



© Mélio Lammuzel

## Cheikh Ibra Fall : l'homme qui court

Déjà quatorze ans que l'Université d'été existe, et Cheikh Ibra Fall n'en a quasiment manqué aucune. Et pour cause ! Pour lui, Besançon est un creuset où l'on partage les meilleures expériences dans de nombreux domaines. Le sien, c'est l'assurance maladie. Rien ne le prédestinait à devenir « Monsieur Protection sociale » comme l'appelle affectueusement Omar Brixi, en charge du module « Santé et travail ».

Dans les années quatre-vingt, salarié d'une entreprise industrielle, gestionnaire de formation, Ibra est appelé à remettre un peu d'ordre dans la gestion de la caisse d'assurance maladie (IPM) de son entreprise. Et trente ans après, il est le président de l'ensemble des cent trente caisses du Sénégal et contribue à la création d'un système de couverture maladie universelle. Quand son gouvernement a décidé de mettre en place la CMU, Ibra Fall était prêt et « outillé », grâce à l'Université d'été ! Les questions posées, dit-il, sont finalement assez proches : comment faire face à des dépenses en augmentation dans un contexte de raréfaction des ressources ? Comment prendre soin des plus jeunes au Sud, des plus âgés au Nord, sans risquer de déséquilibrer l'ensemble du système de protection sociale ? Il lui reste cependant un nouveau défi à relever : construire un système d'information performant pour finaliser l'ensemble et faciliter les échanges entre les acteurs du système de santé. Sa passion pour l'informatique sera un atout.

Si Ibra a construit des ponts entre le Nord et le Sud sur les questions de protection sociale, il a aussi réussi à rapprocher les rives du Doubs de la Corniche de Dakar. À 58 ans, à Besançon comme au Sénégal, il longe l'eau en courant. Son jogging matinal est une habitude jamais abandonnée depuis ses années de fac où il faisait des parcours sportifs avec ses amis. Mais ce rituel n'est pas le seul. Chaque matin, il écoute RFI ; et depuis plus de dix ans, ne manque pas « Priorité santé », l'émission de Claire Hédon. Ce matin, elle était là ! À Besançon ! Et Ibra Fall avait rendez-vous avec un « mythe » ! Il rêve de remplir un théâtre avec une conférence de Claire. Peut-être qu'avant qu'elle ne reparte, il lui offrira un ouvrage d'Ousmane Sembène. Il aime offrir des livres. Il nous conseille la lecture de « Bouts de bois de Dieu ». Une autre façon de créer un pont.

Anne LAURENT

# Inégalités de santé : l'impuissance publique

Les inégalités de santé sont observées en santé publique et par les pouvoirs publics depuis fort longtemps. En revanche, les inégalités sociales de santé (ISS) constituent un concept utilisé régulièrement depuis une quinzaine d'années seulement. Si les ISS sont devenues une préoccupation de toutes les politiques de santé publique, c'est qu'elles mettent en question les priorités, les stratégies et les modalités d'intervention et peut-être, au-delà, notre organisation sociale et politique dans son ensemble.

Ce n'est donc pas un hasard si l'Université en santé publique de Besançon consacre à ces questions trois temps forts : l'enregistrement dimanche soir, avec des participants, d'une émission spéciale de Priorité Santé par la station de radio RFI<sup>1</sup>, la conférence d'ouverture de l'Université consacrée à l'action de lutte contre la grande pauvreté d'ATD Quart Monde par sa présidente, Claire Hédon, et enfin, le démarrage d'un module sur les inégalités sociales de santé.

## Du nord au sud, constat d'échec de la lutte contre les inégalités sociales de santé

Quels points communs les six invités de l'émission Priorité Santé pouvaient-ils trouver dans les efforts contre les inégalités de santé de leurs pays respectifs : la France, le Québec, la Belgique, le Burkina Faso et Madagascar ? Sans doute cette même lutte contre les inégalités de santé, même si dans les pays du Nord, les difficultés d'accès à la santé concernent surtout 20 % de la population... et près de 80 % dans les pays du Sud. Et peut-être aussi le même constat d'une relative inefficacité des politiques de santé mises en place pour lutter contre ces inégalités. Dans les pays riches, où le niveau de vie moyen s'accroît régulièrement, la persistance voire l'aggravation des ISS vient remettre en question les politiques publiques et l'organisation sociale. Il en est ainsi de la couverture maladie universelle mise en place par la France, mais dont « la complexité administrative conduit 30 % des ayants droit potentiels à y renoncer », souligne François Baudier, organisateur de

