



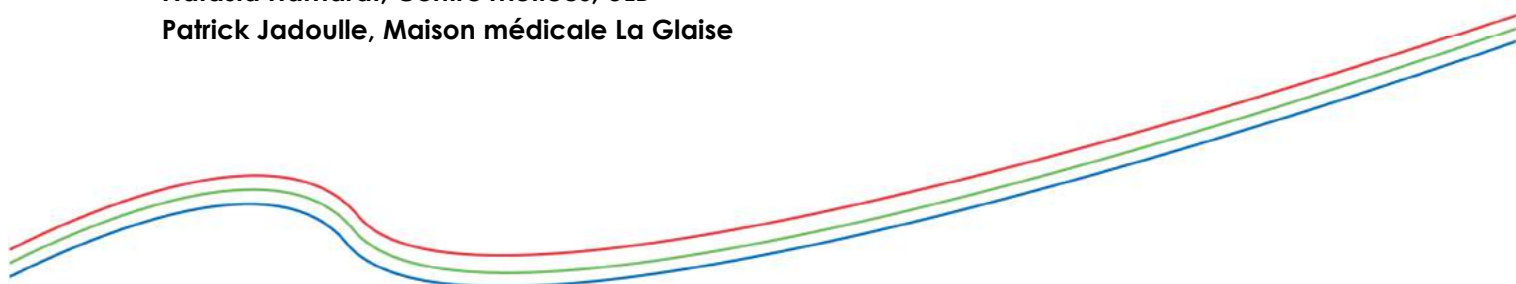
# Inégalités sociales de santé et trajectoires de vie



*Séminaires sur les inégalités sociales de santé  
Synthèse du 23 octobre 2018*

## Intervenants

Willy Lahaye et Anne Wasterlain, U Mons  
Natasia Hamarat, Centre Metices, ULB  
Patrick Jadoulle, Maison médicale La Glaise



## **Table des matières.**

Parentalité en situation de vulnérabilité et parcours de vie : recherche exploratoire sur les facteurs de résilience des mères en errance, par Anne Wasterlain et Willy Lahaye

Influence des conditions sociales d'existence sur l'apparition du cancer et notamment le cancer du sein, par Natasia Hamarat.

L'accessibilité aux soins pour les personnes en situation de grande vulnérabilité, par le Dr Patrick Jadoulle.

## **Introduction**

L'ampleur et la persistance des inégalités sociales face à la santé interpellent. Alors que dans nos pays à revenu élevé la santé de la population est en constante amélioration, d'importants écarts persistent et se creusent entre les groupes sociaux.

Les études de santé publique soulignent combien la santé est déterminée par les conditions familiales, sociales, économiques, culturelles et politiques. La perspective du parcours de vie apporte un nouvel éclairage en permettant d'étudier les trajectoires des individus, issues des interactions entre situation familiale, vie professionnelle et état de santé. Ainsi, la santé d'un individu évolue au cours de la vie. Loin d'être statique et déterminée uniquement par l'héritage génétique, la santé est au contraire évolutive en fonction de l'âge. Elle s'adapte en permanence en fonction du contexte de vie.

Si elle évolue au cours du temps, la santé traverse également des périodes de vulnérabilité en fonction des âges et des événements de la vie, remettant perpétuellement en question l'équilibre atteint.

Avec des illustrations issues des recherches en psychologie sociale et en sociologie de la santé, ce séminaire illustrera comment les trajectoires de santé ne suivent pas un schéma linéaire mais s'expliquent aussi par les événements de la vie sociale des individus.

Willy Lahaye, professeur de psychologie à l'UMons, présentera les résultats d'une étude menée sous sa direction portant sur la parentalité en situation vulnérable en lien avec les trajectoires de résilience familiale. Il décrit au travers de cette recherche, les apports du récit de vie comme outil d'élaboration et d'analyse du regard que les parents associent à leur propre trajectoire de vie. Cette analyse ouvre alors sur de nouvelles opportunités de développement et de renforcement de leurs capacités de résilience.

Natasia Hamarat, sociologue de la santé au Centre Meticos de l'ULB, abordera la question de l'association entre les conditions sociales d'existence et l'apparition du cancer et notamment le cancer du sein. Elle montrera que, comme c'est le cas pour toutes les maladies, les inégalités économiques et sociales influencent l'incidence, la survie et la mortalité. Par exemple, les femmes appartenant aux catégories sociales les plus défavorisées sont moins prises en charge en prévention secondaire du cancer du sein. En Belgique, dans les trois régions, la couverture totale du dépistage des femmes précarisées est inférieure de 13 % à celle des femmes plus favorisées.

