

Les inégalités sociales (de santé)

Synthèse des résultats

Une enquête de France Assos Santé Ile-de-France





INTRODUCTION

Contexte

Le territoire francilien est particulièrement marqué par les inégalités sociales de santé (ISS). Région la plus riche de France, c'est aussi en Ile-de-France que se trouve le département le plus pauvre de la métropole. Ces disparités se traduisent par des écarts d'espérance de vie considérables, parfois jusqu'à 12 ans entre certaines communes.¹ France Assos Santé Ile-de-France soutient toutes les associations qui accompagnent les usagers et sont confrontées quotidiennement à cet enjeu et aspire, plus que jamais, à la réduction de ces inégalités.

En matière d'ISS, conformément à son plan d'action, France Assos Santé Ile-de-France s'est fixé les objectifs suivants pour 2025 :

- Un diagnostic des pratiques et représentations des associations membres sur les ISS
- L'identification de pistes d'action inter-associatives en faveur de la réduction des ISS en Ile-de-France
- L'organisation d'un séminaire de partage des résultats de l'enquête
- La création d'un groupe de travail pour l'élaboration d'un plan d'action inter associatif en faveur de la réduction des ISS en Ile-de-France

Mener cette enquête auprès des associations membres ne revient pas à émettre un énième diagnostic sur une situation déjà largement documentée par une littérature académique de qualité. La finalité de cette enquête est le **passage à l'action dans l'élaboration d'une stratégie interassociative en matière de lutte contre les ISS**. En initiant cette démarche, France Assos Santé Ile-de-France exerce sa double fonction de **collectif interassociatif** et d'association défenseuse des droits de tous les usagers du système de santé.

¹ Eggerickx, T., Léger, J.-F., Sanderson, J.-P., & Vandeschrick, C. (2018). Inégalités sociales et spatiales de mortalité dans les pays occidentaux. Les exemples de la France et de la Belgique. *Espace populations sociétés*. 2018/1-2.

Protocole de recherche

Le Comité scientifique est composé de plusieurs membres de France Assos Santé Ile-de-France, bénévoles et salariés, ainsi que d'un sociologue :

- Thomas Sannié (AFH), Président
- Françoise Piqué Le Cun, membre du bureau (UFC - Que Choisir)
- Julie Giraud, coordinatrice régionale
- Arsène Le Maréchal, chargé de mission
- Nicolas Naïditch, sociologue PhD (ExpectPatient)

La grille d'entretien a été élaborée conformément aux objectifs de l'enquête :

1. Identifier **l'intérêt que portent les associations** sur les ISS.
2. Identifier **les pratiques et les actions menées** par les associations afin de prévenir et/ou de pallier l'impact des ISS.
3. Identifier **les difficultés rencontrées** par les associations relatives aux ISS.
4. Imaginer des **formes d'actions inter-associatives** afin de prévenir et de pallier l'impact des ISS.

Entretiens

La méthode d'entretien collectif, ou focus group, nous a semblé être le dispositif le plus pertinent pour engager les associations sur le sujet. Cette configuration permet de saisir les prises de position en interaction les unes avec les autres et non de manière isolée, et comprend à la fois l'analyse des significations partagées et des désaccords. En outre, nous avons souhaité enrichir notre analyse en interrogeant des bénévoles et salariés d'associations non-membres de France Assos Santé, disposant d'une expertise sur le terrain des inégalités sociales de santé. Au total, sept entretiens ont été réalisés entre mars et avril 2025 :

- Deux entretiens collectifs de sept et cinq participants issus d'associations membres de France Assos Santé Ile-de-France
- Cinq entretiens individuels avec des acteurs associatifs « hors-réseau », identifiés comme expert en matière d'action face aux ISS.

Conformément à la méthodologie de la recherche, les noms et associations des personnes interrogées ont été anonymisés. Nous avons en outre essayé, autant que faire se peut, de supprimer tout détail ou information dans les verbatims qui permettrait d'identifier la structure.

Planning de l'étude

2^e semestre 2024 :

Etat des lieux

Cadrage de l'enquête

Constitution du Comité scientifique

Enquête exploratoire : élaboration d'un questionnaire provisoire conforme aux quatre objectifs de l'enquête

Co-construction du Plan d'action 2025

Identification des associations engagées sur le sujet des ISS

1^{er} semestre 2025 :

Appel à manifestation d'intérêt

Elaboration des grilles d'entretiens et d'animation des Focus groups

Réalisation des entretiens individuels

Analyse des entretiens

Restitution partielle lors d'un événement inter-associatif

Rédaction du rapport complet d'analyse de l'enquête

Présentation des résultats aux associations membres

Constitution d'un groupe de travail interassociatif

Elaboration d'un Plan d'action inter-associatif en matière de lutte contre les ISS en Ile-de-France



SYNTHÈSE DE L'ANALYSE

Comment les personnes interrogées définissent-elles les ISS ?

1

Selon les personnes interrogées, il existe trois types d'inégalités sociales de santé : renforcées par le système de santé lui-même et les inégalités cumulées avec la trajectoire de la maladie, autrement dit la façon dont la maladie sera prise en charge et évoluera selon certains facteurs.