l'Université de Besançon et l'un des invités de l'émission. Dans les pays plus pauvres, « où le prix des soins est inaccessible pour près de 80 % de la population de Madagascar, la nécessité d'agir et de renforcer la prévention est une évidence », affirme Patrick Johannes, chef de programme à AMA-DEA, association d'aide humanitaire pour le développement durable en zone rurale et la protection des enfants. Tous les invités s'accordent à penser que la prévention sous forme de messages présente peu d'intérêt (les fameux « cinq fruits et légumes par jour » du Plan national nutrition santé en France) et qu'il conviendrait d'agir davantage sur les conditions économiques, les systèmes éducatifs ; agir sur les déterminants de santé plutôt que sur leurs conséquences.

C'est cette même conclusion que nous amenait à partager Claire Hédon en conférence d'ouverture, en parlant « d'indivisibilité des droits » (à la santé, au logement, à l'éducation, à un revenu décent...). Mais en insistant aussi sur l'impérieuse nécessité d'associer les personnes concernées aux mesures prises pour elles, sous peine de rendre ces solutions totalement inefficaces, incomprises, voire humiliantes.

## Les ISS, conséquence d'une distribution injuste des déterminants de santé

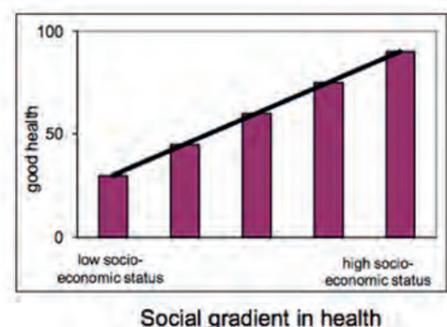
L'un des nouveaux modules de cette 14<sup>e</sup> Université de Besançon est, par ailleurs, consacré à cette question des inégalités sociales de santé. Ce terme désigne « essentiellement le résultat, le produit final des autres inégalités sociales structurelles qui caractérisent un pays à un moment donné de son histoire et de son développement économique » (Pierre Aïach, Didier Fassin).

C'est sans doute la limite majeure du système de santé français, où les soins sont de très bonne qualité, où l'espérance de vie est parmi les plus longues mais où les inégalités face à la santé s'aggravent, notamment entre catégories sociales. L'espérance de vie des ouvriers est inférieure de neuf années à celle des cadres

et les écarts sont encore plus élevés si l'on considère l'espérance de vie en bonne santé. Sur le plan des ISS, la France est au dernier rang des pays de l'Europe de l'Ouest à niveau socio-économique comparable.

« Les disparités observées dans l'état de santé entre les groupes sociaux sont la conséquence d'une distribution inégale et injuste des déterminants de santé » affirme Chantal Vandoorne, l'une des animatrices du module.

Les inégalités sociales de santé ne sont pas synonymes de pauvreté. Elles se distribuent selon un gradient social, c'est-à-dire que la fréquence (par exemple d'un problème de santé) augmente régulièrement des catégories les plus favorisées vers les catégories les plus défavorisées.



Si par nos interventions nous ciblons les 10 % les plus pauvres, nous passons à côté de l'essence du problème que sont les inégalités de santé (Marmot, 2009). La recherche d'équité impose d'agir non seulement auprès des plus pauvres, mais pour tout le monde et à tous les niveaux (Mooney, 1999).

Les ISS décrivent donc l'organisation structurelle, sociale et la répartition des richesses de nos sociétés. De façon plus proche et plus quotidienne, elles nous interrogent sur la place accordée à chacun et sur l'importance que nous donnons au droit à disposer de dignes moyens d'existence.

Alain DOUILLER  
et Mohamed BOUSSOUAR

<sup>1</sup> Emission que vous pouvez écouter en intégralité sur Internet : <http://www.rfi.fr/emission/20170703-reduire-inegalites-sociales-sante>



© Mélio Lannuzel

## IDÉES REÇUES EN SANTÉ PUBLIQUE

### Les femmes se servent de l'IVG comme d'un moyen de contraception...

**FAUX !** Le nombre d'interruptions volontaires de grossesse (IVG) réalisées en France était de 218 100 en 2015<sup>1</sup> ; il se situe chaque année autour de 220 000 depuis 2002, avec de légères fluctuations annuelles.