Patrick Jadoulle, médecin de la Maison médicale « La Glaise » de Marchienne-au-Pont, questionnera le problème de l'accessibilité aux soins pour les personnes en situation de grande vulnérabilité. Il abordera notamment l'accessibilité sous l'angle de la proximité géographique, de l'accessibilité financière par l'intermédiaire du forfait, de l'accessibilité par l'approche multidisciplinaire mais centralisée des soins, de l'accessibilité par la rencontre des personnes vulnérables dans le cadre de projets spécifiques.

## **PREMIERE PARTIE : Parentalité en situation de vulnérabilité et parcours de vie : une recherche exploratoire sur les facteurs de résilience des mères en errance.**

Cette recherche poursuivait deux objectifs :

- Explorer les formes des différents parcours de vie des mères en errance et le sens qu'elles attribuent à la parentalité
- Identifier les facteurs de résilience.

Les deux questions de recherche portaient sur :

- L'identification du vécu et du ressenti des mères en errance, ainsi que sur
- L'identification des facteurs de résilience exprimés par les mères.

Comprendre le sens et le lien que les mères attribuent à la parentalité nécessite de se référer à la théorie de l'attachement, développée par John Bowlby.

Selon cette théorie, la proximité physique (voire la disponibilité) de la mère satisfait un besoin primaire de ; l'enfant, besoin essentiel à son développement mental et à l'éclosion de sa sociabilité.

Une expérience menée par une psychologue en 1963 (Mary Ainsworth, collaboratrice de Bowlby) a consisté à induire un léger stress auprès d'enfants d'1 an par le départ et le retour à plusieurs reprises de sa mère à intervalles réguliers. Il s'agissait d'analyser les modèles internes opérants produits par les interactions précoces entre la mère et son enfant.

Les observations effectuées ont pu identifier trois typologies d'attitude :

- Un **attachement qui paraît anxieux-évitant** par le fait que l'enfant ne semble pas affecté ni par le départ, ni par le retour de sa mère.
- Un **attachement sécurisé** par un comportement de protestation lors du départ de la mère et par un soulagement à son retour, avec recherche de proximité,
- Un **attachement anxieux-résistant** ou ambivalent par le fait que l'enfant exprime sa protestation lors du départ du parent (anxiété de séparation) mais comportement de rejet et de rapprochement à la fois lors du retour.

Les proportions des trois catégories offrent une régularité assez surprenante avec 22 % des enfants anxieux évitants, 66 % des enfants sécurisés et 12 % d'enfants anxieux résistants.

L'étude a permis de repérer les facteurs prédisposant aux comportements plutôt sécurisés ou anxieux. Ainsi, le parent en capacité de percevoir et d'interpréter de façon adéquate les signaux et demandes implicites de son enfant et d'y apporter une réponse appropriée et satisfaisante, favoriserait l'attachement sécurisant.

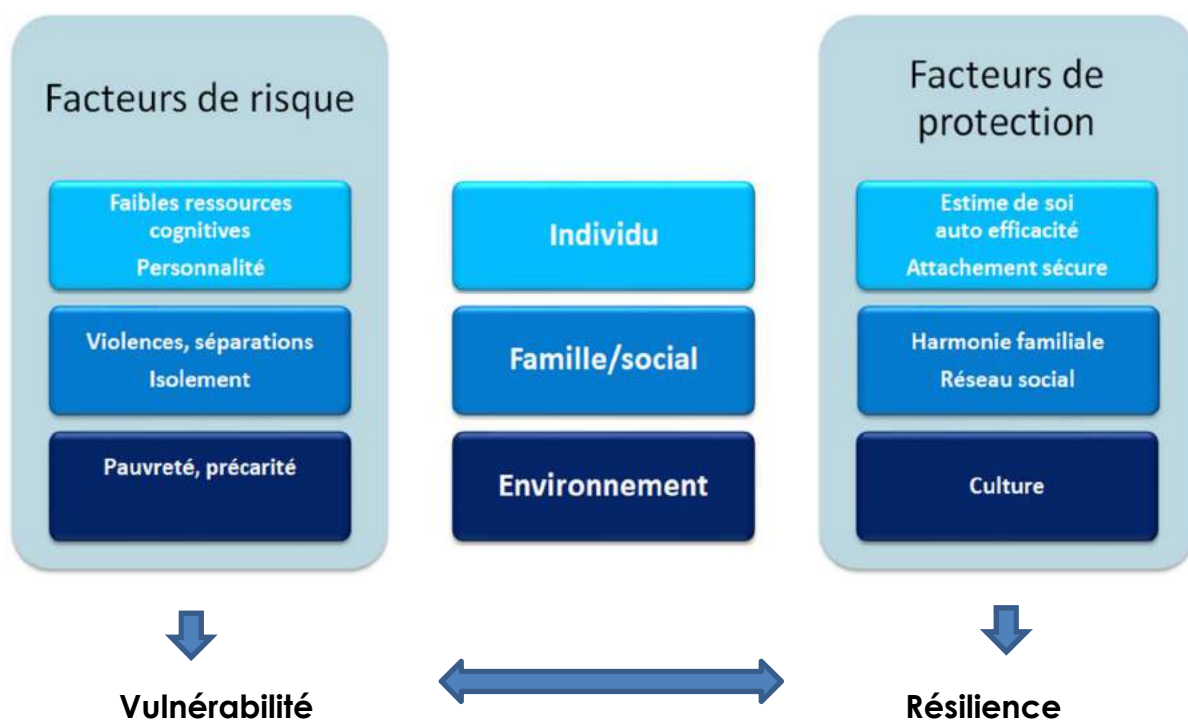
Par contre, une mère qui rejeterait ou ne comprendrait pas les demandes de son enfant a plutôt tendance à manifester de l'aversion face au contact physique et à n'exprimer que peu d'émotions et de sentiments à l'égard de son enfant. Cette attitude favoriserait un attachement anxieux.