C'est le parcours de certaines personnes qui, en tout cas, ne peuvent pas poursuivre leur parcours de soins. Pour des raisons financières ou par manque de compréhension.

1.1. Facteurs aggravants : les déterminants sociaux de santé

Les entretiens traduisent la conviction que ce sont certains facteurs (conditions de vie, éducation, genre, milieu social) qui exposent les individus à un risque accru de maladie. Parmi ces facteurs aggravants :

➔ **Des conditions de vie précaires** : la surcharge de travail, une double charge domestique, le logement, l'alimentation, le stress chronique, etc.

« Le souci des femmes, de la mère de famille, passent après tout le reste. Il faut d'abord éponger, nettoyer la maison. »

« On accompagne des personnes très isolées. C'est un gros frein dans l'accès aux soins de ne pas être entouré. [...] Ne pas avoir quelqu'un pour parler de sa santé, de ce que le médecin a dit, des choses non comprises, etc. »

➔ **Le manque d'éducation à la santé** : ce faible accès aux connaissances de leur état de santé peut représenter une perte de chance dans la prévention et le repérage de certaines maladies.

« Selon l'origine, il existe des différences dans l'apprentissage du soin de soi. »

➔ **La priorité donnée à d'autres urgences vitales** : pour certaines catégories de population, la santé est reléguée au second plan, derrière les impératifs vitaux relevant de la survie quotidienne.

« 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 la santé. C'est des choses qu'on observe sur des ruptures [...] dans les parcours de soins de manière assez fréquente. »

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

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

➔ **Les inégalités d'accès aux soins selon le niveau linguistique, numérique ou socio-éducatif** : en dépit de sa vocation universelle, le système est ainsi fait qu'il est de plus en plus difficile d'accéder à certains services de santé. Le manque de maîtrise des outils numériques, l'analphabétisation numérique et les écarts de littératie en santé rendent l'ouverture des droits extrêmement difficile pour des publics non préparés, renforçant ainsi les inégalités sociales de santé contemporaines.

« Il y a des inégalités en termes de compréhension du système de santé, des difficultés pour les familles ne maîtrisant pas la langue, avec la peur d'aborder le système de santé. »

➔ **Les inégalités selon le genre** : certaines spécificités selon le genre sont relevées. Les hommes montrent moins d'adhésion aux pratiques de prévention, ils participent moins aux parcours de soins de suivi (en oncologie, par exemple), ils s'engagent moins que les femmes dans le suivi et la prévention des récidives. Du côté des femmes, une personne interrogée rappelle qu'une étude a montré que 80 % des femmes faisaient passer leurs proches avant leur propre santé. Cette situation débouche sur des conséquences graves notamment en termes de mortalité différenciée dans les urgences cardiaques.

« Les hommes ont leurs caractéristiques aussi. Si on regarde le tabagisme à l'école, si on regarde la façon dont on fait la prévention, accès au dépistage. Les hommes sont des scores les plus faibles. Dans la prise en charge des maladies comme le cancer, les hommes dans les soins de suite ne sont jamais présents. Ils ne sont jamais dans la prévention secondaire et tertiaire. Ils sont à un degré beaucoup plus faible que les femmes. »

➔ **Les inégalités économiques** : le coût de certains soins et les restes à charge qui peuvent conduire à des parcours de santé discontinus, voire à l'abandon des traitements. Dans certaines situations, 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.

« Chez les personnes âgées [...] c'est vrai que très souvent c'est un problème de budget, de financement du dentiste. Donc ils ne vont pas se soigner. »

➔ **Les inégalités de communication entre médecin et patient** : la faible adaptation des discours médicaux aux publics vulnérables, en raison d'une inadaptation des discours médicaux aux publics et faute de temps pour les soignants, accentuent les incompréhensions des personnes sur leur état de santé et sur les modalités de prise en charge. Le manque de pédagogie pour expliquer clairement les pathologies induit une méconnaissance des maladies par les patients et aggravent leur vulnérabilité face au système de santé : elles sont privées de l'information nécessaire pour accéder à l'innovation, aux essais cliniques, et ne leur permet pas de se soigner efficacement.

« Les personnes, on ne leur parle pas de la même façon. On ne leur propose pas les mêmes traitements. [...] Le médecin ne prend pas le temps d'expliquer aux personnes vraiment, en termes simples. »

➔ **L'utilisation de certains traitements** pouvant générer des dépendances : le désarroi médical face à certaines situation sociales complexes conduit à des recours à des traitements tels que les anti-douleurs pouvant créer des risques de dépendance médicamenteuse. Cela peut en outre aggraver la précarité par l'accoutumance médicamenteuse.

« Les médecins sont quelquefois désemparés pour suivre certains patients, et préconisent des médicaments, comme le tramadol, qui créent des accoutumances et des dépendances. »

➔ **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 de certains systèmes de transport adapté aggrave la situation, rendant les soins physiquement inaccessibles pour certains publics vulnérables.

« Il y a aussi une réalité physique et géographique, même en Ile-de-France, sur la proximité des lieux de soins, et la difficulté à trouver des spécialistes. On se rend compte beaucoup que la question des transports est cruciale, surtout pour des personnes vieillissantes ou en perte d'autonomie, qui n'ont pas forcément les moyens de se déplacer facilement, avec le système PAM qui ne fonctionne plus du tout en Ile-de-France, c'est une catastrophe. »

➔ **L'individualisation du système de soin**: la santé est perçue comme un problème individuel, occultant parfois les dimensions collectives et systémiques de la santé publique.

