retour au modèle bio-psychosocial ?
- Comment défendre un soin qui intègre le logement, l'isolement, le revenu, etc., comme parties intégrantes de la santé ?
- Exemple possible d'axe de plaidoyer : "soigner sans agir sur le social, c'est entretenir les inégalités".

Revaloriser la recherche

!!!

Comment structurer un plaidoyer sans données probantes ni indicateurs sociaux solides ?

→ Constat :

- Les associations **reconnaissent massivement leur difficulté à "prouver" leur impact**,
- **Le levier de la recherche** (production de données) est peu évoqué, invisibilisé dans les stratégies,
- Pourtant, **des outils existent pour objectiver les effets des actions** sur les inégalités sociales de santé.

→ Enjeu :

- Sans production minimale de données, le plaidoyer **reste perçu comme subjectif** face aux attentes institutionnelles de "preuve",
- L'absence de mesure **affaiblit la capacité d'influence**.

→ Solutions possibles (sous-utilisées aujourd'hui) :

- **Collaboration avec des chercheurs et étudiants** (stages, mémoires, thèses professionnelles),
- **Utilisation d'outils existants** :
 - **Score EPICES** (précarité sociale),
 - **QALY** pour l'extrapolation médico-économique (gain de qualité de vie pondéré par les années de vie), **EQ-5D** (évaluation de la qualité de vie en santé),
- **Mise en place de protocoles légers** de recueil d'indicateurs sociaux (suivi de l'accès aux droits, amélioration de la situation sociale après accompagnement, etc.).

→ Discussion possible :

- Pourquoi le levier de la recherche est-il aussi peu investi ?
- Comment **rendre la production de données plus accessible** sans transformer les associations en "usines à statistiques" ?
- Peut-on **créer une dynamique collective** pour produire des **données utiles au plaidoyer** sans alourdir le travail de terrain ?

Le paradigme de la responsabilité

Comment passer d'un modèle de responsabilisation individuelle à un modèle de responsabilité collective ?

→ Constat :

- La lutte contre les ISS est souvent piégée dans une **logique libérale**, valorisant **l'empowerment individuel** ("chacun doit être acteur de sa santé") et **l'autonomie personnelle**.
- Cette logique est souvent inconsciemment relayée par **les associations elles-mêmes**, via leur promotion de **valeurs "positives"** (empowerment, autonomie) qui peuvent masquer **les contraintes systémiques**.

→ Enjeu :

- Cette valorisation inconsciente peut **renforcer une approche individualisante**, alors que les inégalités sociales de santé **résultent de déterminants collectifs** (logement, éducation, emploi, environnement...).

→ Discussion possible :

- Comment **rendre visible** que le "**choix individuel**" est largement constraint par **les conditions sociales** ?
- Comment **réorienter le discours associatif** pour valoriser **la transformation collective des environnements de vie**, plutôt que la seule responsabilisation individuelle ?
- Comment **positionner l'empowerment** dans une logique de **capacitation collective**, c'est-à-dire **d'action collective sur les conditions sociales**, et non simplement sur les comportements individuels ?

Les caractéristiques sociodémographiques des gouvernances associatives

Gouvernance des associations de patients : forces et limites

Constat

Les **dirigeants d'associations de patients** sont souvent des hommes, âgés, issus de **catégories socioprofessionnelles supérieures (CSP+)**. Cela influence **Les représentations dominantes** au sein des associations (valeurs d'autonomie, d'empowerment, de responsabilisation individuelle, bien être).

Enjeu

- **Décalage potentiel** entre les stratégies d'action défendues et les **réalités vécues par les publics les plus précaires**.

Pistes de solution

- **Diversification des profils** dans les instances dirigeantes : Favoriser l'accès à des **personnes issues de milieux populaires, à des femmes, des jeunes, etc.**
- **Renforcement de la démocratie interne** : Mécanismes pour **faire remonter la parole des adhérents et bénéficiaires** les plus précaires.
- **Formations politiques** pour les dirigeants associatifs :
 - Sur **les déterminants sociaux de santé**,
 - Sur **la critique du paradigme individualisant** (empowerment, autonomie).

Alliances stratégiques : Collaborer avec **associations de lutte contre la précarité, collectifs d'usagers** engagés sur les droits sociaux.

Discussion possible

- **Quels outils démocratiques** internes pourraient mieux garantir la représentation **des personnes les plus éloignées du pouvoir** ?
- **Comment mesurer** la représentativité réelle des associations dans les espaces de plaidoyer institutionnel ?