On comprend dès lors aisément l'importance primordiale de la qualité des premiers liens mère-enfant. Des études ultérieures ont cependant montré qu'il pouvait exister plus d'une seule figure d'attachement possible (le père, la famille ou des professionnels de l'enfance).

L'attachement revêt une fonction adaptative à la fois de protection et d'exploration. La mère, ou son substitut identifié comme tuteur de résilience, constitue une base de sécurité pour l'enfant, une figure d'attachement vers laquelle l'enfant dirigera ses comportements d'attachement, ce qui facilitera le processus de résilience.

Dans le cadre de cette recherche, les chercheurs se sont intéressés à la qualité et la diversité des liens entre le processus d'attachement sécuritaire et la résilience.

La résilience est définie comme la « **capacité d'une personne ou d'un groupe à se développer bien, à continuer à se projeter dans l'avenir en dépit d'événements déstabilisants, de conditions de vie difficiles, de traumatismes sévères** » (Anaut, 2005). Elle résulte donc de l'interaction entre des facteurs de risque et des facteurs de protection, qu'ils soient individuels, familiaux, sociaux ou environnementaux.



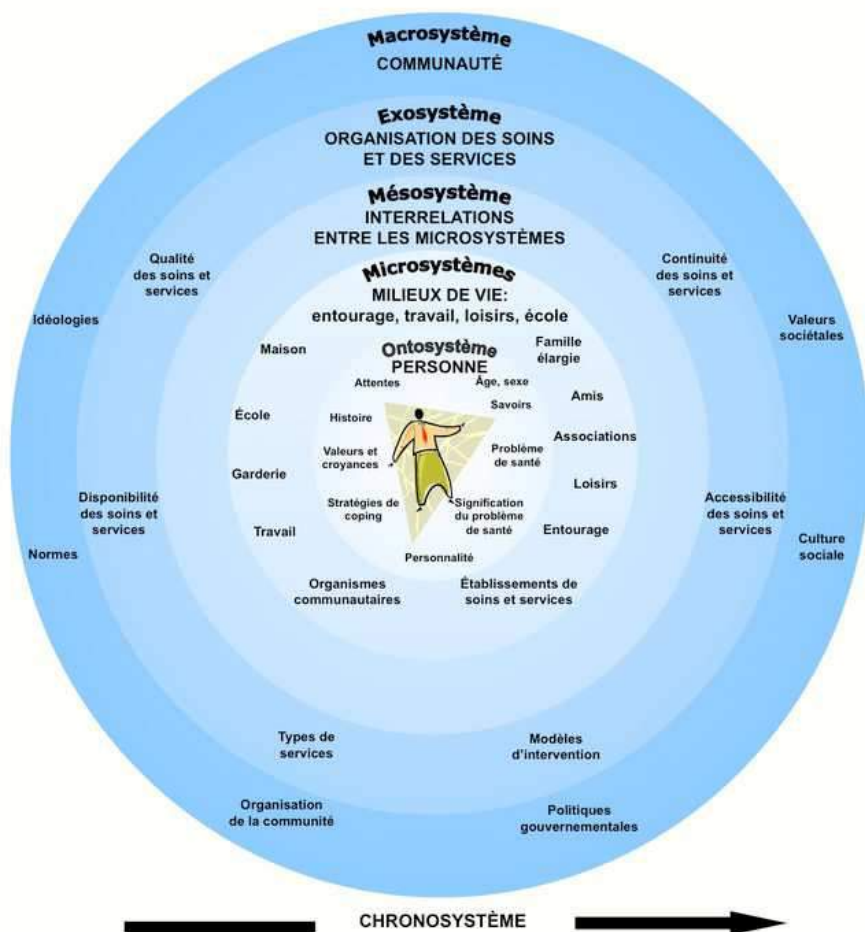
La résilience dépend des facteurs de protection qui modifient les réactions aux dangers présents dans l'environnement affectif et social (facteurs de risque), en atténuant les effets aversifs. Si la résilience dépend de l'interaction entre différentes conditions internes et externes à l'individu, elle est donc variable suivant l'évolution interne et les changements du contexte environnemental dans lequel ce dernier évolue. Cette capacité n'est donc pas acquise une fois pour toutes et elle ne correspond pas à un mode de fonctionnement statique, inné, mais plutôt évolutif et relationnel aux circonstances.