« 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. »

« Il y a un sujet, c'est la remise en question des personnes et pas du tout sur les actions collectives. »

Les personnes interrogées constatent une dégradation des indicateurs de santé publique (la mortalité infantile qui ne cesse d'augmenter, par exemple), ce qui est directement imputable à la précarité.

« On observe la dégradation constante d'un positionnement de la France sur la mortalité infantile. C'est vraiment dû à la précarité. »

Les personnes interrogées mettent en avant un paradoxe fondamental de notre système de santé : en dépit de sa **vocation universelle**, il prend mal en compte les inégalités sociales et **reproduit parfois certaines formes d'injustices**, les aggravant parfois.

1.3. L'effet des ISS sur la trajectoire de la maladie

Les entretiens révèlent que certaines pathologies chroniques produisent des effets cumulatifs sur les inégalités :

➔ **La stigmatisation de certaines maladies** : une personne interrogée décrit le tabou autour du VIH, par exemple. Certaines pathologies sont plus acceptables socialement que d'autres, ce qui marque une hiérarchie implicite. Ce stigmate peut conduire à un isolement social, voire à certaines difficultés de conserver un emploi.

« On travaille autour d'une pathologie qui est déjà discriminante [...]. Des faits avérés encore de refus de soins de certains professionnels sur des patients [...]. C'est notamment connu sur les dentistes, ce genre de profession. »

« C'était difficile [pour les personnes] qui certaines maladies parce qu'elles avaient peur d'être absentes assez souvent [...]. Elles avaient peur de perdre leur travail. »

➔ **Le renoncement aux soins** : pour des raisons de coût ou de priorisation des impératifs professionnels, certaines personnes doivent renoncer à une prise en charge, notamment pour éviter l'absentéisme professionnel. Ce phénomène est probablement accentué par la précarité propre au statut de certaines professions (les assistantes maternelles, par exemple).

« 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. Pareil pour les dents, les appareils auditifs. Il y a des choses, c'est vraiment un privilège de pouvoir y avoir accès. »

→ **La paupérisation liée à la maladie**: certaines pathologies chroniques conduisent à un appauvrissement et à un déclassement social, qui peuvent eux-mêmes entraîner plus de difficulté d'accès aux soins.

Une maladie peut entraîner une chute sociale et accélérer le cycle des inégalités, lorsque la peur de perdre son emploi détériore l'accès au système de soins et lorsqu'une maladie longue empêche de travailler.

« Le cancer, c'est une maladie qui paupérisé, donc qui ajoute des inégalités aux inégalités. »

Quel intérêt les associations portent-elles sur les ISS ?

2 En lien avec la façon dont elles définissent les inégalités sociales de santé, les personnes interrogées conçoivent certaines caractéristiques individuelles et sociales comme des points d'abord pour traiter les ISS. Elles portent leur intérêt sur plusieurs thématiques et développent un intérêt particulier pour certains enjeux, en mettant leur expertise au service de ces sujets.

Isolement

Certaines situations, qu'elles soient le fait de pathologies ou de situations sociales (publics précaires, personnes migrantes) ne sont pas toujours bien traitées par les professionnels de santé et par la société dans son ensemble. La stigmatisation de certaines maladies entraîne une peur d'être jugé et/ou rejeté, et pousse les

personnes à cacher leur état de santé. Dans ce contexte, les personnes s'isolent socialement, se retirent des démarches médicales et évitent certains soins jugés non prioritaires (les soins dentaires, par exemple). L'isolement affaiblit la capacité à suivre son parcours de santé, en effectuant moins de consultations et en interrompant certains traitements. Cette chaîne d'aggravation aboutit à la diminution du support social qui participe à la littéralité en santé.

« On a beaucoup de personnes qui sont isolées et sans aidant naturel. C'est plutôt l'association qui va jouer le rôle d'aidante. Justement dans l'accès aux soins, etc. Nous, on le théorise sous la forme d'un cercle vicieux c'est-à-dire que l'isolement entraîne un peu une rupture du parcours de santé. Cette rupture de parcours de santé isole de plus en plus les gens aussi. »

Logement

Les conditions de logement dégradées (surpeuplement, habitat dégradé par l'humidité, présence de plomb dans les bâtiments) exposent les habitants à des risques sanitaires majeurs : maladies respiratoires, saturnisme, aggravation de pathologies chroniques et risques pour la santé mentale. Selon les personnes interrogées, le changement de logement et l'amélioration des conditions de vie sont un moyen de limiter l'impact sur la santé. Or, l'absence d'alternatives résidentielles bloque toute solution : face à la rareté et au coût du logement, les familles priorisent le maintien dans leur domicile, même insalubre, au détriment de leur propre santé.