Les femmes de 20 à 24 ans restent les plus concernées, avec un taux de 27 IVG pour 1 000 femmes, tandis que les taux continuent à décroître chez les femmes de moins de 20 ans, atteignant 7,6 recours pour

1 000 femmes parmi les 15-17 ans et 19,5 parmi les 18-19 ans.

Or, l'analyse des causes d'IVG fait apparaître des taux d'échecs non négligeables de la contraception : trois avortements sur quatre sont réalisés chez des femmes sous contraception avec, « dans 42 % des cas, une contraception qui reposait sur une méthode médicale, théoriquement très efficace (pilule ou stérilet) »<sup>2</sup>.

La question est donc de savoir pourquoi, en France – un des pays où le taux de contraception est le plus élevé<sup>3</sup> – le nombre d'IVG reste à la fois élevé et stable. Le recours à l'IVG apparaît plus comme résultant d'une inadéquation entre les méthodes contraceptives prescrites et le mode de vie des femmes qu'à un problème d'accès à la contraception.

Anne SIZARET

<sup>1</sup> Vilain A. Les interruptions de grossesse en 2015. Etudes et résultats 2017-06 ; 968 : 6 p.

<sup>2</sup> Aubin C., Jourdain-Menninger D., Chambaud L. La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence. Paris : IGAS, 2009, 99 p.

<sup>3</sup> Institut national des études démographiques (Ined). Contraception : méthode contraceptive pour 100 femmes âgées de 20 à 44 ans [Page internet]. Paris : Ined, 2017. En ligne : <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/avortements-contraception/principale-methode-contraceptive/>

## MARTINE BANTUELLE : JE NE SERAIS PAS ARRIVÉE LÀ SI...



© Mélio Lannuzel

« Au commencement il y a eu 1968, un temps d'ouverture extraordinaire, très prégnant dans mon histoire. Une ouverture de la parole, de l'expression, un immense espoir de renouveau, de rupture avec la génération précédente, et pour moi, qui avais 18 ans, avec un modèle parental et familial que je ne voulais pas suivre.

Au début de ma vie professionnelle, je ne savais pas que j'allais faire de la santé publique, je ne savais même pas ce que c'était, la santé publique ! J'ai travaillé pendant dix ans dans le secteur social avant d'arriver dans le champ de la santé. Mon travail consistait à apporter un soutien et des réponses en termes de services à des familles. Je ne me situais alors pas du tout dans une dynamique de type communautaire et cela me laissait insatisfaite. J'avais l'impression de recommencer toujours les mêmes choses, je n'arrivais pas à obtenir des effets durables.

À cette époque, beaucoup d'associations se sont créées dans le champ de la prévention. J'y ai vu des possibilités de réorienter ma vie professionnelle et d'avoir plus d'impact. J'ai été engagée par l'ASBL (association sans but lucratif) Educa Santé. Rapidement, j'ai constaté qu'il me manquait des connaissances dans le domaine de la santé. Le secteur de l'éducation pour la santé était alors très médical. Après sont arrivées des personnes comme Michel Demarteau, qui est psychopédagogue, mais ça a pris du temps avant de s'ouvrir aux sciences humaines.

Dans ce nouveau secteur, j'ai pu mobiliser des stratégies de démarche communautaire – j'ai fait de l'alphabétisation, de l'animation de quartier, de la participation communautaire ; j'ai frappé à toutes les portes, parlé avec les gens, "qu'est-ce que vous voulez qu'on fasse ?"... et le personnel médical se disait, "mais qu'est-ce qu'elle fait là ?" Alors, pour me donner plus de crédibilité, j'ai suivi une formation universitaire organisée sous l'égide de l'OMS, sur "l'organisation et l'évaluation des soins de santé primaire" qui m'a donné des ouvertures sur le milieu de la santé. C'était dans la suite de la conférence d'Alma-Ata, qui s'est concrétisée chez nous par la structuration des centres de santé et des maisons médicales. J'ai été sollicitée pour intervenir dans des services de santé, des maisons médicales, pour animer des groupes de patients : "Tu peux venir faire quelque chose sur le tabac ?"... J'ai essayé de rassembler de l'information, de la documentation, mais à l'époque tout ce qui existait tenait en deux caisses ! C'était le début des années quatre-vingt et de la mouvance de l'éducation pour la santé.