Le mécanisme par lequel s'active le processus de résilience se met véritablement en branle lorsque l'enfant, lui-même, mais à la faveur du contact avec un tuteur de résilience, parvient à saisir le présent, à vaincre sa peur, à s'approprier son sentiment d'existence, à trouver sa place au sein de la société. Cette posture de l'enfant découle d'interventions qui mettent l'accent sur l'encadrement, le soutien, l'aide et les ressources nécessaires, conditions sine qua non pour que la merveille que constitue la résilience soit possible, même en présence du malheur.

Le processus de résilience met bien en évidence l'influence de facteurs (de protection et de risques) présents à différents niveaux d'environnement. Le modèle écologique du développement identifie ces différents niveaux, tout en précisant que certains facteurs peuvent être issus de l'interaction entre les différents niveaux de système.

Ces quatre niveaux sont :

- Le microsystème, constitué de la famille et des proches,
- Le mésosystème qui fait référence aux réseaux de voisinage, aux services locaux,...
- L'exosystème qui englobe le système économique, politique, social, les conditions de travail, ...
- Le macrosystème qui véhicule la culture, les valeurs, les normes, ...



La recherche menée par l'équipe de l'U Mons a porté sur un groupe de 5 mères, âgées de 33 à 53 ans et ayant entre deux et six enfants.

La collecte et l'analyse de données ont été réalisées par une enquête de terrain et par l'analyse des entretiens par théorisation ancrée.

L'analyse des trajectoires de vie qui ont conduit ces mères dans l'errance met en évidence que ces parcours ont souvent été jalonnés de violences intra et extrafamiliales, de troubles précoces de l'attachement, d'atteintes aux liens à soi et aux autres, de démantèlements sociaux ou de désinsertions socio-administratives, de la perte de la faculté d'habiter, de la précarisation des familles monoparentales ainsi que de l'imposition de la rue comme solution (non-choix).

Ces événements de vie se révèlent comme autant de problématiques liées au processus d'attachement et génèrent une forme de trauma consécutif à un cumul de facteurs de vulnérabilité.

Etre une femme en errance confronte celle-ci à des expériences qui agissent comme de nouveaux facteurs de vulnérabilité :

- La violence de genre et la violence de rue
- La formation de couples de rue
- Les troubles de santé mentale associés à l'isolement et au rejet
- Les risques d'auto-exclusion des femmes ainsi que,
- Les ressources résiduelles des femmes.

L'errance est aussi **affective** par la formation de rupture et l'arrivée de « faux-ami(e)s, **géographique** par la mobilité rendue obligatoire et les placements successifs en abris mais également **psychique** par le fait de se mettre en situation de survie permanente et de faire face à l'agression et à l'agressivité constante.

La rue est un lieu de violences de genre et de lieu pour les personnes qui y vivent. Leur survie dépend souvent de la générosité de quelques personnes dans un contexte où les personnes en errance sont confrontées aux stéréotypes et au rejet, surtout quand il s'agit de femmes.

Etre une femme enceinte en errance confronte celle-ci à de nouveaux questionnements et à de nouvelles difficultés potentielles. Le sens de la grossesse, le suivi de celle-ci qui est souvent à hauts risques, le développement du fœtus et de l'enfant en situation de carence, le statut de l'enfant comme facteur de résilience, le risque de placement de ce dernier ainsi que la problématique des liens familiaux sont autant de réalités auxquelles est confrontée la future maman qui vit dans la rue.

Vivre une grossesse en situation d'errance cumule des risques pour la mère et pour l'enfant et perturbe toute le processus d'attachement.

Si la maternité peut apparaître comme une ressource ou une opportunité de quitter la rue en offrant une nouvelle identité à la future maman et rendant accessible une prise en charge autour de l'accouchement, elle nécessite des conditions pour y parvenir.