« 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. Nous faisons une visite à domicile, et là, nous nous apercevons qu'il y a du plomb dans le logement. Et là, on dévoile ce souci de santé. Et pour faire le diagnostic de saturnisme, il faut faire une prise de sang, une plombémie. On s'aperçoit que les familles sont réticentes à faire cet examen parce que ça ne va pas leur permettre d'avoir un logement. »

Instabilité résidentielle

Les familles précaires subissent de nombreux déplacements forcés (expulsions, hébergement temporaire et instable). Cette fragilité peut entraîner la perte fréquente de documents médicaux (carnets de santé, dossiers hospitaliers). L'absence d'historique médical complique le diagnostic et la continuité des soins, *a fortiori* pour les enfants. Dans cette perspective, les associations peuvent constituer la mémoire de ces personnes, comme le relèvent certains entretiens.

« On reçoit maintenant les enfants qu'on a suivis au début et qui sont devenus adultes. 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 » ? »

Communication

Le faible niveau de littératie en santé rend difficile l'expression de ses propres besoins médicaux. Cette difficulté s'ajoute à la surcharge professionnelle des soignants : ceux-ci disposent de moins de temps d'écoute, et sont moins en mesure de prendre le temps de donner des explications à leurs patients. Cela crée des incompréhensions, des non-suivis de traitement et peut accentuer des ruptures de parcours de soins.

« Ils ne comprennent pas tout ce que dit le médecin. [...]. Même si le médecin fait des efforts, il y a quelque chose qui n'est pas facile à entendre. »

Santé des femmes

Les femmes précaires, particulièrement les mères, sacrifient leur propre santé pour répondre aux besoins familiaux (logement, alimentation, éducation). La prévention et le suivi personnels sont souvent négligés au profit des responsabilités familiales. De plus, les femmes ont souvent la charge des enfants, et sont refusées par certains spécialistes, au motif que les enfants ne peuvent pas se rendre dans le cabinet médical.

Certaines femmes ne peuvent pas aller voir des praticiens parce qu'ils refusent de prendre les enfants. Elles ne peuvent pas faire garder les enfants à charge par d'autres.

Cette répartition inégale aggrave l'invisibilisation de la santé féminine et contribue à accroître les inégalités de genre en santé. Dans certains cas, la violence intrafamiliale peut aussi être un frein au parcours de soins.

Un système de santé centré sur le corps

Les associations interrogées mettent en lumière une faille majeure du système de soins, qui est la prise en charge du corps, sans penser tous autres aspects de la vie dans sa globalité. Si les associations valorisent l'accompagnement social comme un levier majeur d'intégration dans le parcours de soins, elles remarquent que le système ne propose pas de ressources pour trouver un logement, par exemple.

« Il y a juste le traitement qui est mis en place, mais l'hébergement est absent. Aucune possibilité de trouver un logement ou un hébergement pendant et après le traitement. 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. Ils sont là sans hébergement, les foyers ne prennent pas les personnes en traitement. »

Migration

Les entretiens révèlent une forte attention des associations portées aux personnes migrantes. En effet, ces dernières souffrent d'une accumulation de précarités en raison de leur situation. La barrière de la langue est un frein majeur aux soins, en l'absence d'interprétariat gratuit. De plus, l'accès aux droits est fortement contraint, il est limité à des conditions strictes dans le cas de l'AME. Le problème des délais administratifs qui peuvent causer une fin des droits entre deux titres de séjours, les difficultés de vie liées à un parcours de vie migratoire sont aussi évoquées par les personnes interrogées. Le fait de vivre dans des conditions de vie dégradées, par exemple ou de subir des violences intra-familiales peuvent entraver l'accès aux soins. Cela peut avoir pour conséquence la non prise en charge médicale en temps voulu, le renoncement aux soins par découragement ou par impossibilité logistique et le manque de prévention et de dépistage qui peut aggraver des pathologies non prises en charge.

« Pour les femmes migrantes, il y a le problème de l'interprétariat qui est payant, sans budget prévu. Il y a aussi la difficulté des femmes victimes de violences intra-familiales à se déplacer pour consulter, car leur téléphone et leurs sorties sont surveillés. »

Problèmes économiques

Les difficultés économiques des personnes précaires se conjuguent avec des problèmes structurels et conjoncturels de notre système de soins. En effet, la libéralisation progressive de la médecine induit une offre médicale plus rare et moins accessible, a priori chez les spécialistes. Cela cause par ailleurs des coûts supplémentaires pour accéder aux soins, des dépassements d'honoraires importants et le coût des examens de suivi ainsi que certains matériels médicaux (lunettes, soins dentaires, appareils auditifs). Cela a pour conséquence, chez les personnes concernées, d'être contraints à hiérarchiser les soins : les soins dits « de confort » deviennent inaccessibles pour les plus précaires ; certains traitements lourds deviennent financièrement sélectifs et les disparités dans l'accès à la santé se renforcent selon les ressources.

« Il y a les inégalités sociales, financières, [qui font] qu'effectivement des personnes vont retarder le temps du traitement de la maladie, et ce qui est quand même très préjudiciable, puisqu'en fait il y a une perte de chance importante. »

Les associations manifestent **un intérêt marqué** pour la question des ISS, qu'elles perçoivent comme directement reliée à leur mission d'accompagnement des usagers. Elles voient dans ce sujet une **grille de lecture** qui permet de donner du **sens et de la cohérence à des situations** qu'elles affrontent au quotidien.

Quelles actions les associations mettent-elles en place en matière de lutte contre les ISS ?