À ce moment-là, je me suis particulièrement impliquée dans la prévention des accidents domestiques. Assez rapidement, j'ai regardé ce qui se passait ailleurs et j'ai rencontré François Baudier, qui travaillait beaucoup sur ce sujet à Besançon. Nous avons organisé des échanges d'évaluations avec Colette Ménard et Anne-Marie Palicot : elles sont venues en Belgique évaluer un programme que je développais et j'ai évalué des expériences pilotes dans six villes françaises avec Chantal Vandoorne. Cela n'a nécessité aucun budget spécifique car c'était un échange ! J'ai eu la chance de travailler avec des Suisses, de suivre une formation au Québec avec Pierre Maurice, en 1992, sur la prévention des traumatismes et la promotion de la sécurité.

Enfin, une ministre a décidé qu'il fallait une vraie loi, en fait un décret sur la promotion de la santé. Cela a promu des activités, des stratégies de promotion de la santé qui existaient mais qui n'étaient pas reconnues.

Mon évolution professionnelle reflète les opportunités qui se sont offertes à moi et les rencontres extraordinaires que j'ai faites. Si j'étais restée seule dans mon coin, je ne serais pas arrivée là ! »

Propos recueillis par  
Christine FERRON

## ÉCHOS DES MODULES

### RI

Qu'est-ce qui nourrit plus l'autre : le terrain la recherche ? ou la recherche le terrain ? C'est une bonne question, mais on n'y répond pas.

### CPS

Ce qui me gêne dans « estime de soi » c'est qu'on isole. On est tout seul dans l'estime de soi, même si c'est la base de la relation.

En quoi les CPS participent-elles de la promotion de la santé ? En acceptant que d'autres personnes assument d'autres choix que ceux qui sont prescrits par les professionnels. Cela doit favoriser la tolérance et le vivre ensemble.



© Mélio Lannuzel

### Territ

Au début du XX<sup>e</sup> siècle il y avait le fantasme qu'on allait tout soigner, tout guérir grâce aux progrès technologiques. Dans la deuxième partie du XX<sup>e</sup> siècle, c'est la désillusion du tout soignable avec l'irruption du sida et on est clairement dans l'instauration d'une politique préventive.

### Trav

Pour définir le travail, on a retenu la notion de travail décent, c'est-à-dire un travail productif qui donne une certaine dignité, exécuté dans des conditions sécuritaires, sans excès de pénibilité et qui permet de subvenir aux besoins de sa famille.

Un agriculteur qui achète un tracteur de 120 000 € considère que c'est un investissement alors que s'il consacre 10 000 € à la prévention des risques dans son entreprise, c'est une charge.

Ne jamais sous-estimer la moindre intelligence.



© Mélio Lannuzel

mardi 4 juillet 2017

Le Temps de l'Université - n°2  
est réalisé dans le cadre de l'Université d'été francophone en santé publique

Rédacteur en chef  
Alain Douiller – Codes de Vaucluse

Rédacteurs  
François Baudier – EHESP  
Mohamed Boussouar – Ireps Auvergne-Rhône-Alpes  
Roberte Cressier – Université de Franche-Comté  
Christine Ferron – Fnes  
Anne Laurent – SFSP  
Anne Sizaret – Ireps Bourgogne-Franche-Comté

Secrétariat de rédaction  
Marie-Frédérique Cormand – Santé publique France

Photographe  
Mélio Lannuzel – Institut supérieur des beaux-arts de Besançon

Création graphique et maquette  
Jean-Luc Bonvalot – ARS Bourgogne-Franche-Comté

Tirage : 300 exemplaires

Université d'été francophone en santé publique  
UFR Sciences médicales et pharmaceutiques  
19, rue Ambroise-Paré – CS 71806 – 25030 Besançon Cedex - France  
Tél. : 03 81 66 55 75 – E-mail : [roberte.cressier@univ-fcomte.fr](mailto:roberte.cressier@univ-fcomte.fr)