La première de ces conditions porte sur la restauration des liens avec soi et avec les autres. Pour ce faire, différentes initiatives se sont développées cette dernière décennie. Parmi celles-ci, l'association Fleurs du Bien qui se présente comme « tuteur de résilience ». Elle travaille à la restauration et au renforcement de l'estime de soi, au développement du sentiment d'auto-efficacité en facilitant et favorisant la participation, l'étayage social et communautaire.

La théorie de l'attachement sert de cadre de référence au processus de tutelle de résilience. Elle éclaire la compréhension des parcours d'errance des femmes et leur capacité de mobilisation. Elle permet de révéler progressivement les troubles précoces des interactions, la dimension de ruptures successives dans les relations affectives et sociales, que ce soit envers les professionnels, les pairs mais aussi les enfants.

Le processus de soutien à la résilience permet aussi d'identifier les facteurs de risque et les facteurs de protection spécifiques à chaque personne. Il est alors possible d'agir en renforçant les facteurs de protection et en réduisant les facteurs de risque.

Si les facteurs de protection sont en lien avec la parentalité, ils seront identifiés comme résilience familiale. S'ils sont en lien avec la construction et le renforcement du lien social, ils seront qualifiés de résilience sociale ou communautaire.

***En conclusion, les femmes en errance ont toutes connu un parcours chaotique, de vulnérabilité avant d'être confrontées à l'expérience de la rue comme ultime solution. Cette nouvelle réalité les met face à de nouveaux défis : invisibilité ; violences, traumatismes, risques pour l'enfant, faux-amis, stéréotypes sociaux et de genre, ruptures, problématiques d'attachement.***

***Pur faire face à cette adversité et s'engager dans un processus de résilience, elles doivent mobiliser des ressources personnelles et adopter des stratégies adaptatives. Le tuteur de résilience peut s'avérer un levier efficace pour leur permettre d'y parvenir et envisager de nouvelles perspectives de vie et de développement.***

## **DEUXIEME PARTIE : Conditions sociales d'existence et cancers.**

Dans le discours populaire, la représentation du cancer n'est pas celle d'une maladie liée au travail, mais celle d'un fléau associé à des comportements « à risques » en particulier la consommation de tabac. Pourtant il s'agit d'une maladie fortement inégalitaire qui frappe massivement les ouvriers.

Médiatiquement, le cancer est souvent présenté en lien direct avec les comportements individuels (le tabagisme, par exemple) alors que les causes du cancer sont toujours multifactorielles.

Le cancer est à ce titre un fléau socialement sélectif. Cela signifie que si la consommation de tabac est plus importante dans les milieux ouvriers, les études ont montré que les différences de mortalité entre les ouvriers et les cadres sont bien trop importantes pour être imputées au seul comportement tabagique ou encore à l'alimentation. Chez les hommes, la différence entre les ouvriers et les cadres est de 20 % mais l'excès de mortalité précoce chez les ouvriers par rapport aux cadres est de l'ordre de 200 %. Cette différence s'explique donc par le fait que l'écart s'explique autant par les conditions de vie que par les comportements individuels.

Pour le cancer du sein, comme pour la plupart des cancers, les inégalités sociales de santé ont un impact sur les résultats relatifs à la survie. Ainsi, la survie à cinq ans la plus élevée a été constatée chez les populations à revenu élevé. De plus, chez les populations à plus faible revenu, la survie était écourtée.

Par ailleurs, les patients à plus faible revenu sont moins susceptibles d'identifier et de faire dépister leurs symptômes rapidement, ce qui mène à l'établissement d'un diagnostic à un stade plus avancé, lorsque les traitements sont moins efficaces et, en fin de compte, le pronostic moins bon.

De manière générale, l'incidence de cancer du sein (le nombre de femmes recevant un diagnostic de la maladie) reste relativement stable. Cela dit, la prévalence (le nombre de femmes touchées par la maladie) et la mortalité (le nombre de femmes qui en meurent) varient beaucoup d'un groupe de femmes à l'autre.

Réalisée dans le canton suisse de Genève, où les coûts des soins de santé sont parmi les plus élevés au monde, une étude<sup>1</sup> menée auprès de 4 000 femmes atteintes d'un cancer du sein invasif avant l'âge de 70 ans a montré que les femmes appartenant à la catégorie sociale la plus défavorisée de l'échantillon avaient 2,4 fois plus de risques de décéder de leur cancer que celles de la catégorie sociale la plus favorisée.

Il ne faut toutefois pas seulement se limiter à constater de telles inégalités : il faut chercher à comprendre les mécanismes à l'origine de ces phénomènes, à savoir le rôle des conditions matérielles dans la stratification sociale des problèmes de santé, et en particulier concernant le cancer du sein chez les femmes.

Autrement dit, les recommandations doivent prendre en considération ces facteurs socio-économiques comme des facteurs de pronostic.