3

Même si 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 mode d'accompagnement. Elles sont souvent identifiées par les professionnels de santé comme relais privilégiés pour orienter les publics les plus fragilisés. Elles déploient plusieurs modes d'action afin d'accompagner au mieux les personnes et agir le plus possible pour lutter contre les ISS, en réançrant la santé comme une préoccupation essentielle dans des trajectoires de vie fragilisées. Les associations ont pour mission de positionner la santé comme une préoccupation essentielle dans des trajectoires de vie fragilisées. Les associations ont pour mission de réancker la santé comme une préoccupation essentielle dans des trajectoires de vie fragilisées.

« La réalité de notre association, c'est de remettre la santé au cœur de la vie et des préoccupations de ces personnes. »

1. Agir en prévention et aller au-devant des publics

Les associations interrogées agissent en double positionnement stratégique : la prévention et l'accompagnement social des malades.

➔ **En matière de prévention ciblée**, les personnes interrogées décrivent des interventions de chargés de prévention qui travaillent dans des communes précaires, des actions de prévention primaire dans les écoles, des actions de promotion du dépistage (prévention secondaire).

➔ **Actions d'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.

« Pour l'accompagnement des personnes malades, on a la 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. »

Cette double stratégie d'action préalable et postérieure à l'apparition de problèmes de santé est **efficace** mais repose largement sur des **ressources bénévoles**, révélant la **fragilité structurelle** de l'accompagnement associatif, quelque soit leur domaine d'expertise.

2. Développer la médiation en santé

Les associations mettent en avant la médiation en santé comme levier stratégique pour agir sur les ISS, et militent pour sa reconnaissance professionnelle. Elles peuvent employer des médiateurs en santé pour remplir plusieurs missions :

- ➔ Relier les professionnels de la santé et du social avec les patients
- ➔ Accompagner les démarches de soins
- ➔ Renforcer la compréhension du système de santé chez les plus vulnérables.

« Le premier levier, c'est clairement la question de la médiation en santé. Il y a pas mal de choses qui se font en ce moment pour un plaidoyer sur la reconnaissance du métier de médiation en santé. Nous on a deux médiatrices en santé dans notre équipe. Elles font du lien entre les professionnels de santé, les professionnels du champ social et les personnes. »

3. Soutenir l'accompagnement social

L'accompagnement social que les associations proposent peut revêtir plusieurs formes :

- ➔ Il s'agit **d'accompagnement administratif personnalisé**, comme l'explication de démarches de logement ou un travail sur les alternatives possibles (réaliser des travaux, obtenir un nouveau logement).
- ➔ Sur un temps plus long, les associations soutiennent les personnes sur le **plan juridique**, les aident à **défendre leurs droits sociaux** et les accompagnent vers une **autonomisation** dans leur parcours administratif.

« On est l'accompagnant, on explique ce qui peut être fait, ce qui ne peut pas être fait. On accompagne. Un accompagnement administratif et juridique. On se tient au courant de tout ce qui peut changer, on essaie de travailler en réseau pour les personnes qu'on ne peut pas suivre directement. »

4. Renforcer le lien social et la resocialisation

Les personnes interrogées organisent, avec les familles qu'elles accompagnent, des réunions inter-familiales régulières. Celles-ci garantissent des espaces de parole et d'échange et favorisent un soutien mutuel entre les publics concernés par des problématiques parfois communes.

Les associations sont aussi des acteurs importants dans la catalyse de la joie pour accompagner les personnes vivant avec une maladie ou un handicap. Elles organisent des activités et des espaces dédiés, individuels ou collectifs, visant à réactiver l'envie de prendre soin de soi. Elles mobilisent ainsi le plaisir comme un véritable levier de construction sociales et sanitaire. Cette approche montre qu'au-delà de l'intervention médicale ou sociale conventionnelle, le lien émotionnel et la construction du plaisir sont des leviers puissants contre les ISS.

« Notre association, lutte contre l'isolement social. Ils ont un mot qui s'appelle la mort sociale. Dans la mort sociale... c'est quand une personne ne parle avec personne pendant une semaine. Elle n'a aucun contact. Donc là, ils sont là pour faire cette rupture de cet isolement. »

5. Mieux intégrer les dimensions sociales dans la recherche

Le travail de terrain mené par les associations qui prennent en compte les facteurs sociaux devraient inspirer les initiatives de recherche pour sensibiliser la société dans son ensemble.

« On va entreprendre des actions auprès des professionnels de santé pour qu'ils fassent des enquêtes environnementales. Qu'ils prennent un petit plus de temps pour demander dans quelles conditions les gens vivent et ce que ça peut entraîner pour leur santé. Jusqu'à présent, ils nous ont tous dit qu'on n'avait pas le temps, mais il va falloir que ça change »

6. Sensibiliser les professionnels de santé

L'intervention de certaines associations dans le cursus de formation initiale des futurs professionnels de santé permet une sensibilisation précoce et l'intégration de la notion des inégalités sociales de santé.

« L'association a un gros service de plaidoyer et un objectif de transformation sociale. Elle propose de la sensibilisation auprès des personnels de santé, notamment les pharmaciens, qui sont des contacts privilégiés et de proximité. »

Il paraît également utile de former les médecins dès leurs études au travail de terrain et à l'aller-vers. Cette approche est un levier car il réoriente les représentations du métier médical vers une approche active et communautaire. Cela peut aboutir à 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.

Il semblerait également nécessaire d'associer les actions de prévention concrètes (pharmacies, quartiers) aux enseignements théoriques.

Des actions de sensibilisation ciblées auprès des professionnels de première ligne tels que les pharmaciens permettent d'améliorer l'accès et l'orientation des publics précaires. Les campagnes de communication portées par les associations et des rencontres organisées informent et mobilisent l'ensemble des professionnels autour des enjeux d'accès équitables aux soins.

Les associations traduisent leur intérêt pour les ISS en **actions concrètes**, souvent très proches du terrain. Elles interviennent comme **relais indispensables** entre les usagers et les institutions de santé. Ces initiatives visent à **compenser les défaillances** du système de soins et à **réduire les écarts d'accès aux droits** et aux traitements

Quelles sont les difficultés rencontrées par les associations face aux ISS ?

4

Les associations se heurtent à une combinaison d'obstacles systémiques ; malgré leur volonté et leur engagement, elles doivent naviguer dans un environnement défavorable qui ralentit et fragilise leur action en matière de lutte contre les inégalités sociales de santé.

« On a de la difficulté pour les associations d'avoir des financements pérennes qui puissent nous permettre d'agir sur le long terme en toute sérénité. »

1. La précarisation des moyens d'action

La recherche de financements exige beaucoup de temps et d'énergie pour les associations. Celles-ci passent un temps considérable à trouver des sources pécuniaires ponctuelles et instables, ce qui détourne les ressources humaines de la raison d'être première de ces structures : l'action sociale directe auprès des personnes accompagnées. En parallèle de la diminution des aides, les charges des associations augmentent, et mettent les associations sous pression financière constante (fonctionnement, amortissement, factures, loyers).

« Nous, on a beaucoup de mal, en fait, parce qu'on récupère des choses. On n'a pas de travailleurs sociaux, nous, dans l'association. On se retrouve parfois à devoir faire ce travail parce que ces postes-là sont soit non pourvus, soit surchargés. »

2. L'inadaptation de l'administration

Parallèlement à ces difficultés financières, les bailleurs de fonds exigent constamment des justifications sur l'impact des projets associatifs, alors que la lutte contre les ISS nécessite un temps long, et n'est pas nécessairement mesurable avec les critères d'évaluation conventionnels.

L'autre problème évoqué par les associations concerne l'organisation de l'administration, qui se caractérise par la fragmentation des dispositifs d'accompagnement et de prise en charge, notamment en raison d'un manque

d'Assistantes sociales qui puissent réaliser ce travail transverse. Ce cloisonnement institutionnel empêche une prise en charge globale et coordonnée.

« On travaille avec des hôpitaux et des services où il est censé y avoir des assistantes sociales. La plupart de ces postes sont non pourvus, il y a un fort turnover, ou ce sont des professionnels complètement débordés. Ça crée beaucoup de freins sur la gestion des situations et sur le suivi des parcours de soins. »

3. La fragilité du tissu associatif

Les ressources humaines déployées par les associations reposent souvent sur le bénévolat. Or, les équipes de bénévoles sont souvent vieillissantes et peinent à se renouveler. Les jeunes adultes sont en effet peu disponibles du fait de leurs contraintes familiales et professionnelles. Il ne leur est pas possible de s'engager de la même manière que les équipes de bénévoles précédentes. Du côté des équipes salariées, le manque de temps, l'accroissement des charges administratives usent progressivement les équipes et limitent leur capacité à se projeter dans l'avenir.

Le bénévolat « à l'ancienne », inscrit dans la durée et portée par une implication régulière, apparaît comme la norme des associations interrogées. Or, les nouvelles modalités d'engagement (missions ponctuelles, bénévolat à distance, projets courts), qui séduisent davantage les jeunes générations, ne sont pas encore explorées ou restent marginale. Cela ouvre un chantier stratégique : réfléchir à diversifier les formats d'implication pour attirer d'autres profils, répondre aux contraintes actuelles des bénévoles potentiels et renouveler le tissu associatif.

« On a du mal à trouver des personnes bénévoles et puis on est une population vieillissante en tant que bénévoles. On a du mal à faire adhérer des familles puisqu'elles ont leurs préoccupations, travail, enfants. C'est souvent des gens vieillissants. »

4. Le manque de relais dans les parcours de santé

Les personnes interrogées expriment leur difficulté à communiquer avec les plus publics les plus précaires. Ces populations sont difficiles à atteindre directement, malgré les efforts déployés par les associations.

Les entretiens révèlent également une défaillance d'orientation par les établissements de santé. Les professionnels de santé ne sont pas tous acculturés à diriger les publics vers les associations, coupant ainsi un relai essentiel d'accès aux droits et aux soins ainsi qu'une ressource d'accompagnement et de soutien social et psychologique pour ces populations fragiles.