---

<sup>1</sup> Bouchardy C., Verkooijen H.M. et al., "Social class is an important and independent prognostic factor of breast cancer mortality". *Int J Cancer*, 2006.

Or, en Belgique, le modèle de dépistage prédominant pour le diagnostic du cancer du sein reste très traditionnel. Il est principalement individuel et biomédical, vis-à-vis d'une pathologie qui n'est que très rarement envisagée en lien avec des causes externes non individuelles ainsi qu'à des expositions involontaires.

Pour preuve, les discours de prévention du risque sont construits à partir des facteurs de risques individuels (sexe, âge, tabagisme, activité physique, ...). Ils ne prennent donc pas en compte que toutes les femmes ne sont pas touchées de la même manière, notamment en fonction de leurs conditions sociales d'existence.

Les mammothests ne sont que très rarement précédés d'un entretien mais se réalisent uniquement sur base d'un cliché. Les informations relatives aux conditions de vie ne sont donc pas recueillies et ne peuvent pas rejoindre les recommandations en la matière.

Le mammothest se résume à être un outil de prévention secondaire (identifier les cas positifs). Il ne peut être utilisé dans le cadre d'une intervention de prévention primaire, par l'absence d'un échange qui permettrait d'intégrer les conditions de vie et les comportements individuels d'une personne pour en évaluer le risque sur le plan individuel mais également sur le plan communautaire.

Les données d'analyse relative à la participation au dépistage en fonction des critères sociaux restent trop limitées et ne peuvent donc pas être rapprochées des recommandations en matière de "médecine des preuves" (evidence-based medicine).

Le recours aux méthodes qualitatives est quasiment absent des dispositifs d'évaluation des effets du dépistage, alors que ces données permettraient de mieux appréhender l'influence des conditions de vie des individus.

Enfin, les dispositifs d'information personnalisée en fonction du statut socio-économique, du lieu d'habitation ou encore de la profession demeurent rares, alors que ceux-ci pourraient permettre de réduire les inégalités sociales dans le dépistage.

Dans cette perspective, il est pourtant fondamental de prendre en compte l'exposition différenciée aux facteurs de risques organisationnels et environnementaux, notamment les liens entre la profession et le risque de cancer.

Une étude récente<sup>2</sup> a mis en évidence que le travail de nuit, effectué de façon durable, augmente significativement le risque de cancer, en particulier de cancers du sein. Pour tous les cinq ans de travail de nuit effectué, le risque de cancer du sein est augmenté de 3,3 % (6).

Par ailleurs, comme l'ont montré les travaux de Jim Brophy et Margaret Keith<sup>3</sup>, chercheurs en hygiène du travail et de l'environnement, le risque de cancer du sein est aussi lié aux environnements de travail, notamment à la présence de perturbateurs endocriniens dans les milieux agricoles et industriels.

---

<sup>2</sup> Yuan X., Zhu C *et al.*, "Night Shift Work Increases the Risks of Multiple Primary Cancers in Women: A Systematic Review and Meta-analysis of 61 Articles". *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.*, 2018

<sup>3</sup> Brophy J.T., Keith M.M. *et al.*, "Breast cancer risk in relation to occupations with exposure to carcinogens and endocrine disruptors: a Canadian case-control study". *Environ Health*, 2012

Outre ces facteurs de risques non individuels, les femmes atteintes d'un cancer du sein mesurent l'impact de la maladie sur leur propre trajectoire de vie.

Elles font l'expérience des traitements médicaux et des effets secondaires de ceux-ci et ont appris au contact des groupes de pairs à faire part de leur expertise expérientielle. Cela signifie qu'elles font l'acquisition de connaissances et de compétences lors et par le vécu de la maladie. Une reconnaissance de la légitimité de cette expertise leur permet de s'engager dans un travail de confrontation des valeurs et des expériences.

Les femmes confrontées au vécu du cancer du sein déplorent pourtant que ce savoir expérientiel ne semble pas intéresser les praticiens. Elles parlent de sourde oreille de la médecine engendrant un silence comme seule réponse.

Elles déclarent pourtant que la prise en compte de ce capital dans un contexte de prise en charge global pourrait améliorer leur qualité de vie. Elles considèrent que des pans entiers de l'expérience de la maladie, qui sont pourtant essentiels au rétablissement de leur qualité de vie, n'intéressent pas certains praticiens ou donnent lieu à des réponses qu'elles jugent peu adéquates. Comment alors reconstruire sur un plan personnel et professionnel ce que la maladie a démoli ?