« Il y a des ressources ressource parce que, d'une part, il y a les municipalités qui sont engagées. »

« Il y a un problème de communication à faire que les personnes les plus défavorisées nous contactent et nous rejoignent. Même si sur le département, on travaille bien en réseau avec les autres associations. Il y a une difficulté par rapport aux lieux de soins ; malgré le fait qu'on communique auprès d'eux ; ils n'orientent pas obligatoirement les personnes sur l'association. »

Les associations se heurtent à une **combinaison de contraintes** structurelles et conjoncturelles qui limitent leur action. Elles doivent composer avec des difficultés parfois **vécues comme des menaces** pour leur survie, et une reconnaissance institutionnelle encore inégale. Ces obstacles **fragilisent leur rôle** pourtant central dans la lutte contre les inégalités sociales de santé.

Quelles sont les pistes d'actions inter-associatives possibles ?

5

Les personnes interrogées suggèrent des pistes d'action à mener pour donner davantage de puissance à l'action sur le terrain. Ces projets concernent à la fois l'organisation d'un plaidoyer collectif et des modalités d'accompagnement des publics, en en mettant en commun des savoir-faire et une expertise pour produire plus d'effets.

→ Renforcer la coopération inter-associative

Le renforcement de la coopération inter-associative passe par plusieurs actions, telles que la **facilitation de rencontres** régulières entre les structures. Cela permet de se connaître, afin de mieux orienter les publics, en sachant vers quelle association les diriger. En dépassant la méconnaissance mutuelle, les mouvements associatifs peuvent **créer des synergies**, mutualiser leurs ressources et ainsi **optimiser l'accompagnement des personnes** précaires. Ce travail collectif peut considérablement **renforcer l'impact général de l'action associative** dans son ensemble.

En outre, apprendre à connaître ses pairs permet de faire connaître et de reconnaître progressivement les expertises des uns et des autres par les institutions, en passant d'un travail de terrain parfois marginalisé à une position de légitimité. Autrement dit, ce processus d'intégration stratégique permet d'être « pris au sérieux » par les pouvoirs publics. Cette union des forces est un impératif pour **surmonter les obstacles de tailles des structures, d'hétérogénéité de l'écosystème, de la divergence des priorités** selon l'histoire et la culture de chaque association.

« Déjà, de nous permettre de se rencontrer, je trouve que c'est très bien, parce que l'union fait la force. C'est par méconnaissance qu'on ne s'adresse pas à ces associations qui méritent d'être connues. En travaillant en commun, on va peut-être avancer, puisqu'on va pouvoir orienter des personnes différentes. »

→ Structurer un plaidoyer stratégique

Les personnes interrogées évoquent une forme de coopération inter-associative particulière, le plaidoyer. Il permet de **valoriser l'expertise spécifique des associations**, notamment leur proximité avec le terrain, et favorise **la construction d'alliances avec les professionnels de santé** pour crédibiliser le plaidoyer. Ce plaidoyer doit être pensé et adapté aux attentes institutionnelles, notamment en matière de mesure d'impacts des actions lorsque cela est possible.

Il doit aussi **prendre en compte les différences d'envergure de chaque association**, les plus petites bénéficiant d'un ancrage fort sur le terrain mais bénéficiant de moins de reconnaissance. Au contraire, les plus grandes structures peuvent jouir de **d'avantage d'écoute de la part des institutions** mais sont parfois organisées de telles sorte qu'elles sont parfois moins proches des réalités sociales. Le plaidoyer doit s'appuyer sur les forces des deux types d'associations, en valorisant à la fois **l'expertise de terrain et la capacité d'influence**.

Pour atteindre cet objectif, il est nécessaire que toutes les associations s'acculturent à cet enjeu. Elles doivent **monter en compétences sur le terrain du plaidoyer et se professionnaliser** à cette action afin de gagner en influence.

« Il y a une nécessité de plaidoyer. C'est l'expertise [des associations] dans le champ de la santé. 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. »

→ **Sensibiliser et ouvrir les institutions**

Afin de sensibiliser les institutions aux réalités de terrain et de renforcer le plaidoyer associatif, les associations estiment qu'il est important **d'inviter les partenaires institutionnels** aux évènements portés par les associations. Cela permet à ces derniers de rencontrer directement les bénéficiaires. Cette démarche peut, en outre, contribuer à **faire évoluer les pratiques de financements** en faveur de la lutte contre les ISS.

La création de liens humaine direct permet de **décloisonner les institutions et de changer les représentations**.

« 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. On le fait maintenant de manière assez régulière, tous les six mois. Pour aussi avoir un peu des alliés dans nos institutions, même si ce sont des techniciens. Il faudrait qu'on le fasse avec des décideurs, des gens qui ont des responsabilités stratégiques et politiques. »

→ Le rôle de France Assos Santé comme fédération et porte-voix collectif

France Assos Santé incarne un rôle majeur pour rompre le cloisonnement voire l'isolement des associations. Elle peut avoir une fonction motrice pour **rassembler et coordonner les associations**.

En outre elle est un levier pour **écouter les difficultés et les faire remonter** pour porter une parole commune auprès des institutions afin de faire évoluer les choses. Cette parole unifiée auprès des décideurs publics peut **influer sur les politiques publiques**, les représentations et les pratiques institutionnelles.

France Assos Santé représente cette dynamique de regroupement, cette capacité d'écoute aboutissant à une représentation politique collective qui **amplifie la voix du terrain auprès des institutions** et agit efficacement contre les ISS.

« Le rôle peut-être de France Assos Santé, c'est justement de fédérer toutes les associations, d'entendre les difficultés et de pouvoir porter la parole des associations pour faire changer les choses, pour faire évoluer. »

On peut souligner le rôle-clé de France Assos Santé IDF dans la **formation des associations au plaidoyer**. L'offre de formation gratuite destinée aux membres concerne la construction d'un avis, d'une position, ce qui peut être **une forte valeur ajoutée au travail de plaidoyer** que l'association entreprend.

Nonobstant le **contexte instable** et fragilisant dans lequel les associations tentent d'exercer leurs missions, le travail interassociatif représente un **levier majeur d'action pour la lutte contre les ISS**. Sans pour résoudre toutes les contraintes de ressources auxquelles les associations doivent faire face, la synergie entre les structures, catalysée par la **fonction motrice et fédératrice de France Assos Santé IDF** peut s'opérer et accompagner favorablement les associations.



PERSPECTIVES ET DISCUSSION

Face à la complexité des inégalités sociales de santé en Île-de-France, cette étude montre que les associations **développent des initiatives**, mais souffrent d'un relatif **isolement** et d'un sentiment d'épuisement. L'approche révèle un paradoxe majeur : alors que les associations sont aux avant-postes de la lutte contre les ISS, elles peinent à **faire reconnaître la valeur de leurs actions** dans un système institutionnel encore trop cloisonné. Les pratiques observées dessinent pourtant les contours d'une conception plus juste de la santé : ancrée dans les territoires, centrée sur les déterminants sociaux, coconstruite avec les publics et faisant participer tous les acteurs, patients, bénévoles, professionnels. A partir de cette enquête et des réactions livrées par nos associations lors de la présentation de notre travail en septembre 2025, **des pistes d'actions concrètes se dessinent**.

1

Diffusion des savoirs et des pratiques

Afin de donner un maximum de poids aux démarches des associations qui luttent contre les ISS, les participants préconisent de propager les connaissances sur le sujet ainsi que les modalités d'action efficaces auprès de tous les acteurs. En ce qui concerne les savoirs, ils sont indispensables pour sensibiliser les pouvoirs publics et les RU qui bénéficient d'une position idéale dans les instances de démocratie en santé.

Objectifs du groupe de travail

- ➔ Déterminer des modalités de diffusion des données relatives aux ISS auprès des pouvoirs publics, des acteurs de la santé et du grand public
- ➔ Mettre en place un guide de bonnes pratiques à destination des associations, des RU et des professionnels de santé

- ➔ Réaliser une cartographie des acteurs impliqués dans la lutte contre les ISS en Ile-de-France
- ➔ Valoriser le travail des associations en matière d'ISS à destination des institutions et du grand public.
- ➔ Former les RU à la problématique des ISS pour porter le sujet à la CRSA et dans les CDU.

2 Coordination

Les associations interrogées identifient clairement que les CPTS et, plus largement, l'exercice coordonné entre professionnels de santé, acteurs paramédicaux et sociaux représentent des leviers majeurs pour réduire les ISS. Elles mettent en avant plusieurs apports : faciliter l'accès aux soins pour les publics éloignés, structurer des parcours de santé territoriaux adaptés aux besoins, décloisonner les pratiques médico-sociales et mieux intégrer la prévention dans les territoires.

Objectifs du groupe de travail :

- ➔ Recenser, faire connaître et diffuser les modalités de coopération à destination des associations luttant contre les ISS, notamment par des événements et des rencontres.
- ➔ Imaginer les outils pouvant aider les associations à renforcer leur coopération avec les acteurs territoriaux (CPTS, MSP, CTS).

3 Plaidoyer

L'union faisant la force, il est nécessaire de construire un plaidoyer commun, en unissant le plus grand nombre d'associations possibles. Pour consolider notre démarche, il est par ailleurs envisageable de travailler avec des structures qui ne font pas partie du réseau de France Assos Santé IDF afin de réaliser un plaidoyer de la plus grande envergure possible.

En outre, afin de renforcer le poids de l'argumentaire destiné aux pouvoirs publics, il est nécessaire d'étayer notre discours de données scientifiques solides. Outre le riche corpus consacré aux ISS, les indicateurs démographiques et épidémiologiques publics sont des outils efficaces pour démontrer à la fois

l'aggravation des inégalités depuis vingt ans, mais aussi l'urgence d'élaborer et d'appliquer une stratégie régionale coordonnée de lutte contre les ISS en Ile-de-France.

Objectifs du groupe de travail :

- ➔ Allier le plus grand nombre d'associations possibles à notre démarche de plaidoyer.
- ➔ Elaborer et mettre en œuvre un plaidoyer adapté aux élections municipales de 2026.
- ➔ Mettre en avant les mesures urgentes à destination des pouvoirs publics dans le cadre de la lutte contre les ISS.
- ➔ Organiser un évènement inter-associatif pour faire connaître le plaidoyer

France Assos Santé Ile-de-France remercie toutes les personnes, bénévoles et salariées, qui ont contribué à cette enquête et dont la mobilisation est essentielle pour relever le défi des inégalités sociales de santé en Ile-de-France.