Si certaines d'entre elles (souvent issues de milieu social plus favorisé) exploitent ce savoir expérientiel dans leur combat pour s'opposer à la démolition sociale qu'engendrent la maladie et la médecine, qu'en est-il des modes de réaction (ou de soumission) des femmes ayant d'autres trajectoires sociales ?

Quels sont les risques de stigmatisation pour ces femmes confrontées dont la trajectoire de vie rencontre cette maladie ?

Ces femmes dénoncent en outre une violence spécifique de l'après cancer. C'est particulièrement le cas dans le domaine des assurances ou des prêts hypothécaires. Les assurances hospitalisation et les assurances vie sont bloquées d'office. Le prêt hypothécaire augmente car il n'est plus couvert par une assurance vie. La Belgique ne dispose pas en effet d'une législation permettant le droit à l'oubli.

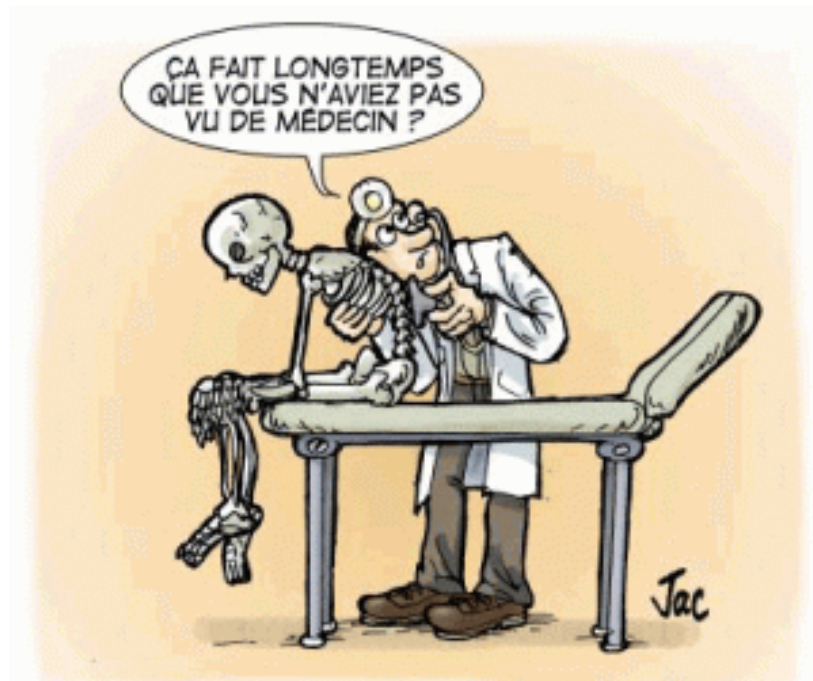
## TROISIEME PARTIE : Précarité sociale et accès aux soins dans les Maisons Médicales.

L'apparition des Maisons Médicales remonte au début des années 1970, dans la fièvre idéaliste des Golden sixties et dans la continuité de Mai 68.

Cette période correspond alors à l'expérimentation de la vie communautaire avec une forte intrication des vies privée et professionnelle.

A l'origine, les fondateurs voulaient rapprocher les soignants des soignés, valoriser la pluridisciplinarité, combattre l'hospitalocentrisme, mettre en priorité leur nouvel outil au service des plus défavorisés et développer l'éducation à la santé et la prévention.

L'offre de soins des Maisons Médicales repose sur des soins globaux, intégrés, continus et accessibles à tous. Les actions mises en place dépassent le champ curatif en développant la prévention et l'éducation à la santé, la santé communautaire ainsi que le rôle d'observatoire de la santé d'une population déterminée.



La population qui fréquente les Maisons Médicales (ASI ou Association de Soins intégrés) présente comme caractéristique d'être plus jeune, plus défavorisée et en moins bonne santé que la population générale.

Ainsi, la proportion des personnes de plus de 65 ans ne concerne que 7,7 % contre 16,4 % en population générale, la proportion des BIM (Bénéficiaires de l'intervention majorée) atteint 44,1 % contre 22,8 % en population générale et les invalides constituent 8,5 % de la patientèle contre 7,1 % en population générale.

La Maison Médicale La Glaise est implantée dans un quartier plus défavorisé de l'agglomération de Charleroi. Au départ, le programme s'est initié sur base d'un projet impliquant plusieurs institutions sociales qui œuvraient sur ce quartier.



La fréquence des problèmes d'hypertension artérielle concerne 26 % de la patientèle contre 15 % en population générale, l'obésité 19 % contre 16 % en population générale et le tabagisme 28 % contre 25 % en population générale.

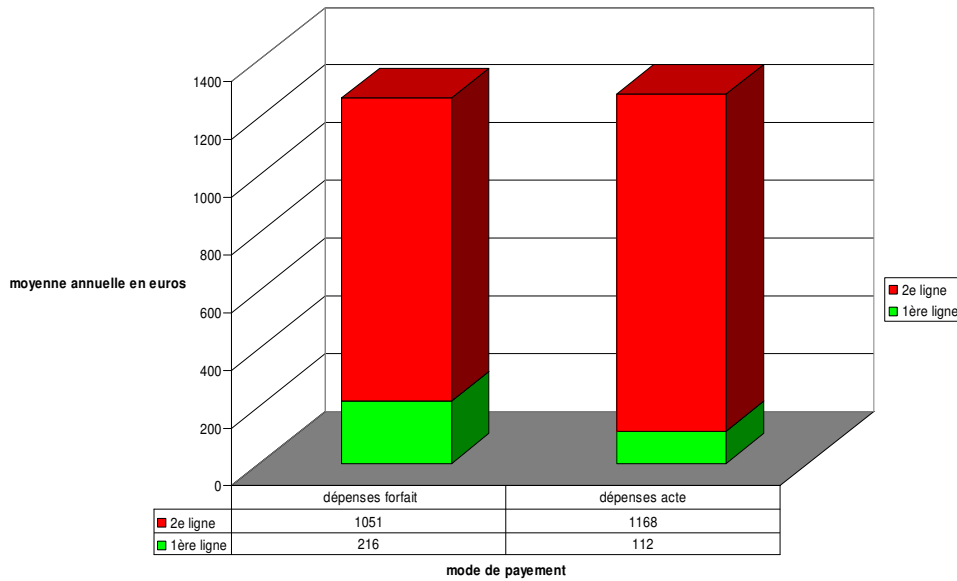
En 2012, le rapport KCE mettait en évidence des différences importantes dans la qualité de suivi du diabète (- 20%) pour les patients bénéficiant du BIM au sein de la population générale. L'analyse des données issues des Maisons Médicales fait apparaître qu'aucune différence ne concerne les patients BIM suivis en Maison Médicale.

En 2017, Madame la Ministre De Block avait décrété un moratoire sur les pratiques médicales forfaitaires. Elle suspectait un surcoût pour les interventions forfaitaires.

Les analyses du KCE ont pu mettre en évidence que les dépenses relatives aux médicaments, à l'imagerie médicale ainsi que les dépenses relatives aux hospitalisations sont moindres pour les systèmes dits forfaitaires en comparaison au système de prestations à l'acte. Elles sont cependant supérieures pour les interventions de première et de deuxième ligne.

Autrement dit le coût public est quasi identique dans les deux cas, mais si on ajoute le coût privé, les Maisons Médicales sont nettement moins chères (pas de ticket modérateur), à fortiori si on évalue les économies du Maximum A Facturer (MAF).

### Comparaison des coûts publics



Plus récemment (2017), l'Agence Inter mutuelliste a réalisé une analyse comparative des coûts des soins de première ligne entre les deux systèmes de financement en Belgique.

Les dépenses de première ligne sont plus importantes dans le système dit au forfait (381 euros contre 197 euros dans l'autre système) mais par contre, les dépenses hors première ligne sont évaluées à 1661 euros par an pour le système forfaitaire contre 1870 euros pour le système à l'acte.

L'analyse comparative des indicateurs de qualité montre, qu'au sein du système forfaitaire, on retrouve :

- Un pourcentage de dépistage du cancer du col plus important (55 versus 52)
- Un pourcentage de dépistage du cancer du sein plus élevé (59 versus 52)
- Un pourcentage de mammotets bien supérieur (28 contre 18)
- Une couverture vaccinale contre la grippe des plus de 65 ans bien plus élargie (65 contre 51)
- Une moins grande consommation des antibiotiques et notamment des antibiotiques au large spectre (33 % versus 44 %).
- Des dépenses pour les médicaments moindres (300 € contre 337 €)
- Une compliance aux statines plus importante chez les patients diabétiques (69 % contre 60 %) et,
- Une consommation d'antipsychotiques et d'antidépresseurs moindre (respectivement inférieure de 5 et de 7 %)

**Pour lutter contre les inégalités sociales de santé**, les Maisons Médicales possèdent comme atouts :

- Une plus grande **proximité** géographique mais aussi culturelle avec les populations plus défavorisées renforcée par des actions en partenariat avec les associations locales autour de projets de santé communautaire,
- Une plus grande **accessibilité** à la fois géographique, mais également temporelle, culturelle et financière,
- Une **pluridisciplinarité intégrée** avec une gestion globale et centralisée des patients,
- Une approche de la **dynamique intergénérationnelle** (jeunes médecins),
- Un **projet politique de santé publique** soutenu par la fédération des Maisons Médicales
- Un **soutien** des pouvoirs publics régionaux.